

## Formación y *praxis* del psicólogo clínico: bordeando lo imposible

Ricardo García Valdez<sup>1</sup>

Reflexionar acerca de la formación y la *praxis* del psicólogo clínico significa, entre otras cosas, tensar una subjetividad dividida —que se enuncia en fantasías e ilusiones vocacionales— ante la forma en que docentes, investigadores, psicólogos y psicoanalistas encaran (a través de sus modelos singulares, así como de sus prácticas de transmisión, y de las propias posiciones subjetivas) su enseñanza.

Considerado esto, ¿qué se hace cuando se *forma* a un psicólogo clínico? La hipótesis que sostenemos es que, más allá de la enseñanza de *conocimiento*, (*know-how*) o incluso de promover *sensaciones* de bienestar por la confirmación especular de los deseos, no solo se acompaña un *cambio de identidad* en el alumno, (para eso con la psicología basta), sino de *reposicionamiento subjetivo* ante el fenómeno del sufrimiento de otro.

Para Lacan (1964) la *praxis* quedaba definida como: “el término más amplio para designar una acción concertada por el hombre, sea cual fuere, que le da la posibilidad de tratar lo real mediante lo simbólico.”<sup>2</sup> Y añadía: “Que se tope con algo más o menos de imaginario no tiene aquí más que un valor secundario.”<sup>3</sup> La noción de *praxis* se vinculaba entonces a controversias contextualizadas por el materialismo histórico. Guiado por el trabajo de Antonio Gramsci, el marxismo emergía como una “filosofía de la *praxis*”. Implicaba entonces que el criterio de verdad para las ideas, era aquel que provenía de su *aplicación práctica*.

De tal suerte, para Antoni Vicens (2018) lo que importa destacar de la definición de Lacan en relación con la formación de los psicólogos clínicos es: “[...] el valor

---

<sup>1</sup> Psicoanalista. Doctor en Psicología. Investigador de Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.

<sup>2</sup> Lacan, J. (1964). “La excomunióón”. (Clase del 15 de enero de 1964). En: J. Lacan, *El Seminario*. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Barcelona: Paidós. 1987. Pág. 14.

<sup>3</sup> *Ibid.*

operativo, casi artesanal, que tiene lo simbólico.”<sup>4</sup>, en virtud de que *la acción* permitiría producir el *know how* al que nos referimos paralelamente, es decir un *saber hacer* sobre lo real, a la vez que lo imaginario —el yo y condición paranoide— *no tendrían gran valor*. “A partir de ahí podemos entender la casi desaparición del término de *praxis* en la enseñanza de Lacan.”<sup>5</sup> Esto es debido a que, juntamente con el ocaso del materialismo histórico, se opera la caída de la primacía de lo simbólico —condición de la *praxis* definida antes— que pasó a ocupar una equiparación de las tres dimensiones de *lo dicho*. Será en su Seminario 23, El *sinthome*, donde Lacan sostendrá que no hay tratamiento de lo real por lo simbólico *que deje a lo imaginario fuera de la cuenta*. “Se deduciría entonces una nueva definición de la *praxis*: contar al menos tres dimensiones, escritas como tres redondeles, para poder añadir un cuarto si procede, al que [Lacan] llama el *sinthome*.”<sup>6</sup>

¿Cómo entender y explicar entonces la formación de psicólogos clínicos, luego de esta definición de la *praxis* en la racionalidad lacaniana? ¿Es acaso tan simple como que la formación en nuestros días se subsume a una condición superestructural asentada en una crisis de la sociedad; de las instituciones, de la educación universitaria, de la psicología, de los psicólogos profesionales, que se anuda... más allá del síntoma, en el *sinthome*? ¿Puede una mirada crítica, en una especie de retorno a Lacan, ayudar a hacer las preguntas correctas y a desarrollar las acciones idóneas?

El enfoque clínico ante el *sinthome* consiste en mantener una posición analítica paradójica, un lugar de señuelo, orientado a encarar una multiplicidad de trampas: la racionalidad lógica, la objetivación de la prueba, la reducción del acontecimiento al modelo teórico, etc. Trampas que, de manera ordinaria, son tendidas por la

---

<sup>4</sup> Vicens, A. (2018). De la praxis al savoir-faire joyceano. En: *LAS PSICOSIS ORDINARIAS Y LAS OTRAS bajo transferencia*, XI Congreso de la asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP). En línea: <https://congresoamp2018.com/textos-del-tema/la-praxis-al-savoir-faire-joyceano/> [Consultado el 11 de Septiembre 2019].

<sup>5</sup> Vicens, A. *Op. Cit.*

<sup>6</sup> *Íbid.*

propia psicología en su afán de cientificidad. Más bien, la formación consistiría en un proceso de múltiples viajes de ida y vuelta entre la clínica y la teorización. En consecuencia es necesario resistirse a la *mortificación*<sup>7</sup> del vínculo clínico que los enfoques evaluativos y formales promueven hoy en día. Es en este sentido que podemos hablar, siguiendo a Lacan, de “*praxis clínica*” como lugar de ejercicio profesional de la investigación del sufrimiento subjetivo ante la falta.

### Una clínica del sufrimiento

La *actitud* clínica podría entenderse como la negativa a escamotear con inducción de comportamientos, afectos, pensamientos, el efecto del encuentro con el sufrimiento de otro. El rechazo de estas reducciones es la aceptación del cuestionamiento de su organización psíquica, de su falta. Esta actitud clínica da lugar, en el aparato psíquico, al sentido del sufrimiento del otro, de aquello que lo divide. Más allá del complejo *corpus* teórico psicoanalítico, este posicionamiento involucra y da paso a lo que hace agujero o ausencia en el otro. Esta presencia de ausencia, como se refleja en asociaciones y afectos, le da sentido a lo que no tiene sentido, es decir, lo que está lejos de tener sentido, lo que está fuera de lugar. La actitud clínica como una apertura hacia y desde el inconsciente, o hacia otra escena, conduce a un trabajo psíquico de elaboración. Si la *posición* clínica se refiere a un lugar instituido, modelando la inversión de lo negativo, la *actitud* clínica, por el movimiento que identifica el funcionamiento psíquico del otro, se refiere a la disponibilidad ante el sujeto que sufre. Esto supone un viaje en la soledad de su subjetividad despojada de sus facciones imaginarias, de su deseo de identidad. La clínica aquí es parte del entrelazamiento de la escucha y la mirada. Esto es, la mirada no es la visión de lo perceptible, sino su captura en un movimiento de pensamiento, y por tanto en una escucha.

La *actitud* clínica indica que el pensamiento es una mirada a través de la escucha. Al mismo tiempo, muestra que el acto de pensamiento tiene lugar en un

---

<sup>7</sup> En el sentido de “dar muerte”.

pensamiento de muerte y de tragedia. El desafío es, por lo tanto, la inversión de una actividad de investigación o, más precisamente, la prueba, en el sentido fuerte del término, del pensamiento. Es al mismo tiempo lucha, desesperada, contra el estupor intelectual, contra la parálisis psíquica completa y contra el rechazo del sueño dogmático. El trabajo del pensamiento es entonces sordo al argumento de la autoridad. Más allá de eso, es la búsqueda que nunca se cierra frente a un enigma, supone nunca haber encontrado y, de hecho, estar más cerca de la angustia promovida por el objeto de dicho enigma. No es la fascinación del vacío, sino su cruce. El trabajo del pensamiento no es solo la repetición de metamorfosis del pensamiento, también es una necesidad previa. Es la necesidad de la sorpresa, de la conmoción del evento lo que da a pensar, lo que exige una respuesta. Esta irrupción del acontecimiento, que confiere la necesidad de interpretación al privarnos de la ilusión de ser el conductor de nuestro destino, de ser el sujeto con voluntad sobre nuestros pensamientos, nos recuerda nuestra *posición* clínica, que es... ser punto de intersección y escucha de eventos, de significantes perturbadores.

La razón de la clínica psicoanalítica se entrega a la confusión y la transgresión a través de la destrucción de certezas y de ideales. Requiere el coraje de no eludir. Supone deshacerse de la idealización psicológica tranquilizadora por la cual uno dice pensar y ser un donador de significado, más no facilitador de sentido, para los demás. Al no poder encerrarse en el universo de pensamientos posibles y plausibles, obliga a concebir el pensamiento como esa textura formada por una constelación impredecible de eventos, de otras escenas, de signos, de pasiones, y apoyar entonces el perpetuo renacimiento de su búsqueda. La razón de la clínica psicoanalítica no es el redoblamiento de la reflexión o el desapego de la meditación, sino la exploración de lo negativo, como una ruptura de la certeza y como una transfiguración de lo real. Esta racionalidad se opone a los tres obstáculos que son lógicos como dispositivos que consolidan lo establecido e involucran el automatismo, lo cotidiano que se instituye por exclusión del pensamiento, el conocimiento instituido como cristalización de momentos de

pensamiento. Este pensamiento es principalmente un pensamiento crítico, es decir, una función de juicio discriminativa, que supone la hetero posición de la verdad y la certeza. Alerta entonces, porque esto es manifiesto. Dicho pensamiento cuestiona la legitimidad y plantea la falta de fundamento último, a veces a través de una búsqueda arqueológica en el estudio de la derivación de un concepto. Igualmente, cuestiona los límites que establecen la identidad de un concepto. Más, entre lo negativo y el exceso, el pensamiento crítico trabaja en la ruptura de lo subjetivo y lo objetivo, más allá de la apariencia. Lo que se pretende como requisito es la renuncia a la ilusión. No sin sufrir. Y este sufrimiento de desilusión se lleva incluso al pensamiento del sujeto mismo: la des-estructuración de la subjetividad. Lo que estamos tratando es una prueba de ruptura, más temprana y más dramática que la crisis, el momento fértil posterior. El pensamiento crítico se mantiene como una “postura teórica” en tensión hacia un universo en formación. Este pensamiento en el proceso de operar en las fronteras, y por lo tanto en las conexiones que no son babelismo, define un proceso. O más bien un pensamiento procesual que comienza a pensar desde el Otro del pensamiento.

### Bord(e)ando lo imposible

La multiplicidad es la que invita al pensamiento: un camino perceptible en la puesta en marcha de una noción o de una posibilidad clínica debido a sus variaciones, fluctuaciones, incertidumbres, repercusiones. Este renacimiento perpetuo como una marca de la sucesión del perfil de investigador en el horizonte de cualquier búsqueda, que es el de una certeza, en sí mismo resulta imposible. El horizonte supone una relación compleja entre lo que está más allá del horizonte y lo que hay dentro de él. Más precisamente, el conocimiento es también reconocimiento de sí, ya que lo conocido y el que lo reconoce, co-pertenecen recíprocamente, de acuerdo con una doble co-determinación: el saber está en los mundos internos y externos que los co-determina. Pero este acto de conocimiento es articulación e interpretación, producción de nuevas preguntas. Porque este

*espejo especulativo* oculta lo que no fue posible hacer consciente, sino lo que simplemente ocurrió y requiere pensarlo. Actividad de apropiación, el pensamiento nace de las ambigüedades de la experiencia vivida. El trabajo del pensamiento, si se trata de una ruptura, no es el absoluto de la aniquilación y el surgimiento, es una proposición contrastante de la herencia de un pensador. Este último es un núcleo “pensante”, a partir del cual la cadena activa se realiza haciendo su trabajo del sueño, esto, inconscientemente. Esta observación, premisa de un tríptico (traducción, articulación, interpretación) opera a través de una multitud de des-centramientos, de una dialéctica sutil de intimidación y heteronomía. El objetivo es el de una desinversión por un triple movimiento de incompletud, de de-suposición, de separación. Esto necesariamente conduce a conexiones, confrontaciones entre obras de varios autores. Además, es considerar la existencia de una variedad de lenguajes formales, que tienen un código preciso, y definir este conjunto como multiplicidad infundada. Por lo tanto, se trata de abrirse al pluralismo y las diferencias, sin reducirlas o negarlas. Se trata de tomar al menos dos obras, dos teorías y hacer que funcionen una por la otra, para hacer jugar las diferencias, para hacer crujir la coherencia aparente. Es trabajar hacia la desintegración de la unidad, considerándola constitutiva, sacando a la luz la construcción a través del juego metafórico. Pensar en la herencia, sin duda, es pensar que lo que se pensaba todavía está allí, pero también es instituir con esta base necesaria, no fetichizada, la posibilidad de un desacuerdo con respecto al evento de nuestra clínica.

### Investigación clínica

El objeto de la clínica permanece en convergencia con el objeto de la ciencia. Ésta busca en un dispositivo metodológico, mientras que la clínica resulta ser un dominio, una categoría de referencia y un tipo de actividad. Cuestión incierta es que la clínica tiende fácilmente a la ficción y la especulación y no puede ofrecer las garantías de una investigación científica. Esta incertidumbre se acentúa por la indeterminación de la definición de la clínica, que designa un conjunto de prácticas

y métodos (psiquiátricos, psicológicos, psicoanalíticos). Requiere la precisión de una práctica, un método, un objeto y una teorización. La investigación, en el contexto de un dispositivo que clasifica las variables en juego, apunta a la universalidad del conocimiento verificable y falsificable, fuera de las características de un sujeto singular. Por el contrario, la clínica es el encuentro con un sujeto singular, y el conocimiento que se produce allí permanece sobre todo en el orden de la individualidad. Los términos “investigación clínica” contienen una incompatibilidad. Muy a menudo, solo intentamos rehabilitar las reglas de la cientificidad en la clínica, limitando el objeto de investigación solo a lo que se puede validar. Los “científicos” enfatizan que tal opción conduce al carácter de la investigación sobre el método más que a la interpretación de los resultados y a dar a la clínica el estado de un dominio. El riesgo es, en este caso, el impacto de un exceso “mortificante” del rigor. Sin embargo, la referencia a una teoría o la importancia de un paradigma (Thomas Kühn) constituye las condiciones de interpretación de los resultados, incluso de un dispositivo científico. Como tal, la teoría adquiere un papel específico en la pregunta de investigación.

Formas de investigación clínica.

Las tres formas de investigación clínica desarrolladas de acuerdo con los principios de rigor y sumisión a la ciencia, respetando hechos verificados, y apoyando a validar hipótesis limitadas, son 1. La forma paradigmática, 2. La clínica de la singularidad comparada y 3. La investigación en psicopatología. La forma *paradigmática* procede con herramientas estandarizadas para resaltar hechos o relaciones de correlación entre hechos. Ahí se asume una preexistencia del concepto, y el proceso no es explicitado. En verdad, el método no es clínico. Si se puede elegir un nivel de realidad relevante y una realidad restringida, conceptos precisos y operativos, formulación de hipótesis claras y verificables con variables cuidadosamente controladas, implementación de procedimientos de validación consistentes, el análisis solo trata con la lógica de los hechos y no con la de las situaciones, los procesos o la relación en su nivel más complejo, es decir

inconsciente. Sin embargo, este tipo de investigación asegura la adquisición de conocimiento efectivo y herramientas comprobadas. La clínica de la *singularidad comparada*, centrada no en hechos aislados sino en interacciones y modos de operación, resalta procesos generales específicos de dominio y procede a la discusión contradictoria de hipótesis de la colección de un material. Se basa en el análisis de entrevistas y estudios de casos que muestran los diferentes fenómenos clínicos. Este tipo de investigación cualitativa permitiría la articulación de la especificidad del método clínico (singularidad y sumisión a la totalidad del acontecimiento), mientras se utilizan procedimientos de elaboración subjetiva. Sin embargo, más que validación, esta comparabilidad es una ilustración, y la refutabilidad proviene del sistema de interpretación, es decir, el *corpus* teórico. Conjuntamente, la subjetividad juega un papel importante en la recolección e interpretación del material. Finalmente, el trabajo en *psicopatología* no cumple con la mayoría de los criterios de metodología y validación requeridos. Tienen patrones específicos de procesos o entidades de material clínico y operaciones teóricas. Estos trabajos aunque son propiamente clínicos: la producción de una representación teórica proviene del movimiento que va desde el enigma del síntoma hasta el sujeto del síntoma, con respecto a las preguntas formuladas por la clínica, se concibe mejor desde la óptica de las transferencias recíprocas de los terapeutas que se enfrentan a una situación en la que sus referencias ya no son válidas: se intenta producir reglas de interpretación y comportamiento que se adapten a las situaciones clínicas.