

PANEL SIMPOSIO APDEBA 2017

Notas acerca de la intimidad, la regla de abstinencia y la publicación.

Dr. Rogelio Rimoldi

Uno cumple con su deber, sin embargo, y lo que escribe no es para el presente fugaz (Freud, carta 140 a Fliess, enero de 1901)

A mis pacientes, que pagaron por enseñarme (Winnicott, Realidad y Juego, 1971)

Originariamente este panel se propuso al reciente Congreso de IPA, pero no fue aceptado. Así que, por una suerte de efecto Zeigarnik, aquí estamos hoy dispuestos a realizar ese proyecto inconcluso, o -si se prefiere- intentar elaborar aquella situación traumática. Ojala lo logremos.

Justamente para aquella ocasión se propusieron varios ejes temáticos, uno de los cuales decidí tomar justamente porque me resultó interesante la relación entre los términos en juego. Así que, en parte por curiosidad y en parte porque los últimos años estuve repensando algunas cuestiones de técnica psicoanalítica, decidí tomarlo y explorar ese campo novedoso para mí. En consecuencia, lo que voy a desarrollar no serán las sabias conclusiones del experto sino que debe ser entendido como una suerte de *blog*, de bitácora que resulta de tal exploración de la geografía instituida a partir de estas tres referencias cardinales: intimidad, regla de abstinencia y publicación. Son tres vértices, tres puntos de vista, uno -la intimidad- dirigido a una propiedad cualitativa de los contenidos mentales y del vínculo analista-paciente, otro -la regla de abstinencia- desde el que se contemplan las regulaciones que el método instituye para tal vínculo, y finalmente un tercero -la publicación- que tiene en cuenta la cuestiones vinculadas a la trasposición de lo privado a lo público en los diversos planos en que esto puede producirse.

Mi propósito en esta comunicación será pues el de describir un campo configurado por la decusación de las instancias mencionadas, un campo interesante y problemático sin

pretender encontrar respuestas que nos liberen del conflicto. Se trata más bien de considerar estas coordenadas con el objetivo de su clarificación.

Antes de examinar estos tres términos cuyo entrecruzamiento organizará nuestras reflexiones, veamos qué nos dice Freud en oportunidad de la publicación de su primer historial.

A propósito de la publicación del “caso Dora”

Ya Freud, en 1905, debió justificar la publicación de su famoso historial de Ida Bauer (Dora) aduciendo que aquello sobre lo que escribiría haría imposible la identificación de la paciente por parte del lector, dado que lo que verdaderamente interesaba desde el punto de vista psicoanalítico no era aquello por lo que la joven pudiese ser reconocida públicamente. Se estaba refiriendo a que precisamente lo que allí se revelaría sería del orden de la mayor intimidad, sus sueños, sus fantasías, su psicosexualidad, tal como se alcanzaran en el análisis. Obviamente estaba aquí implícito otro nivel de intimidad: el de analista y paciente, basado en la confidencialidad del vínculo. A aquel primer argumento, se sintió obligado a agregar un segundo argumento: nuestro compromiso de confidencialidad con nuestros pacientes, individualmente considerados, encuentra su opuesto dialéctico -por decir así- en la obligación de todo profesional de contribuir al desarrollo de la ciencia, entendida como el vehículo que permitirá ayudar al *gran núcleo de individuos que padecen igual dolencia o la padecerán en el porvenir*.¹ Más

¹ *Si antes se me reprochó no comunicar dato alguno sobre mis enfermos, hoy se me reprochará hacer público algo que el secreto profesional impone silenciar....la publicación de las historias clínicas, me plantea graves dificultades, de orden técnico en parte, y en parte derivadas de sus mismas circunstancias intrínsecas.*

Si es cierto que la causación de las enfermedades histéricas reside en las intimidades de la vida psicosexual de los enfermos y que los síntomas histéricos son la expresión de sus más secretos deseos reprimidos, la aclaración de un caso de histeria no podrá por menos de descubrir tales intimidades y revelar tales secretos. Es indudable que los enfermos habrían silenciado unas y otros a la menor sospecha de que sus confidencias habían de ser científicamente aprovechables, y desde luego, sería inútil solicitar su autorización para publicarlas. En estas circunstancias, las personas de fina sensibilidad y las de escasa resolución, situarían, en primer término, el secreto profesional y renunciarían a todo intento de publicación, lamentando no poder prestar, en este punto, servicio alguno a la ciencia. Mas, por mi parte, opino que la profesión médica no impone sólo deberes para con los enfermos individualmente considerados, sino también para con la ciencia, o lo que es lo mismo, para con el gran núcleo de individuos que padecen igual dolencia o la padecerán en el porvenir.He elegido una persona cuyos destinos transcurren lejos de Viena, siendo, por lo tanto, completamente desconocidas sus circunstancias personales en nuestra capital. He guardado desde un principio y tan celosamente el secreto del tratamiento, que sólo uno de mis colegas, digno de máxima confianza, ha podido reconocer en la muchacha de quien se trata, a una antigua paciente mía. Una vez

adelante, a la hora de la publicación de sus historiales en un solo tomo, el sabio vienés aclarará que para sus otros casos (Lanzer, etc.) la publicación fue autorizada por los propios pacientes y por el padre en el caso de Juanito. Hoy formularíamos esto último en términos de “consentimiento informado”.

La historia de Ida Bauer fue calificada por nuestra reciente visitante, Elizabeth Roudinesco, como “un drama burgués como se lo encuentra en las comedias de boulevard de fines de s XIX”. Freud transformaría esta comedia de boulevard en una tragedia de sexo, amor y enfermedad a través de la cual le restituye a Dora una verdad que la familia le había sustraído, al tratarla de simuladora. Pero precisamente el sabio vienés indica la necesidad de evitar que el historial fuese leído (voyeurísticamente diríamos) como una *novela en clave* con la intención de descubrir la verdadera identidad de los personajes.

Como se ve, este temprano planteo freudiano introduce los términos que hoy estamos considerando en su intersección y eventual oposición: la dimensión de intimidad que caracteriza a la cura psicoanalítica, nuestros deberes hacia el analizado, formulados como regla de abstinencia, y nuestras obligaciones con la comunidad científica, ligados a la instancia de publicación.

Intimidad

La noción de *intimidad* en el vínculo analítico ha sido probablemente estudiada con exhaustividad en el reciente Congreso y creo que, en términos generales, podríamos definirlo como una zona de la subjetividad, exclusiva del individuo, a la cual nadie tiene acceso salvo aquella persona a quien ese individuo se lo permita.

terminado el tratamiento, he detenido aún la publicación del caso durante cuatro años, hasta haber tenido noticia de un importante cambio sobrevenido en la vida de la paciente y que seguramente habría desvanecido su propio interés hacia los sucesos y los procesos anímicos relatados en la historia. Desde luego, no ha quedado en todo el relato un solo nombre que pudiese poner sobre la pista a algún lector ajeno a la clase médica, curiosos indiscretos contra los cuales ya supone una garantía la publicación de la historia en una revista profesional especializada y rigurosamente científica. Naturalmente, no puedo impedir que la paciente misma sufra una impresión desagradable si la casualidad llega a poner algún día en sus manos su propia historia clínica. Pero, en último caso, no habrá de encontrar en ella y acerca de sí misma nada que no sepa ya de sobra, y reconocerá, además, la imposibilidad de que ninguna otra persona sospeche que se trata de ella.

Tomando como referencia un escrito de Benito López y col. que trabaja justamente la cuestión de lo privado y lo público tal como se despliega en la intimidad de la relación analítica (López y col., 1987), se distinguen términos como “intimidad”, “privacidad” y “secreto” en relación con el cumplimiento de las reglas de asociación libre y atención flotante. Al abordar la existencia de los discursos públicos y privados de paciente y analista, como discursos autónomos y no excluyentes, definen al discurso privado como “una comunicación dirigida a un interlocutor imaginario que es posible decodificar psicoanalíticamente desde el discurso explícito”.

Consideran que la *intimidad* estaría vinculada a la capacidad de retener el discurso privado hasta que su “precisa pertinencia” indique que se lo transforme en público. Esta capacidad de contención, de postergación, es el fundamento del entendimiento entre las personas, y en particular, sería la condición de que pudieran trabajarse en sesión los incesantes malentendidos. Se da por sentado que al hablar no se puede decir todo y se supone lo mismo de la otra persona teniendo en cuenta la incapacidad humana de transmitir los estados mentales y la parcialidad y precariedad de todo momento de encuentro.

La noción de *reserva o discreción* correspondería a un tipo de ocultamiento basado en temores, fundados o no, de que el discurso será malentendido. Prevalecen ansiedades paranoides, apoyadas en la creencia de que decir lo que se piensa es un riesgo.

Finalmente el *secreto* representa una severa infracción a la regla fundamental que se origina en el deseo omnipotente de controlar la mente del otro.

La intimidad y la reserva constituyen niveles compatibles con el trabajo analítico, si bien la primera representaría un nivel óptimo de funcionamiento de la asociación libre, y la segunda un nivel defensivo conspicuo y abordable. En cambio, el secreto es visto como un obstáculo muy serio, ligado probablemente (desde otras perspectivas) a las nociones de baluarte y reversión de la perspectiva.

Más allá de estos diferentes niveles de privacidad y publicación que se ponen en juego en el intercambio analítico, es claro que se va creando un espacio de intimidad que es propio de la relación misma tal como va evolucionando en la cura.

Tanto lo que el paciente “lleva a análisis” como problemáticas y acaeceres de su vida en forma manifiesta como todo aquello que se va agregando en virtud del trabajo analítico,

en términos de rememoración, levantamiento de represiones, etc. configuran un acervo de intimidades que el analizando va compartiendo con su analista en base a la confianza en su confidencialidad. (“Esto, el único con quien lo puedo compartir es con Ud.”),

Se genera así una nueva área de intimidad, una intimidad compartida, que a veces puede tener matices de complicidad, etc. Una intimidad compartida a ser resguardada, cuya violación consistiría en que sus contenidos sean revelados fuera del contexto de la cura.

Regla de abstinencia

La *regla de abstinencia* es una prescripción técnica que ha sido objeto de cuestionamiento y debate desde hace mucho tiempo en la historia del psicoanálisis, a partir de Ferenczi y otros, y particularmente los últimos años por parte de autores que se inscriben en aquella corriente designada como *intersubjetivismo*. Desde mi punto de vista, es constitutiva del método, aunque merece ser repensada y probablemente reformulada.

Por supuesto la discusión acerca de las normativas relativas a los instrumentos técnicos del psicoanalista excede a la regla de abstinencia y abarca prácticamente todas las prescripciones que fueron originalmente planteadas como “recomendaciones” por parte del fundador. Solo la consideración detallada del sentido o fundamento de estas prescripciones en relación a la concepción de la cura permitirá colocarlas en un plano que se distinga del de las polémicas en torno a la ritualización y la ortodoxia.

Es interesante el que la prescripción de abstinencia se entendiera inicialmente como dirigida a aquello de lo que había de privarse al paciente, llevándolo a un estado de frustración que promovería la regresión y el despliegue transferencial. Es decir que el aspecto restrictivo de esta consigna se considerase básicamente dirigido y teniendo efectos en el analizado y no tanto en el analista, confundándose en este último caso con la recomendación de “neutralidad”.

Creo que si, en líneas generales, aceptamos que encuadre y regla de abstinencia apuntan a generar las mejores posibilidades para la aplicación de un método centrado en la asociación libre, la atención flotante, y la recolección de la transferencia, veremos que

-del lado del analista- de lo que se trata es de proteger y liberar lo más posible su receptividad al material del paciente.

Que el intercambio con el paciente se circunscriba a un “intercambio de decires” es lo que Meltzer plantea en términos de “utilizar la conciencia (de los derivados de los procesos inconscientes) para el pensamiento verbal, en lugar de recurrir a la acción” (Meltzer, 1965). Esto define con bastante precisión la “abstinencia” del analista, en tanto él también debe sujetarse a la aplicación de un método que lo obliga a una coartación de sus mociones desiderativas y una neutralización del polo motor (acción). Así, el encuadre y las reglas para la aplicación del método se constituyen en *una instancia tercera* que regula el acaecer de la cura.

Un ejemplo freudiano de esta situación en el historial del "Hombre de las Ratas" (Freud, 1908) lo encontramos en aquella sesión en que, presa de gran angustia, el paciente pide que se le exima de continuar relatando el tormento de las ratas, Freud le responde que él no está en condiciones de liberarlo del cumplimiento de la regla fundamental. Coincidimos con Simone Decobert ² en que se hace allí una *formulación de la regla de abstinencia*: habiendo renunciado a la sugestión y a toda posible manipulación, Freud se ubica como alguien que no puede desechar una regla constitutiva del método. La abstinencia del analista establece esa tercera posición, simbolizando una forma de juego y un intercambio intersubjetivo. *Un juego y un intercambio en el que ambos, paciente y analista, deben someterse a reglas que emanan de un referente, a la vez exterior e interior a ellos mismos, pero siempre extrínseco*. Desde el punto de vista que sostuve en un trabajo anterior (Rimoldi, R., 1995), tal referente remite a las funciones de los padres en el mundo interno.

La abstinencia también requiere del analista cierta suspensión de sus convicciones y teorías para estar abierto a lo que se produce en la situación analítica. Esto es muy importante en lo que respecta a la tentación de “aplicar” teorías al material provisto por el paciente. En este punto deben destacarse aquellos autores (i.e. Galende, 2013) que

² Decobert, Simone (1986): "Note sur la notion de cadre", *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, No.2 (1986), pages. 33-41, Paris.

prefieren hablar de “método” en lugar de “técnica”, en la medida que consideran que esta última denominación tiene un arrastre semántico vinculado a la idea de aplicación de un conocimiento, mientras que “método” se vincula a “investigación y descubrimiento”. Siguiendo la famosa distinción de Reichenbach, hablar de “método” ubicaría nuestra tarea en el *contexto de descubrimiento*, mientras que “técnica” parecería colocarla en el *contexto de aplicación*.

El analista debe “abstenerse”, en la medida de sus posibilidades, de la tentación del uso del paciente para sus propios fines. Este apartado incluye no solo las groseras trasgresiones referidas al uso sexual, económico etc., sino también a los intereses más sutiles ligados a intereses narcisistas del psicoanalista que incluyen su voyerismo y eventual exhibicionismo, la transformación del material analítico en “información” (la frase paradigmática en este último rubro es “esto lo supe por diván”, i.e. “che, parece que el dólar se va a la mierda, lo sé por diván”, situación que implica por un lado la exhibición ante un tercero del hecho de tener un paciente muy importante y también que se recibe por ese medio información reservada), etc. En estos casos, el compromiso contratransferencial es evidente y la también malversación de la escucha, que ha transformado la información sobre la realidad psíquica en información sobre el mundo exterior. Este es uno de los rubros en que se produce la colisión entre la reserva prometida al paciente (como secreto profesional) y el deseo de publicación (en sus distintas vertientes) por parte del analista.

Pero debemos nuevamente subrayar el punto en que la abstinencia del analista se aplica al compromiso de confidencialidad que sostiene la posibilidad de exploración analítica. Esto marca con claridad una frontera que es la que se pone en juego toda vez que el analista llevara material clínico fuera de la sesión.

Algo de este orden se hizo presente fuertemente en el Congreso Internacional de IPA en Buenos Aires, precisamente sobre “Intimidad”, en cuyo trascurso se hizo fuerte énfasis en lo atinente al manejo reservado del material clínico contenido en las diferentes presentaciones. En ese caso el problema a evitar sobre todo era el de las eventuales consecuencias legales de la publicación de las intimidades de los pacientes. Demás está decir que en estas notas la problemática abordada no atañe a dichas incidencias legales, sino a la que deriva de la intención de publicación por parte del analista de la experiencia compartida con su paciente y su eventual colisión con otro

tipo de legalidad, la vinculada a la aplicación del método analítico: la regla de abstinencia y la protección de la requerida intimidad del vínculo.

Publicación

La publicación (del latín *publicare* ‘hacer público’), en el origen designa la acción que consiste en llevar cierta información al conocimiento del público (*populus*), o sea, “a publicarla”. Así, *publicación* es un término que alude a la revelación de algo que anteriormente pertenecía a un ámbito reservado, esa revelación involucra necesariamente a otros (*populus*) a los que se hace partícipes de lo anteriormente oculto.

En la cura psicoanalítica, esta trasposición de lo privado a lo público es estudiable en diversos niveles tanto por el lado del analista como desde el lado del analizado: como veíamos más arriba, en ambos es posible distinguir entre un discurso privado y uno público. Está presente como fuente de eventuales perturbaciones de la asociación libre (y la atención flotante) en el intercambio de decires propio de la cura.

Pero asimismo, y en otro nivel, se plantea a la hora en que el analista desea comunicar algo de lo que ocurre en el análisis en otro ámbito que el de la sesión, se trate de supervisiones, comentarios con colegas o escritos a ser publicados en revistas o libros.

Niveles de intimidad (privacidad) y publicación en el análisis.

Examinaremos acá los niveles de lo “no dicho”, en relación a la primera y segunda censura y los discursos público y privado de paciente y analista en la cura. Acá “publicación” se aplicará a “lo que se dice” y sobre lo cual será posible conjeturar algo del orden de lo “no dicho” (discurso privado).

Primera censura: la “publicación”, en este caso se vincula a la posibilidad de inferencia acerca de los contenidos bajo represión a partir de los indicios proporcionados por el “retorno de lo reprimido” lapsus, sueños, transferencias, etc. Este tipo de “intimidad” se encuentra oculta para el propio sujeto, para su conciencia, y las reglas de trasposición las vinculadas al pasaje de Icc a Prec. Aca la “publicación” depende del trabajo interpretativo/constructivo de analista y analizante.

Segunda censura: aquí tenemos aquello que ha sido “sofocado” pero su pertenencia al Prec. lo muestra como un tipo de contenido íntimo conocido por el paciente pero que puede ser objeto de diversas formas de sustracción defensiva que van desde la *reserva* al *secreto*. Aquí se juegan los problemas vinculados al sostenimiento de la asociación libre y sus eventuales impedimentos.

Quizás el *secreto*, como lo destacan López y col. en su artículo, merezca un comentario aparte por su malignidad y deba ser distinguido de la *reserva* más ligada a las formalidades y la hipocresía.

El criterio de “pertinencia” consiste en que algo de lo íntimo, lo privado, es retenido (la versión esfinteriana diría “al modo en que el niño aprende a retener sus excretas hasta la situación en que sea pertinente su evacuación”) hasta el momento en que es pertinente su “publicación” en el análisis.

El analista por su parte debe mantener su receptividad libre en lo posible del acecho de sus enemigos habituales: la memoria y la selección al servicio del deseo de entender, explicar. Son los momentos presemiológicos o preconceptuales en que debe reinar la *capacidad negativa* propuesta por Bion, una tolerancia a la no comprensión que si es lograda deviene atención flotante.

La publicación -en sus distintos niveles y especialmente en el caso de la publicación científica- implica que aquello escondido que se revela pasa a insertarse en una red de sentido, a partir de la puesta en juego del aparato hermenéutico de analista y paciente. Esto guarda similitud con la elaboración secundaria en el sueño, que a la vez que permite la recuperación de un contenido inconsciente, juega un papel defensivo. Puede pasar a interferir con la atención flotante, el ejercicio de la capacidad negativa. Acá se abre un capítulo muy interesante al que solo voy a mencionar: cómo sería posible (si es que lo es) la recuperación de la atención flotante en una sesión en que se ha llegado a formular una interpretación.

La publicación fuera de la sesión

Quiero iniciar este capítulo declarando mi convicción respecto del valor que tiene el trabajo a partir de material clínico entre psicoanalistas, y especialmente el enorme valor

de la escritura sea a nivel de *papers* para reuniones científicas, como de textos en revistas, libros y otros medios de difusión. La escritura en psicoanálisis, más allá de la originalidad o la trascendencia de los aportes que contenga, es de enorme valor para el autor como una vía privilegiada de elaboración de la experiencia emocional inherente a la práctica del psicoanálisis. La dimensión elaborativa del pensar clínico del analista fuera de sesión, en cualquiera de los ámbitos de publicación ya mencionados no solo la publicación de material clínico, está presente también en los escritos teóricos.

Empiezo diciendo esto porque todo lo que se dirá inherente a los problemas de publicación en referencia a intimidad y regla de abstinencia, se refiere a los variados casos en los que esa publicación no se realiza en condiciones de “precisa pertinencia”

Por parte del analista: comentarios de pasillo, el ya mencionado “esto lo sé por diván”, la tentación a hablar de pacientes famosos, las prestaciones clínicas en espacios no pertinentes, etc.

Por parte del paciente: sus comentarios acerca del análisis (acting verbales: i.e. “del sábado al domingo tuve un sueño que me impactó mucho y me pareció muy importante: se lo conté a mi mujer, pero se me borró completamente”), o la publicación de su experiencia como analizados, lo que en general se asocia a la fama de sus analistas y contiene un fuerte componente exhibicionista.

De qué hablamos cuando hablamos de “material clínico” en las publicaciones científicas.

Se trate de presentaciones entre colegas, se trate de publicaciones en revistas, libros o Congresos, la presentación (publicación) de material clínico adquiere particular interés. Creo que esto se debe, en parte, al hecho de que los “relatos de la clínica” (como se los denominó en un reciente Simposio de APdeBA), y aun admitiendo las objeciones a su “objetividad” y las claras dificultades para transmitir adecuadamente lo que ocurre en un análisis, son el tipo de comunicación que más nos aproxima a ello de una manera experiencial y tienen la cualidad de convocar la participación. En supervisiones y discusiones clínicas predomina la presentación de sesiones lo que abre mucho más a la posibilidad de interlocución participativa. Incluyo acá una reciente modalidad de “ejercicios clínicos” que consiste en la lectura *paso a paso* de una sesión para que los

participantes vayan haciendo su lectura del material y las eventuales intervenciones que hubiesen hecho: se genera un clima *símil sesión* como si se estuviese *haciendo* psicoanálisis.

Una instancia distinta es la introducción de material clínico en publicaciones como escritos para reuniones científicas, revistas y libros. En este caso, se trata de introducir la clínica como una articulación necesaria en el desarrollo de las postulaciones teóricas sostenidas en la publicación. Se trata de una instancia diferente porque -a mi entender- pertenece a una esfera más vinculada a “hablar acerca del psicoanálisis” en que lo clínico, si bien puede llegar a ser objeto de discusión, es invocado al servicio de fundamentar, ilustrar etc. las tesis propuestas.

Basándome en un texto anterior (Ríos, Rimoldi, Zadoff, 1999), me referiré ahora brevemente a las diferentes formas de publicación de material clínico en escritos con diversos destinos, revistas y libros.

Alusión clínica: sería un grupo heterogéneo, constituido por breves ejemplos clínicos (un sueño, un síntoma, etc.), un mito u otra expresión folklórica, un poema, etc., que cumpliría en el texto producir en el lector un impacto evocativo/asociativo, dando a entender un rasgo de la clínica solidario con el planteo teórico que el autor busca compartir con el público al que se dirige.

Viñeta³ clínica: A partir de su etimología, diríamos que una *viñeta clínica*, es algo así como una “ilustración”. Una ilustración que sirve de soporte a lo argumentado en un trabajo, pero que tiene una extensión y complejidad mayor que en la alusión clínica.

Análisis fragmentario e historial clínico: Desde un punto de vista epistemológico, lo “fragmentario” de la exposición de un caso remite al tipo de recorte efectuado por el autor y las motivaciones del mismo, pero ya dentro de una visión más abarcativa del proceso analítico que en los casos anteriores. Es necesario admitir que -en realidad- cualquier tipo de presentación clínica es “fragmentaria”, no solo porque es incompleta sino porque siempre está en juego implícitamente una selectividad inherente a la recolección misma de los “hechos clínicos” por parte del analista, cuyo vértice observacional está

³ El término *viñeta*, se origina en el francés *vignette*: dibujo pequeño que se pone como adorno al principio y al fin de un libro o capítulo (Corominas, 1980)

conformado por sus teorías, su posición contratransferencial, etc.

Sin embargo, en el *análisis fragmentario* este recorte se hace explícito, así como los fundamentos que tiene el autor para haberlo efectuado. En general, puede considerarse que las hipótesis con las que se abordan los aspectos recortados del material de este tipo de “análisis fragmentario” giran alrededor de un hecho seleccionado, y que a través de éste buscan un nivel de corroboración más abarcativa. Esbozan la idea de un proceso, si bien no finalizado.

En un *historial* parecería que lo que se subraya como apoyatura de una o varias hipótesis es la explicitación de éstas en una dimensión diacrónica. En una doble perspectiva “histórica” acerca de lo ocurrido en el curso de un tratamiento, pero también en lo referido a la “reconstrucción” de la historia del paciente a lo largo del mismo.. Bastará con remitirnos a los grandes historiales de Freud -entre los cuales probablemente el más acabado sea el del “hombre de los lobos”.

Debe destacarse aquí un tipo especial de publicación en que la historia clínica publicada consiste en la reconstrucción, sesión por sesión, de un tratamiento. En este caso, la “historia” en cuestión es la historia de un tratamiento. Dos ejemplos posibles serían el caso Richard por Melanie Klein, y en otro plano el registro minucioso de la brillante terapia focal llevada adelante por Michael Balint y publicada póstumamente por Enid Balint y Paul Ornstein.

Algo más sobre la conflictividad latente entre regla de abstinencia y publicación

Deben tenerse en cuenta las intencionalidades conscientes e inconscientes del analista en relación a la publicación de las “intimidades de su consultorio” y los diferentes ámbitos en que esto se puede dar. Hemos señalado ya varias veces que el compromiso de confidencialidad por parte del analista es uno de los pilares que permiten construir la intimidad con su paciente, es decir la condición de posibilidad de la revelación de lo íntimo del analizado.

Todos conocemos lamentables ejemplos de presentaciones en que se ha podido reconocer la identidad del paciente, sea por defectos en encubrimiento de la misma, o más frecuentemente por su presentación en un ámbito inadecuado, justamente “no

pertinente”. No me detendré en estos casos en que la traición a la confidencialidad es tan grosera.

Pero este aspecto de la abstinencia del analista (abstenerse de revelar las intimidades del consultorio) que se pone en juego en toda instancia de publicación fuera de las sesiones, puede transformarse en un obstáculo para la atención flotante, toda vez que la atención del analista se vea tomada por su intención de publicación. Así el *deseo de publicación* puede constituir una violación de una abstinencia predicable en términos de *sin memoria y sin deseo*.

Dejando de lado las groseras actuaciones del analista ligadas a tomar el material como información, y otras mencionadas más arriba, debemos considerar las publicaciones de supervisiones y otros lugares de intercambio científico, como las publicaciones en revistas y libros.

En el caso de las supervisiones y talleres clínicos, la discusión del material clínico en estos ámbitos es de enorme utilidad para el analista, ya que le permite -en el mejor de los casos- una apertura de su receptividad al escuchar otros puntos de vista. El riesgo, que obviamente es mucho mayor en el caso de la supervisión didáctica, es que esos diferentes puntos de vista -y sus diversas apoyaturas teóricas- pasen a operar como preconceptos, o aun como el requerimiento de aplicar interpretaciones sentidas como “canónicas”.

En el caso del material clínico incorporado a escritos, en sus diferentes formas de presentación a las que me referí anteriormente, es inevitable una sobredeterminación diríamos presente en el propósito de tales presentaciones: se conjugan allí junto a las loables intenciones de transmitir experiencias y aportar conocimiento en el desarrollo de nuestra disciplina, otros designios menos confesables ligados al deseo de destacarse y obtener la valoración por parte de la comunidad de colegas.

Acá me parece que vale la pena agregar una distinción entre la publicación de material clínico de un análisis concluido respecto de una cura *in progress*, ya que en este último caso la publicación podría llegar a conformar un vértice cristalizado que monopolice la receptividad del analista, obstaculizando la atención flotante.

Volviendo a Freud de manera un tanto irreverente

Es interesante el comentario de Freud -en *Psicopatología de la vida cotidiana*- respecto a cómo fue que eligió el *nickname* de Ida Bauer a los fines de la publicación del historial. Se le ocurrió “Dora” y luego, con la honestidad intelectual que lo caracterizaba y la fidelidad a la idea de determinismo inconsciente que estaba sosteniendo, se preguntó acerca de la oscura secuencia ideativa que había culminado en aquel nombre.

La primera (¡y resistida!) asociación que tuvo lo llevó a la niñera de su hermana, de nombre Dora, y luego a un episodio del día previo. Pero demos la palabra a Freud: *“Sobre la mesa del comedor de mi hermana vi una carta con sobrescrito “Para la Srta. Rosa W.”. Asombrado, pregunto quién se llama así, y me entero que la supuesta Dora en verdad se llama Rosa, y debió resignar su nombre al emplearse en la casa porque también mi hermana puede considerarse aludida por la interpelación “Rosa”. Dije conmisericordiosamente: “¡Pobre gente, ni siquiera su nombre puede conservar!”..... La exclusividad de ese nombre descansa aquí en un sólido enlace de contenido, pues en la historia de mi paciente un influjo decisivo –también para el derrotero de la curaprovinio de la persona de servicio en casa ajena, una gobernanta.”* (Freud, S. 1901)

Un tanto irreverente y arbitrariamente me voy a aprovechar de estos enlaces asociativos del Maestro y formular dos “interpretaciones” relativas a lo que uno podría conjeturar como cuestiones en que se pone en juego el “uso” de la paciente con fines narcisistas.

“Dora” puede estar expresando algo así como la idea de la paciente cumpliendo servicios para Freud, como una empleada doméstica, y también de exploración de la sexualidad (¿voyeurismo inconsciente?), algo sobre lo que -ya se sabe- las domésticas tienen algo que decir. Por otra parte, el uso del material clínico al servicio de su publicación, con las consiguientes deformaciones a los fines de ocultar la identidad de la paciente, genera la culposa observación de Freud: “pobre gente, ni siquiera su nombre puede conservar”.

Desde ya que se podría responder, y sería justo, que este “uso” de la paciente se justifica ampliamente por su trascendencia científica. Pero se ve también en este ejemplo cómo ese aspecto altruista tendría una contracara egoísta (*“Dora” a su servicio*): al servicio de aportar material demostrativo de sus teorías, de la validez científica de la interpretación de los sueños, afirmándose así en su controvertida posición en el ámbito de la sociedad de su época.

Cabe agregar acá, y finalmente, el episodio -acaecido 20 años después de la publicación del historial- al que hace referencia Freud en una nota agregada en 1923. En el otoño de 1922 Félix Deutsch, analizado y seguidor de Freud, es consultado por un otorrinolaringólogo acerca de una paciente: “una mujer casada, de 42 años de edad, que desde hacía un tiempo debía guardar cama debido a acentuados síntomas del síndrome de Menière: disminución de la audición en el oído derecho, mareos e insomnio debido a continuos ruidos en ese oído...y me preguntaba si un estudio psiquiátrico de la paciente, que se comportaba muy “nerviosamente”, podría quizá dar una explicación a su dolencia.” Al escucharla acerca de su familia, Deutsch no pudo menos que sospechar su identidad. “La paciente comenzó a charlar de un modo insinuante, preguntando si yo era analista y si conocía al profesor Freud. Le pregunté a mi vez si ella lo conocía y si él la había tratado alguna vez. Como si hubiera esperado esta pregunta, rápidamente respondió que ella era el caso “Dora”, agregando que no había visto ningún psiquiatra desde su tratamiento con Freud. La paciente olvidó hablar acerca de su enfermedad y desplegó gran orgullo porque había escrito de ella como un caso famoso en la literatura psiquiátrica.” “Mi familiaridad con los escritos de Freud evidentemente creó una muy favorable situación transferencial” (Deutsch, 1957). El efecto de sugestión a partir de esta transferencia que Deutsch hereda de Freud, produce una inmediata remisión de la sintomatología.

He aquí un ejemplo en que la publicación de la intimidad de un análisis ha adquirido un valor narcisista que hace que su exhibición genere en la ex paciente de Freud un goce, ligado nuevamente a aquella alteración de su identidad por la que Freud se lamentaba pero que la ha convertido en “el caso Dora”, un personaje famoso. Esta circunstancia nos contacta con otro costado de la publicación de las intimidades de consultorio que se vincula a los tópicos tratados por Paula Sibilía en su libro *La intimidad como espectáculo* (Sibilía, 2008)

Bibliografía

Balint, M., Ornstein, P. y Balint, E. (1971): *Psicoterapia focal*, Gedisa, Buenos Aires, 2012.

Bion, Wilfred (1967): "Notas sobre la memoria y el deseo", *Revista de Psicoanálisis*, vol. 26 (1969), págs. 679-92.

(1970): *Atención e interpretación*, Buenos Aires, Paidós, 1974.

Decobert, Simone (1986): "Note sur la notion de cadre", *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, No.2 1986, Paris.

Deutsch, Felix (1957) : "Una nota al pie al trabajo de Freud *Análisis fragmentario de una histeria* publicado originalmente en *The Psychoanalytic Quarterly*, 1957, XXVI. Version española *Revista Psicoanálisis*, 27, no. 3, 1970, p.

Freud, Sigmund (1901): *Psicopatología de la vida cotidiana*, Obras Completas, tomo VI, Amorrortu Ed. Buenos Aires, 1979

(1905): *Fragmentos del análisis de un caso de histeria*, Obras Completas, tomo VII, Amorrortu Ed, Buenos Aires, 1979

(1909): *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. Obras Completas, tomo X, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1979

(1912): "Consejos al médico", Obras Completas, Tomo XII, Amorrortu, Buenos aires 1979.

(1913): "Sobre la iniciación de tratamiento", Obras Completas, Tomo XII, Amorrortu, Buenos Aires, 1979.

(1914), *Introducción del Narcisismo*, Obras Completas, Tomo XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1979

Galende, Emiliano (2013): "Reflexiones sobre el método psicoanalítico", *Revista de la SAP*, Número 17, 2013

Green, André (1983): *El lenguaje en el psicoanálisis*, Amorrortu, Buenos aires, 1995.

Klein, Melanie (1961): *Relato del psicoanálisis de un niño*, Paidós,

López, Benito (1986): "Condiciones para la creatividad y el descubrimiento en la situación analítica", *Revista de Psicoanálisis*,

López, Benito y col. (1987): "Niveles de privacidad y dialogo psicoanalítico", *Revista Psicoanálisis de APdeBA*, Vol. IX, 1987

Meltzer, Donald (1967): *El proceso psicoanalítico*, Paidós, Buenos Aires, 1969

Rimoldi, Rogelio (1995): “El encuadre psicoanalítico. Aspectos clínicos y metapsicológicos”, APdeBA, Buenos Aires.

Ríos, C., Rimoldi, R. y Zadoff, S. (1999): “El valor del material clínico”. Simposio de APdeBA, 1999.

Sibilia, Paula (2008): *La intimidad como espectáculo*, Fondo de Cultura, Buenos Aires, 2009.

Winnicott, Donald (1971): *Realidad y juego*