

# En torno a la escritura de casos clínicos en el discurso académico

*About the writing of clinical cases in the academic discourse*

Por Karina Savio

---

## RESUMEN

En este artículo nos proponemos abordar el modo en que los tesisistas incorporan viñetas o casos clínicos propios dentro de tesis universitarias. En este sentido, nos interesa reflexionar sobre la manera en que los tesisistas resuelven la dificultad que surge al dar cuenta de la experiencia psicoanalítica. El corpus a analizar está conformado por dos tesis producidas en el marco de la Maestría en Psicoanálisis de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y dos tesis de doctorado de la misma facultad realizadas entre el 2006 y el 2008. Para ello, precisamos, en primer lugar, los obstáculos que Freud encuentra en la publicación de los casos clínicos, siguiendo los comentarios metadiscursivos que él mismo realiza al momento de la escritura. Luego, reflexionamos sobre el uso del relato en la transmisión de la clínica. Por último, analizamos el material clínico presente en las cuatro tesis mencionadas, tomando en cuenta su modo de inclusión dentro de estas tesis, el empleo de la narración y de lo que lla-

## SUMMARY

In this article we intend to study the way in which postgraduate students incorporate clinical cases of their own in their academic theses. In this way, we are interested in considering how master or doctoral candidates solve the difficulty that arises when transmitting the psychoanalytic experience. Two theses produced in the frame of the Master in Psychoanalysis of the Faculty of Psychology of the University of Buenos Aires and two doctoral theses elaborated in the same faculty between 2006 and 2008 integrate the corpus that is analyzed. In order to develop this, we specify, in the first place, the obstacles that Freud finds in the publication of his clinical cases, following the metadiscursive comments that he makes at the moment of writing. Then, we examine the use of narration in the transmission of the clinic. Finally, we analyze the clinical material that appears in the four mentioned theses, taking into account their incorporation inside these theses, the use of narration and of what we call *operations of authentication*, and, final-

---

mamos *operaciones de autenticación*, y, finalmente, su relación con lo que podríamos denominar *la escritura fragmentaria*.

**Palabras clave:** Discurso académico - Tesis - Historiales - Casos clínicos - Relato.

ly, their connection with what we might name the *fragmentary writing*.

**Key words:** Academic discourse - Thesis - Case histories - Clinical cases - Narration.

## I. INTRODUCCIÓN

El incremento en la oferta de carreras de posgrado en los últimos años no solamente a nivel nacional sino también mundial, sumado a la baja tasa de egresados que finalizan dichas carreras, han sido, quizás, motores que han impulsado investigaciones relativas a los estudios de educación superior cuaternarios. La lingüística, desde múltiples enfoques, ha visto florecer, así, numerosos trabajos que toman como eje el *discurso académico*, en particular, los distintos géneros discursivos que circulan en la Universidad, con el propósito de aprehender sus singularidades.

Dentro de este panorama, el psicoanálisis, que se ha ido adaptando a esta realidad académica a través de la creación de carreras de posgrado que ofrecen una especialización en esta disciplina, plantea diversos retos al lingüista ya que posee una tradición discursiva que se distancia, en algunos aspectos, de aquellos rasgos discursivos asociados con el mencionado discurso académico; tradición que, por otra parte, no es contemplada por los manuales de escritura<sup>1</sup>. Creemos, en este sentido, que el análisis de los géneros académicos de posgrado que se inscriben dentro del campo psicoanalítico contribuye no solamente a proveerles a los tesis-psicoanalistas de herramientas que les sean útiles al momento de la escritura sino, también, repensar la categoría *discurso académico* y su dimensión prescriptiva.

En este artículo nos proponemos abordar tesis de posgrado escritas por psicoanalistas, en particular, el modo en que los tesis incorporan dentro de estas páginas académicas viñetas

o casos clínicos propios<sup>2</sup>. Nos interesa reflexionar, pues, acerca de la manera en que estos tesis resuelven la dificultad que surge al dar cuenta de la experiencia psicoanalítica, de la que solamente ellos son testigos. El corpus a analizar esta conformado por dos tesis producidas en el marco de la Maestría en Psicoanálisis de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y dos tesis de doctorado de la misma facultad realizadas entre el 2006 y el 2008. Para ello, precisaremos, en primer lugar, los obstáculos que se encuentra Freud en la publicación de los casos clínicos, siguiendo los comentarios metadiscursivos que él mismo realiza al momento de la escritura. Luego, reflexionaremos sobre el uso del relato en la transmisión de la clínica. Por último, analizaremos el material clínico presente en las cuatro tesis mencionadas, tomando en cuenta su modo inclusión dentro de estas tesis, el empleo de la narración y de lo que llamamos *operaciones de autenticación*, y, finalmente, su relación con lo que podríamos denominar la *escritura fragmentaria*.

Antes de comenzar el recorrido propuesto, no queremos dejar de recordar que la escritura asociada a la práctica clínica aparece dentro de la literatura psicoanalítica en su mismo gesto fundador. Nos estamos refiriendo aquí al caso de Bertha Pappenheim, más conocida como Anna O., quien fuera la primera analizante dentro del movimiento psicoanalítico. La importancia de su tratamiento no debe atribuirse únicamente a que constituye el punto de partida de la *talking cure*, de la cura por medio de la palabra. Publicado en *Estudios sobre la histeria* (Freud,

---

1893-1895), la escritura de este caso inaugura una práctica discursiva cuya vigencia perdura en la actualidad. Desde este momento inicial, la clínica no abandonará las páginas de los escritos psicoanalíticos, erigiéndose como uno de sus pilares esenciales. Adoptando diferentes formas y modalidades, los casos provenientes de la práctica de los analistas integran, entonces, el campo de los estudios sobre el inconsciente. En efecto, historiales, viñetas clínicas, relatos de casos revelan aquello que ocurre en la privacidad del consultorio, permitiendo así interrogar, cuestionar, validar o, simplemente, ilustrar postulados teóricos.

La escritura de la clínica, a pesar de que constituye una práctica que ha acompañado la historia del movimiento psicoanalítico desde sus orígenes y que ha sido adoptada y adaptada por las distintas escuelas psicoanalíticas, continúa despertando diversas problemáticas que atañen a su transmisión. En efecto, la continuidad de esta tradición no ha aquietado -aún hoy- los interrogantes que ya se vislumbraban en los primeros escritos freudianos. Es quizás la enrevesada relación entre la experiencia y la palabra aquello que insiste y convoca a la reflexión. En efecto, la escritura de la clínica desnuda su fracaso al develar su incapacidad de efectuar una traducción cabal e íntegra de la experiencia analítica. La palabra escrita sólo logra rodear aquello que la funda y que, sin embargo, permanentemente se le escapa: el *hecho clínico*. La pregunta, entonces, por el *cómo*, cómo lograr dar cuenta de la experiencia del inconsciente por medio de significantes que cercenan y coartan, es, tal vez, la que subyace en

los numerosos interrogantes que surgen en torno a la transmisión.

Creemos que el valor que guarda la transmisión -oral o escrita- de la clínica para el psicoanálisis y los interrogantes que ésta reúne no se han visto reflejados en la producción de trabajos que indaguen los modos y los funcionamiento discursivos que esa transmisión adquiere en los casos clínicos de psicoanalistas contemporáneos. En este sentido, consideramos que es una tarea a realizar y esperamos que estas líneas valgan para iniciar la discusión.

## **II. De la experiencia a la palabra escrita: la transmisión de casos clínicos en Freud**

Es la *puesta en relato* el medio por el cual Freud le da forma a sus casos clínicos con el propósito de transmitir la novedad que aporta el psicoanálisis<sup>3</sup>. Frente al descubrimiento del inconsciente, el padre del psicoanálisis instaura una práctica discursiva que requerirá del relato como modo de transmisión de la clínica. Por tal motivo, la puesta en relato -como ya señalaba Porge (2005)- jugará un rol fundador para el movimiento psicoanalítico, al configurar los numerosos casos, de diversa extensión y alcance, que atraviesan la obra freudiana.

En este apartado nos interesa trabajar sobre los comentarios metadiscursivos que Freud realiza sobre su propia escritura de casos. Es decir, no abordaremos la manera en que el psicoanalista construye los historiales, sino el análisis que él mismo nos brinda acerca del modo en que presenta el material, con el objetivo de pensar los obstáculos con los que Freud se topa al

momento de la escritura. Estas dificultades nos permitirán conjeturar acerca de la ausencia de historiales en la obra freudiana luego de 1920.

En primer término, es interesante marcar que es el propio Freud quien se interroga respecto de la forma de presentación de los materiales clínicos. En efecto, el psicoanalista vienés desiste de naturalizar su propia práctica de escritura y destina diversas reflexiones relativas a esta problemática. A pesar de que no fija pautas rigurosas para la transmisión de casos clínicos, realiza algunas recomendaciones en torno a ciertos aspectos técnicos asociados con este tipo de escritura, a saber: la modificación o supresión de algunos datos del paciente para resguardar el anonimato, la elaboración del material en base al recuerdo, la teorización del caso a su término.

La preocupación por la escritura de la práctica clínica se debe a que Freud no está satisfecho con la modalidad adoptada en la exposición de los casos y es por ello que reserva algunas palabras para su meditación. De esta forma, encontramos en distintas oportunidades alusiones explícitas relativas a esta disconformidad:

“...publicar mis historiales clínicos sigue siendo para mí una *tarea de difícil solución*” (Freud, 1905, p. 7).

“...no se crea que considero *intachable y digna de imitarse* esta manera de comunicación” (Freud, 1909, p. 123).

“...introducir en la descripción fases tan tempranas y estratos tan profundos de la vida anímica es una tarea nunca acometida con anterioridad; y es mejor *resolverla mal* que empen-

der la huida ante ella” (Freud, 1918, p. 95).

Esta insatisfacción de Freud nos ubica frente a la problemática que se desprende de los obstáculos que él mismo encuentra en la publicación de los historiales y que aquí agrupamos en función de dos dualidades que atraviesan los comentarios freudianos: la literatura / la ciencia y el todo / la falta.

## II. a. Entre la literatura y la ciencia

La relación entre los historiales clínicos freudianos y los géneros literarios -en particular, los géneros narrativos- es un tema recurrente que ha sido resaltado por distintos autores<sup>4</sup>. Como señalábamos, la novedad del descubrimiento del inconsciente requiere de una transmisión, también, novedosa: el *historial*, al que Assoun (1993, p. 306), inclusive, define como un *género literario inédito*.

Es Freud, en realidad, quien primero percibe esta relación. En el caso de Elizabeth von R. y en el caso Dora el psicoanalista llama la atención a sus lectores sobre este vínculo:

“...y por eso a mí me resulta singular que los historiales clínicos por mí escritos se lean como unas *novelas breves*”<sup>5</sup> (Freud, 1893-1895, p. 174).

“Sé que hay -al menos en esta ciudad- muchos médicos que (cosa bastante repugnante) querrán leer un caso clínico de esta índole como una *novela* con clave destinada a su diversión” (Freud, 1905, p. 8).

Esta relación entre el psicoanálisis y la literatura, entre el historial clínico y la novela, es aquello que despierta dudas en Freud, ya que le resta seriedad

---

científica a su escritura:

“...y por eso a mí me resulta singular que los historiales clínicos por mí escritos se lean como unas novelas breves, y de ellos esté *ausente*, por así decir, *el sello de seriedad que lleva estampado lo científico*” (Freud, 1893-1895, p. 174).

Ahora bien, ¿qué lleva a Freud a emplear formas literarias para transmitir su clínica a pesar de esta inquietud? La respuesta nos la brinda en este mismo escrito:

“Por eso me tengo que consolar diciendo que *la responsable de ese resultado es la naturaleza misma del asunto*, más que alguna predilección mía” (Freud, 1893-1895, p. 174).

Es decir, es el “asunto”, el “objeto del psicoanálisis”, según Freud, aquello que exige y demanda el empleo de esta forma discursiva. La forma se presenta así solidaria del contenido. Los relatos que trae el paciente a sesión, relatos de sueños, fantasías<sup>6</sup>, historias de vida, se convierten, entonces, en narraciones en manos del psicoanalista. Recordemos que en esta primera etapa freudiana el inconsciente sobre el que se teoriza es un inconsciente reprimido que se construye en y por el relato y la tarea del analista es hacer consciente ese inconsciente. De allí que pueda narrarse.

El primer obstáculo consiste, entonces, en correrle el velo ficcional a la escritura de la clínica para transmitir, con algunos de los recursos que provee la literatura pero sin abandonar la aspiración científica, un saber vinculado a lo inconsciente.

## II.b. Entre el todo y la falta

Una segunda polaridad que sobrevuela los comentarios metadiscursivos de Freud gira en torno a lo fragmentario como opuesto a la completud. La idea de lo fragmentario se lee no solamente en el título del artículo sobre el caso Dora -“*Fragmento* de análisis de un caso de histeria” (1905)-, sino también al interior de los casos del Hombre de las Ratas y del Hombre de los Lobos:

“El contenido de las siguientes páginas es doble: en primer lugar, *comunicaciones fragmentarias* del historial clínico de un caso de neurosis obsesiva” (Freud, 1909, p. 123).

“El caso clínico sobre el que informaré aquí -si bien sólo de *manera fragmentaria*” (Freud, 1918, p. 1).

La insistencia con respecto a lo fragmentario es signo de la dificultad de proporcionar un historial “completo” sobre los casos clínicos. Acorde al espíritu científico de su época, Freud anhela una transmisión completa del material clínico. De allí que al no lograr su aspiración se lamenta por este fracaso *involuntario*. En palabras de Kuri:

“Freud no es ‘deliberadamente fragmentario, los fragmentos que dominan los historiales lo son a pesar de Freud’” (Kuri, 1997, p. 246).

En un primer momento, el psicoanalista sostiene que es posible elaborar un historial completo con la condición de que el tratamiento a desplegar haya finalizado. Así lo leemos en el desarrollo del caso Dora:

“Sólo hacia el final del tratamiento se puede abarcar el panorama de un historial clínico congruente, comprensible y *sin lagunas*” (Freud,

1905, p. 17).

En el caso del Hombre de las Ratas y en el caso del Hombre de los Lobos la barrera para transmitir un relato “completo” aparece asociada, a primera vista, a la modificación de ciertos hechos o datos de la vida del paciente con el propósito de impedir su identificación y preservar su anonimato. En el caso del Hombre de los Lobos, a este problema social se le yuxtapone, además, una imposibilidad de orden técnico.

“...no puedo comunicar el *historial completo* de tratamiento porque ello exigiría penetrar en el *detalle de las circunstancias de vida* de mi paciente. La fastidiosa atención que una gran ciudad presta muy particularmente a mi actividad médica me veda una exposición fidedigna” (Freud, 1909, p. 123).

“A pesar de que el propio paciente me instó a hacerlo, he declinado escribir *la historia completa* de la contracción de su enfermedad, su tratamiento y curación, porque lo considero una *tarea irrealizable desde el punto de vista técnico e inadmisiblemente socialmente*” (Freud, 1918, p. 10).

Una lectura más atenta nos indica, sin embargo, que en el caso Dora y que en el caso del Hombre de las Ratas la fragmentación no solamente remite a la escritura sino que también se enlaza con la resolución del síntoma en análisis y con la personalidad del paciente. De esta manera, Freud nos brinda indicios de una fragmentación de *otra índole* que, luego, advertirá de sus consecuencias en la elaboración del material clínico.

“Pero así obtengo, *fragmentado*,

entramado en diversos contextos y distribuido en épocas separadas lo que corresponde a la solución de un síntoma” (Freud, 1905, p. 11).

“No puedo abandonar a mi paciente sin expresar en palabras mi impresión de que él estaba *fragmentado*, por así decir, en tres personalidades” (Freud, 1909, p. 193).

Llegando al desenlace del caso del Hombre de los Lobos, Freud, finalmente, nos revela que la imposibilidad de alcanzar el ideal de completud -la escritura exhaustiva y acabada de un historial- responde a un motivo estructural. En tal sentido, podríamos afirmar, recordando aquí las palabras freudianas, que es la propia ‘naturaleza del asunto’ aquello que hace obstáculo. En efecto, al término de este caso, Freud ubica este problema en relación con el análisis y con la vida pulsional:

“Eso mismo que posibilitó el cúmulo de informaciones acerca de la infancia, a saber, el hecho de poder estudiar al niño refractado en el adulto, se obtuvo a expensas de las más enojosas *fragmentaciones del análisis* y los *correspondientes defectos en su exposición*. Ciertas peculiaridades personales, un carácter nacional ajeno al nuestro, volvieron trabajosa la empatía {*Einführung*}. La divergencia entre la amable y solícita personalidad del paciente, su aguda inteligencia, sus nobles ideas, por un lado, y *su vida pulsional enteramente indomeñada*, por el otro, hizo necesario un prolongadísimo trabajo de preparación y educación que *dificultó la visión panorámica*” (Freud, 1918, p. 95).

---

Será el año 1920 -año de singular relevancia en el desarrollo de la teoría psicoanalítica- en el que Freud sostendrá explícitamente la inadecuación entre la escritura lineal de los casos clínicos y la singularidad de los procesos anímicos que se describen. Así lo señala en el caso de la joven homosexual:

“La exposición lineal se presta poco a describir procesos anímicos entrecruzados y que transcurren en diversos estratos del alma” (Freud, 1920a, p. 153).

No resulta extraño, entonces, que el año en el que se teoriza respecto de la pulsión de muerte sea el año en el que el padre del psicoanálisis abandone la publicación de historiales clínicos. Porge (2005) plantea que la causa por la que Freud cesa de escribir casos clínicos personales se debe, por un lado, a que le resulta cada vez más complicado preservar el anonimato de sus analizantes debido a su gran notoriedad. Pero, por otra parte, afirma que la publicación de “Más allá del principio de placer” (Freud, 1920b) lo conduce a reconocer la disyunción entre la verdad y el saber. En efecto, Freud establece, por medio de sus historiales, una adecuación entre verdad y saber. En este sentido, a través del relato del caso clínico, el psicoanalista transmite una verdad, la del sujeto, a partir de sus formaciones del inconsciente. Este gesto habilita el acceso a un saber inédito, el del psicoanálisis. Sin embargo, con la irrupción de la pulsión de muerte en su obra, esta adecuación ya no puede ser sostenida como tal. Algo de la verdad del sujeto se le escapa al saber y excede la palabra. Podría pen-

sarse que es este más allá de la palabra, más allá de lo simbólico, aquello que imposibilita acceder a la complejidad del caso clínico, determinando que los relatos sean fragmentarios por estructura. Como señala Porge:

“Transmitir es desear transmitir y encontrar un imposible de transmitir. Transmitir es transmitir lo imposible de transmitir”<sup>7</sup> (Porge, 2005, p. 47).

Recapitulando lo expuesto hasta el momento, se desprende de la obra freudiana una relación paradójica entre la escritura de casos clínicos y los procesos psíquicos: la “naturaleza del asunto”, la naturaleza de los procesos anímicos, es, por un lado, motor de la escritura, determina su forma, su modo de configuración discursiva, pero, por el otro, es aquello que hace obstáculo, aquello que torna imposible una transmisión “total” de la experiencia clínica y del padecer del paciente. Según Porge (2005), Freud se convierte en novelista, empujado también por su deseo de hombre de letras, para que se le reconozca la dignidad científica de la experiencia analítica. En su propósito por convencer a los lectores, recurre a la literatura, pero sin olvidar su procedencia como hombre de la ciencia. Es por ello que debe justificar la forma que adquiere la palabra en la transmisión de la verdad clínica, a la que se accede a través de una verdad ficcional, una verdad novelada, con todas las molestias e inquietudes que ésta trae.

En el afán de transmitir el descubrimiento del inconsciente Freud se topa con la naturaleza fragmentaria del asunto. La unidad del relato no coinci-

de con los fragmentos con los que el analista trabaja. El inconsciente, al decir de Kuri (1997), no conforma un todo, se construye de jirones de relatos, que se rebelan a conformar una unidad. De esta forma, al abordar un “argumento estructuralmente fallido” (Escars, 2003, p. 21) el historial no puede más que develar esta falta. Como señalamos, en 1920, Freud introduce la pulsión de muerte en su teoría, que desembocará, unos años después, en la elaboración de la segunda tópica, en la que se postula la existencia de un inconsciente no reprimido. Consideramos que es en este encuentro con la pulsión de muerte en el que se acentúa la inadecuación en la transmisión de la clínica: en este más allá de la palabra el analista advierte lo imposible de la transmisión.

### **III. El empleo del relato en la escritura de casos clínico: ¿sólo un modo de contar?**

La puesta en relato -ya hemos insistido sobre esto- es el modo en que Freud elige transmitir su experiencia clínica, instaurando una práctica de escritura que perdura hasta la actualidad. Mientras el metapsicólogo *explica* el proceso, el clínico *cuenta*, aclama Assoun (1993, p. 304), enfatizando la dimensión narrativa que ha permanecido en la escritura de la clínica desde sus orígenes. Siendo el relato un tipo de organización discursiva que estructura y, por lo tanto, da sentido a la experiencia, no sorprende su utilización en la puesta en palabras de casos clínicos.

El relato, que ha atravesado tiempos, espacios y sociedades, es universal<sup>8</sup> y ha sido objeto de reflexión desde dis-

tintos enfoques teóricos y desde diversos campos del saber. El relato construye un mundo posible, permite otorgar sentido a aquello que se presenta como aleatorio y accidental, elaborando una trama desde la que se interpreta aquello que irrumpe en la experiencia. De allí que la narración configure un tipo de conocimiento a través del cual el mundo puede tornarse inteligible<sup>9</sup>. En efecto, el orden en el que los hechos son presentados impone una lógica que clama significación.

Ahora bien, distintos autores, entre ellos Ricoeur (1985), han percibido y señalado una relación entre la narración y el psicoanálisis. En efecto, para estos autores la narración no solamente subyace en la escritura de casos clínicos, sino que también se advierte en la misma experiencia analítica. Ya habíamos observado que los pacientes -a partir de la asociación libre, regla fundamental en el tratamiento psicoanalítico- traen diferentes “relatos” a la sesión, relatos que serán retomados en caso de la publicación de este material. De esta forma, mediante la asociación libre, el analizante expresa todas sus ocurrencias, ideas, recuerdos, tal cual como se le presentan, sin ningún tipo de selección ni discriminación. La finalidad del análisis es, entonces, a partir de esta serie de relatos, construir una narración en la que el analizante se pueda reconocer. Podría establecerse, siguiendo esta línea interpretativa, cierta correspondencia entre la escritura narrativa de la clínica y el trabajo en análisis. Ya lo habíamos señalado respecto de Freud: el analista reproduce la configuración narrativa del material con el que trabaja. Sin embargo, considera-

---

mos que esta analogía no da cuenta cabalmente del sentido que adquiere el relato en la escritura de casos clínicos. La transmisión narrativa de la clínica no puede desconocer su articulación con los relatos que se despliegan en el análisis, pero su valor no se agota allí. El relato que se construye en el caso se distingue de aquel que se descubre en la experiencia psicoanalítica. En efecto, las cualidades de cohesión o de coherencia requeridas en la configuración de la escritura clínica no son cualidades necesarias presentes en el trabajo analítico. De allí que nos interroguemos, por lo tanto, por el sentido que adquiere el relato en la transmisión clínica; pregunta que intentaremos responder a partir del análisis del material clínico.

#### **IV. La escritura de casos clínicos en tesis escritas por psicoanalistas: una primera aproximación**

En el corpus que hemos detallado en la "Introducción", nos encontramos que la extensión y el número de materiales clínicos presentados en las cuatro tesis varía<sup>10</sup>: en  $t_1$ , la maestranda incluye una pequeña viñeta y 5 casos clínicos, que van de 3 a 12 carillas; en  $t_2$  el maestrando despliega un único caso al que destina 23 carillas de su tesis, abarcando un capítulo; en  $t_3$  también se desarrolla solamente un caso, más precisamente, una viñeta clínica, en 7 páginas; y finalmente en  $t_4$  el doctorando incorpora 8 breves viñetas clínicas de diversa extensión -que van del párrafo a tres páginas- a lo largo de los primeros capítulos y desarrolla 6 casos clínicos en el capítulo final, que ocupan de 4 a 12 páginas.

En  $t_2$ ,  $t_3$  y  $t_4$ , a excepción de las viñetas clínicas mechadas a lo largo de  $t_4$ , los casos clínicos se incluyen al finalizar las tesis, esto es, al término del recorrido teórico. En  $t_1$ , por su parte, las presentaciones clínicas se ubican al cierre de los capítulos teóricos. Estos lugares a los que están destinados los casos nos permiten señalar que la organización de estas tesis no sigue el orden del proceso investigativo, en el que la clínica funciona como un disparador.

La referencia a la clínica aparece en la mayoría de los casos, como modo de "ilustrar", "mostrar", "sustentar", "ejemplificar" los desarrollos teóricos. En este sentido, esta referencia no solamente da cuenta de los contenidos teóricos, los esclarece, sino que, también, los legitima.

"Algunos *ejemplos* clínicos" ( $t_1$ ).

"... procuramos escribir algo a partir de lo cual nuestras hipótesis de trabajo *adquieran sustento* clínico particularizado" ( $t_2$ ).

"Nos apoyaremos en una viñeta clínica para *ilustrar* algunas de las consecuencias sobre la práctica analítica" ( $t_3$ ).

"El fragmento de análisis que se presentará a continuación intenta *mostrar cómo* se configuran ambos ámbitos" ( $t_4$ ).

En las dos tesis en las que los tesisistas dedican un capítulo a la clínica - recordemos:  $t_2$  y  $t_4$  -, los cambios en la manera de titular indican al lector que se adentra en una zona singular, distinta y, por tanto, separada del resto de las tesis. En efecto, encontramos que el maestrando de  $t_2$  utiliza, para separar

los distintos apartados de la tesis, títulos claros, que anticipan el tema a tratar: “La noción de estructura”, “Desencadenamiento y estabilización”, “Aportes conceptuales de la primera clínica lacaniana”, entre otros. No obstante, esta transparencia se oscurece al llegar al capítulo destinado a la clínica. Allí hallamos como primer título: “Fragmento de fragmento”. Vemos, entonces, que este título es un título más enigmático e impreciso, en el que se establece un juego intertextual con Freud. Lo mismo ocurre en  $t_4$ . En los primeros capítulos, el doctorando describe en los títulos lo que efectivamente aborda en ellos: “Definiciones de mito”, “El mito infanticida”, “Diferencia entre la fantasía y el trauma”. En cambio, al llegar al apartado clínico observamos un giro significativo: “Un fantasma en la pared”, “Una mirada perdida”, “Un padre que no se deja matar”. Al igual que en la tesis anterior, el tesista selecciona títulos que solamente cobran sentido luego de la lectura que estos proponen. Inclusive, podríamos pensar que si ubicáramos estos títulos por fuera del contexto académico podrían encabezar algún texto literario. Cabe destacar que en el caso de la primera tesis la tesista, también, emplea títulos poéticos para denominar los casos clínicos. Sin embargo, a diferencia de las tesis anteriores, estos títulos están precedidos por un enunciado aclaratorio: “Presentación clínica: El juego de las lágrimas”, “Presentación clínica: Nuria ‘El juego de la enfermedad del cuadrado’”. Además, estos títulos -que podríamos llamar literarios- exceden el marco de los casos clínicos y alcanzan, también, a algunos apartados teóricos, como por

ejemplo: “Nada puede sucederte a ti: ‘Es sólo un juego’”.

En las tesis  $t_2$  y  $t_4$ , no solamente los títulos marcan un cambio en el rumbo discursivo. En estas dos investigaciones se advierten señalizaciones meta-discursivas que manifiestan la extraterritorialidad de estos capítulos:

“Fragmento de fragmento. Así podríamos nominar al *escrito* que intenta dar cuenta del fragmento de nuestra clínica que impulsó nuestra tesis” ( $t_2$ ).

“El propósito del *pasaje* que aquí se inicia, es el de compatibilizar el marco teórico antes descrito con sus posibles correlatos en el campo de la clínica” ( $t_4$ ).

Así, los términos “escrito” y “pasaje” no designan otra cosa que el inicio de un espacio discursivo diferente del resto de las tesis, lo que conllevará cierta “libertad” a la hora de escribir y cierto desprendimiento de las normativas académicas. Es desde este sentido desde el que leemos, entre otras variaciones, la aparición del “yo” bajo la que se anuncia el tesista. Mientras que en la primera parte de ambas tesis se emplea la primera persona del plural, en estas páginas el “yo”, de pronto, se posiciona en la escenografía, relegando al “nosotros” a un segundo plano. “Yo” que, también, aparece en los casos clínicos de la primera tesis<sup>11</sup>. Esta diferenciación podría atribuirse a que aquí opera cierto desdoblamiento del sujeto de la enunciación entre un “sujeto académico” y un “sujeto psicoanalista”. Al exponer un caso clínico personal, el sujeto académico se corre para dar lugar a la emergencia del sujeto analista. En tal sentido, el psicoa-

---

nalista se incorpora en una escena en la que él mismo está involucrado y de la que da fe<sup>12</sup>.

En  $t_4$ , esta distinción entre un “sujeto académico” y un “sujeto psicoanalista” queda claramente revelada al observar el significativo contraste entre los casos presentados en el último capítulo y las viñetas clínicas alojadas en los otros capítulos. Es que en estas viñetas, ubicadas en el espacio reservado para lo “académico”, el lugar del analista es ocupado por el uso del impersonal:

“Luego de las entrevistas diagnósticas se decide comenzar un tratamiento”

#### **IV.b. Del relato y de las operaciones de autenticación**

En la escritura de casos clínicos, es el analista, único testigo del acontecimiento, quien da fe del devenir del tratamiento. No hay elementos que verifiquen su palabra. En algunos casos, sólo producciones gráficas quedan como resto de la experiencia. Sin embargo, la voz que las acompaña puede ser únicamente repuesta por quien estuvo allí: el analista, quien apela a la narración como modo de recuperar ese “real” pasado que en tanto perdido e inaccesible ha abandonado su condición de “real”. Será, paradójicamente, la ficción aquello que procurará otorgar un estatuto ‘real’ al caso clínico. Se ha dicho que la tensión entre la escritura y la experiencia lleva a que el analista se encuentre en las filas de los escritores de ficción con el propósito de crear al lector algo del orden de esta experiencia (Ogden, 2004). Queremos agregar a esta afirmación: produciendo un efecto de “real”.

A partir del relato, los tesisistas “cuen-

tan” y, de esta forma, ordenan la experiencia clínica, elaborando una trama que permitirá darle sentido:

“Pedro entra al consultorio no sin antes haber pegado, empujado, escupido, a cuanto objeto se topaba en su camino, viviente o no, sin distinción de sexo, tamaño, ni función” ( $t_1$ ).

“Luego de un mes de entrevistas, aún no quedaba claro aquello por lo cual concurría. Relataba muchas cosas que le sucedían o le habían sucedido, pero tanto la ausencia de implicación subjetiva como de una demanda dirigida hacia mí, no me autorizaban a realizar intervención alguna sobre su relato” ( $t_2$ ).

“Las asociaciones inmediatas parecen ir por otro lado, pero en la sesión siguiente comienza diciendo que se quedó pensando en ‘valores’, y particularmente en los valores del padre y los de su marido” ( $t_3$ ).

“Jorge me pregunta telefónicamente si estaba al tanto de lo ocurrido, ya que él lo había visto por televisión, diciendo: ‘ahí donde tomo un café antes de ir a verlo un hombre mató a su mujer y se suicidó, voy a ir para allá para ver si puedo hacer algo’. Dicho lo cual corta la comunicación” ( $t_4$ ).

En estos fragmentos, vemos que los analistas emplean un discurso narrativo para transmitir los distintos casos. Discurso que posee *fuera explicativa* y que se constituye en *signo de realidad*. En efecto, el relato, como modo de conocimiento, les permite a los psicoanalistas dar cuenta de aquello que irrumpe en la clínica y que se resiste a ser explicado. Y, por otro lado, configu-

ra una experiencia que le recuerda al lector que lo que se narra “efectivamente ocurrió”.

Ahora bien, siguiendo este mismo sentido, estos relatos clínicos despliegan diferentes operaciones, a las que llamaremos *operaciones de autenticación*, que tienen como finalidad construir un relato “realista”, a pesar de que en su mayoría lleven la marca de lo ficcional. Barthes (1966) postula la categoría de *informante* para aquellos datos puros del relato que son empleados por el narrador para identificar, situar en el tiempo y en el espacio. Estos datos no son puramente estilísticos sino que sirven

“...para autenticar la realidad del referente, para enraizar la ficción en lo real” (Barthes, 1966, p. 22).

Varios años después, Barthes (1984) retoma este tema en otros términos y lo profundiza, postulando la existencia en el relato de un *efecto de realidad*. Señala aquí que los detalles o las descripciones que se insertan en el tejido narrativo superan la función estética ya que apelan a la exactitud del referente. A pesar de que aparezcan como rellenos superfluos, persiguen como fin aparentar lo “real” significándolo. Nosotros encontramos en los casos clínicos, además de lo que Barthes denomina *informantes*, es decir, elementos descriptivos que apelan a la realidad del referente, otros procedimientos discursivos que adquieren la misma funcionalidad:

### 1. La nominación

Ya desde la publicación de los históricos freudianos observamos como práctica habitual el empleo de nombres ficti-

cios en la escritura de casos. En efecto, Freud, con el propósito de evitar que sus pacientes puedan ser identificados, modifica sus nombres<sup>13</sup>. El resto de los personajes son, por lo general, nombrados en función del parentesco o del rol que ocupan (“madre”, “hermana”, “el general”)<sup>14</sup>. Siguiendo el ejemplo freudiano, los tesisistas de las tesis  $t_2$  y  $t_4$  también crean nombres ficticios para sus personajes. De esta forma, las figuras de Pedro Bread, Tatiana, Susana, Néstor, entre otros, cobran vida en estas páginas académicas. En el caso de  $t_1$ , por su parte, la maestranda emplea, en dos de las presentaciones, las siglas “P” y “S”, y, en las demás, utiliza los siguientes nombres: Nuria, Lucía, Pedro<sup>15</sup>. La pregunta que, entonces, nos podemos hacer es: ¿cuál es el efecto discursivo que se logra mediante esta nominación?

Es evidente que la nominación del protagonista del caso produce como consecuencia la focalización en él. En efecto, al igual que en la escritura freudiana, el único nombrado es el analizante, los demás personajes se presentan a partir del vínculo que mantienen con él, esto es, “el hermano”, “el cuñado”, “su pareja”. De esta manera, la atención queda centrada en el personaje principal, lo que facilita, por cierto, la lectura. Sin embargo, creemos que esta nominación produce un efecto de sentido que va más allá de resaltar la figura del analizante sobre el fondo del material clínico.

El nombre propio, la problemática del nombre propio, ha sido objeto de reflexión por parte de los psicoanalistas. En efecto, el psicoanálisis es una práctica de lo singular, del caso por caso, por lo que el asunto del nombre propio ha sido materia de análisis y de teoriza-

---

ciones. Lacan, por ejemplo, aborda esta cuestión en “El Seminario 9”, así como también en “El Seminario 12”. El nombre propio deviene una marca para el sujeto, una marca intraducible, que se coloca frente a un agujero estructural, justamente para suturarlo (Lacan, 1965-1966). De allí que el nombre propio del analizante sea un camino en la dirección de la cura, juegue un papel central en el tratamiento (Luján, 2008). Creemos, entonces, que no es lo mismo en la escritura de un caso clínico hablar de “un paciente” o de “un analizante” que de “Pedro Bread”. “Un paciente” remite a cualquier paciente y, en este sentido, a todos los pacientes, mientras que el nombre “Pedro Bread” individualiza, singulariza, da cuenta del uno.

En consonancia con la lógica del caso por caso, cuando el analista se refiere al analizante a través de un nombre propio, la corporización es otro de los efectos discursivos que se produce. A través del nombre, el analizante cobra vida bajo los ojos de los lectores. Tomemos, por ejemplo, la siguiente frase extraída de uno de los casos:

“*Susana* relata que a los 6 años sus padres consultaron por primera vez a una psicóloga”.

Ahora bien, si en lugar de “Susana” el analista se hubiese referido a “un paciente” veamos qué sucede:

“*Un paciente* relata que a los 6 años sus padres consultaron por primera vez a una psicóloga”.

Mientras que, en el segundo caso, advertimos el empleo de un discurso que se pretende más objetivo, más imparcial, en el primero, observamos que la

nominación promueve no sólo la individualización del sujeto sino su corporización, lo que promueve la identificación y la empatía del lector.

Es interesante destacar, en relación con este tema, que en la cuarta tesis de las ocho viñetas clínicas ubicadas a lo largo de los capítulos teóricos sólo en una de ellas se advierte un nombre ficticio. En las demás, surgen las categorías de “paciente”, “analizante” o se emplea el rol que se quiere destacar “una madre”, “una niña”. Esta diferenciación podría atribuirse, por un lado, a que las viñetas clínicas tienden a ser más breves que los casos, lo que implica un menor desarrollo discursivo. Pero, el otro, también podría pensarse que -al estar alojadas en los capítulos más “académicos”, el tesista emplea en estas viñetas un lenguaje que pretende objetividad, por lo que también sustituye los nombres ficticios por una categoría<sup>16</sup>.

## **2. El aporte de datos biográficos y de datos sobre el tratamiento**

Al igual que en otros textos narrativos, los tesistas incorporan algunos datos relativos a la vida de sus protagonistas que, a primera vista, pueden ser considerados superfluos ya que no inciden ni en el desarrollo del caso ni en el análisis posterior. De esta manera, se hace referencia a la edad, a la carrera estudiada, a las edades de los hijos, a la cantidad de hermanos que el paciente tiene.

La veracidad de estos datos, por otra parte, no siempre es una condición requerida. En efecto, Freud, como hemos visto, modifica algunos de estas referencias a su pesar con el propósito de entorpecer el reconocimiento del anali-

zante en cuestión. Uno de los maestrando alude, de la siguiente manera, a este tema:

“Por razones éticas, hemos modificado algunos datos que podrían darnos pistas de la persona en cuestión. Dichos datos no aportarían nada respecto de la posición subjetiva que nos interesa diagnosticar. Hemos preferido renunciar a la exactitud de un texto en pos de hacer transmisible el caso” (t<sub>2</sub>).

En esta cita el maestrando manifiesta la necesidad de ficcionalizar algunos datos para poder transmitir el caso. Lo que aleja al texto de ser “exacto” y -podríamos añadir- “verdadero”. La pregunta que nos volvemos a hacer, entonces, es: ¿por qué incorporar datos -de naturaleza real o ficticia- que no son relevantes para el desarrollo del caso o para su interpretación?

Una posible respuesta nos lleva a lo que inicialmente planteamos siguiendo a Barthes (1966) en torno a la noción de *informante*. En este sentido, los datos que incorporan los tesisistas completan la estructura narrativa del caso y tienden a configurar la *ilusión de realidad* que señalábamos. Se apea, de esta forma, a la “autenticidad del referente”. Veamos algunos ejemplos:

“Conozco a Lucía en enero de 1997, de movimientos desarticulados, cierto aspecto desaliñada, muy bonita de rostro” (t<sub>1</sub>).

“Néstor es un niño alto para su edad, el padre también lo es” (t<sub>4</sub>).

Estas informaciones que brindan los analistas, insistimos, no son luego retomadas a lo largo de los distintos relatos. Pero su funcionalidad no es nu-

la. Por el contrario, estos datos crean el marco en el que se desarrollan los casos clínicos, funcionando como operadores realistas<sup>17</sup>.

Lo mismo ocurre, en algunos casos, con otros personajes que aparecen en la escena discursiva:

“La bisabuela de Lucía era modista de alta costura, a su taller de la calle Corrientes, iban artistas y personajes que fascinaban a la mamá de Lucía” (t<sub>1</sub>).

“Su madre tiene alrededor de 80 años” (t<sub>2</sub>).

Por otra parte, en algunos casos clínicos, se incluyen datos relativos al tratamiento, por ejemplo: año de inicio, duración, profesionales intervinientes, institución en donde se llevó a cabo el análisis.

“El tratamiento psicoanalítico de P fue llevado a cabo en el Centro X, a mi cargo y con la intervención clínica de la lic. X en psicopedagogía y la supervisión de la lic. X” (t<sub>1</sub>).

Estas referencias, también, reenvían al lector a construir una imagen que apela a la veracidad de la experiencia.

### 3. El empleo del presente

Por otra parte, notamos en todos los casos clínicos incluidos en las cuatro tesis el uso predominante del tiempo presente. En efecto, los tesisistas optan por el presente histórico para relatar:

“Su actitud hacia el tratamiento comienza a ser más confiada y tranquila. Dice estar cada vez más arrepentido de no haber venido antes porque cree que hubiese evitado un montón de problemas” (t<sub>2</sub>).

“Las asociaciones inmediatas pare-

---

cen ir por otro lado, pero en la sesión siguiente comienza diciendo que se quedó pensando en ‘valores’” (t<sub>3</sub>).

El uso del presente, a diferencia del pasado, genera un efecto de inmediatez, provocando una mayor cercanía entre lo que se narra y el lector. Mediante el presente histórico el analista actualiza los sucesos que relata y, en tal sentido, los torna más vívidos.

En la primera, en la segunda y en la cuarta tesis, el pretérito, sin embargo, se cuela -aunque en pocas oportunidades- en el discurso. Sin embargo, en estos casos los tesisistas regresan al presente al remitir a sesiones o a dichos del paciente de importancia en el análisis.

#### **4. La incorporación de la voz del analizante**

Otro de los puntos interesantes a tomar en cuenta es el uso del discurso directo. Recordemos que en el discurso directo

“...se reproducen las palabras de otra persona (o las propias) manteniéndolas aparentemente idénticas a como fueron pronunciadas o escritas” (Reyes, 1993, p. 12),

atribuyéndole al hablante citado la responsabilidad de lo dicho. Es curioso, pues, que la voz del analizante, a pesar de que esté perdida, a pesar de que el único testigo de su palabra sea el analista, se materialice en estos discursos, en la mayoría de los casos, a modo de discurso directo:

“La sesión siguiente comienza diciendo: ‘como verás vine lo mismo, sin turno. Me fue muy mal, tuve que

dar dos vueltas a la manzana antes de entrar a mi casa. Pensé muchas cosas” (t<sub>2</sub>).

“A veces -dice- tengo una exigencia de que él sea el sustento de la familia, el garante, y sobre todo cuando la plata no alcanza. Él dice que gana bien, pero yo... quiero más” (t<sub>3</sub>).

Es cierto que el empleo del discurso directo podría atribuirse a que el significante cobra para el psicoanálisis un valor indiscutible. La palabra es el instrumento de trabajo por excelencia en un tratamiento. Y, como tal, se reproduce en los casos, para que el lector, también, asuma la responsabilidad en la interpretación. A su vez, podría señalarse que el discurso directo es más apto para transmitir contenidos expresivos, ya que le permite al sujeto citante conservar, entre otros aspectos, la modalidad enunciativa originaria, los vocativos, las interjecciones. Cualidad apropiada para la transmisión del discurso que el analizante despliega en sesión.

Pero, por otra parte, el uso del discurso directo produce un tercer efecto: niega la pérdida a la que la voz del paciente se encuentra sometida, escondiendo, así, la subjetividad del analista. Las comillas, entonces, aclaman que es el paciente quien habla, apelando a la autenticidad de su palabra y encubriendo que es la *escucha* del psicoanalista aquello que media entre el escrito y la voz del analizante. En efecto, el psicoanalista recrea los dichos del otro en función de su propia lectura.

Varios trabajos ya han advertido que el carácter mimético del discurso directo es engañoso<sup>18</sup>: la reproducción exacta

de los dichos ajenos no garantiza la fidelidad de la transmisión. Por eso, Reyes (1993, p. 25) precisa en su texto que, para algunos casos, es más adecuado hablar de “reconstrucción” en lugar de “reproducción”. Menéndez García de Paredes (2000) manifiesta, en este sentido, que no solamente el discurso indirecto manipula la palabra del otro para que ésta se adecue a las necesidades discursivas y argumentativas del sujeto citante: el discurso directo, al no poder repetir la situación enunciativa original, también lo hace. Por ello, plantea que este tipo de discurso debe ser entendido como una mimesis o intento de reconstrucción de un acto de habla y de su situación enunciativa. La literalidad es, para el discurso directo, una *ficción discursiva*. Ficción discursiva -añadimos nosotros- que despierta una ilusión de “realidad”.

En este sentido, es interesante rescatar un fragmento de uno de los casos clínicos presentes en la primera tesis:

“Palabras recordadas por su madre como si las ‘estuviera escuchando hoy’, que tanto ‘la lastiman y le duelen todavía’, ‘como escupida recibida en plena cara’ (textual del discurso de la madre)” (t<sub>1</sub>).

Es interesante ya que a pesar de emplear las comillas -comillas que se presentan como marcas de literalidad- la analista refuerza esta textualidad de manera explícita. De lo que se trata, entonces, aquí es de distinguir aquel discurso directo fiel, que reproduce literalmente la voz del otro, de aquel que lo recrea y, por ende, lo tiñe de ficción.

## 5. La construcción de escenas

La construcción de escenas es otro de los procedimientos que se advierte en las cuatro tesis y se encuentra en estrecha comunicación con el punto anterior. Incluimos aquí únicamente las escenas que siguiendo la forma dramática se instrumentan a partir de diálogos mantenidos entre el psicoanalista y el paciente, y, en algunos casos, entre el psicoanalista y un familiar del paciente. A través del diálogo, los analistas recortan y reconstruyen fragmentos de alguna sesión que consideran relevante para el desarrollo del caso, reconstrucción que esconde la naturaleza fugaz de la experiencia y que posee como efecto la configuración de un escenario “real”. En efecto, los diálogos que se elaboran se despliegan ante los ojos del lector como si sucedieran en “tiempo real”<sup>19</sup>, convocándolo como testigo de la escena. De esta forma, el narrador pierde protagonismo dejando que las palabras de los personajes hablen por sí mismas:

Ata: ¿Vos estás preguntándome por qué venís a jugar conmigo?

M: No, yo sé porque vengo, yo tengo problemas, a mí me sale todo mal, me cuesta hacer las cosas (...), dice riéndose, al mismo tiempo que recogíamos sus cartas, ella, con muchísima dificultad, porque se le habían caído al piso” (t<sub>1</sub>).

“Me acuerdo del sueño (risita pícaro), llego a la habitación y no encuentro nada. Y además llego a escondidas, como sacando ventajas... ¿de quién?, de mis hermanos sería. Como que iba a robar algo.

> *Iba a robar algo que no había*” (t<sub>3</sub>).

---

En los ejemplos seleccionados, los diálogos son extractos de conversaciones sostenidas entre los tesisistas y sus pacientes. Inclusive, vemos que en estas citas los analistas, ocupando el rol de narrador, acompañan estos diálogos con acotaciones en las que se marca la actitud de los analizantes y, en el primer ejemplo, con referencias sobre la situación de comunicación, lo que otorga mayor fuerza a la escena.

#### **IV.c. Lo fragmentario en la escritura de los casos clínicos**

Ya se ha dicho que lo fragmentario para Freud es -a su pesar- un rasgo que atraviesa la escritura de la clínica. Rasgo que hemos podido correlacionar, siguiendo el trayecto del pensamiento freudiano, con ciertos procesos psíquicos. Nos interesa, ahora, reflexionar en torno a lo fragmentario que aparece en los casos y viñetas clínicas aquí analizados.

En primer lugar, queremos señalar que, al igual que en los textos freudianos, el término *fragmento* circula en tres de las cuatro tesis; término que aparece asociado a la presentación de los materiales clínicos:

“Hasta aquí este *fragmento* de la presentación en entrevistas” (t<sub>1</sub>).

“*Fragmento de fragmento*. Así podríamos nominar al escrito que intenta dar cuenta del *fragmento* de nuestra clínica que impulsó nuestra tesis. Decimos que se trata de un *fragmento de fragmento* porque el paciente que presentaremos es sólo uno de los casos -cuya cura dirigimos- que comparten la característica de presentar serias dificultades para establecer un diagnóstico” (t<sub>2</sub>).

“El *fragmento* de análisis que se presentará a continuación intenta mostrar cómo se configuran ambos ámbitos” (t<sub>4</sub>).

Vemos en estos ejemplos que lo fragmentario está en relación con el recorte, con el segmento de la clínica que se presenta y, en el segundo de los casos, también, con la selección de un caso clínico entre varios.

Por otra parte, lo fragmentario es una particularidad inherente al formato de la viñeta clínica. En efecto, ya hemos definido a la viñeta como un recorte, un fragmento de un caso, y, en tal sentido, es una forma discursiva, una presentación clínica, que no aspira a la transmisión *completa* de un caso psicoanalítico.

Ahora bien, identificamos una tercera modalidad de aparición de lo fragmentario que está presente en dos de las cuatro tesis y que tiene que ver con la escritura. En este sentido, podríamos hablar de una escritura fragmentaria; escritura que advertimos en la primera y en la tercera tesis, en las que se observan ciertos procedimientos discursivos que nos reenvían a la idea del no-todo.

En algunos de los casos desarrollados en la primera tesis, la maestranda introduce el material sin ninguna presentación o introducción. Esto ocurre en el siguiente ejemplo, en donde, luego del título, encontramos el siguiente fragmento:

“N: ‘No quiero olvidarme de Nadia’ (Durante el análisis).

Dice mientras hace un dibujo de ‘ella’ () a la mamá. ‘Esta es mamá cuando dejó de llorar’” (t<sub>1</sub>).

Vemos aquí que la tesista presenta el caso sin enmarcarlo, sin contextualizarlo. Un procedimiento similar sigue el doctorando de la tercera tesis:

“Una mujer de 35 años relata un sueño: su padre ha muerto” (t<sub>3</sub>).

En este caso, se observa que el tesista no introduce el escenario en el que se desarrolla la viñeta clínica. A diferencia de algunos casos, que se inician a partir de ciertas referencias relativas a los datos del analizante, como el motivo de consulta o el diagnóstico, entre otros, el tesista opta aquí por relatar un sueño. En este mismo sentido, leemos la ausencia de aclaraciones en torno a algunos elementos del material:

“En el lugar de los valores faltantes o ambiguos, se instaura ese ‘¡quiero más!’ que sólo se vuelve apto para el placer en el registro de la fantasía - sin evitar sin embargo las torturas morales de la neurosis obsesiva, ni impedir en este caso somatizaciones que la paciente experimenta como vergonzantes -” (t<sub>3</sub>).

En el ejemplo anterior, el tesista no precisa cuáles son las somatizaciones que la paciente enuncia, oscureciendo la interpretación de este pasaje.

Otro de los procedimientos que construye esta escritura fragmentaria está en relación con el uso del discurso poético. En ambas tesis, observamos que los tesistas recurren a ciertos recursos propios del discurso poético, que aleja estas presentaciones de la claridad aclamada por la escritura académica. De esta forma, encontramos que en algunos momentos la imprecisión e indeterminación -índices de es-

te tipo de discurso- se adueña de la escena:

“S se hace rechazar, se hace de relaciones de rechazo, ausencia de relación y existencia de relación en su ausencia.

Relación de ausencia de relación. El dolor es también la presencia de relación por su ausencia” (t<sub>1</sub>).

“Esto se activa con esa intervención del analista en que el significante ‘valores’ es entrecomillado, opacándose por referirse a sí mismo, de un modo que inmediatamente despierta el presentimiento de ese equívoco gracias al cual los ‘valores’ se reúnen en el cajón del Otro (el Texto Sagrado, más el dinero, más otro valor: el no saber cuánto, el simular no saber que respecto de una garantía esa suma, esa reunión de valores, en verdad era nada, un forro de papel, una mierda<sup>20</sup>)” (t<sub>3</sub>).

Por último, destacamos como otro de los procedimientos la edificación fragmentaria del relato. Con ello nos referimos a una construcción fragmentaria del caso en la que se suceden distintas escenas breves, que no son desarrolladas y que tampoco forman una totalidad. Esto ocurre en la primera tesis:

“Nuria les canta: ‘¡Las mamás y los papás tienen hijos y se les mueren!’. La mamá cuenta sueños premonitorios, según ella, de la muerte de su hija”.

“Los juegos de muerte aparecen: ‘cierra los ojos’ y hace que deja de respirar (...) se queda dura como una estatua. El juego se llama ‘Imitando a Nadia’, según ella misma lo nombra”.

“Dibujos: ‘Esta es Nadia en el cielo,

---

esta es mamá cuando dejó de llorar”.

De este ejemplo observamos que la analista presenta tres fragmentos de escenas diferentes que no son desplegadas ni serán ampliadas posteriormente en el discurso.

En síntesis, podemos señalar que estos procedimientos discursivos que los analistas emplean en estos relatos configuran un mundo que no se presenta cerrado o acabado. Por el contrario, esta escritura fragmentaria apela a la dimensión de la falta, del no-todo, de la hiancia, que refuerza la imposibilidad de brindarle al lector un caso completo y acabado. Algo del sin-sentido bordea la presentación del material, denunciando, en este mismo movimiento, una fuga en la significación.

## **V. A modo de cierre**

Para finalizar, insistimos en la relevancia que tiene el estudio y el análisis de aquellas disciplinas que plantean interrogantes en el modo en que el discurso académico es definido y caracterizado. Hemos señalado que el psicoanálisis posee una tradición discursiva que introduce diversas problemáticas al interior de las investigaciones que toman como eje la escritura en la educación superior de posgrado. Ciertos rasgos del discurso psicoanalítico se presentan en tensión con el modo en que la escritura académica es concebida.

En este trabajo, hemos mostrado, en primer término, los obstáculos que advirtió Freud en la escritura de casos clínicos. Luego, hemos analizado el modo en que los tesisistas-psicoanalistas, siguiendo la tradición narrativa freudiana, incorporan casos clínicos

en sus tesis. La apelación al relato, a ciertas operaciones de autenticación -que hemos detallado y desarrollado-, a la par que promueven un efecto de realidad que valida la palabra del analista y el devenir del tratamiento llevan la marca de un discurso ficcional, que se encuentra en las antípodas de la demanda de “rigurosidad”, “precisión” y “exactitud” a la que está asociada el discurso académico. La aparición de una escritura fragmentaria que -podríamos pensar- refleja la inadecuación entre la experiencia y la palabra escrita se opone, en este mismo sentido, al imaginario de “completud” al que se supone aspira la Academia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOUN, P.-L. (1993), *Introducción a la Metapsicología freudiana*, Paidós, Buenos Aires, 1994.
- BARTHES, R. (1966), "Introducción al análisis estructural de los relatos". En Barthes y otros, *Análisis estructural del relato / Comunicaciones* Editorial tiempo contemporáneo, pp. 9-43, Buenos Aires, 1970.
- BARTHES, R. (1984), *El susurro del lenguaje. Más allá de la palabra y la escritura*, España, Paidós, 1987.
- BELIVEAU, O. (2005), *La narrativa en la obra de Freud*, Tesis inédita, Maestría en Análisis del Discurso, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- BROOKS, P. (1984), *Reading for the plot. Design and intention in narrative*, Harvard University Press, United States of America, 1992.
- DE CERTEAU, M. (2002), *Historia y psicoanálisis*, México, Universidad Iberoamericana, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, 2007.
- ESCARS, C. (2003), "El historial clínico y la insuficiencia de la trama". En Escars, C. (comp.), *Clínica de la transmisión. Escrituras y lecturas en psicoanálisis*, pp. 11-21, Imago Mundi, Buenos Aires, 2003.
- FREUD, S. (1893-1895), "Estudios sobre la histeria". En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. II, pp. 151-194, Buenos Aires, 1980.
- FREUD, S. (1905), "Fragmento de análisis de un caso de histeria". En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. VII, pp. 3-107, Buenos Aires, 1980.
- FREUD, S. (1908), "La novela familiar del neurótico". En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. IX, pp. 213-220, Buenos Aires, 1992.
- FREUD, S. (1909), "A propósito de un caso de neurosis obsesiva". En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. X, pp. 119-194, Buenos Aires, 2003.
- FREUD, S. (1918), "De la historia de una neurosis infantil". En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVII, pp. 1-111, Buenos Aires, 1992.
- FREUD, S. (1920a), "Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina". En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVIII, pp. 141-164, Buenos Aires, 1997.
- FREUD, S. (1920b), "Más allá del principio de placer". En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVIII, pp. 1-62, Buenos Aires, 1997.
- GARCÍA NEGRONI, M. M. y TORDESILAS, M. (2001), *La enunciación en la lengua. De la deixis a la polifonía*, Editorial Gredos, Madrid, 2001.
- KLEIN, I. (2007), *La narración*, Eudeba, Buenos Aires, 2007.
- KURI, C. y J. B. RITVO (1997), *Ensayo de las Razones. Acto y Argumentación en Psicoanálisis*, Letra Viva, Buenos Aires, 1997.
- LACAN, J. (1961-1962), "El Seminario 9". Inédito.
- LACAN, J. (1965-1966), "El Seminario 12". Inédito.
- LUJÁN, P. (2008), "Del nombre propio al objeto". En Escars (comp.), *Efectos de la escritura en la transmisión del psicoanálisis*, Buenos Aires, Letra Viva, 49-56.
- MENÉNDEZ GARCÍA DE PAREDES, E. (2000), "La literalidad de la cita en los textos periodísticos". En *Revista Española de Lingüística*, 30, 1, pp. 147-167, 2000.
- OGDEN, T. (2004), "On psychoanalytic writing". En *International Journal of Psychoanalysis*, N° 86, pp. 15-29, 2005.
- PORGE, E. (2005), *Transmitir la clínica psicoanalítica. Freud, Lacan, hoy editorial Nueva Visión*, Buenos Aires, 2007.
- REYES, G. (1993), *Los procedimientos de cita: estilo directo y estilo indirecto*, Arcos Libros, Madrid, 1995.
- RICOEUR, P. (1985), *Tiempo y narración. El tiempo narrado*, Vol. III, México, Siglo veintiuno editores, 1996.
- SAVIO, K. (2010), "El psicoanálisis y los géneros académicos de posgrado (o del retorno de una interminable polémica)". En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, Volumen IX, pp. 259-274, Universidad de Buenos Aires.

## NOTAS

- <sup>1</sup>Para una ampliación sobre este tema, véase Savio (2010).
- <sup>2</sup>Distinguimos aquí la *viñeta* del *caso clínico* en función del recorte que se realiza del material. En tal sentido, la *viñeta* consiste en desarrollar brevemente algún aspecto puntual del material clínico.
- <sup>3</sup>Para una ampliación sobre el uso de la narrativa en Freud, véase Beliveau (2005).
- <sup>4</sup>Véase, entre otros, Brooks (1984), De Certeau (2002), Assoun (1993), Porge (2005).
- <sup>5</sup>Freud remite aquí a la *novelle*, es decir, a la novela corta alemana.
- <sup>6</sup>Recordemos que Freud (1908), inclusive, denominaba *novela familiar del neurótico* a las fantasías relacionadas con el complejo de Edipo por las que un sujeto modificaba imaginariamente sus lazos familiares.
- <sup>7</sup>Según Porge (2005, pp. 80-81), Lacan elige un camino diferente al de Freud para transmitir la clínica porque su trabajo da cuenta de que el saber y la verdad están en una relación de división irreductible.
- <sup>8</sup>Véase, por ejemplo, Barthes (1966).

---

<sup>9</sup>Para una introducción al tema, véase Klein (2007).

<sup>10</sup>Denominaremos t1 y t2 a las tesis correspondientes a la maestría en psicoanálisis, mientras que llamaremos t3 y t4 a las tesis que pertenecen al doctorado.

<sup>11</sup>Es interesante remarcar que en la tercera tesis el analista no aparece a través del “yo”, sino bajo la tercera persona: “el analista”. Podría pensarse que aquí el analista aparece no en tanto sujeto sino como función.

<sup>12</sup>Porge (2005, 18) plantea que la novelización es aquello que le permite a Freud incluirse él en el caso. Esta incorporación del analista es un modo de dar cuenta de la transferencia y dará lugar a la complejidad y pluralidad de los lugares enunciativos del discurso: sujeto de la enunciación, del enunciado, autor, narrador, personaje.

<sup>13</sup>Para una ampliación respecto de los nombres que selecciona Freud en sus historiales, véase Assoun (1993).

<sup>14</sup>Éste no es el caso, por ejemplo, del Sr. y la Sra. K.

<sup>15</sup>En este caso, no queda claro si la tesista emplea nombres ficticios o nombre reales.

<sup>16</sup>Recordemos que habíamos señalado un fenómeno similar en lo que respecta al uso del pro-nombre personal.

<sup>17</sup>Esta terminología es de Barthes (1966, 22).

<sup>18</sup>Véase, entre otros, Reyes (1993), García Negroni y Tordesillas (2001), Menéndez García de Paredes (2000).

<sup>19</sup>Véase Klein (2007).

<sup>20</sup>Notemos aquí el uso de un registro vulgar-informal, habilitado a partir de la exposición del material clínico.

## **RESEÑA CURRICULAR DEL AUTOR**

Docente de la materia Sociología del Lenguaje de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, egresada de las carreras de psicología y de letras de la misma universidad, investigadora en formación del Instituto de Lingüística y becaria doctoral de CONICET.

E-mail [karinasavio@fibertel.com.ar](mailto:karinasavio@fibertel.com.ar); ó [karysavio@hotmail.com](mailto:karysavio@hotmail.com)