

HAY QUE CLINICAR

(Sobre la clínica psicoanalítica y la orientación lacaniana)

¿Qué entendemos por *clínica*?

Los psicólogos y los psicoanalistas hablamos de clínica asiduamente. Tal vez casi tanto como los psiquiatras o el resto de los médicos clínicos. Generalmente lo hacemos sin preocuparnos demasiado por precisar su sentido, y en principio no está mal que así sea. Usamos el término “clínica” como adjetivo o sustantivo para referirnos a un hecho o un problema clínico, a un caso o viñeta clínica, a los tipos clínicos o un área de incumbencia dentro de la psicología. Una clínica de adultos o de niños, de las toxicomanías o los fenómenos psicósomáticos, etc. También decimos que tal o cual profesional es un “buen” o “mal clínico”, o que tiene poca o mucha “experiencia clínica”. Son todos usos y costumbres de un término que incluso se ha ganado su lugar en el discurso corriente. Y sobreentendemos que de lo que estamos hablando es de un asunto más o menos bien delimitado: lo que ocurre con los pacientes, sus dolencias y las vicisitudes de sus tratamientos. No hay clínica, cualquiera sea, que no tome como referencia primera y principal esa variable del pathos, el padecimiento de las personas.

Al mismo tiempo, sabemos que la clínica no es la experiencia en bruto ni la práctica de atender pacientes en sí misma. Cualquier clínica, sea psiquiátrica, psicológica o psicoanalítica, implica ya algún grado de elaboración y establecimiento de un corpus de saber transmisible. En el caso de la psiquiatría que denominamos “clásica”, es el fruto de una larga elaboración de por lo menos un par de siglos y dos escuelas en diálogo permanente, la alemana y la francesa. Más o menos tomada en cuenta actualmente por los psicoanalistas, ha sido de vital importancia tanto para Freud como para Lacan. Se edificó mucho antes de que existieran los aparatos tecnológicos con los que contamos hoy en día, siguiendo el método de la observación minuciosa de los fenómenos de la enfermedad mental, la descripción detallada de los principales síntomas y signos (semiología), la organización en diferentes tipos y subtipos diagnósticos con sus pronósticos respectivos (nosología)

y la expectativa de una delimitación certera de sus causas (etiología). Una “clínica de la mirada”, como le llaman algunos, donde el saber y el poder se entrelazan, y que hoy sigue tan vigente como antes en muchísimos de sus aspectos.

Para el caso de la psicología la realidad es un poco más heterogénea y confusa, lo que obliga a considerar cada una de sus formas por separado. No solo porque la clínica es sólo una entre las varias áreas de incumbencia profesional del psicólogo, sino porque además hay diferentes formas de ponerla en práctica por medio de la psicoterapia. Los métodos de investigación y las técnicas que se aplican en cada caso difieren según la psicología de la que proviene y el modo en que definen su objeto de estudio: la conducta, la familia, las cogniciones, las relaciones de pareja, etc. Pero lo curioso es que tanto la psiquiatría como las psicoterapias han encontrado en las sucesivas versiones de los manuales diagnósticos y estadísticos (CIE y DSM) su denominador común. De ese modo establecen y comparten los criterios a través de los cuales se diagnostican y tratan las distintas clases de trastornos mentales. Son manuales que se construyen por consenso, se pretenden a-teóricos y rechazan cualquier tipo de elaboración psicopatológica. Su ámbito de incumbencia es la Salud Mental (tomada como referencia ideal) y la Salud Pública (como preocupación fundamental).

En cuanto al psicoanálisis, la perspectiva es bastante diferente. Su método consiste, esencialmente, en otorgarle la palabra al paciente. Así de básico y sencillo. Es a los pacientes mismos a quienes les corresponde trabajar para identificar las razones y elaborar las causas de su padecimiento, movidos por la suposición de una incidencia inconsciente en la determinación de los síntomas. De allí nace la clínica psicoanalítica que hoy tiene ya un siglo y medio de existencia. ¿Cómo definirla en su especificidad?

La clínica psicoanalítica

En octubre de 1976 Lacan propone una definición un tanto cerrada pero bastante precisa que vale la pena desglosar, y que si se la sabe leer resulta de mucha utilidad para los psicoanalistas. No lo hace en cualquier contexto sino en el preciso momento en que se crea la primera Sección sobre clínica psicoanalítica dentro de la Universidad de París en el marco del Departamento de Psicoanálisis. Por eso nosotros la tomamos como punto de partida y referencia pivote para examinar lo que entendemos por *clínica* desde la perspectiva lacaniana. La clínica psicoanalítica, afirma Lacan por escrito para tal ocasión, “es lo *real* en tanto imposible *de* y *a* soportar; siendo el inconsciente la huella y el camino por el *saber* que constituye; haciéndose a su vez el deber de repudiar todo lo que tiene que ver con la idea de *conocimiento*”¹.

¹ Lacan, J (1976) “Creación de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 8. [Tanto la traducción del francés como las *itálicas* son nuestras].

Hay muchas cosas que un analista en formación puede extraer de esta definición que Lacan parece construir con paciencia y esmero, pero que sin embargo nunca comenta, al menos no de manera explícita y directa. En primer lugar, que está armada a partir de la tríada conceptual de lo Real, lo Simbólico y lo Imaginario. Y en ese orden. Es interesante que Lacan siga apelando al recurso de los registros más de veinte años después del comienzo formal de su enseñanza (1953)², acentuando esta vez la dimensión de lo real. Lo hace caracterizando en tres tiempos el modo en que se desenvuelve la palabra del paciente en la práctica analítica: la presencia de lo *Real* insoportable, al que se accede por medio de los rastros que en el discurso deja el saber inconsciente (*Simbólico*), en la medida en que se va logrando eludir el efecto sugestivo de cualquiera de esas aproximaciones que toman la vía engañosa del conocimiento (*Imaginario*).

Un punto importante a destacar, es que lo insoportable en juego no proviene solamente de la imposibilidad lógica que el lenguaje impone a los dichos del analizante, sino también y fundamentalmente de lo que se registra en el cuerpo que le hace de soporte, con sus nudos en la garganta o en la boca del estómago, sus puntazos en el pecho o su excitabilidad general, sea neurasténica o hipocondríaca, pulsional o sexual. Formas de presentación hay muchas, pero el punto de partida es siempre la experiencia del padecimiento y la demanda a la que da lugar. Y por eso Lacan se refiere en aquel momento a sus pacientes como “casos de urgencia”³. Algo parecido le pasó a Freud en los inicios de su práctica como médico clínico con lo que hoy llamaríamos "ataques de pánico", casos de urgencia que lo llevaron a inventar la categoría clínica de la "neurosis de angustia"⁴. La noción de lo *Real* es entonces determinante, pero no tiene un significado unívoco en el discurso de Lacan. Es bueno insistir en eso. Lo cual obliga a preguntarse cuál es el sentido que toma en cada caso particular. Y algo similar podría decirse de los otros dos registros que Lacan introduce en 1953, lo *Simbólico* y lo *Imaginario*, que se ocultan en el texto de la definición de 1976 tras las referencias al *saber* y al *conocimiento* respectivamente. RSI es el adagio que se repite una y otra vez en la enseñanza de Lacan como parte esencial de su método de transmisión del psicoanálisis.

En segundo lugar, vale la pena resaltar el énfasis que Lacan pone en su consideración sobre la clínica para indicar que también se trata en psicoanálisis de un asunto de lógica. Y esto marca una distancia con el discurso de la psiquiatría clásica, del cual sin embargo provienen los tipos clínicos con los que se elabora la psicopatología psicoanalítica. Solo que el psicoanálisis agrega la demostración de que dichos tipos de síntoma responden a las determinaciones impuestas por la

² Lacan, J (1953) “Lo Simbólico, lo Imaginario y lo Real”, en *De los nombres del padre*, Paidós, 2005.

³ Lacan, J (1976) “Prefacio a la edición inglesa del Seminario 11”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012.

⁴ Freud, S (1895) “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un síndrome en calidad de neurosis de angustia”, AE, tomo III.

estructura del lenguaje y del discurso⁵. Es algo que está especialmente acentuado en la segunda parte de la definición que da Lacan, en la que no solo hace mención al inconsciente (concepto fundamental de la epistemología psicoanalítica) sino también a la idea de una orientación a seguir y un camino a recorrer. En otros términos, un método de trabajo sostenido en la incidencia de un saber, es decir, una articulación y una secuencia de significantes a producir y recoger del discurso del analizante. De allí la utilidad clínica que tienen para Lacan el estudio de la lógica y la topología. Son recursos para entender mejor la estructura de lo inconsciente y acceder más hábilmente a la puesta en práctica de ese “saber no sabido”, como lo denominaba Freud.

Y en tercer lugar, es importante agregar un comentario sobre el último de los planos que están visiblemente en juego en la concepción lacaniana de la clínica psicoanalítica: la dimensión ética. Tal como había indicado Lacan en su Seminario sobre la ética del psicoanálisis⁶ y retomado en su Seminario sobre el cuerpo⁷, se trata de una pregunta acerca del juicio abierto sobre la presencia del deseo en su juntura con el goce y de sus consecuencias en el nivel del sujeto. Lo que obliga a “repudiar” (término fuerte) toda idea de conocimiento. En otras palabras, tener que rechazar y eludir todas esas otras engañosas vías de acceso al inconsciente que dejarían al clínico detenido en el registro imaginario del narcisismo y la fantasía: la hipnosis y el enamoramiento, la ilusión y la compasión, la comprensión y la empatía, la identificación y la idealización, la adivinación y la cosmovisión. Esto se encuentra especialmente subrayado en la tercera parte de la descripción que hace Lacan. Pero una vez llegado al final, ese término “repudio” resignifica los dos eslabones anteriores y le imprime a la significación de la fórmula un sentido ético a reconocer en cada uno de sus aspectos.

Lo mismo se puede decir de los otros dos planos, el de la clínica y el de la lógica: acentuados en la primera y la segunda parte de la definición respectivamente, trasladan solapada su presencia, su sentido oculto y su incidencia hacia las otras dos partes restantes. Como si fuera un recitado o un vals que se muerde la cola, con ritmo de tresillo y acentuación en el primer tiempo, que parece terminar pero que vuelve a comenzar una y otra vez. Así parece estar armada la definición lacaniana de la clínica psicoanalítica. Cargada de una fuerte significación aforística, que un lector interesado no podría desentrañar sin poner algo de su parte, la proposición de Lacan hace uso de los registros para transmitir qué es lo que está en juego cuando los psicoanalistas hablamos de clínica.

Ahora bien, lo que Lacan no aclara, lo que queda en suspenso e indeterminado en la definición de la clínica psicoanalítica que hace llegar por escrito, es quién es el clínico y a quién le

⁵ Lacan, J (1973) “Introducción a la edición alemana de los Escritos”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012, página 583.

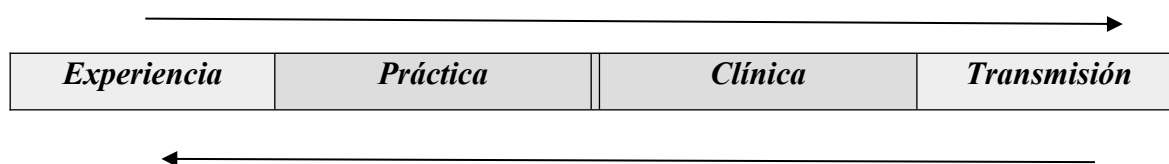
⁶ Lacan, J (1959/60) *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires.

⁷ Lacan, J (1972/3) *Seminario 20: Aún*, Paidós, Buenos Aires, 2002.

corresponde la tarea de *clinar*⁸: ¿al analista o al analizante? De allí la necesidad de añadir una observación más al contenido de lo que Lacan ofrece en octubre de 1976, antes de meternos de lleno con el discurso que pronuncia unos meses después ante la primera camada de participantes de la Sección Clínica recientemente inaugurada.

De la experiencia a la transmisión

Hemos dicho que la clínica no es la experiencia en bruto sino un saber elaborado con el propósito de ser transmitido y compartido. Agreguemos que tampoco se confunde con la práctica de la que surge, que correspondería localizar entre clínica y experiencia. Llegaríamos así a una distinción cuádruple que fácilmente podríamos graficar de la siguiente manera:



Son cuatro planos diferentes que pueden distribuirse siguiendo una secuencia lógica que parte de la experiencia en bruto, sobre la que eventualmente se monta una práctica terapéutica, de la que luego surge una clínica, que finalmente buscará la forma de ser transmitida y enseñada. Puede que resulte un poco esquemático, pero sirve para ordenar las ideas. Porque todo eso es lo que suele estar habitualmente en juego cuando los psicoanalistas hablamos de clínica. Y si bien cada paso implica lógicamente al anterior, esos cuatro planos no se confunden ni hay porqué dar por sentado que se relacionan y articulan siempre de una misma manera. Hay quienes enseñan una clínica esquelética sin relación con la experiencia y de dudosa utilidad práctica. O aquellos que creen poder referirse de manera directa a la experiencia pura y dura en su transmisión del psicoanálisis salteándose todo tipo de conceptualización.

Sobre la experiencia.

En cuanto a la experiencia en bruto, habría que empezar por subrayar un par de cosas. En primer lugar, que para el caso del psicoanálisis, y a diferencia del resto de las clínicas, se trata de la experiencia del padecimiento más la experiencia del inconsciente. Y en segundo lugar, que la relación que cada uno mantiene con esos dos aspectos de la experiencia subjetiva condiciona la posibilidad de dar o no lugar a una práctica específica que la trate, la esclarezca y la modifique. Entre una y otra (experiencia y práctica) no hay solo diferencia y distancia, hay también un paso y una decisión en juego.

⁸ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornica*?, número 3, Buenos Aires, 1981, página 38. [Este es uno de los tantos neologismos que Lacan a utilizado en su enseñanza].

Esas experiencias nunca faltan, aunque más no sea la de la angustia y la del sueño. O de todo aquello que Freud agrupó bajo el exquisito nombre de la “psicopatología de la vida cotidiana”⁹. Están quienes directamente la evitan o hacen la vista gorda. Pero hay otros que conocen bastante bien su sintomatología (y hasta llegan a entrever algo de sus causas) y sin embargo se las arreglan para soportarla sin necesidad de recurrir a ningún tipo de terapéutica. Psicóticos que testimonian su experiencia para enseñar o denunciar al mundo, por ejemplo, o neuróticos que aprovechan su condición de enfermos para que vean y digan los demás. Inocentes o indiferentes, son posiciones subjetivas que no suelen dar lugar a práctica terapéutica alguna. Algunos se convierten en grandes artistas y otros en pésimos gobernantes.

Y otro tanto cabe decir para el registro que cada quien puede llegar a tener de su experiencia más amplia del inconsciente. De sus olvidos, sus elecciones reiteradas, sus equivocaciones y demás actos fallidos, pero sobre todo de sus sueños. Hay quienes directamente no le prestan atención. Y luego están aquellos que los relatan con total ingenuidad, restándoles todo tipo de sentido o propósito, o tratándolos por medio de prácticas adivinatorias de dudoso valor, carentes de método y de orientación y totalmente alejadas de las verdaderas causas del padecimiento. Son los cautos del inconsciente, como los llamaba Lacan jocosamente¹⁰, cuyas defensas no dan el brazo a torcer.

Sobre la práctica.

En cuanto a la práctica analítica propiamente dicha, se podrían señalar unas cuantas cosas. Por lo pronto, como ya hemos dicho, que se diferencia de la experiencia del inconsciente en sí misma. Lacan lo indica a su manera en el primer tramo de su discurso de apertura de la Sección Clínica al que vamos a referirnos en detalle en nuestro próximo apartado. Pero adelantemos que, se lo describa o caracterice de la manera que sea, el psicoanálisis se practica de manera acorde con el método inventado por Freud¹¹. Pueden variar enormemente las condiciones de su implementación como también la técnica que se utilice en cada oportunidad. Pero la experiencia del inconsciente, como enfatizó Lacan en su escrito sobre *La dirección de la cura y los principios de su poder*¹², tiene que ordenarse y abrirse camino en el análisis a través de la aplicación metódica de la regla de la asociación libre. Y para eso se precisa de un analista que escuche, que haga cumplir la regla y que intervenga sobre sus efectos. Es el abc del método psicoanalítico, cuyas regulaciones éticas y políticas habría que comenzar por buscarlas en el principio freudiano de la “abstinencia”¹³.

⁹ Freud, S (1901) “Psicopatología de la vida cotidiana”, AE, tomo VI.

¹⁰ Lacan, J (1973/4) *Seminario 21: Los no incautos yerran*, inédito. [Tanto el título de este seminario como el número 24 que mencionaremos más adelante son particularmente difíciles de traducir].

¹¹ Freud, S (1912) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, AE, tomo XII.

¹² Lacan, J (1958) “La dirección de la cura y los principios de su poder”, capítulo I, punto 2, en *Escritos 2*, Siglo Veintiuno.

¹³ Mazzuca, M (2025) “La dirección de la cura y los pagos del analista”, publicación de cátedra (Usos del síntoma).

Sobre la clínica.

Ahora bien, la práctica todavía no es la clínica, así como tampoco el analista se confunde con el clínico. Y es sobre estas distinciones que queremos poner el foco y el acento. El analista es quien instauro, despliega y sostiene el acto psicoanalítico para dar lugar al trabajo del analizante¹⁴. Desde esa posición no piensa ni razona. Mientras que el clínico es quien recorta y elabora la experiencia, lo que exige aunque más no sea un mínimo e indispensable trabajo de conceptualización. Puede abarrotarse de teorías o arreglárselas con las nociones más básicas y sencillas de la vida cotidiana. Lo puede hacer una vez concluido el análisis (como sostenía Freud en la época de tratamientos cortos), entre una sesión y la otra o durante el transcurso de la sesión misma. Variantes hay muchas, pero en lo que respecta a la diferencia que estamos marcando es indistinto. Porque no se trata de la persona sino de las funciones que una o más personas cumplen. En palabras de Freud: “para el analista la conducta correcta consistirá en pasar de una actitud psíquica a la otra al compás de sus necesidades”¹⁵. He aquí el meollo de la cuestión y parte de la clave de lo que para Lacan está en juego en la transmisión.

El discurso de Lacan

En enero de 1977 Lacan pronuncia su discurso de Apertura de la Sección Clínica de París ante un auditorio de colegas y alumnos. Lo hace a su manera, por supuesto, enmarcando su palabra en el discurso que le da lugar, el del psicoanálisis. Tiene bien claro que habla *en y para* la Universidad, pero también que la mayor parte del público sigue el desarrollo de su enseñanza asistiendo a su Seminario. Fiel a su costumbre, convoca la atención de su interlocutor desde el inicio mismo de su ponencia (“¿Qué es la clínica psicoanalítica? No es complicado”, arremete Lacan de entrada¹⁶) para inmediatamente después desilusionarlo. Es que resulta que sí es complicado y complejo. Lacan es un ilusionista, un mago de la palabra. Amaga con el discurso universitario para luego intentar atrapar la mirada y la escucha en las redes del discurso analítico. Lacan provoca y sentencia. Genera la ilusión de la explicación clara y concisa al mismo tiempo en que desplaza el sentido de su discurso y demora la llegada de la conclusión. Busca transmitir en acto la experiencia de un inconsciente a mar abierto, el suyo, sin por eso perder el norte ni desconocer los límites precisos del océano en que navega. Se esfuerza por sostener una enseñanza que haga intervenir la lógica y la ética que caracterizan la práctica clínica del psicoanálisis, tal como venimos intentando precisarla. Utiliza su caso singular para hacer de la clínica algo practicable y

¹⁴ Lacan, J (1969) “El Acto Psicoanalítico (Reseña del Seminario 1967/68)”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012.

¹⁵ Freud, S (1912) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, AE, tomo XII, página 114.

¹⁶ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 37.

transmisible, advertido al mismo tiempo de que hay algo que permanecerá imposible de transmitir. Y es por eso que su estilo deslumbrante y patético a veces resulta realmente insoportable.

El resultado en este caso es un discurso cuyo texto se parece más al de uno de sus Escritos que al resto de sus intervenciones orales. Lacan avanza de manera críptica con una serie de referencias que requieren ser contextualizadas. Y lo hace sin mencionar siquiera la definición de la clínica psicoanalítica que había hecho llegar por escrito unos meses antes. Es como si la hubiera olvidado. Más aún, no hay ni una sola mención a las nociones de “síntoma” y de “caso”, así como tampoco a ninguno de los tipos clínicos ni a los autores destacados de la psiquiatría clásica. Únicamente Freud, un filólogo y dos lingüistas. Todo aquello que figuraba como parte esencial del armado formal y del texto de creación de la Sección Clínica brilla por su ausencia. Solo será repuesto al finalizar su locución en la medida en que las preguntas del público lo obligan a ello.

Antes de avanzar, entonces, pongamos blanco sobre negro. En lo que a la Sección Clínica respecta tenemos dos eventos a considerar: la “creación” de octubre de 1976 y la “apertura” de enero de 1977. Sin embargo, conviene acompañar el desplazamiento de la palabra de Lacan en tres tiempos lógicos diferenciados: primero la definición por escrito de la clínica psicoanalítica, segundo el texto de apertura pronunciado por Lacan, y tercero el intercambio de preguntas y respuestas con un grupo destacado de sus alumnos. Lacan se comporta de manera distinta en cada uno de esos episodios: primero comunica su fórmula por escrito, luego monologea y sentencia, y finalmente interpela y se abre al diálogo para recoger los efectos de lo producido. Aun así, no sería excesivo afirmar que el síntoma que lo empuja y lo guía es uno y siempre el mismo: la inquietud que le genera el sentido que toma para él lo *real* en la experiencia, la práctica y la clínica del psicoanálisis. Lo había confesado poco tiempo antes en su seminario sobre *El síntoma* y continuará haciéndolo con más detalle en su seminario sobre *La equivocación*. Y de allí una de las definiciones generales del síntoma, noción clínica por excelencia: lo único que conserva un sentido en lo real¹⁷.

Ahora bien, si nos abocamos exclusivamente a intentar desentrañar el texto de lo que Lacan propone en su discurso de apertura (segundo entre los episodios que estamos distinguiendo), podríamos dividirlo a su vez en dos partes fácilmente identificables. No deja de ser un corte arbitrario, pero puede facilitar la lectura. En la primera (más corta) se trata de la “base”¹⁸ de la clínica psicoanalítica, y en la segunda (un poco más extensa) de la “clínica”¹⁹ propiamente dicha. Ambas parecen tomar en consideración la definición aforística de la clínica que hemos comentado y desglosado, aunque sin mencionarla explícitamente. Y tienen como denominador común e hilo conductor del texto al concepto de inconsciente, tal como lo concebía Lacan en aquellos tiempos.

¹⁷ Lacan, J (1974) “La tercera”, en *Intervenciones y textos 2*, Buenos Aires, página 84 .

¹⁸ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 37.

¹⁹ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 39.

Algo que por ejemplo se nota en las definiciones que dan inicio a cada uno de los dos momentos de su discurso: “lo que se dice en un psicoanálisis” (para el caso de la base metodológica de la clínica) y “el discernimiento de las cosas que importan” (para el caso de la clínica propiamente dicha). Pero además, cada uno de esos dos apartados conduce a una encrucijada ética enunciada en ambos casos en términos imperativos, como si se tratara de un deber a cumplir: “hay que clínicar”²⁰ (en el primer caso) y “hay que decidir”²¹ (en el segundo).

Con eso basta para tener una idea sobre la estructura del texto y para insistir en el hecho de que clínica, lógica y ética van siempre de la mano. Son registros indisociables y consignas a tener en cuenta en la práctica del psicoanálisis de orientación lacaniana. Real, Simbólico e Imaginario también. Forman parte esencial del instrumental de navegación y de lectura. Pueden estar explícitamente mencionados o no, pero siempre están operando. Veamos entonces qué encontramos de todo esto en la letra del texto de Lacan. Sin llegar a sopesar cada uno de sus dichos, buscaremos de todos modos aclarar algo de su decir.

Lo que se dice en un psicoanálisis

El contexto de enunciación

Si tuviéramos que comenzar señalando algo más acerca del contexto en el que Lacan pronuncia su discurso de apertura, sería útil tener en claro qué es lo que estaba trabajando en ese mismo momento en su Seminario. Lacan había comenzado dos meses antes el dictado del vigésimo cuarto año, el que le sigue al Seminario sobre *El síntoma*²² y en el que se propone desplegar las consecuencias clínicas de su nueva definición del inconsciente (“real”, como lo había calificado en mayo de 1976²³), concebido a partir de la “equivocación” y de la incidencia de “lalengua”²⁴. Este dato es especialmente relevante, porque de esa conceptualización del inconsciente depende no solo lo que Lacan dirá sobre la clínica psicoanalítica en esta ocasión, sino también el *cómo* lo haga. Dicho de otro modo, Lacan procede tomando en cuenta la vía del equívoco significativo al tomar la palabra ante sus alumnos. No es un recurso nuevo, claro está, muy tempranamente había tomado partido por la vía de una “palabra enseñante” que se situara en el registro de “la equivocación, el lapsus, el engaño y la mentira”²⁵. Pero es innegable que todo eso crece y florece en la medida en que Lacan y su enseñanza se van acercando al final. Y es sumamente importante tenerlo en cuenta.

²⁰ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 38.

²¹ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 42.

²² Lacan, J (1975/6) *Seminario 23: El sinthome*, Paidós, Buenos Aires, 2006.

²³ Lacan, J (1976) “Prefacio a la edición inglesa del Seminario 11”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012.

²⁴ Lacan, J (1976/7) *Seminario 24: Lo no sabido que sabe de la una equivocación*, inédito.

²⁵ Lacan, J (1953/4) *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud*, clase XX, Paidós, Buenos Aires, página 377.

Es evidente que Lacan no lo hace por simple capricho ni por puro gusto personal. Busca en su transmisión de la clínica estar lo más cerca posible de lo que ocurre en su práctica analítica, como lo demuestra, por ejemplo, el testimonio de J-P. Winter²⁶. Utiliza la equivocación en varios pasajes del texto de su discurso, predominantemente el equívoco homofónico, asociando y aprovechando las ocurrencias que generan las resonancias de ciertas palabras caras al psicoanálisis, incluido el nombre propio de Freud y el término de la lengua alemana con el que designa al inconsciente: *Unbewusst*. Y es por eso que el efecto se acerca por momentos al del chiste, la más social de las formaciones del inconsciente, aunque seguramente no produce lo mismo para quién escucha y lee en francés que para quienes lo hacemos en español. Lacan dice una serie de cosas sobre lo inconsciente (*unbewusst/une-bévue*), el concepto fundacional del psicoanálisis, pero además lo transmite en su manera de decir. Es probable que en ese empuje al equívoco y a la producción del neologismo haya algo sintomático en juego, pero cuando toma la palabra ante la presencia de sus alumnos o escribe para quienes potencialmente lo serán allá lejos o en el futuro, se trata casi siempre de “lapsus calculado”, como había dicho el propio Lacan un tiempo antes, “el que le gana de mano al inconsciente”²⁷.

La base de la clínica

En cuanto a los enunciados del texto propiamente dicho, el primer punto a retener es lo que ya hemos mencionado, pero que vale la pena repetir. Lacan parece que irá inmediatamente a por la definición de la clínica, pero se desliza hacia lo que considera su base: “lo que se dice en un psicoanálisis”. No se trata todavía de la clínica en tanto tal (que ubicará más adelante en el nivel de las consecuencias del “decir”), sino de la cualidad de los “dichos” que en la práctica constituyen su basamento. Es el plano de lo basal, podríamos decir nosotros, en el sentido de De Clérambault: el pedestal de la práctica sobre el que se montará luego la pequeña estatuilla o la gran estatua de la clínica. Es el intento de precisar el fundamento del método freudiano del que depende la práctica psicoanalítica. Por eso Lacan agrega inmediatamente: “en principio uno se propone decir cualquier cosa, pero no desde cualquier sitio”²⁸. Y es respecto de este sitio que introduce su primer juego de palabras, que puede traducirse como “decir-viento” [*dire-vent*]²⁹, para indicar que no se trata solamente del diván [*divan*] como artefacto concreto sino de la topología de la palabra y del lugar que le toca ocupar al analizante en el discurso analítico. En términos freudianos la asociación libre, el deber irrenunciable de no silenciar la ocurrencia, en especial aquella que duele, angustia o

²⁶ Winter, J-P (2020) “Mi encuentro con Jacques Lacan”, en *La práctica de Lacan contada por sus pacientes*, Editorial Stilus, página 69.

²⁷ Lacan, J (1973) “Televisión”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012, página 570.

²⁸ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 37.

²⁹ Lacan juega con la pronunciación del término “diván”, que en francés suena parecido a “dire-vent” (“decir-viento”).

molesta. “La cura es una demanda que parte de la voz del sufriente”³⁰, había dicho Lacan unos años antes para señalar este mismo punto de partida de la práctica psicoanalítica donde el síntoma se expresa bajo la forma de la división subjetiva.

Ahora bien, para todo aquel que tenga una mínima experiencia de análisis queda claro que no todo lo dicho vale por igual. No se trata de acumular la mayor cantidad de dichos posibles sobre lo que duele o enferma, sino de ir interviniendo sobre el discurso para recortar los detalles significativos que permitan delimitar y configurar el síntoma. Y este es el segundo aspecto de lo planteado por Lacan en ese párrafo inicial del texto. Es gracias al artificio metodológico del análisis que se produce una suerte de cribado [*vanner*] o tamizado de lo dicho por el analizante. Como la criba de viento que se realiza para quitarle el polvo al grano para seleccionarlo y elegir los de mayor valor. O la criba matemática inventada por Eratóstenes para obtener los números primos, o el proceso de cribado que hacen los especialistas en criminología para barrer la escena del crimen y obtener los elementos probatorios. En nuestro caso, es como si hubiese palabras que pesan más que otras. Y como si la maquinaria topológica del análisis permitiera sopesarlas. Algunas carecen de valor y entonces echan a volar. Pero otras caen por su propio peso y producen todo tipo de consecuencias, especialmente en el plano de los afectos.

La práctica del psicoanálisis aprovecha y resalta ese hecho de experiencia, haciendo vibrar la palabra en su materialidad significativa. Puede permanecer enigmático para el analizante que asocia y pasar totalmente desapercibido para el analista en su escucha, sobre todo en los tramos iniciales de un tratamiento. Una práctica no tiene necesidad de ser esclarecida para operar, y para hacerlo eficazmente. Se lo advierta o no, la interpretación opera de ese modo, a instancias de la letra. Y eso a veces se llega a sentir en los cuerpos reunidos por la transferencia en forma de una especie de “co-vibración semiótica”, tal como se había expresado Lacan poquito tiempo antes³¹. Al menos cuando lo que está en juego para el analizante se conecta con su síntoma, es decir, con su manera de gozar del inconscientes³². Es por ejemplo lo que sucedió entre Freud y el joven soldado Ernesto, bastante antes de convertirse por obra de la elaboración clínica en el renombrado caso del “Hombre de las ratas”. Sin ser advertido por el propio paciente, que no puede más que turbar su cuerpo mientras su rostro muestra los signos del horror, e ignorado completamente por el analista que solo atina a mantener firmes las manos en el timón del barco de la escucha flotante, el punto cúlmine del relato del capitán cruel actualizado en transferencia activa el complejo de las ratas [*ratten*], haciendo vibrar la letra del síntoma y reproduciendo el tono de un afecto panicoso que catapulta el cuerpo del analizante lejos del diván [*dire-vent*]³³.

³⁰ Lacan, J (1973) “Televisión”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012, página 538.

³¹ Lacan, J (1973/4) *Seminario 21: Los no incautos yerran*, inédito, clase 15 (del 11 de junio de 1974) .

³² Lacan, J (1974/5) *Seminario 22: RSI*, inédito, clase 6 (del 18 de febrero de 1975) .

³³ Freud, S (1909) “A propósito de un caso de neurosis obsesiva”, AE, tomo X, página 133.

Este ejemplar clásico de la casuística freudiana muestra a las claras que hay algo en el síntoma que resiste, que se requiere de un forzamiento para hacer cumplir la regla fundamental y que la llamada “asociación libre” no es tan libre como parece. Es justamente a eso que se refiere Lacan en la continuación del texto, y lo que Freud había señalado tempranamente como rasgo particular del discurso del neurótico obsesivo³⁴. Pacientes que se jactan [*vanter*]³⁵ de su libertad de asociar. Que aparentan cumplir obedientemente con el reglamento analítico, pero no lo hacen genuinamente. Apuestan al raciocinio y el placer del juego asociativo, y obtienen una recompensa narcisista que los mantiene a salvo del peligro que genera la verdadera ocurrencia: la que sorprende, sacude o angustia. ¿Qué quiere decir entonces libertad de asociación? Lacan insiste con su pregunta, como si allí todavía hubiese algo por esclarecer. Porque de ella depende la producción de los dichos que conforman la base de la clínica psicoanalítica. Y la impresión que genera la continuidad de su discurso, y del resto de su enseñanza, es que busca la manera de delimitar mejor ese margen estrecho de libertad al que la práctica analítica podría dar lugar en lo que a los asuntos del deseo respecta. Lo que a su vez requiere poder dar cuenta de modo más certero hasta qué punto estamos condicionados por la lengua que habitamos: “¿Qué quiere decir el inconsciente sino que las asociaciones son ineludibles?”³⁶.

Los tipos de síntoma.

Es casi imposible dejar de advertir que Lacan procede en su discurso como lo haría un analizante en su diván. Un poco menos evidente que en su Seminario, pero aún así se reconoce el mismo recurso. No lo hace en posición recostada cuando pronuncia su discurso ante el auditorio de sus alumnos, ni deja volar sus palabras demasiado lejos cuando organiza el texto de lo que pretende transmitir. Pero hay buenos motivos para suponer que el punto de partida de sus elaboraciones no está lejos de la cama y que su derrotero asociativo no excluye el lapsus hecho y derecho. Empujado por las inquietudes de siempre, va enfrentándose a una serie de preguntas que él mismo construye y formula: ¿qué es la *clínica psicoanalítica*? ¿qué quiere decir *libertad de asociación*? ¿qué quiere decir *el inconsciente*? E intenta desplegar su respuesta retomando las referencias freudianas a partir de las asociaciones que su lengua (francesa) le habilitan: *divan/dire-vent/vanner/se vanter*. De allí lo que comenta a continuación sobre la relación del inconsciente con la regla fundamental: las asociaciones son ineludibles, imposibles de esquivar. Porque la lengua que cada uno de nosotros ha recibido traza un surco zigzagueante por el que se desliza el deseo y tropieza el sujeto del discurso. Y esto es lo que pone a prueba el dispositivo psicoanalítico en esos momentos cruciales: ¿qué ocurre con los dichos del analizante? ¿Se hacen socios o se disocian? Es el modo que encuentra

³⁴ Freud, S (1925) “Inhibición, síntoma y angustia”, capítulo 5, AE, tomo XX.

³⁵ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 37.

³⁶ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 37.

Lacan dentro de ese camino asociativo [*asocia/socia/disocia*]³⁷ para plantear la pregunta por el lazo social. Tal como venimos advirtiendo, no hay ninguna mención a los tipos clínicos a lo largo de todo el discurso de apertura, y sin embargo resulta inequívoca la referencia a la esquizofrenia en este pasaje del texto. Más precisamente al dicho esquizofrénico, el que no tiene ni pies ni cabeza, como había planteado Lacan un tiempo antes en *El Atolondradicho*³⁸.

Este es un punto importante, porque tras los dichos de Lacan se esconde la pregunta por el diagnóstico diferencial y por la práctica analítica con pacientes psicóticos. Es tal vez el primer asomo del problema, que induce la pregunta y el pedido de aclaración que J-A Miller hará llegar al final de la ponencia de Lacan, y que inevitablemente conduce a una toma de posición. ¿Qué valor le damos al diagnóstico diferencial a la hora de pensar la estrategia de un tratamiento? Los dichos que conforman la base de la clínica psicoanalítica provienen del saber inconsciente (o del inconsciente-saber) de quien toma la palabra para hablar lo más libremente posible de su síntoma. Esta es la premisa lógica. No se espera de ellos que constituyan sociedad alguna con el azar. Una manera de decir que la intervención analítica no depende de la suerte, buena o mala, de lo que se le ocurra decir al analizante. Por el contrario, como afirma Lacan, “se especula con el hecho de que la asociación no es libre en absoluto”³⁹. Sin embargo, sopesados y tamizados por el dispositivo de la escucha flotante, los dichos se distinguen y se particularizan en al menos dos grandes clases: están los que se socian y promueven el lazo, y aquellos otros que se disocian, lo dificultan y lo ponen en cuestión. Este es uno de los sentidos de la palabra “transferencia”, que también brilla por su ausencia.

De todo esto se deduce, entonces, que partiendo de una misma base metodológica pueden surgir clínicas distintas. Para eso el analista debe entrenar su escucha y acomodar su oreja convenientemente, sin juicios previos ni preferencias. La experiencia del inconsciente y su trabajo como analizante lo asisten, pero con eso no es suficiente. La clínica de las neurosis no es la misma que la clínica de las psicosis. Y no porque no puedan expresarse a través de los mismos síntomas o compartir una causa común. No es asunto de semiología ni de etiología. Crisis de angustia, temores fóbicos, rituales obsesivos, conductas y comportamientos perversos, dolores histéricos e ideas hipocondríacas y delirantes pueden confluir en un mismo tratamiento. Basta con revisar el historial freudiano del *Hombre de los lobos*. Se trata, por el contrario, de prestarle atención a lo dicho y evaluar su relación con el decir. Y eso sólo puede diagnosticarse en transferencia: el dicho esquizofrénico no es el dicho histérico, así como el dicho obsesivo no es el dicho paranoico ni el melancólico. Y es por eso que de un mismo paciente puede surgir más de un caso clínico. Una vez

³⁷ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 37.

³⁸ Lacan, J (1972) “El Atolondradicho”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012, página 498.

³⁹ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 37.

más, el *hombre de los lobos*: caso de neurosis obsesiva para Freud, caso de psicosis hipocondríaca para Ruth Mac Brunswick.

La topología.

Que el dicho se *asocie* al decir paterno es la prueba primera, la de la histeria, lo cual demuestra la firmeza de la determinación inconsciente y la fijeza del síntoma que de él depende. Ahora bien, que el dicho se *disocie* no quiere decir que se libere, lo cual Lacan aclara inmediatamente, siguiendo con su caracterización de la base de la clínica. Este es un punto complejo y particularmente engañoso, que le trajo dificultades a Freud desde el inicio de su práctica clínica (véase el historial de tratamiento de la Sra. P⁴⁰), que puso en aprietos su construcción metapsicología de lo inconsciente (recuérdese su interesante pero enredada explicación del “lenguaje de órgano”⁴¹) y lo condujo hasta la puerta del mecanismo patognomónico de la psicosis que a pesar de sus esfuerzos no consiguió abrir (la ruptura con la castración y la pérdida de la realidad concomitante⁴²). Recorrido que a su vez se continúa en los trabajos de Bleuler, quien reconoce el mecanismo de la esquizia y bautiza ese estado de disociación precoz con el nombre de “esquizofrenia”, pero que sin embargo se mantiene lejos de explicar sus causas y de resolver el problema de su tratamiento posible. Antes de la llegada de Lacan al psicoanálisis se registraron varios testimonios de casos de pacientes esquizos que agravaron notoriamente su sintomatología y su existencia inducidos por la propuesta metodológica ciegamente aplicada de la asociación libre. Quienes tienen experiencia al respecto saben que no hay nada más sospechoso que la apariencia de libertad y liberación de ese tipo de pacientes, aún cuando se trate de los más sabios, talentosos e ingeniosos.

Los registros.

De allí la advertencia con la que Lacan se introduce en este pasaje de su discurso: “no hay nada más forzoso que el estado de disociación cuando se lo imagina rigiendo lo que llaman relación con el exterior”⁴³. Advertencia que exige tener mínimamente en cuenta la topología estudiada y puesta en forma por Lacan, que problematiza la imaginaria del binomio interior/exterior propio del sentido común, para abrir paso a los modos diversos en que se anudan los registros Imaginario, Simbólico y Real. Lacan lo había estudiado con bastante detalle en su Seminario precedente⁴⁴. No es lo mismo el trébol paranoico que la cadena esquizofrénica. Y ambos tipos de síntoma difieren del diagnóstico de debilidad mental que Lacan introduce en aquella etapa final de su enseñanza y que

⁴⁰ Freud, S (1896) “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, capítulo 3, AE, tomo III.

⁴¹ Freud, S (1915) “Lo inconsciente”, capítulo 7, AE, tomo XIV.

⁴² Freud, S (1924) “La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis”, AE, tomo XIX.

⁴³ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 37.

⁴⁴ Lacan, J (1975/6) *Seminario 23: El sinthome*, Paidós, Buenos Aires, 2006.

permite dilucidar hasta qué punto puede emanciparse lo real de los otros dos registros, lo simbólico y lo imaginario.

Lacan no lo desarrolla en su discurso de apertura, pero deja pistas que permiten reconocer su habitual crítica a una de las versiones más engañosas y al mismo tiempo más instaladas en el discurso corriente: la que considera al estado de disociación como una suerte de corte o cortocircuito del individuo con su realidad exterior. Como si esa pretendida realidad fuera un dato primario, constituida sobre la sólida base de un mundo objetivo e inobjetable. Esa perspectiva puede resultarle útil al psiquiatra en el diagnóstico y la evaluación del riesgo eventual que corren sus pacientes. Pero está muy lejos de lo que muestra la investigación del inconsciente y de lo que el psicoanálisis contribuye a esclarecer con sus elaboraciones clínicas. Es inútil insistir en unificar en una las voces plurales del esquizofrénico, así como tampoco constituye una buena estrategia convencer al paranoico del error que supuestamente comete al interpretar la realidad. Del mismo modo, perdemos el tiempo al pretender que el débil mental se afirme al decir y sea firme al decidir. La topología del síntoma y del inconsciente exige elaboraciones más precisas, y a veces mucho más complejas.

Muerte y sexualidad.

Lo que todo este pasaje del discurso pone en cuestión y en tensión es la relación de la realidad con lo real. “¿Es real la realidad?”⁴⁵, preguntaba más o menos en ese mismo momento Paul Watzlawick del otro lado del océano. Este psicólogo y filólogo dedicó gran parte de sus investigaciones a la terapéutica de pacientes esquizofrénicos, pero desde la perspectiva sistémica de la comunicación. La orientación de Lacan es una muy distinta, claro está. Poco tiempo antes la había calificado de “lingüistería”⁴⁶, y es en eso que lo vemos ejercitarse aquí una vez más. Es cierto que alude a toda una tradición filosófica cuando se adentra en las consideraciones sobre la noción de lo Bello y de su relación con la historia de la razón. Pero no es casual que de todo aquello privilegie la filología y a un autor como Erwin Rohde, quien puso sobre el tapete la pregunta por el origen de la delirante idea de la inmortalidad, “de la increíble creencia de que el cuerpo sigue durando con forma de alma”⁴⁷. Real y realidad no coinciden cuando se trata de los asuntos del inconsciente.

Lacan había escrito que lo real es lo imposible de soportar. De ahí arranca su definición de la clínica psicoanalítica. Ahora se ocupa de agregar que está maquillado por la palabra y soportado por la imagen del cuerpo. Y que incluso lo real del mundo está “cosmografiado”. Vuelve a jugar

⁴⁵ Watzlawick, P (1976) *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación*, Editorial Herder, Barcelona, 2003.

⁴⁶ Lacan, J (1972/3) *Seminario 20: Aún*, clase II, Paidós, Buenos Aires, 2002.

⁴⁷ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 38.

con los términos buscando esta vez su deriva etimológica: “la palabra *cosmos* posee efectivamente su sentido, lo ha conservado, muestra su huella en diversos modos en que hablamos del cosmos, se habla de cosméticos”⁴⁸. Lacan busca en las huellas de la lengua el material que permita transmitir el modo en que lo real se anuda en el ser hablante. Pretende mostrar con su performance personal que para todo ser que habla, sin ninguna excepción, el dicho del inconsciente está condicionado por el saber de la lengua y tironeado por el nudo que constituye el síntoma. Se puede padecerlo o hacer algo más útil con eso. En lo que respecta a Lacan, aprovecha semejantes supercherías [*momerías*] (la idea de la inmortalidad del alma) para referirse a las momias [*momies*] (cuerpos conservados sin vida) y ejercitar [*roder*] (como lo había hecho en la televisión⁴⁹) su método de transmisión de la clínica psicoanalítica: “hay que hacer un esfuerzo para no creer que uno es inmortal”, afirma concluyendo con su línea argumentativa⁵⁰.

Todo este pasaje del texto tiene un cariz humorístico y roza la comicidad. Lacan marca el camino de acceso a lo real insoportable trayendo a colación la figura del cuerpo bello y del cuerpo momificado, como muestra de lo que la cultura ha hecho para cubrir lo que sucede en la cama, es decir, en el nivel del goce: del amante y del enfermo. La cama del amor, el erotismo y la sexualidad, pero también de la convalecencia, la degradación y la proximidad de la muerte. Lacan se ejercita [*roder*] en un diálogo ficticio con Erwin Rohde, y hasta aprovecha para equivocar su nombre [*roder/Rohde*]. Habrá quienes se aburrirán y se perderán en sus tontos juegos de palabras y otros que lo imitarán vaya a saber con qué resultado. Así no hay mucho que obtener. Pero puede que también haya quienes aprecien su recurso y logren encontrar en su *modus operandi* un punto de orientación. Sea como sea, es fácil reconocer en estas palabras de Lacan las referencias freudianas a la muerte y la sexualidad. Que el hombre tiende a desmentir el paso del tiempo por el pánico y la angustia que la muerte produce, eso no es ninguna novedad. Y Lacan parece admitir que Rohde a “rodeado” bien el asunto. Pero que ocurre algo semejante con la sexualidad, no es algo del todo evidente. Es lo que viene a agregar el psicoanálisis, y sobre eso es precisamente sobre lo que monta su práctica y se construye su clínica: las diversas formas sintomáticas de desmentir el hecho de que no hay relación/proporción sexual.

“Hay que clinicar”.

Llegamos así a ese mencionado punto de inflexión del discurso de apertura donde Lacan comienza a introducir sus apreciaciones sobre la clínica propiamente dicha, luego de haberse dedicado a comentar en detalle todo aquello que tiene que ver con su base metodológica. A nuestro entender, hay aquí un viraje importante. Lo plantea como una conclusión que se desprende de lo

⁴⁸ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 38.

⁴⁹ Lacan, J (1973) “Televisión”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012.

⁵⁰ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 38.

dicho anteriormente, expresándose con tono imperativo y sumando un nuevo neologismo a su larga cosecha. Sigámoslo a la letra, entonces. “Por lo tanto”, dice Lacan sin titubear ni despeinarse, “hay que *clínica*”⁵¹. Lo enuncia como si se tratara de una deducción lógica y de un deber ético. Pero además, trata a la clínica misma como una práctica, como algo que hay que verbalizar, intentar compartir y en lo cual ejercitarse. Evoca aquella otra máxima lacaniana referida a la dirección de la cura y enunciada casi veinte años antes: “hay que tomar el deseo a la letra”⁵². Y la impresión que a uno le queda es que de un momento a otro entramos en el ámbito de la *clínica* sin estar del todo seguros de haber abandonado el terreno de la *práctica*. Como si Lacan conectara una y otra, *práctica* y *clínica*, caminando con sus palabras y avanzando en su discurso como lo haría una hormiguita viajera en una banda de Moebius. ¿Qué pasó? ¿Dónde se detiene su paso de hormiga? ¿Qué sentido y qué valor deberíamos darle a ese neologismo tan extraño? ¿Es un chiste? ¿Un lapsus? ¿Una ocurrencia del momento? ¿Por qué propone convertir en un verbo lo que usualmente tratamos como adjetivo o sustantivo? ¿Cuál es el punto de inserción de un plano en el otro: el de la clínica en la práctica y el de la práctica en la clínica?

A juzgar por lo que dice a continuación, el punto o puntapié habría que situarlo en la cama. Más precisamente, esa cama formateada por la disposición analítica a la que llamamos “diván” [*dire-vent*]. Como sucede en la práctica del análisis, el sentido de lo que dice Lacan llega con el siguiente eslabón, inmediatamente después, cual si fuera un analizante y nosotros sus intérpretes. Primero el enunciado enigmático (“hay que *clínica*...”) y luego el que lo significa y lo aclara: “es decir, acostarse”. Una vez más, una apelación a la etimología, esta vez del término “clínica”. Lacan no necesita recordarlo, porque lo ha hecho en otras oportunidades y porque su interlocutor está lo suficientemente educado en la materia. “Clínica” proviene de *kline* (cama) e incluye la referencia al reclinarse, recostarse, acostarse. En cuanto a la tradición médica, la clínica es el diagnóstico realizado al pie de la cama del enfermo a través del relato de su sintomatología y de los signos obtenidos por el médico. Al enfermo, a quien carece de firmeza, no le toca un papel muy activo en ese caso. Pero en psicoanálisis el procedimiento es bastante diferente, y en eso parece estar insistiendo Lacan una vez más. En la tarea de analizar, el paciente tiene una participación mucho mayor. Por eso Lacan le llamó “analizante”. Más aún, en gran medida es él quien realiza la diagnosis del síntoma y de su posición en el deseo, y a quién le toca buscar la manera de curarse o inventar una mejor solución para su padecimiento. No es una tarea fácil, ni sus resultados están asegurados de antemano, lo cual Lacan también se ocupa de subrayar.

No es descabellado pensar, entonces, que si *clínica* es acostarse, es al analizante (*clínica*, podría ser también) a quien le toca comenzar con la tarea de hacer *clínica*. Y de hecho

⁵¹ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 38.

⁵² Lacan, J (1958) “La dirección de la cura y los principios de su poder”, capítulo V, en *Escritos 2*, Siglo Veintiuno.

es lo que sucede. El analizante es quien primero hace de clínico, al menos en términos de tiempos lógicos y mandamientos éticos. Luego el analista tomará su lugar. Dicho en otros términos, es al analizante a quien le toca marcar el camino, y si el analista pretende retomarlos, pues entonces no lo hará desde su posición de analista. Mucho menos al organizar su saber clínico y tratar de transmitirlo. Por eso Lacan había dicho dos años atrás que el analista es “al menos dos”⁵³, tal vez tres o cuatro. Pero el punto de partida es siempre la cama analítica. “En la posición acostada”, continúa argumentando ahora, “el hombre tiene la ilusión de decir algo que sea decir, es decir, que importe en lo real”⁵⁴. Parece un trabalenguas, pero es una manera de decir que localizamos en el analizante el punto de inserción de la práctica en la clínica y de la clínica en la práctica. He aquí, una vez más, el meollo de la cuestión.

El discernimiento de las cosas que importan

Lo real soportado.

Lacan da inicio a la segunda parte de su alocución en el preciso instante en que hace su entrada en el discurso la categoría de lo *Real*. No la había puesto en palabras hasta ese momento, solo había hecho mención a lo Imaginario (la consistencia del cuerpo) y lo Simbólico (el saber inconsciente). Pero a la hora de caracterizar la clínica psicoanalítica propiamente dicha, tal como lo había propuesto por escrito, lo real manda. En primer lugar, bajo la figura de lo insoportable, cuyo primer y más claro ejemplo es la experiencia de la crisis de angustia o ataque de pánico, que según Freud ocupó un alto porcentaje de las consultas recibidas en los inicios de su práctica como médico clínico. Es la experiencia de la angustia convertida en síntoma y expresada por lo menos de diez maneras distintas⁵⁵. Signo de lo que no funciona en lo real, en palabras de Lacan⁵⁶. Es el primer y más claro ejemplo de un trabajo clínico que conduce a un acto de “discernimiento de cosas que importan”⁵⁷, la otra definición lacaniana de la clínica psicoanalítica, y que cuando se toma verdadera consciencia de ellas se transforma nuestra relación al saber y nuestra vida social. No es disparatado pensar que, de no haber inventado el psicoanálisis, Freud hubiese elevado su nombre propio gracias a la neo-creación de la categoría clínica de la neurosis de angustia. Del “síndrome de Freud”, podríamos decir nosotros, como quien dice síndrome de Cotard, de Ménière o de Asperger.

Ese trabajo clínico fue tan valioso y determinante como aquellos otros. De una dimensión comparable al trabajo realizado por J-M Charcot una década antes en la Salpêtrière al construir la categoría clínica de la “gran histeria”, o lo elaborado tiempo después por G. G. De Clérambault en

⁵³ Lacan, J (1974/5) *Seminario 22: RSI*, inédito, clase 1.

⁵⁴ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 38-39.

⁵⁵ Freud, S (1895) “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un síndrome en calidad de neurosis de angustia”, AE, tomo III.

⁵⁶ Lacan, J (1974/5) *Seminario 22: RSI*, inédito, clase 1 (del 10 de diciembre de 1974).

⁵⁷ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 39.

la Prefectura de París sobre el síndrome del “automatismo mental”⁵⁸. Por un lado, porque permitió discernir mejor todo aquello que tiene que ver con el afecto de la angustia y sus correlatos sintomáticos. Discernirlo, es decir, discriminarlo y separarlo del basto grupo de la sintomatología neurasténica con la que se confundía. Primer corte operado por Freud y primer gran aporte a la clínica médica. Pero además, y fundamentalmente, porque el conjunto de aquella casuística le permitió identificar de modo certero la causa sexual de esa angustia sintomática y delimitar con bastante precisión la juntura con el cuerpo erógeno que le hace de soporte. Un acto de discernimiento que muchísimos pacientes desconocen y que en gran medida ha permanecido en la “inconsciencia” para los clínicos mismos, como sugiere Lacan⁵⁹.

Lo real soportable.

Ahora bien, la práctica metódica del psicoanálisis le da a esa dimensión del cuerpo erógeno un soporte operativo en el discurso. Le otorga la posibilidad de alojarse en la mansión de los dichos (“dicho-mansión”⁶⁰ en términos de Lacan) para que lo insoportable de la experiencia encuentre un soporte posible en el lazo transferencial. Se trata puntualmente del “decir” del análisis y de sus consecuencias, una vez que se ha logrado desenredarlo de los dichos que lo ocultan, lo dificultan y lo condenan al olvido⁶¹. La imposibilidad de decir la relación sexual es al mismo tiempo lo que impulsa el decir del análisis. De allí parte el trabajo de “discernimiento” en que consiste la clínica psicoanalítica propiamente dicha. La puntada inicial le corresponde al analizante que discierne en acto aquello que clarifica su relación al deseo y lo transforma como sujeto de la palabra. Eso da lugar a una clínica del caso singular, en el que sin duda el analista se incluye y se inmiscuye, aunque no necesariamente como clínico. De hecho, es casi una contradicción en los términos. En sentido estricto, no existe una clínica del caso singular, siempre se trata de un saber de lo particular que puede ser establecido y generalizado. Y sin embargo el psicoanálisis elabora sus casos poniendo el foco en el analizante y el énfasis en la casuística que se construye en la seriación del caso por caso.

El ejemplo más extremo de ese modo de proceder tal vez sea el procedimiento del Pase, que Lacan había puesto en marcha una década atrás y al cual seguía apostando en aquel entonces⁶². Un dispositivo institucional (de la Escuela de Psicoanálisis) que se suma al del análisis, el control y la presentación de enfermos, que deja la mayor parte de responsabilidad al Pasante a la hora de *clínica* su propio caso, pero que al mismo tiempo involucra otros tres roles en las figuras del

⁵⁸ De Clérambault, G.G (1942) *Automatismo mental. Paranoia*, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2009.

⁵⁹ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 39.

⁶⁰ Lacan, J (1973) “Introducción a la edición alemana de los Escritos”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012, página 579.

⁶¹ Lacan, J (1972) “El Atolondradicho”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012, página 473.

⁶² Lacan, J (1967) “Proposición de 9 de octubre sobre el psicoanalista de la Escuela”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012.

Pasador, del Analista Miembro de Escuela que lo selecciona y propone, y de quienes offician de jurado en el Cartel correspondiente. En nuestra opinión, la práctica del Pase puede tener una utilidad clínica, y eso en virtud del trabajo de *hystorización*⁶³ [historia/histeria] que le corresponde iniciar al Pasante, que los Pasadores continúan en su retransmisión al Cartel y que el Jurado deberá sancionar y autenticar. Una clínica que se apoya y se construye sobre la base de un procedimiento que valora el malentendido y aprovecha la transmisión indirecta y diferida propia del mecanismo del chiste⁶⁴. Recuerdo con claridad hasta el día de hoy el efecto de comicidad y la risa que me produjo escuchar de boca de una de mis pasadoras el malentendido que se produjo al registrar los nombres propios del padre del pasante. Ella defendía con uñas y dientes ante un miembro destacado del Jurado del Pase un nombre al que había llegado por equivocación. Fruto de un feliz desliz que atravesaba zigzagueante una serie de palabras, significantes y nombres significativos de mi historia, el trabajo conjunto de *hystorización* dio lugar a una interpretación del nombre del padre que Lacan calificaría de “inexacta pero verdadera”⁶⁵.

Una equivocación.

Lo que tienen en común todos esos dispositivos clínicos, entonces, es que apuestan a una práctica donde la maquinaria del inconsciente y el saber de la lengua funcionan como “máquina de afectar”, tal como lo expresa un autor como S. Lema⁶⁶. O como una máquina de “afeitar”, podríamos agregar nosotros, para significar con ese equívoco servido en bandeja el corte necesario para que la hormiga lacaniana pase del plano de la práctica al de la clínica. En cualquier caso, se trata del inconsciente, continúa diciendo Lacan en su discurso de apertura, “que con el tiempo creí mi deber designar como una equivocación [*l'une-bévue*]”⁶⁷. La equivocación es también la del propio Lacan, el lapsus calculado al que nos hemos referido más arriba y que translitera a la lengua francesa el término alemán utilizado por Freud para designar al inconsciente: *unbewusst* (UBW). Suena muy parecido, resuena en el pasaje de una lengua a otra.

“¿Una equivocación, necesita ser explicada?”, se pregunta Lacan a continuación. En cuanto a la práctica analítica, se puede operar perfectamente con el equívoco sin necesidad alguna de que sea explicado. El analista no tiene por qué explicar sus interpretaciones ni el paciente sus asociaciones. Como hemos dicho ya, la práctica no necesita ser esclarecida para operar y para hacerlo eficazmente. Puede incluso perder eficacia en el intento de explicación. Pero cuando se trata

⁶³ Lacan, J (1967) “Prefacio a la edición inglesa del Seminario 11”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012, página 600.

⁶⁴ Mazzuca, M (2025) “Lacan, Luthier del Pase”, en *Revista SIC*, número 2, editada por el FARP (Foro Analítico del Río de la Plata).

⁶⁵ Lacan, J (1953) “Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis”, en *Escritos 1*, Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 1988, página 290.

⁶⁶ Lema, S (2019) “La máquina de afectar”, en *El inconsciente estructurado como un lenguaje*, Editorial Arrebol, Buenos Aires, 2019.

⁶⁷ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 39.

de la clínica, es imprescindible explicar cómo y por qué se opera por la vía del equívoco. Esa explicación puede restringirse a la elaboración que hace el propio analizante, puede aportarla el analista que ha pasado a la posición del clínico, puede extenderse más allá de los límites del consultorio y de ese análisis en particular, transmitirse y compartirse entre colegas, traducirse en formulaciones y fórmulas escritas, desplegarse conceptualmente en el marco de una enseñanza, atiborrarse de teorías freudianas o de otra índole, o establecerse con rigor mediante dispositivos de formalización. La clínica psicoanalítica admite todas esas variantes, siempre y cuando se acompañe de la lógica y la ética de la que se sostiene ese acto de discernimiento y el entendimiento al que da lugar. Dicho por el propio Lacan a continuación: “el psicoanálisis supone que estamos *avisados* del hecho de que una equivocación siempre es del orden del *significante*”⁶⁸.

El orden significante.

Con la mención a la categoría del significante llegamos al hilo conductor de este segundo tramo del discurso de Lacan. La clínica psicoanalítica depende de él. Junto con la distinción de los registros (RSI) es el haz de luz que ilumina el terreno del entendimiento. Todo se concentra alrededor del uso de esa noción promovida por la lingüística de F. de Saussure como uno de los campos constituyentes del signo lingüístico⁶⁹. No hay clínica analítica que pueda construirse y transmitirse por fuera de esa referencia. Es al menos la convicción de Lacan, fruto de su experiencia seguramente, y es por ende la posición que toma en su discurso y lo que intenta argumentar en lo que resta de su ponencia. Lo dirá de distintas maneras, pero siempre retomando a Freud con la lingüística y con los lingüistas, en este caso De Saussure y Benveniste. Lo había expresado en un tono más personal en su Seminario sobre el cuerpo, habiendo retomado a Peirce y en diálogo con Jakobson: “mi hipótesis es que el individuo afectado de inconsciente es el mismo que hace lo que llamo sujeto de un significante”⁷⁰. Allí lo planteaba en términos de hipótesis, con la prudencia de quien reconoce las dificultades que el psicoanálisis tiene para llevar esa verdad hasta el grado de certeza transmisible que reconocemos en la ciencia. A diferencia de aquella, agrega Lacan, “la única prueba que tenemos de que el sujeto se confunde con esa hipótesis y que el individuo que habla es su soporte, es que el significante se convierte en signo”⁷¹.

De estas dos categorías, entonces, se ocupa Lacan a continuación. Por un lado las distingue, por supuesto, para indicar que el significante pertenece a un orden mucho más complicado y complejo que el de un simple signo. Pero al mismo tiempo las relaciona y las articula, para intentar explicar cómo es que eso funciona en la práctica del análisis. El ejemplo inaugural, en lo que a la

⁶⁸ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 39. [Las *itálicas* son nuestras].

⁶⁹ De Saussure, F (1913/16) *Curso de lingüística general*, capítulo 1 (Naturaleza del signo lingüístico), Editorial Losada, Buenos Aires, 2018.

⁷⁰ Lacan, J (1972/3) *Seminario 20: Aún*, clase 11, Paidós, Buenos Aires, 2002, página 171.

⁷¹ Lacan, J (1972/3) *Seminario 20: Aún*, clase 11, Paidós, Buenos Aires, 2002, página 171.

casuística y a la clínica psicoanalítica se refiere, podría ser el proceder de Freud en las entrevistas preliminares del tratamiento de Elisabeth von R. En aquel caso, la confirmación del diagnóstico de histeria llega a Freud a través del signo que lee en el rostro de Elisabeth. Estimula el síntoma del dolor en la pierna y obtiene un signo que consigue traducir gracias al interpretante de las “voluptuosas cosquillas”⁷², índice de la participación del cuerpo erógeno para todo ser que habla. Mucho antes de poder descifrar el par significante que la representa como sujeto del discurso inconsciente [*Stehen/Alleinstehen*], Freud obtiene un signo de aquel goce que se satisface en el síntoma.

En cuanto a Lacan, toma el ejemplo de la palabra “deber” [*devoir*] para el primer caso (significante) y de la imagen icónica de la “flecha” para el segundo (signo)⁷³. Dos ejemplos para nada inocentes ni azarosos. La flecha es el signo convencional del “sentido” (en el sentido de la “orientación”) y la palabra “deber” es uno de aquellos significantes que no significan nada pero que al mismo tiempo abren un campo amplísimo de significaciones, apuntadas todas a la *bedeutung*⁷⁴ (significado) de la relación demanda/deseo⁷⁵. Leyendo esos párrafos con atención, uno se da cuenta que Lacan emplea varias veces ese mismo significante: “creí mi deber designar”, “debo decir que”, “por deber me impuse esta obligación”, etc⁷⁶. Por nuestra parte, intentamos seguir la flecha de Lacan. Asumimos el deber de prestar atención a lo que de su discurso y su escrito hace signo. Da la sensación que el significante-*deber* funciona como signo-flecha del sitio hacia el cual se orienta el discurso y el mensaje de Lacan, cual si fuera un deber autoimpuesto, éticamente hablando. Hacia donde “debo-ir” [*devo-ir*], podríamos agregar nosotros transliterando del francés al castellano.

El uso de la lengua.

Se entiende, entonces, que hacer clínica puede consistir también en interrogar éticamente a los psicoanalistas y en volver a leer a Freud críticamente con los instrumentos que permiten explicarlo y demostrar que avanzaba a paso firme pero arrastrando la pata⁷⁷. Es una manera de seguir la huella de Freud, evitando al mismo tiempo caer en las trampas imaginarias de sus referencias meta psicológicas. Un modo de abrirse camino en dirección de aquello que más bien deberíamos ubicar como el *real* de su decir: no hay relación sexual, no existe ningún signo que permita escribir su proporción⁷⁸. En su lugar solo queda el sentido. Lacan se impuso verdaderamente el deber de leer la *Traumdeutung* (Interpretación de los sueños) y de intentar

⁷² Freud, S (1895) “Estudios sobre la histeria”, capítulo 2, parte 5, AE, tomo II, página 154.

⁷³ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 39.

⁷⁴ Mazzuca, M (2023) “Sobre la noción de sentido y sobre el trato psicoanalítico”, en Anuario de Investigaciones, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, año 2023.

⁷⁵ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 41.

⁷⁶ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 39.

⁷⁷ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 40.

⁷⁸ Lacan, J (1973) “Introducción a la edición alemana de los Escritos”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012, página 582.

hacerlo en el idioma original, el alemán de Freud, aunque necesariamente terminara escuchándolo y replicándolo en francés.

En síntesis, lo que hace Lacan es rearmar el discurso freudiano con la ayuda de la categoría del significante, dándonos al mismo tiempo una muestra gratis y reducida de lo que se puede hacer con la lengua en el discurso analítico. No hay arbitrariedad alguna en eso, y por eso da el paso del maestro De Saussure al alumno Benveniste, uno de sus mejores discípulos. Designar como “arbitraria” la relación entre los componentes del signo lingüístico es realmente, como sugiere el propio Lacan, un “lapsus” cometido por De Saussure⁷⁹. Nombró como “arbitrario” lo que luego corrige y califica de “inmotivado”. Esto último sí es admisible. Pero la ligazón entre el campo del significante y el significado en un sujeto que habla está dado por las necesidades propias de la lengua de cada uno, es decir, por las variantes que una lengua dada habilita según su estructura. Eso implica que puede haber lugar para la “contingencia” en el tropiezo de un analizante que se encuentra con su saber inconsciente, pero nunca “arbitrariedad”. Y es por eso que las asociaciones, tal como Lacan viene señalando desde el comienzo de su ponencia, son “ineludibles”.

El inconsciente ¿lacaniano?

En otros términos, freudianos en este caso, se trata de aquello que se condensa y se desplaza en el uso que un particular hace de la lengua. Y es eso exactamente lo que hace Lacan a continuación al usar su lengua para “elasticizar”⁸⁰ un poco más la palabra alemana con la que Freud tituló su obra cumbre y bautizó su técnica de desciframiento del inconsciente: *Traumdeutung*. La estira, la amasa, la afeita y la parte al medio. Se queda con el término *Deutung*, que translitera del alemán al francés y traduce como “sentido”, pero en el sentido del “quiere-decir” [*de-veut-dire*]. Lacan apuesta a un tratamiento del inconsciente freudiano por la vía de la equivocación, es decir, del significante. Busca seguir el sentido (dirección) interviniendo la palabra de Freud a instancias de una letra que bordea el campo del goce. Busca cortar la palabra y volverla a empalmar, pero a sabiendas de que el parloteo [*babardage*] conserva su saliva, su baba y su pegoteo. Dicho en términos un poquito más sencillos, busca seguir el sentido del goce (lo sentido) que el ejercicio de la lengua involucra necesariamente. “La lengua”, agrega Lacan para rematar con una metáfora clara y cargada de oralidad: “es goma de mascar”⁸¹.

Todos estos pasajes del texto retoman distinciones de un Lacan más temprano y vuelven a traer a colación referencias de un Freud también temprano. Buscan discriminar y esclarecer el uso que ha hecho Freud de los términos de los que disponía para abrirse camino en su novedosa técnica de la interpretación de los sueños. Utiliza los términos “sentido” [*sinn*] y “significado” [*bedeutung*],

⁷⁹ De Saussure, F (1913/16) *Curso de lingüística general*, Editorial Losada, Buenos Aires, 2018, página 149.

⁸⁰ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 41.

⁸¹ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 41.

aunque sin diferenciarlos conceptualmente. Habla de “desplazamiento”, de “condensación” y se pregunta si el sueño puede expresar la negación. “Freud hace lingüística sin saberlo”⁸², opina Lacan en su discurso de apertura. Y da la impresión de que tiene razón. Busca en la ciencia de los sueños el referente (denotación) de una significación [*bedeutung*] esquiva e inevitablemente equívoca. Practica una lingüística que le cuesta clinicar.

Sin embargo, no podemos negarle ni reprocharle a Freud su extraordinario sentido de la orientación. Si la causa de los síntomas está en la sexualidad, Freud apunta a la diferencia de los sexos. Nunca pierde de vista el horizonte de su práctica clínica, preocupado siempre por encontrar la solución [*losung*] del sueño y la resolución [*auflosung*] de los síntomas en los que se expresa la enfermedad. Con esa atención flotante escuchó a su paciente Irma y soñó con la inyección de trimetilamina⁸³. Un compuesto químico, cuya fórmula se le aparece escrita en letras nítidas y con caracteres gruesos. Es el inconsciente de Freud el que hace lingüística sin saberlo. Y a la letra, como se ve en aquel sueño inaugural. El uso de la palabra produce sedimentos que se cristalizan, dice Lacan⁸⁴, por ejemplo en la solución [*losung*] cristalina de la trimetilamina. Lo que todo esto demuestra es que gracias a la operación del sueño, su ciframiento y su desciframiento, se puede conseguir discriminar tras la demanda la presencia del deseo. Lacan también lo dice apelando al equívoco: “el sueño difiere [*diffère/diffèreud*] lo que efectivamente hay que llamar una demanda y un deseo”⁸⁵. El sueño “freudea”, podríamos decir nosotros. Y Freud busca la solución en el campo que se abre entre los dos planos de la demanda, la manifiesta y la latente, persiguiendo el sentido sexual del síntoma. La *diferencia* sexual cuya relación nunca encontrará, podría agregar Lacan.

Todo esto conduce a la conclusión con la que Lacan se desliza hacia la fase final de su discurso: “El inconsciente no es de Freud, es de Lacan”⁸⁶. Sentencia sorprendente y desafiante, e incluso un poco disparatada. ¿No será otro de los chistes de Lacan? ¿O una broma de mal gusto? ¿Es para tanto? ¿Tenemos que creerle?

“Hay que decidir”.

Estrictamente hablando, no es cuestión de creerle o no. Menos aún, de elegir entre mamá y papá. El campo es freudiano, sin lugar a dudas, y hay una nueva razón desde Freud. Aunque *La interpretación de los sueños* sea “ilegible”, como opina Lacan, abre un campo totalmente novedoso y da unas cuantas indicaciones de cómo explorarlo. Todos estamos partidos al medio por efecto del lenguaje y abiertos a la experiencia psicopatológica de la vida cotidiana. “De esas primeras palabras oídas viene caminando algo que hace que cada cual tenga su inconsciente”⁸⁷, dice Lacan, esta vez

⁸² Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 42.

⁸³ Freud, S (1900) “La interpretación de los sueños”, capítulo 2, AE, tomo IV, página 127.

⁸⁴ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 41.

⁸⁵ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 41.

⁸⁶ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 41.

⁸⁷ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 41.

con un dejo de poesía. Cada uno hace su propia experiencia del inconsciente, neurótico o psicótico, y adquiere sus convicciones personales primero en el padecimiento de su experiencia sintomática, luego en su práctica como analizante y después en su labor como psicoanalista. Pero en lo que concierne a la clínica propiamente dicha, como dice Lacan a continuación, se trata de decidir. De tomar una decisión y una posición que no dejará de tener consecuencias: dime cómo defines el inconsciente y te diré qué tipo de clínico eres. En cuanto a Freud, entonces, tenía razón, “pero no se puede decir que él haya aislado verdaderamente el inconsciente”, sentencia Lacan, “que lo haya aislado como lo hago yo mediante la función que he llamado de lo simbólico, y que está indicada en la noción de significante”⁸⁸.

En cuanto a Lacan, caminó siempre por la misma senda y se mantuvo siempre en la misma búsqueda, de punta a punta de su enseñanza. Su trabajo con la casuística es un ejemplo claro de esa coherencia en sus intentos de discernimiento y transmisión de la clínica. Siempre se trata del significante: metaforizado en el caso de *La Bella Carnicera* y desencadenado en *La Vecina Marrana*. O el caso de *Impotencia Masculina*, en el que Lacan se apoya en aquellos años (1958) para clinicar su versión del final de análisis. La construcción del caso no incluye en su relato ni una sola palabra del analizante, y sin embargo se trata para Lacan, inequívocamente, de la incidencia del significante del deseo (impar, electivo e imposible), tal como se capta en el juego dialéctico entre el síntoma del paciente y el sueño de su pareja, gracias al soporte silencioso de la presencia del analista en la cura⁸⁹.

Por lo tanto, no solo “hay que clinicar”, también “hay que decidir” si a la hora de hacer clínica la clave está en el significante. Por sí o por no. Consagrarse a esa referencia, continúa diciendo Lacan, muestra una dirección. Se trata entonces de una orientación y de una elección personal, de *decidir* hacia donde *deseoir* cuando emprendo la tarea de discernimiento de las cosas que verdaderamente importan, en el campo de una experiencia y de una práctica que sin embargo no resulta fácil clinicar. En otras palabras, no se trata solo de cómo *deseo-oír*, sino también de la apuesta responsable de un trabajo de elaboración y establecimiento de un saber transmisible y enseñable, que en el movimiento de regreso hacia la práctica marcará el modo de *oír-el-deseo*.

¿Una clínica lacaniana?

Podemos devolvernos, para finalizar, a nuestras preguntas iniciales: ¿qué entendemos por clínica y cuál es el rasgo diferencial de la clínica psicoanalítica? Hemos intentado responder en dos direcciones distintas, aunque perfectamente compatibles y coexistentes en el discurso de los

⁸⁸ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 41.

⁸⁹ Lacan, J (1958) “La dirección de la cura y los principios de su poder”, capítulo V, punto 13, en *Escritos 2*, Siglo Veintiuno.

psicoanalistas: distinguiendo de la manera más tajante posible los niveles de la experiencia, la práctica, la clínica y su enseñanza; e insistiendo al mismo tiempo en la articulación y en la influencia recíproca entre cada uno de esos diferentes planos. Una misma lógica actuante, la del significante equívoco y sus consecuencias sintomáticas, y una misma ética subyacente, interrogar al psicoanalista para que intente explicar y explicitar las razones de su proceder. Eso señala y marca dos direcciones en el uso que hacemos del término. Un sentido más amplio e inespecífico, que abarca el conjunto de los registros y variaciones donde la experiencia del sufrimiento y el inconsciente se activa, se pone en marcha y se trata. Y un sentido más restringido y específico, donde la clínica surge de un acto de discernimiento y se establece como saber transmisible. Cada uno de esos planos está en juego, por ejemplo, cuando trabajamos con casuística. Y también lo están cuando Lacan pone en práctica en el “bla-bla”⁹⁰ de su enseñanza su lectura crítica de lo dicho por Freud.

Ahora bien, ha pasado casi medio siglo desde el discurso de apertura de aquella Sección universitaria sobre clínica psicoanalítica. Lo que exige una revisión, actualización y puesta a punto de aquellas premisas, de sus consecuencias y de las modificaciones generadas por el avance científico y tecnológico. ¿Hay una clínica lacaniana? En cuanto a la práctica del psicoanálisis, es difícil saberlo. Hay una orientación, sin duda, pero de ahí en adelante todo resulta bastante nebuloso. Cada uno practica a su manera, influenciado por el estudio de los textos, los autores y los conceptos, pero sobre todo por la experiencia personal del análisis, del control y (eventualmente) del pase. “Los analistas son los sabios de un saber acerca del cual no pueden conversar”, dice Lacan al respecto⁹¹. Pero en lo que respecta a la clínica propiamente dicha, apostamos a una transmisión más segura de un saber establecido de la manera más rigurosa posible. El psicoanálisis no es una ciencia exacta⁹², pero su clínica puede aspirar aún a quedar mucho más y mejor afirmada.

La clínica psicoanalítica consiste en todo eso. También en volver a cuestionar lo que Lacan ha dicho. Algunos se quedarán con su intolerancia y sus contradicciones, otros con su coherencia y su perseverancia. Cada uno sabrá qué Lacan utilizar, porque hay muchos para elegir. Pero todos compartiremos un mismo programa de investigación y de entrenamiento clínico: el estudio riguroso de las estructuras que surgen de la función significante que cumple la palabra en el campo del lenguaje, a instancias de la letra y en el dominio del discurso. La Escuela, el Hospital y la Universidad pueden contribuir a que eso sea posible, por qué no. En todas esas instituciones y en cada uno de sus dispositivos existe la posibilidad de hacer clínica. Pues, entonces, hay que clinicar.

⁹⁰ Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 43.

⁹¹ Lacan, J (1967) “Del psicoanálisis y sus relaciones con la realidad”, en *Otros Escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012, página 379.

⁹² Lacan, J (1977) “Apertura de la Sección Clínica”, en *Revista Ornicar?*, número 3, Buenos Aires, 1981, página 46.