

Dificultades para escribir sobre la clínica (desde Freud hasta nuestros días)

Gloria Gitaroff*

[...] publicar mis historiales clínicos sigue siendo para mí una tarea de difícil solución. Las dificultades son en parte de orden técnico, y en parte se deben a la naturaleza de las circunstancias mismas.

Freud (1905e, p. 7).

Introducción

Los psicoanalistas solemos tener la necesidad de compartir nuestra experiencia clínica o nuestros hallazgos teóricos con un interlocutor válido, ya sea con colegas o con un supervisor.

A veces deseamos volcarlos en un escrito y entonces nos encontramos con que si la tarea de escribir no es fácil en sí misma, lo es menos aun cuando de la clínica psicoanalítica se trata.

Si bien muchas de las ideas aquí presentadas son aplicables a toda comunicación científica y a la escritura en general, este trabajo se centra en las dificultades propias de escribir sobre la clínica, teniendo en cuenta además que la clínica está en el origen del psicoanálisis y es el eje entre la práctica y la teoría.

Decididos a escribir, es posible que aparezcan momentos de desaliento, de falta de ideas, de inhibición, como los que Freud (que llegó incluso a padecer episodios de calambres de escritor) le comenta a Fliess, como veremos, en una carta de julio de 1897.

En otras palabras, es posible que surjan lo que he denominado “resistencias a escribir”, nacidas de una cualidad propia de todo escrito, la de elaboración de contenidos inconscientes a través de la escritura, a las que se suman otras resistencias de carácter consciente, aunque de raíces inconscientes.

Cuando el psicoanalista se transforma en cronista de su práctica, las resistencias a escribir de carácter consciente tienen su especificidad, al provenir de lo complejo de seleccionar, dar cuenta y armonizar un cúmulo de datos del “aquí y ahora” y del “allá y entonces”, de la historia del paciente y de la relación analítica, las asociaciones con la teoría, las resonancias contratransferenciales y el clima afectivo en que transcurrieron las sesiones elegidas. No ocupa un lugar menor el hecho a menudo persecutorio que implica mostrarse en la intimidad de la propiapráctica.

* Miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Dirección: S. de Bustamante 2311, 3º, C1425DUU, Buenos Aires. gitaroff@fibertel.com.ar

Es probable que sea por alguna o varias de estas resistencias que muchos analistas no escriben, o no escriben todo lo que desearían.¹

Finalmente, es interesante reflexionar cómo la riqueza del acto de escribir surge de un doble trabajo, el intelectual de esclarecimiento del pensamiento consciente y otro, el de la posibilidad de elaborar ciertos contenidos inconscientes, es decir, una forma de provechoso autoanálisis, a modo del que Freud realizó a través de sus escritos y sus cartas. Por otra parte, publicar las ideas constituye un beneficio para la comunidad científica, que se nutre y crece con las contribuciones de sus integrantes.

El pasaje de las historias clínicas psiquiátricas a los historiales psicoanalíticos

Para comenzar, veremos cómo Freud, que provenía de la medicina tradicional, escribió los primeros historiales psicoanalíticos, ya que así como inauguró un modo de relación humana a partir de una nueva manera de escuchar a sus pacientes, también tuvo que inaugurar una nueva escritura nacida del descubrimiento del concepto de inconsciente y del método para abordarlo.

Dado que sus primeros historiales versaban sobre pacientes histéricas, es interesante revisar algunas historias clínicas de la época vinculadas con esa patología, con el fin de compararlas.

Nos encontramos con que las historias clínicas psiquiátricas del siglo XIX acopiaban datos, eran fenoménicas, clasificatorias, basadas en la evolución, nacidas con Pinel e hijas del Iluminismo (Ricón, 1994).

De este tenor eran las de Charcot (aunque con él adquirieran carta de ciudadanía la sugestión y la hipnosis), quien diferenciaba cuadros precisos según las diferentes alteraciones orgánicas, buscando el cuadro histérico “típico” con signos y síntomas patognomónicos. Las respaldaba en la teoría de las localizaciones, acorde con lo que se llamó la “mentalidad anatomoclínica” (Pasqualini, 1983).

En esa misma línea, Breuer (1893) inició el historial de Anna O. con esta descripción:

La señorita Anna O., de 21 años cuando contrajo la enfermedad (1880), parece tener un moderado lastre neuropático, a juzgar por algunas psicosis sobrevenidas en su familia extensa; los padres son sanos pero nerviosos.

A diferencia de Charcot, Breuer no buscaba solo relatar un caso, sino descubrir una teoría de la histeria y un método terapéutico que le permitiera investigarla, al tiempo que investigaba la desaparición de los síntomas. Permitió que entrara en escena la paciente, quien lo guió en esa búsqueda. De ahí el reconocimiento de Freud (al principio excesivo, luego más moderado) por la participación de Breuer en el descubrimiento del psicoanálisis.

Las peculiares características de las pacientes histéricas parecían haber contribuido a inducir un estilo especial al relato de los casos, que ya se advertía en Emil Kraepelin, cuando escribía en un tono colorido lo siguiente:

Señores: esta joven de treinta años, cuidadosamente vestida de negro, que entra en la sala del brazo de la enfermera, a cortos pasos, casi arrastrando los pies, y que se ha sentado en el sillón cayendo como si se hallara exhausta de fuerzas, os habrá producido la impresión de que está enferma. Es esbelta y pálida; parece algo melancólica; trae los ojos bajos [...]

Aunque su estilo de escritura va más allá de la descripción, el tono es más bien teatral, ya que busca impresionar a los jóvenes médicos que lo escuchan, y no se relaciona con la paciente por un real interés en ella, sino como un científico que la investiga y la muestra a sus discípulos (Repetto, 1994).

La paciente es “esta joven de treinta años”, mientras que las pacientes de Freud tendrán un

¹ Tenemos ejemplos ilustres en otros campos, como es el caso de Sócrates, que “fue escrito” por Platón, o de Ferdinand de Saussure, por sus discípulos Charles Bally y Albert Sechehaye).

nombre, aunque supuesto, y su estilo para referirse a ellas será muy distinto, como, por ejemplo, en el comienzo del historial de Emmy de N. (Freud, 1895b, I, 55).

El día 1º de mayo de 1889 comencé a prestar atención médica a una dama de unos cuarenta años, cuyo padecimiento y cuya personalidad llegaron a inspirarme tan vivo interés, que hube de dedicarle gran parte de mi tiempo, poniendo un tenaz empeño por lograr su curación.

Relata luego que va a visitarla a su casa, y se encuentra con “una mujer de aspecto aún juvenil, con rasgos fisonómicos muy finos y característicos, tendida en un diván con un almohadón bajo la nuca. Su rostro presenta una expresión contraída y doliente”.

La descripción nos atrapa desde las primeras líneas y nos lleva a acercarnos a la paciente y también a Freud, que se involucra a través del uso de la primera persona del singular y muestra, sin haberla conceptualizado todavía, los atisbos de lo que más tarde denominará contratransferencia.

La diferencia de los historiales con las historias clínicas psiquiátricas está signada, por un lado, por el salto epistemológico que dio Freud de una disciplina descriptiva al psicoanálisis, ciencia conjetural (Ricón, 1994), y por otro, por sus dotes de escritor (y de apasionado lector). Finalmente, el resultado es “un escrito psicoanalítico [que] es único, porque su objeto, el inconsciente, es distinto, y se manifiesta siempre a través de transformaciones”, según dice Green (1977, p. 45).

El historial psicoanalítico

Con la cautela que requiere toda definición, siempre provisoria y aproximativa, se puede decir con Mijolla-Mellor (1985) que un historial es un relato pormenorizado, basado en la totalidad de la experiencia clínica con un paciente, con el fin de dar a conocer lo que el analista ha comprendido de ese análisis. Requiere elegir, de lo sucedido a lo largo de un proceso analítico, aquello que se va a comunicar, incluyendo las hipótesis clínicas y teóricas que se han manejado para abordar al paciente.

Se podría ampliar su alcance a las cinco historias clínicas mayores que escribió Freud, si bien él mismo analizó solo a tres de sus protagonistas, ya que en Juanito medió la intermediación del padre, y en Schreber utilizó sus memorias. Las cinco pertenecen a momentos tempranos de su práctica, y cada una de ellas busca esclarecer una patología distinta: la histeria en Dora, la fobia en Juanito, la neurosis obsesiva en el Hombre de las Ratas, la paranoia en Schreber, mientras que busca indagar en el Hombre de los Lobos, ya adulto, una histeria de angustia infantil transformada en neurosis obsesiva. Así lo enuncia en cada uno de los títulos que elige para distinguirlos. Va sembrando comentarios sobre las dificultades que se le presentaron y con su habitual honestidad intelectual, hasta qué punto logró sortearlas. Cabe mencionar otros relatos de casos, como los que integran los *Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud, 1895), con el ya mencionado caso tratado por Breuer, y cuatro por Freud, el último de los cuales es el de Emmy von R. que él mismo califica de primer relato largo sobre la histeria,² y por último habría que mencionar el caso de la joven homosexual, publicado en 1920.

Aunque Freud había heredado de Charcot³ la presentación de casos, la gran diferencia, según Assoun (1994) es que aquel buscaba la historia de la enfermedad, mientras que Freud dio un genial vuelco hacia la “primacía del enfermo” sobre la enfermedad, a la historia de vida revelada por el síntoma y que en el acto analítico –como acto de lenguaje– se encuentra la historia. En efecto, Freud (1918b, p. 14) dice, a propósito del Hombre de los Lobos, “[...] no puedo brindar ni un historial clínico ni uno del tratamiento, sino que me veré precisado a combinar entre sí ambos modos de exposición”.

² (ver nota bibliográfica al final de este trabajo).

³ Sabemos que Freud no solo había estudiado con Charcot en París, sino que, a su pedido, tradujo al alemán dos de sus obras.

Un historial psicoanalítico constituye un intenso esfuerzo narrativo de un proceso terapéutico, en el que confluyen muchas historias. En cuanto al paciente, es la historia de su vida, y en especial de sus cruciales primeros años. Es la historia de sus padres y la de aquellos antecesores con quienes se identificó a la distancia; de las personas significativas que lo rodearon (como el Sr. y la Sra. K. en el historial de Dora), así como aquello del marco social y cultural que lo alberga y condiciona.⁴

Pero también es la historia de la relación entre el analista y el analizado; de lo que les sucede en el acontecer analítico y de las fantasías transferenciales y contratransferenciales que entran en juego...

Aunque Freud pensaba que no había por qué hacer literatura con la neurosis, porque ella es quien la crea (Assoun, op. cit., p. 308), sin embargo yo creo que la forma novelada es la que más se aproxima a lo que sucede en una sesión psicoanalítica, en especial cuando el paciente se aparta de los relatos catárticos o las racionalizaciones para transmitir un contenido aparentemente deshilvanado, aunque secretamente coherente (Gitaroff, 2000). Es también la forma que mejor se conjuga con su objeto ya que, como bien dice el escritor Ricardo Piglia (1987), “el inconsciente tiene la estructura de un folletín”. Un folletín que es como las “novelas psicológicas” muy del gusto de la Viena de entonces o sus sucesoras, las telenovelas, esos clásicos cotidianos que atrapan a sus cultores principalmente por los mitos universales que las sustentan. Aunque Freud desmerecía las novelas psicológicas, en ellas, como en los cuentos infantiles, se espera lo que ocurrirá inevitablemente, como si no se supiera de antemano lo que va a suceder. Esta misma estructura puede encontrarse, por ejemplo, cuando escribe acerca de *Katharina* (1895d), donde Freud, si bien lo hace por razones de confidencialidad, al modo de un maestro del suspenso, espera hasta 1924⁵ para develar al lector que la joven no había sido seducida por su tío, sino por su padre.

Las “novelas” freudianas

La preocupación de Freud no tenía que ver con que fueran o no novelas, sino con que, en el caso de serlo (o parecerlo) podría faltarles a los ojos siempre críticos con que sus contemporáneos miraban sus descubrimientos, la necesaria “seriedad científica”, como él la llamaba. Conviene recordar además que Freud (1920b, p. 257) consideraba que un tipo de apreciación más ligado a la producción artística (aunque él además les quitara ese mérito) o a cualquier consideración ajena a lo científico era un signo de resistencia al psicoanálisis.

Es en el comienzo del historial de Dora donde Freud (1893a) se lamenta de que sus historiales se lean como novelas⁶ pero no tiene inconveniente en decir en la epicrisis de Isabel von R. (1895d, p. 18) que “una detallada exposición de los procesos psíquicos, tal y como estamos habituados a hallarlas en la literatura, me permite llegar, por medio de contadas fórmulas psicológicas, a cierto conocimiento del origen de una histeria”. Señala que no se trata de una preferencia o elección, sino que proviene de la naturaleza del objeto, lo inconsciente.

Sin embargo, me parece lícito decir que los historiales son “novelas freudianas”, es decir, una ficción y, al mismo tiempo, un esfuerzo para que resulten lo más fieles posible a lo acontecido.

Para equiparar el historial psicoanalítico con la novela, es necesario ver qué puntos en común tiene con esta en cuanto género literario, lo cual comporta alguna dificultad dado que los límites entre los géneros son imprecisos e incluso el concepto de género literario ha sido cuestionado. La novela es, a grandes rasgos, un relato en prosa con una trama que se desarrolla en un universo

⁴ “En nuestros historiales clínicos debemos prestar tanta atención a las condiciones humanas y sociales de los enfermos como a los datos somáticos y síntomas patológicos”. Freud, 1905e. AE, 7, 18.

⁵ En las “Omisiones a los historiales clínicos” apartado F, agregado a los historiales clínicos de los “Estudios sobre la histeria”, 1893-95.

⁶ “A mí mismo me resulta singular que los historiales clínicos por mí escritos se lean como novelas breves, y de ellos esté ausente, por así decir, el sello de seriedad que lleva estampado lo científico”.

temporal propio y con un cierto ritmo, destinado a sostener en el lector el interés por la trama. Cuenta con un relator y diversos personajes. Se asienta en una estructura que a modo de andamiaje sostiene la trama (Castagnino, 1980).

En otras palabras, la novela se edifica sobre una estructura que organiza los demás elementos: narración, trama, tiempo, ritmo, personajes y relator. Se caracteriza por su libertad en la forma y contenido y también por ser un género invasor, que se sirve con soltura de los demás géneros.

Para escribir sus historiales, Freud partió de la novela del siglo XIX, pero creando al mismo tiempo un género nuevo, que podríamos llamar literario-científico, en el que la narración incluye su análisis e interpretación. Se anticipó de este modo a la llamada “novela erudita”, salida de los claustros universitarios, como por ejemplo, *El nombre de la rosa*, de Umberto Eco (1980), quien introdujo reflexiones provenientes de la crítica literaria, o de materiales no literarios, tales como disquisiciones teológicas, temas complejos de física o de política medieval, los cuales se convierten en literarios a partir de su inclusión en la trama narrativa. Debido a la identificación de todo analista cuando escribe sobre su analizado, y disponiendo de su habilidad como escritor, Freud pudo crear para cada historial una atmósfera diferente. No relata la historia de Miss Lucy, la adusta institutriz inglesa, del mismo modo que la de *Katharina*, la joven que se acercó en medio de sus vacaciones en la montaña, para sorprenderlo con aquella pregunta: “El señor es médico, ¿verdad?”. Creó además una estructura distinta para cada uno, que con el tiempo fue complejizando. Baste comparar la relativamente sencilla del historial de Dora, que gira alrededor de dos sueños, con la de Juanito, que transcurre como un diálogo entre el pequeño y su padre, transcripto por Freud, quien rescata el lenguaje infantil del niño y reserva para sí el lugar de un narrador que de pronto se incluye en ese diálogo (si bien desde la discreción del pie de página), cuando acota: ¡Bravo, pequeño Hans...!” (Freud, 1909b, p. 61; Gitaroff, 2003; Mahony, 1982).

Sin embargo, no se mostrará del todo satisfecho; los títulos de los historiales dan cuenta de lo incompleto de la tarea, con palabras como “Fragmento” o “Notas”, o bien con la advertencia de que dará cuenta de un historial clínico “solo de manera fragmentaria” (1918b, p. 9). Se mostrará además disgustado por su inevitable proximidad a la literatura, aunque al mismo tiempo acepte que ese es el modo que le cabe al objeto que investiga.

La disconformidad no ha sido superada,⁷ y se suelen reiterar afirmaciones como la de la nota editorial del *Libro Anual de Psicoanálisis* (Ahumada, Doria Medina, Barros, 1994) acerca de no disponer “de una teoría que dé cuenta cabal, ni descriptiva ni conceptualmente, de la riqueza del fenómeno clínico”.

Veamos ahora qué transformaciones se producen en nosotros con el pasaje de analista a analista –relator de nuestra clínica–. En primer lugar, tenemos que cambiar de objeto a nuestra pulsión. Ya no nos impulsa el deseo de curar (salvo secundariamente), sino que entra en juego el impulso epistemofílico; queremos saber más acerca de ese tratamiento en particular a partir de una mirada *après-coup*. La reflexión sobre lo acontecido nos va a permitir privilegiar tal o cual punto de lateoría.

También se transforma el diálogo, ya que, en tanto relatores de un proceso psicoanalítico, nosotros, analistas, asumimos una única voz que reproduce lo que hemos dicho en la sesión tanto nosotros como nuestro paciente. En otras palabras, tenemos que hacer la deconstrucción de lo sucedido y luego, un trabajo de reconstrucción y sintaxis en función de situarnos teniendo como interlocutor al lector, un tercero en la historia. Para ese tercero debemos lograr que lo que es implícito se vuelva explícito, deliberado y observable, Reiser (2000, p. 352).

La dificultad de estos complicados pasajes pudo haberle hecho decir a Freud, en una carta a Jung del 30 de junio de 1909: “¡Qué chapuceras son nuestras reproducciones, y qué lamentablemente desmenuzamos estas grandes obras de arte de la naturaleza psíquica!” (Freud/Jung, 1974). Finalmente, nos resta detenernos en la última de las características enunciadas, el universo

⁷ Se han realizado varios encuentros organizados por el International Journal of Psycho-Analysis; y muchas instituciones psicoanalíticas de la IPA (entre ellas la nuestra, XLIX, 1, 1992 han dedicado números de sus revistas a tal fin, como en el Journal of The American Psychoanalytic Association (Nº 2, 2000) en que cuatro comentaristas analizan el artículo de Robert Michels “The case history”.

temporal de la novela-histrial, para lo cual quisiera recordar una grabación que hizo Cortázar en su casa, en un invierno parisino, que muestra, con la elocuencia de la literatura, los juegos y trampas del tiempo.

Cortázar comienza la grabación, pero la interrumpe por un resfrío que lo tiene congestionado por cinco días. Cuando la retoma, imagina al oyente como alguien que pudo haberse ocupado de muchas cosas entre el momento en que él comenzó a grabar y ese otro en que retoma. Sugiere que puede que sea verano cuando el oyente escucha sus palabras. Quizás esté en mangas de camisa y tenga las ventanas abiertas, mientras que él, Cortázar, se ha puesto un suéter porque es invierno y nevó durante la noche. “Todo se da en este momento que todavía no existe para mí, mientras usted escucha palabras que yo grabé en el pasado, en un tiempo que para mí ahora es el futuro” (Bauer, 1994).

Algo de esto sucede cuando escribimos sobre una sesión, como veremos más adelante.

Historiales y viñetas

Mientras el historial es el relato de un proceso analítico, la viñeta es un breve relato clínico cuya intención es ilustrar un escrito teórico.

Se suele exponer algún fragmento del material, acompañado con someros datos biográficos y una referencia al contexto en que se produjo la situación. A veces se utilizan varios fragmentos, por lo general relacionados entre sí de manera secuencial.

Mientras el historial puede equipararse a la novela, la viñeta es afín al cuento, más breve, centrado en una situación o en un personaje. Como el cuento, también busca producir efectos, apelando a una fuente más vívida para presentar una teoría.

Se pueden distinguir al menos tres tipos de viñetas: a) las que no incluyen las palabras del paciente ni las del analista; b) las que mencionan solo las palabras del paciente o solo las del analista y, finalmente,

c) las que reproducen fragmentos del diálogo entre ambos.

Un ejemplo de viñeta que no consigna ninguna palabra textual podría ser este, tomado de *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901b, pp. 139-40), donde Freud, para apoyar su teoría sobre los actos fallidos, relata que un paciente que, por estar distanciado de su mujer, perdió un libro que ella le había regalado para su cumpleaños, pero que, debido a que ella cuidó abnegadamente a la madre del paciente y él se sintió agradecido, repentinamente abrió un cajón de su escritorio y allí lo encontró, donde lo había dejado.

No tienen igual valor heurístico los tres tipos de viñetas mencionados, ni tampoco es el mismo el lugar que ocupa el lector. En este ejemplo predomina lo descriptivo, es la teoría que busca ejemplificarse. En el caso en que se mencionan las palabras textuales de uno u otro integrante de la dupla analítica, pero no de ambos, no hay posibilidad de aquilatar la interacción entre ellos, ni sus reacciones ante las palabras del otro. Lo mismo sucede si la viñeta es demasiado breve, o no se dan suficientes datos para contextualizarla; su valor es muy relativo. En cambio, cuando se reproduce el diálogo y se lo contextualiza adecuadamente, las viñetas resultan más fructíferas para el lector, en cuanto tiene la posibilidad de crear sus propias hipótesis a partir de conocer las palabras intercambiadas entre el paciente y el analista y de sacar sus propias conclusiones, más allá de la intención que tuvo el autor al presentarlas.

Dificultades intrínsecas de escribir la clínica: de relato en relato

Según las palabras de Freud elegidas para el epígrafe de este trabajo, las dificultades para escribir sobre la clínica son de dos tipos: las intrínsecas (es decir, las provenientes del objeto del psicoanálisis) y lastécnicas.

En cuanto a las intrínsecas, podemos decir que, al plantearles a sus pacientes la asociación libre y descubrir la transferencia como falso enlace, Freud abrió la paradoja entre la

desorganización del discurso, con la consecuente regresión al proceso primario, por un lado, y por el otro, el hablar organizado bajo el proceso secundario. Así fue que ligó el tratamiento al relato, cuando hasta entonces los pacientes rara vez hablaban si el médico no los interrogaba y este, por lo general, se limitaba a comunicarles sus prescripciones.

Advirtió que, junto a momentos de asociar libremente, los pacientes le contaban toda serie de episodios de la vida cotidiana, matizados con esos otros relatos, los de sus sueños o los de sus recuerdos, y de las ocurrencias que sus dichos les despertaban. Como dice Marcelo Viñar (2007): “El paciente es un narrador de su propia experiencia interior, empujado por la pulsión que viene de adentro y por las exigencias y persuasiones que vienen del mundo exterior, humano y natural. El relato lo configura como ser”.

A su vez, Freud tenía que organizar una interpretación para entregársela, partiendo del aparente desorden de la asociación libre y de la propia atención flotante, en la forma de un nuevo relato. Al escuchar y tratar de comprender a sus pacientes, Freud iba descubriendo otras tantas narraciones, aquellas que fue conformando alrededor de la historia de Edipo y Narciso, las teorías sexuales infantiles, la novela familiar, las fantasías primordiales... Es decir, iba creando palmo a palmo la teoría psicoanalítica.

¿Qué hizo Freud, qué hacemos los analistas de hoy durante una sesión? Tenemos que abrirnos paso trabajosamente entre estos diferentes niveles de relatos (a veces banales, muchas veces enigmáticos, siempre fragmentarios), yendo y viniendo de lo consciente a lo inconsciente; desentrañar el modo como el paciente revela el deseo atrapado en ellos a través de los tiempos ya que, como Freud nos advierte con una hermosa frase (como el poeta que él también es), el deseo “aprovecha una ocasión del presente para proyectarse un cuadro del futuro, siguiendo el modelo del pasado” (Freud, 1908e, p. 131).

Las interpretaciones y construcciones arrojarán luz sobre tales relatos, para que el paciente pueda conocerlos primero y deshacerlos después. A medida que venza las resistencias, podrá volver a rehacerlos una y otra vez, redistribuyendo las identificaciones, y ubicándose “en la responsabilidad de su deseo inconsciente, abandonando el pasado inactual” (Bertrand y Baldacci, 1998). No se trata de cambiar el pasado, ni de descubrir el pasado real, sino de cambiar el relato que el paciente se hace a sí mismo de su historia “por otro más rico, más variado, más sutil y más complejo y, a veces, íntimamente más contradictorio” (Michels, 2001, p.471).

¿Qué hace un analista cuando escribe? Así como en la sesión, en el historial transitará por el camino progrediente (el deseo que pulsa) y el regrediente (en que algo del pasado insiste y se repite), en busca del sujeto de ese deseo (Del Valle Echeagaray, 1994). Una parte de ese camino escapará a su escritura ya que, tal como les sucede a los pacientes entre sesión y sesión con algunos de los descubrimientos realizados, “también los analistas padecemos de idéntica represión cuando escribimos sobre los pacientes” (Goijman, 1992).

Nosotros nos encontramos en una situación similar a la de Freud a la hora de escribir un historial, salvo en lo que respecta a la creación teórica porque, basados en la que heredamos de nuestros maestros, añadimos nuestras propias reflexiones (no solo en relación con el material del paciente, sino también sobre nuestras propias resonancias inconscientes y las asociaciones con la teoría.⁸ A medida que adquirimos mayor experiencia clínica, hacemos nuestros propios descubrimientos. Vamos construyendo una gran variedad de segmentos teóricos: parciales, contradictorios, emparentados a veces con distintos maestros, que se irán enlazando en el preconsciente en el transcurso de nuestra experiencia y acudirán a la conciencia en el momento propicio (Sandler, 1989). A veces los llevaremos al papel concientizándolos al escribir y, si los publicamos, los aportaremos a la comunidad científica. Podría suceder que lográramos organizar esos segmentos en una teoría, al mismo tiempo que a través del relato clínico podríamos descubrir (y transmitir) las teorías implícitas en que nos basamos (Gitaroff, 2000). Nos encontraremos con las dificultades enunciadas por Freud más las propias de la publicación de los hechos clínicos en que un hecho íntimo, privado, se vierte a la esfera de lo público en aras de un objetivo científico. Tendremos entonces, desde lo ético, que asumir un punto de vista con

⁸ (O “teorización flotante” según la acertada expresión de Piera Aulagnier).

respecto al tema de la confidencialidad, enunciado en la polémica que Gabbard (2001) sintetiza en el título de su trabajo: “¿Disfraz o consentimiento?”, refiriéndose a dos opciones posibles para proteger la identidad del paciente. Son cuestiones que merecen una reflexión exhaustiva y la adopción de un compromiso personal, a la vez ético y técnico, ya que hay que decidir, en cada caso, cuáles y cuánto se pueden modificar los datos del paciente sin que esto perturbe el valor de testimonio de un análisis, ni que, por su alejamiento de los datos originales, induzcan a deducciones psicoanalíticas distorsionadas en el lector.⁹

Transmitir la experiencia clínica se fue complejizando en la medida en que la teoría también lo fue, y el acento puesto en el analista se transfirió a la relación analítica. Ya no se trata (como sucedió en algún momento no tan lejano) de un paciente observado por un analista imparcial (de acuerdo con el abandonado concepto de analista-espejo) sino que el analista tiene que observarse a sí mismo, además de situarse en un campo de juego bipersonal y descubrir la fantasía de campo que es su corolario (Baranger, 1961).

Tendremos que tener una mirada que escudriñe lo que nos sucede en la sesión y autoanalizar además los efectos en el proceso analítico de nuestra presencia concreta, aquella “singularidad real del analista” que Freud (1905e) mencionó en el epílogo de Dora, y que Marucco (1995) destaca como algo inconsciente que se construye en el vínculo, favoreciendo la simbolización.

Dificultades de orden técnico

Las principales dificultades técnicas residen, a mi modo de ver, en que un historial es una conjunción de múltiples traducciones, empezando por lo complejo de convertir en escrito lo que fue oral. Como toda traducción, implica aciertos, errores y transformaciones. Al traducir, algo se perderá irremisiblemente, lo cual es siempre motivo de frustración. Como hemos dicho, ya no se trata de escribir sobre el paciente, sino que, a partir de fines del siglo XX, se espera que se transmitan no solo las palabras de uno y otro de la dupla analítica, sino las vicisitudes de la transferencia, y lo que sucede en la mente del analista, además de los fundamentos teóricos que justifican su actitud, aunque estos se le hagan claros *a posteriori*.

Los niveles de lenguaje necesarios para expresar tal cantidad de cuestiones diversas son también diversos. Existe un hiato entre el lenguaje generalmente coloquial de las palabras del paciente y el impersonal y formal de la teoría, distinguiendo en esta las propias elaboraciones y la inserción de citas, tan complejas de armonizar, porque generalmente interrumpen el fluir del texto por provenir de estilos diferentes del de quien escribe.

También resulta complejo el manejo narrativo de los distintos planos temporales en que transcurre un historial (palabras del paciente, del analista, relato de sueños, elementos de la teoría etc.), así como abrirse paso entre las innumerables formas verbales con que cuenta nuestro idioma, para dar cuenta del entrecruzamiento de tiempos que conviven en él; el tiempo presente de los encuentros analíticos, aunque las asociaciones tengan a su vez pasado (próximo o lejano), presente y futuro. A esto hay que añadir el pluscuamperfecto del pasado en la sesión.

Winnicott (1992, p. 17) menciona algunas dificultades técnicas, como la tarea de recordar, escribir y seleccionar a partir de una enorme cantidad de material. Pero, sobre todo, enfatiza “la dificultad de los analistas para registrar lo que ellos mismos dijeron”. Winnicott dice que logró sortear este escollo cuando decidió escribir lo dicho, tanto si le gustaba como si lo hacía sentirse avergonzado.

Por su parte, Freud, en la introducción de 1925 al caso Dora (1905e), se refirió a esto diciendo: “Para mí constituye todavía un problema cómo fijar por escrito, para su comunicación ulterior, el historial de un tratamiento de larga duración”.

Una reproducción fiel de las palabras que constituyen una sesión es ilusoria, porque ni aun la

⁹ Freud nos dejó algunas reflexiones al respecto, como cuando al comienzo de su historial sobre el Hombre de los Lobos, dice que en esa oportunidad sólo se iba a limitar a la neurosis infantil porque avanzar más allá lo consideraba “inadmisible socialmente”. En otras ocasiones (como al inicio de Dora) se inclinó en cambio a favor del beneficio de la ciencia.

grabación más nítida podrá registrar las resonancias emocionales ni la cualidad de los silencios de lo acontecido. Su lectura, por otra parte, resulta fatigosa para el lector, y no transmite (por falta del trabajo estilístico que lo oral necesita para ser vertido al escrito) la evidencia de lo que es la labor analítica (Freud, 1912e, p. 113).

Freud (op. cit.) advirtió también que tomar notas durante la sesión distrae al analista y perturba al paciente, por lo cual escribió sus historiales reconstruyéndolos al final del día. (O como sucedió con el Hombre de las Ratas, que lo reconstruyó primero oralmente en dos largas presentaciones).

Es conocido el hecho de que, mientras la incorporación de viñetas clínicas en trabajos teóricos o teórico-clínicos es bastante frecuente, la publicación de historiales es comparativamente menor, probablemente porque las dificultades que comportan se multiplican. Si bien los motivos pueden ser diversos, a mi modo de ver la mayoría se derivan de lo que he dado en llamar “resistencias a escribir”.

Las “resistencias a escribir”

Para el psicoanálisis, como para cualquier otra disciplina, es indispensable la comunicación escrita de sus hallazgos, lo cual completa el trabajo intelectual consciente y permite aclarar las ideas y avanzar en ellas. Revisando la bibliografía, me encuentro con que Savege (2000, p. 422) también se percató, por su lado, de que puede haber motivos conscientes que impiden o demoran la escritura y publicación de material clínico, y que pueden ser de lo más variados, como la preocupación por la confidencialidad o por la contratransferencia; el temor de no poder preservar la relación terapéutica, o de perder la aceptación de los colegas, o ser observado por ellos, la exigencia de ser exacto en la presentación o no sentirse autorizado para presentar libremente sus puntos de vista. Puede sentir que no puede acordarse de la sesión sin deformarla, o que la selección que haga del material puede llevar a malinterpretar lo que haya sucedido. Puede también dudar acerca de si conoce suficientemente bien la teoría para expresar sus ideas... e intentar descubrir los factores conscientes e inconscientes que las sustentan.

Por mi parte, creo que esta enumeración corresponde a las distintas angustias que despierta la propia escritura, provenientes de diversas fuentes: angustia ante las pulsiones, frente a la realidad y en relación con el superyó.

Propongo denominar, tomando un concepto prestado de la clínica, “resistencias a escribir” a todo aquello que impide o dificulta la escritura, partiendo de la idea de que no hay palabra escrita que no esté poblada de las repeticiones, malentendidos y lapsus que constituyen la actividad inconsciente, por lo cual siempre se escribe venciendo resistencias. Partir de los obstáculos como técnica de abordaje para la reflexión es una postura cara al psicoanálisis, mencionada varias veces a lo largo de la obra freudiana, como cuando en “Análisis terminable e interminable”, Freud (1937c) dice que, más que preguntarnos cómo cura el psicoanálisis tenemos que prestar atención a cuáles son los impedimentos a la cura.

El concepto de resistencia alude precisamente a todo aquello que impide la emergencia de lo inconsciente (Laplanche y Pontalis, 1993). La sesión psicoanalítica es el ámbito en el que se manifiesta, y al ser interpretada podrá eventualmente abrir el paso a nuevas asociaciones o dar lugar a los demás indicadores de la validación de lo interpretado que se enumeran en *Construcciones en psicoanálisis* (1937d).

La utilización de esta extensión útil del concepto de “resistencia” (Gitaroff, 2007) implica en sí misma la presencia de una oposición a la emergencia de los contenidos inconscientes que se presentifican en el autor de un texto, es decir de quien realice “ese acto de dejar fluir el líquido sobre un trozo de papel blanco [...]” cuando se convierte en símbolo del acto sexual, tal como lo planteado por Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926d, pp. 85-6) y que, a mi modo de ver, no pierde su valor de metáfora a pesar del uso de la computadora.

Al erotizarse de este modo la escritura, puede aproximar sus contenidos al complejo de

Edipo y dar lugar a la inhibición. Se relaciona, en consecuencia, con el tercero excluido y la castración pero también con la elaboración de los propios contenidos inconscientes.

El acto de escribir abre una posibilidad de *insight*, pero también de elaboración de dichos contenidos, de allí las “resistencias”. Es lo que Markson (1966) denomina *working-through writing* (elaboración a través de la escritura), mientras Mahony (1996) crea, por su parte, un término para reunir ambas condiciones atribuibles a la escritura, de externalización y de elaboración, *working-through-out*, que contiene también la acepción de volver a escribir en una forma más acabada (*writing out*). Al traducir el pensamiento y externalizarlo volcándolo en el papel, se lo puede volver a observar desde un registro distinto. Las ideas recorridas por la vista, corporeizadas, por decir así, son elaboradas al ser reencontradas en ese otro registro, el de la escritura. Más aun, desde la vertiente freudiana, leer en voz alta un escrito es devolverle a la palabra sus elementos sensoriales, no solo visuales sino también auditivos. Así como las ideas se vuelven más claras cuando los ojos pueden recorrerlas sobre el papel, leerlas en voz alta y escucharlas de la propia voz les otorga una dimensión nueva a las frases que han sido escritas en silencio (Freud, 1891).

Esta posibilidad de *insight* que la escritura comporta se halla implícita en una carta que Freud le envió a Fliess, a poco de realizar importantes descubrimientos relacionados con las neurosis y el descubrimiento del complejo de Edipo, cuando le escribe: “[...] pero fue solo en el intento de comunicártelo que el asunto se me aclaró por completo” (carta 32). En la carta 66 a Fliess da un paso más al autoanalizar la inhibición que sufría en ese momento, y logra elaborar para sí mismo algo que todavía no había descubierto y que más tarde iba a llamar *transferencia*, al vincularla con su relación con Fliess, cuando escribe: “la inhibición a escribir me parece destinada a impedir nuestras relaciones” (7-7-97).

Las resistencias a escribir pueden manifestarse en cualquier momento del proceso de escritura y cuando impiden seguir adelante, requieren ser analizadas.

Marcos Aguinis (2003) afirma con respecto al proceso creador: “El texto literario es categóricamente un discurso ambiguo, un compromiso entre los procesos primario y secundario descriptos por Freud. En ese forcejeo entre la necesidad de expresión por un lado y de disfraz por el otro, de deseo y represión, surge la obra estética”.

Es una mirada metapsicológica compartida por otros autores, que yo no limitaría al texto literario. Considero que la presencia de contenidos inconscientes del autor es inherente al acto de expresarse por escrito y se produce de todas maneras, aunque el texto no sea literario ni posea cualidades estéticas (precisamente la escritura psicoanalítica oscila entre ambos procesos), y si el equilibrio entre el proceso primario y el secundario se rompe, la represión se enseorea y aparecen las resistencias de las que se trata aquí.

La emergencia de contenidos inconscientes promueve defensas que se manifiestan en varios planos; por un lado como impedimentos o inhibiciones a escribir e incluso síntomas; por otro, a través de ponerse en evidencia para un lector atento, en los vericuetos del escrito, ya sea por lo confuso, o críptico, o demasiado sintético, o reiterativo...

Finalmente, en el terreno de los afectos, se manifiestan en forma de desazón, junto a las habituales alternancias narcisísticas de omnipotencia y desaliento con respecto al resultado logrado.

Aquí podríamos pensar que reverbera aquel freno al impulso epistemofílico de la infancia, cuyas huellas se extienden a la edad adulta. Es que el impulso epistemofílico está en el origen de toda labor de investigación, el curiosear infantil se dirige al develamiento del enigma de la sexualidad y frente a las preguntas sin respuesta termina en “una renuncia que no rara vez deja como secuela un deterioro permanente de la pulsión de saber [...]” (Freud, 1905d, Gataroff *et al*, 2005).

El superyó también suma su cuota de prohibiciones e impone la exigencia de un resultado lindante con la perfección que, por inalcanzable, también produce angustia. Su tarea se completa con la idealización de los otros, esos escritores maravillosos que sí escriben, y que lo hacen sin titubeos y de una vez, tan diferentes de la falta de habilidad que declara para sí mismo y ante los demás, producto de la propia desvalorización edípica frente a los padres, a la desvalorización en

fin, del neurótico.

Lo cierto es que la posibilidad de expresarnos por escrito nos pertenece a todos en alguna medida, medida siempre perfectible como resultado del aprendizaje y la práctica, y sobre todo gracias al hábito de la lectura, maestra privilegiada del escritor, porque así como a hablar se aprende escuchando, a escribir se aprende leyendo (Gitaroff, 1997).

Los escritores de ningún modo están exentos del efecto de las resistencias a escribir. Rosa Montero (2003) cuenta en su libro *La loca de la casa* (título que alude a la imaginación) cómo cierta mañana “se relamía de solo imaginar el montón de horas de que, felizmente, disponía para escribir”. Ya frente a la computadora, se le ocurrió que hacía mucho que no contestaba ningún *mail* y... cuando llegó la noche, exhausta, había contestado una enorme cantidad, pero no había escrito una sola línea. Llamó entonces a una amiga, fastidiada por el día perdido y le dijo resignada: “A veces evitás ponerte a trabajar”.

La letra escrita, al carecer de la volatilidad de la palabra hablada (ya que no “se la lleva el viento”), intimida por la promesa de trascendencia que ofrece todo escrito, por la atemporalidad de lo que se fija en un papel. Ambas fantasías, la de trascendencia y la de atemporalidad, conllevan deseos tan anhelados como temidos, ya que aluden en última instancia al deseo de eludir la muerte (Gitaroff, 2000).

¿Por qué escribir sobre la clínica?

Quizá nos sintamos motivados por algún paciente en particular. Puede suceder también que nos sirvamos de la elaboración a través de la escritura para recuperar algo de nuestra economía narcisista, que, en los tratamientos difíciles, es vulnerada por transferencias traumáticas que se van acumulando, al modo de la neurosis actual, a lo largo de las sesiones (Mijolla-Mellor, 1985, p. 558). Tal vez, al distanciarnos de la inmediatez pasional de lo vivido, “metaforicemos nuestros goces más profundos” (Milmaniene, 1992). O bien busquemos al escribir la manera de despejar interrogantes, profundizar en la metapsicología y renovar nuestro pensamiento clínico.

Para poder hacerlo tendremos que apelar a sólidos objetos interiorizados, para no situarnos en la posición de ser juzgados por exponer la intimidad de nuestro consultorio a colegas (aunque en algunos surja la tentación de situarse en el lugar de supervisor).

Es posible que podamos lograrlo y sortear la represión anulatoria, o “borramiento de lo sucedido” (Gojman, 1992), que considero una de las tantas “resistencias a escribir” provocadas por la posibilidad de elaboración de conflictos propios a través de la escritura (Gitaroff *et al.*, 2005). Mientras hay autores (Widlöcher [1994], Milmaniene [1992], Mitchel [2000], Nasio [2005] y muchos otros) que destacan el valor de escribir sobre la clínica, Green (1994) en cambio no lo suscribe. Pone en duda su validación, aduciendo que un material puede ilustrar puntos de vista distintos, según las circunstancias. Quizás esto sea más aplicable a la brevedad de la viñeta clínica, más fácilmente manipulable, pero no al historial donde el analista expone (y se expone) a la cercanía de su trabajo y su consultorio. También es cierto que quien escribe sobre la clínica siempre tiene una finalidad, que en general la explícita, como lo hizo Freud al mencionar a qué patología responden sus historiales.

En el epílogo de *Dora* (1905e, p. 997) se extiende especialmente acerca de por qué escribirlo. Por un lado, busca complementar su libro de los sueños, mostrando cómo la interpretación logra descubrir “elementos ocultos de la vida onírica”. En segundo lugar, llamar la atención sobre una serie de cuestiones sobre la histeria desconocidas por la medicina de entonces y que “solo se hacen visibles por la aplicación de este procedimiento especial”, el que ha creado.

Agrega luego un tercer objetivo, el de mostrar que los fenómenos patológicos constituyen la actividad sexual de los enfermos, con lo cual *Dora* es el escrito clínico donde convergen la histeria, los sueños y la sexualidad, que hasta ese momento habían sido investigaciones aparentemente separadas.

Podría aducirse que su necesidad de dar a conocer sus descubrimientos justificaba esta

exposición de Freud, de su trabajo y de la paciente (por más cuidado que pusiera por protegerla), pero hay que reconocer también que este acto de valentía freudiana ha dejado un enorme beneficio para las generaciones de analistas que lo sucedimos.

Podría argumentarse que los motivos para presentar un material inclinan esa presentación en un sentido determinado, pero hace tiempo que hemos dejado la ilusión de supuesta objetividad en nuestra disciplina y, por otra parte, esto no sería causa suficiente para privarnos de semejante fuente de reflexión y aprendizaje.

Si bien Green (op. cit., p. 13) reflexiona con lucidez, “que un trabajo ‘teórico’ es clínico también, en la medida en que sugiera asociaciones a un lector analista desde su experiencia o la de sus pacientes”, creo que esto no es excluyente de la presentación clínica, y del grado de *insight* que la proximidad de las vivencias en el autor y el lector puede proporcionar. Precisamente la vivacidad y el estímulo para pensar en la clínica que poseen tales escritos, valiosos en su singularidad, hacen que constituyan una vía distinta y complementaria de la aridez abstracta de la teoría (Michels, 2000). Me inclino a pensar que los escritos clínicos, aunque nunca podrán ser más que un pálido reflejo de una realidad múltiple, provienen de un encuentro terapéutico, y al estar inspirados en él, constituyen un valioso rescate, tanto de lo sucedido en la sesión como de la elaboración en la mente del analista que escribe y un punto de partida para reflexionar sobre la técnica y sus sutilezas.

El gran esfuerzo que significa para un analista tratar de que esa diferencia inevitable entre lo vivido y lo escrito se acorte para brindar a la comunidad científica su experiencia nos llena de agradecimiento. Hemos aprendido mucho de Dora o Juanito, quienes nos iluminan sobre los mecanismos de la histeria y de la fobia, y de los demás pacientes de los historiales, convertidos para nosotros en personajes de nuestra novela familiar psicoanalítica. Seguimos aprendiendo de aquellos otros que vinieron después y nos permitieron importantes descubrimientos teóricos, como Dick, el niño autista tratado por Melanie Klein, que la llevó a descubrir el sadismo como componente del psiquismo normal, o Piggie, la pequeña que condujo a Winnicott a crear el indispensable concepto de “madre suficientemente buena” y tantos más (Nasio, 2005).

Los historiales, aun con su inevitable incompletud e imprecisión, constituyen un importante camino para suscitar en el autor innovaciones teóricas nacidas a la luz de su experiencia y de la conexión con su inconsciente y el de sus pacientes.

En el lector es un valioso elemento de interlocución y aprendizaje, no solo por la vía intelectual, sino a través de despertarle vivencias teñidas por las mencionadas identificaciones con el analista o el paciente y las asociaciones que le despierten acerca de sí mismo. A su vez, el lector podrá elaborar sus propios contenidos inconscientes, en la medida en que se identifique a veces con el autor y a veces con el paciente.

El esfuerzo por sortear las resistencias y presentar el trabajo clínico a consideración de los colegas con la mayor honestidad posible redundará en el beneficio del analista que lo presenta y en el de quienes acceden a ese material, y redundará también en el desarrollo de la ciencia. La escritura sobre la experiencia clínica, al tiempo que nos convoca, renueva nuestro entusiasmo para afrontar las complejas e interminables sutilezas de la metapsicología. Esto es particularmente importante en el psicoanálisis contemporáneo, que requiere profundizar una clínica creativa, acompañada por un esfuerzo teórico para percibir y comprender patologías no abordadas por la teoría hasta ahora, así como encontrar nuevos matices en las patologías que podríamos denominar “clásicas”.

Quisiera concluir este trabajo a través de un relato clínico, para que despliegue más vívidamente, si se quiere, muchas de las cuestiones aquí planteadas. Si bien es cierto que no hay una única manera de presentar un material clínico, creo que la “novela psicoanalítica”, inaugurada por Freud, sigue teniendo su lugar hoy, como un modo de transmitir en un historial, apelando a la literatura y a la espontaneidad, ese estado receptivo del analista que mientras escucha al paciente deja entrar en escena un mundo de sensaciones, sentimientos, ideas teóricas y, en un determinado momento, logra comprender algo más y convertirlo en una interpretación... o guardarlo para sí, esperando una mejor oportunidad. Se trata de Juan David Nasio (1987), quien escribe acerca de Laura, su paciente.

Pongo fin a la sesión, acompaño a la paciente hasta la puerta y la cito para el día siguiente. Minutos después dejaba el consultorio con intención de buscar mi correspondencia cuando me sorprendió encontrarla bañada en lágrimas en el pasillo, esperando todavía el ascensor. Nada en la sesión había hecho presagiar este desenlace. Cruzamos una mirada fugitiva y, viéndola llorar, por pudor contengo mi gesto de partir, giro y vuelvo sobre mis pasos. Exactamente en ese momento se impone una viva impresión, sonorizada así: “No he visto a alguien llorando, he visto unos ojos llorando”. Y me oigo repetir una vez más: “He visto unos ojos llorando”. Al rato, yo ya estaba lejos, instalado en las sesiones de otros analizados; el olvido había llegado para cumplir con su obra de borrarlo todo.

Al leer estos párrafos iniciales, podríamos pensar que es una novela la que empieza presentando a dos personajes, una paciente que espera el ascensor y un analista sorprendido porque ha descubierto algo que no hubiera podido imaginar de ella si el azar no lo hubiera llevado a salir de su consultorio para buscar su correspondencia.

Pero es algo más que un comienzo literario como introducción a un caso clínico tradicional, es la puesta en escena de un momento particular en una relación analítica.

En el párrafo siguiente Nasio nos hace saber que esa misma noche tenía previsto comentar a sus colegas un artículo de Freud, cuando se le hizo clara por primera vez una conocida proposición teórica freudiana, al relacionarla con la paciente.

Nos aclara qué argumentación de Freud comentó esa noche y nos dice que recién a la mañana siguiente, ya en su sillón de analista, cuando la paciente menciona la escena compartida junto al ascensor, advierte cómo se abre esa singular posibilidad que pueden tener psicoanalista y paciente para reconocer aquellos momentos puntuales y privilegiados que promueven fenómenos de placer y dolor inconsciente, mientras nos deja la impresión de que nosotros también aprendimos algo más, porque estuvimos allí, en el palier, viendo los ojos de Laura llorar.

Resumen

La autora parte de la idea de que la escritura promueve un doble trabajo, el intelectual de esclarecimiento del pensamiento consciente y el de elaboración de los contenidos inconscientes que afloran en el acto de escribir.

Considera que el *insight* de contenidos inconscientes a través de la escritura provoca resistencias contra la elaboración de estos. Por analogía con el concepto de la clínica, las denomina “resistencias a escribir”. Si se intensifican, generan inhibiciones de mayor o menor intensidad que requieren ser analizadas.

La autora aclara que si bien sus reflexiones se aplican a la escritura en general y a toda presentación escrita, prefiere centrarse en la escritura de la clínica (tanto historiales como viñetas), por las dificultades específicas que comporta y porque la clínica está en el origen del psicoanálisis y es el eje que enlaza práctica y teoría.

Revisa la “novela psicoanalítica”, como denomina a la manera en que Freud transmitió sus historiales y avanza reflexionando sobre los obstáculos en la escritura sobre la clínica, que el propio Freud calificó en dos tipos (los de orden técnico y los derivados de la naturaleza misma del psicoanálisis).

Si bien considera que aunque los escritos clínicos son el pálido reflejo de una realidad múltiple, permiten la elaboración en la mente del analista que escribe, constituyen para los colegas la oportunidad de reflexionar sobre las sutilezas de la técnica, de compartir el modo particular como ese analista ha pensado las sesiones que presenta, así como las hipótesis teóricas explícitas e implícitas en que ha basado sus intervenciones y de hacer las propias hipótesis.

Constituyen también un aporte a la ciencia porque han surgido conceptos fundamentales a partir de la reflexión metapsicológica de la clínica presentada en los historiales de Freud y en los de los autores que lo sucedieron.

La autora propone además, tomando ideas de J. Sandler, que todo psicoanalista en su tarea clínica va creando segmentos preconscientes de teoría que, al escribirlos, puede ir organizando conscientemente en

teorías más abarcativas y darlas luego a conocer como aporte a la comunidad científica.

Complementa el trabajo con una nota bibliográfica que recoge los cinco historiales mayores freudianos y la patología a que aluden, y otros que considera pertinente incluir.

Bibliografía

- Aguinis, M. "Dos amores: psicoanálisis y literatura". *Revista de Psicoanálisis*, XLVI 2/3, 1989.
- Assoun, P. L. *Introducción a la metapsicología freudiana*, Buenos Aires, Paidós, 1994, p. 305.
- Baranger, W. "La situación analítica como campo dinámico". *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, vol. 4, Nº 1. Montevideo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1961-62.
- Baranger, M. "Proceso y no proceso en el trabajo psicoanalítico". *Revista de Psicoanálisis*, XXXIX, 4, 1982.
- Bauer, Tristán (director). *Cortázar*. Filme del Instituto Nacional de Cinematografía y Fundación Banco Mercantil Argentino, Buenos Aires, 1994.
- Bertrand, M., Baldacci, J. L. "Argument". *Revue Française de Psychanalyse*. Le Narratif, tome LXII, Nº 3, 1998. Breuer J. (1893). "Anna O", AE 2, 47.
- Britton, R. "La angustia de publicación: conflicto entre la comunicación y la afiliación". *Libro Anual de Psicoanálisis*, Nº X. San Pablo, Escuta, 1994, p. 220.
- Castagnino, R. H. *¿Qué es la literatura?* Buenos Aires, Nova, 1980.
- Del Valle Echegaray, E. "El historial psicoanalítico. Su doble vertiente: el sentido y la historia". *Historia. Historiales*. Buenos Aires, Kargieman, 1994.
- Eco, U. *El nombre de la rosa*. Barcelona, Lumen, 1982.
- Freud, S. (1891). *La afasia*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1973.
- (1895b). "Estudios sobre la histeria". Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2.
 - (1901b). "Psicopatología de la vida cotidiana". Buenos Aires, Amorrortu Editores 6, pp. 139-40.
 - (1905e [1907]). "Fragmento de análisis de una histeria". Buenos Aires, Amorrortu Editores, 7.
 - (1908b). "El creador literario y el fantaseo". Buenos Aires, Amorrortu Editores, IX.
 - (1909b). "Análisis de la fobia de un niño de cinco años". Buenos Aires, Amorrortu Editores, X.
 - (1912d). "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". Buenos Aires, Amorrortu Editores, XII, p. 113.
 - (1918b [1914]). *De la historia de una neurosis infantil (El Hombre de los Lobos)*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 17, p. 2.
 - (1917). "Lecciones introductorias al psicoanálisis". Lección I, BN, 6, 2126.
 - (1920b). "Para la prehistoria de la técnica analítica". Buenos Aires, Amorrortu Editores, XVII, p. 257.
 - (1926d [1925]). "Inhibición, síntoma y angustia". Buenos Aires, Amorrortu Editores, 20, p. 86.
 - (1937d). "Construcciones en el análisis". Buenos Aires, Amorrortu Editores, 23. Freud, S. y Jung, C. *Correspondencia*. Buenos Aires, Editorial Taurus, 1974, p. 287. Gabbard, G. O. "Disguise or consent". *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 2000.
- Gitaroff, G. "¿Por qué ocuparnos de Freud, el escritor?" *Trópicos. Revista de Psicoanálisis*. Fondo Editorial Sociedad Psicoanalítica de Caracas, Año VI, 1, 1998.
- "De Freud el escritor a Freud el psicoanalista." *Revista de Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica Argentina, Año LVII, 3/4, 2000.
 - "La novela en el universo freudiano". *Revista de Psicoanálisis Docta*, Asociación Psicoanalítica de Córdoba, Año 1, 2003.
 - "Las resistencias a escribir". En: *Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, enero- febrero de 2007.
- Gitaroff, G. (coord.); L. de Greco, C.; M. de Ciplatti, C.; Andrello, L.; Iacuzzi, A.; Cadile, S.; Codinardo, D.; Logiovine, M.; Pfefferman, R.; Stratiotis, A.; Togni, E. "De las resistencias a escribir trabajos psicoanalíticos". Libro del XLII Symposium Asociación Psicoanalítica Argentina, 2005.
- Gojman, L. "Escritura y psicoanálisis". *Revista de Psicoanálisis*, vol. 49, Nº 1, 1992. Green, A. "Transcription d'origine inconnue". *Nouvelle Revue Française*, 16, 1977. Jordan Moore, J. F. "Intimacy and science: the publication of clinical facts in psychoanalysis". *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 1994, p. 1251.
- Mahony, P. *Freud as a writer*. Nueva York, International University Press Inc. (Expanded edition 1987).
- *Freud's Dora – A Psychoanalytical, Historical and Textual Study*. Nueva Haven y Londres, Yale University Press, 1996.
- Markson, J. "Writing out and through". *American Imago*, 5, 23, 1966, p. 235. Marucco, N. C. (coord.).

- “La función analítica y [la presencia de] el analista. La ‘singularidad real en la transferencia’”. *Revista de Psicoanálisis*, LII, 3, 1995.
- Michels, R. “The case history”. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 48, Nº 2, 2000.
- “Entrevista al Dr. Robert Michels”. Comisión de Publicaciones de la APA. *Revista de Psicoanálisis*, LVIII, 2, 2001.
- Mijolla-Mellor, S. “Rendre compte d’une analyse”. *Psychologie à l’Université*. Université Paris VII, 10, Nº 40, 1985.
- Montero, Rosa. *La loca de la casa*. Buenos Aires, Alfaguara, 2003.
- M’Uzan, M. y Pontalis, J. “Écrire, psychanalyser, écrire”. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, París, Gallimard, 16, 1977.
- Nasio, J. D. *Los ojos de Laura. El concepto de objeto a en la teoría de J. Lacan*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1987.
- *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires, Paidós, 2001.
- Pasqualini, G. “El caso Anna O. Relato y testimonio”. *Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, 1983, p. 111.
- Piglia, R. *Teoría sobre el cuento - Crítica y ficción*. Buenos Aires, Fausto, 1987. Repetto, C. “Complicadas historias de amor (El historial histérico)”. En: *Historia. Historiales*. Buenos Aires, Kargieman, 1994.
- Reiser, L. W. “The write stuff”. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 2, 2000.
- Ricón, L. “Como agua entre las manos”. (La historia clínica, el historial, el relato. “But they are not me myself”). *Historia. Historiales*. Kargieman, Buenos Aires, 1994.
- Sandler, J. “Acerca de las relaciones de objeto interno”. *Revista de Psicoanálisis*, XLVI, 4, 1989.
- Stein, M. H. “Writing about psychoanalysis: Analysts who write and those who do not”. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 1, 1988.
- Savege Scharff, J. “On writing from clinical experience”. *Journal of the American Psychoanalytic Society*, 48, Nº 2, 2000, p. 421.
- Viñar, M. “Homenaje a Madé Baranger”. *Revista de Psicoanálisis*, LXIV, 1, 2007. Winnicott, D. W. *Sostén e interpretación. Fragmento de un análisis*. Buenos Aires, Barcelona, México, Paidós, 1992, p. 17.