

Materiales clínicos y supervisión: escritos del campo psicoanalítico¹

Elvira N. de Arnoux, Mariana di Stefano, Cecilia Pereira

Resumen

El trabajo se propone caracterizar dos géneros propios de las prácticas de formación profesional en Psicoanálisis destinados a la supervisión: el material clínico que el terapeuta elabora para una supervisión privada y el material clínico presentado en una situación pública ante un supervisor experto, que luego se publica junto a la palabra de este último. El estudio revela una presencia importante de la escritura en prácticas de formación profesional de esta comunidad y un trabajo sobre la misma de alto grado de planificación, orientado a lograr una adecuación a exigencias retóricas cristalizadas en relación con los géneros. Estos destacan por su dimensión argumentativa, aún cuando predominan secuencias narrativas y descriptivas. El modo en que estos géneros participan de la formación profesional es colocando al terapeuta en situación de contrastar puntos de vista, atendiendo tanto a su ethos intelectual como emotivo.

En el campo profesional del Psicoanálisis, cuyo desarrollo se ha extendido a lo largo de más de un siglo, la supervisión del trabajo analítico es uno de los pilares que sostiene esta práctica; los otros dos son el análisis personal y la formación teórica. A la supervisión se puede llegar, en la actualidad, a partir de simples notas ó esquemas o ayudamemorias- o de textos que implican un trabajo sobre anotaciones realizadas durante el transcurso de la sesión analítica o con posterioridad, o que surgen de nuevas escuchas de grabaciones realizadas durante las sesiones. Los escritos del segundo tipo, que dan cuenta de un tramo del proceso terapéutico, son lo suficientemente extensos como para que incluyan ciertas recurrencias en las voces tanto del analista como del paciente. Debemos aclarar que en el modo de exponer los materiales incide, más allá de

¹ Artículo publicado en Parodi, Giovanni (dir.), *Alfabetización académica y profesional en el Siglo XXI: Leer y escribir desde las disciplinas*, Santiago de Chile, Planeta.

contratos personales, del tiempo disponible o de la experiencia del analista, la perspectiva teórica ya que, para algunos, el trabajo de la escritura es fundamental como base para la reflexión mientras que, para otros, la escritura õborraõ, en tanto puesta en orden altamente regulada del vínculo analítico; para unos, las palabras de ambos intervinientes son igualmente importantes, otros prefieren focalizar al analista.

Las reflexiones que presentamos son resultado de una investigación más amplia sobre los géneros que son producidos y circulan en la comunidad psicoanalítica y sobre las diferencias asociadas a las distintas corrientes teóricas. En ella consideramos los trabajos profesionales ligados a la clínica y analizamos la incidencia del modelo freudiano de presentación de casos y las transformaciones que se han operado a partir del desarrollo de otras perspectivas. El interés se centra, en una primera etapa, en los géneros que exponen material clínico, destinados a los intercambios con supervisores y pares y en el análisis de las modalidades propias de cada grupo. Recordemos que el Psicoanálisis, en tanto disciplina teórica, es un discurso constituyente (Maingueneau, 2006) y, por lo tanto, además de no reconocer otra autoridad más allá de la propia y tener su cuerpo de enunciadores consagrados, supone un conflicto entre diversos posicionamientos asociados con diferentes identidades enunciativas, que se delimitan unas respecto de otras. De allí la importancia de atender a estos juegos que afectan tanto la gestión y circulación de los discursos como su producción y las modalidades expositivas. El objetivo global de la investigación es reconocer los rasgos genéricos para poder intervenir en la formación profesional. Estimamos, como otros investigadores, que este conocimiento puede colaborar en la etapa inicial de formación para un mejor desempeño escrito (Parodi, 2008), así como ayudar en etapas más avanzadas a evaluar la incidencia del modelo genérico en la configuración del caso con el objetivo de poder establecer una distancia crítica frente a las producciones propias o de colegas (interrogar, por ejemplo, en qué medida la retórica del género y sus formatos compositivos afectan la presentación del caso si se desdeñan aspectos que pueden ser esenciales para su comprensión). En el desarrollo de nuestra investigación, el estudio de los materiales se ha completado con entrevistas a profesionales y observación etnográfica de algunos encuentros. Sin embargo, las ilustraciones que suministramos en este artículo provienen solo de materiales escritos.

En este capítulo, el objetivo es describir las características de dos géneros escritos utilizados en situación de supervisión: el material clínico, producto de sesiones, elaborado por un terapeuta y destinado a una supervisión y el material clínico

presentado ante pares y ante un supervisor experto en una reunión clínica, que en su conjunto luego se plasma en una publicación. En la primera parte, nos referiremos a la problemática de la presentación de casos en la comunidad psicoanalítica y a los rasgos que definen esta práctica. Luego nos detendremos en el análisis de textos que exponen un caso para trabajar con el supervisor y que constituyen escritos genéricamente estabilizados. El primer grupo de materiales clínicos que consideraremos no presenta la palabra del supervisor. El segundo, sí ya que forman parte de un escrito mayor, publicado, donde se incluye su interpretación; esta tiene una dimensión pedagógica acentuada porque el supervisor se dirige no solo al analista que presenta el caso sino también a los participantes de una reunión clínica, cuyas voces pueden ser registradas. Así como los primeros escritos no exceden el campo profesional, por lo que su publicidad es escasa, los otros pueden dar lugar a una difusión mayor y cristalizar en publicaciones especializadas. Finalmente, haremos algunas observaciones sobre los aspectos de la práctica profesional que estos escritos develan.

1- Comunidad discursiva y género

Se considera comunidad discursiva aquella que, vinculada a una institución, se organiza alrededor de la producción de ciertos tipos de textos. Más allá de la naturaleza de su organización social y técnica, son las prácticas discursivas las que la individualizan (Beacco, 2004). En la medida en que la comunidad psicoanalítica no es solo profesional sino también científica, es productora de géneros de discurso cerrados, géneros que son accesibles esencialmente a sus miembros y que dan lugar a retomes de diverso tipo (comentarios, contrastes, reformulaciones). Como señala Maingueneau (2002a) en los discursos cerrados, el conjunto de los productores y el conjunto de los receptores tienden a coincidir cuantitativa y cualitativamente: su público es de hecho el grupo de aquellos que escriben textos del mismo tipo. De allí que para ser miembro pleno de esa comunidad sea necesario el dominio de los géneros propios. Pero, como ha señalado Bourdieu (2003) en relación con los campos de producción restringida, estos tienden a generar sus propias normas de producción y criterios de evaluación, que no siempre se hacen explícitos. En los párrafos siguientes haremos algunos deslindes que permiten iniciar la caracterización de algunos discursos del campo psicoanalítico: los que incluyen extensamente materiales clínicos destinados a la supervisión.

Debemos destacar, en primer lugar, que si bien la presentación de casos clínicos es común al campo de la medicina se expone, como hemos señalado antes, en géneros peculiares de la comunidad psicoanalítica. Aunque algunos modos de designarlos pueden ser compartidos óhistorial clínico, por ejemplo- parten, en la situación que estudiamos, de materiales obtenidos en una instancia profesional particular que es la sesión psicoanalítica, donde la atención, flotante, se detiene raramente en el contenido manifiesto, es sensible a òdetalles secundarios [í], rasgos poco estimados o inobservados, del residuo de la observación, cosas secretas o encubiertasö (Freud, 1993: 1883) y atiende a lo que en el analista resuena de la palabra del otro. Los escritos se centran, por esa razón, en determinados fragmentos del discurso del paciente. Por otra parte, incluyen, además de algunos datos personales y de la historia analítica, intervenciones del terapeuta y registro tanto de algunos de sus pensamientos o impresiones como de actitudes del paciente tomando como bases las sesiones o serie de sesiones que le parecen significativas. Sobre la selección y elaboración que estos textos realizan opera también el saber psicoanalítico que el terapeuta activa en relación dialéctica con la escucha.

En segundo lugar, es necesario considerar que el caso como òforma simpleö que los materiales que abordamos actualizan -es decir, en términos de Jolles (1972), como despliegue discursivo de una disposición mental- es la matriz de géneros científicos y profesionales pertenecientes a variados ámbitos disciplinares. La disposición que Jolles llama *caso* (1972: 137-157) no se limita a ilustrar normas a partir de la descripción y relato de acciones, lo que podría hacer, por ejemplo, una òviñetaö (breve fragmento ilustrativo de un aporte teórico o metodológico o de un análisis puntual), sino que aquellas son evaluadas y se interroga su alcance y pertinencia. El caso contiene preguntas que el texto, en la mayoría de las situaciones, no resuelve pero que hacen posible y orientan el avance en un determinado campo, lo que puede dar lugar a un desarrollo teórico o a la propuesta de una nueva interpretación de la norma. Cuando esto ocurre, el caso es consagrado como asociado a un nuevo saber. En el ámbito jurídico, por ejemplo, integra la jurisprudencia susceptible de ser consultada como fundamento interpretativo (e, incluso, se tiende a que solo llegue a las máximas instancias aquello que puede ser configurado como caso). En Psicoanálisis, el caso que expone o autoriza nuevos recorridos teóricos puede alcanzar el estatuto de relato clínico. Los relatos clínicos de Freud (2008) son textos fundadores de un modo de reflexión que, al mismo tiempo que pedagógicamente expone e ilustra un aspecto de la teoría y el trayecto

analítico realizado, da un paso más: muestra los lugares en los que aquella puede ser cuestionada y propone una respuesta que implica una nueva perspectiva del tema tratado. A ese modelo tienden, a su manera, los materiales clínicos destinados a la supervisión y/o a la discusión entre pares, aunque puedan no ir más allá de la interrogación de la validez del saber teórico en relación con un determinado paciente. Cuando la presentación de un caso se acompaña de la palabra autorizada del supervisor, tal como ocurre en el segundo grupo de textos que analizaremos, se articula también, como en el relato clínico, la dimensión pedagógica con la teórica.

En tercer lugar, retomando lo señalado antes, podemos decir que las notas provenientes de una sesión, los materiales clínicos destinados a la supervisión, aquellos destinados a la presentación ante pares, los relatos clínicos publicados y las presentaciones de material clínico acompañadas de las palabras del supervisor tal como aparecen en revistas especializadas son miembros de cadenas genéricas (aunque las etiquetas de cada uno de ellos no estén suficientemente estabilizadas), es decir, de aquellas elaboraciones sucesivas de una misma materia semántica que se efectúan bajo formas genéricas distintas (Beacco, 2004: 117) y están destinadas a diferentes situaciones comunicativas. Estas formas genéricas son, así, productos de configuraciones de opciones que son momentáneamente cristalizadas por el uso. Bronckart (2004: 104), que presenta esta perspectiva dinámica sobre los géneros, señala también que el sujeto va a adoptar, de los que circulan en su comunidad discursiva, el que le parezca pertinente a partir de las representaciones del contenido temático a semiotizar y de las propiedades materiales y sociosubjetivas del contexto de su acción y va a producir un texto que es también una adaptación a los requerimientos particulares del evento en el que está involucrado. Esto explica tanto la diversidad discursiva de textos que pueden adscribirse a un mismo modelo genérico como los puntos de contacto entre géneros pertenecientes a la misma cadena, como ocurre con los dos tipos de presentaciones de casos que vamos a considerar.

Finalmente, debemos señalar que los discursos abordados comparten el carácter de globalmente narrativos. Recordemos, por un lado, que Freud al proponer la técnica de las asociaciones libres y estimular la rememoración vincula lo narrativo con el psicoanálisis, y que la especificidad de esta práctica consiste, además, en permitir al paciente alcanzar una verdad narrativa, por oposición a una verdad histórica, objetiva y científica (Bertrand y Baldacci, 1998: 709-710). El análisis impulsa esta construcción (Freud, 1993: 3367-3368) narrativa que, gracias a la verbalización, facilita que el sujeto

pueda operar con ella. Asimismo, más allá de los esperables relatos de los analizantes/analizados, la presentación de casos se expande narrativamente ya que cuenta, en términos generales, dos historias (como los relatos policiales con enigma): la del paciente y la de la terapia. El lector u oyente accede a ambas a partir de un único despliegue discursivo.

En los apartados siguientes nos detendremos en el estudio de los rasgos más salientes de los géneros focalizados. Consideramos que la reflexión sobre los dispositivos enunciativos a los que recurren y las estrategias argumentativas empleadas permiten ampliar la mirada sobre el campo psicoanalítico como ámbito profesional y sobre los mecanismos de los que dispone para la puesta en circulación de sus conocimientos.

2- El material clínico destinado a la supervisión

A partir del análisis de materiales provenientes de una instancia de formación (implementada por un sector de la comunidad psicoanalítica más próximo a los gestos fundacionales de Freud), y de las entrevistas realizadas, hemos identificado una representación acerca de la práctica de la supervisión en esta etapa que incide directamente en el modo en que se resuelve el escrito con el que el analista asiste a ella. Esta representación concibe generalmente el rol del terapeuta como el de quien busca poner ante los ojos de un experto (el supervisor) hechos acontecidos en el transcurso de una terapia, de modo que aquel pueda trabajar sobre ellos. El rol del terapeuta en la supervisión es, en estos casos, el de un mediador que busca exponer el material sobre el que el supervisor deberá opinar. Al respecto es interesante recordar la afirmación de Freud ó que realiza en una parentética en *Un caso de paranoia contrario a la teoría psicoanalítica* (2008: 125-126):

(Antes de continuar mi relato quiero hacer constar que he alterado en él, hasta hacerlo irreconocible, el ambiente en el que se desarrolló el suceso cuya investigación nos proponemos, pero limitando estrictamente a ello la obligada deformación del caso. Me parece, en efecto, una mala costumbre deformar, aunque sea por los mejores motivos, los rasgos de un historial patológico, pues no es posible saber de antemano cuál de los aspectos del caso será el que atraiga preferentemente la atención del lector de juicio independiente y se corre el riesgo de inducir a este último a graves errores.)

Como vemos, aquí se autorizan nuevas interpretaciones para lo cual esa presentación del caso no solo no debe ser *deformante* sino que debe permitir un volver a contar que ilustre otro aspecto teórico (Pasqualini, 2008: 26-28), aclare un concepto o funcione como matriz interpretativa de una nueva historia.

Esta representación de la supervisión, sin embargo, no es la única en el campo psicoanalítico. En otros casos se considera, como hemos esbozado antes, que el objeto de ese encuentro es analizar la relación del terapeuta con el caso puntual, razón por la cual en el discurso del material clínico se observa una presencia enunciativa más explícita del analista. Otra representación registrada en torno de esta práctica es la que privilegia casi con exclusividad al analista como objeto de la supervisión. En estos casos, la intervención del terapeuta en la entrevista de supervisión es oral ya que está centrada en él y no en la palabra del paciente ni en lo acontecido puntualmente en cada sesión. No hay, así, una búsqueda de efecto de objetividad porque se espera que el supervisor interprete la subjetividad del analista.

Como se desprende de esta heterogeneidad de representaciones sobre la práctica de supervisión, necesariamente el género que participa de ella no es homogéneo, sino que se trata de un género que cristaliza de diferentes modos según los enfoques teóricos que orientan las prácticas.

A continuación vamos a mostrar los rasgos que caracterizan al género cuando se realiza por escrito y desde una perspectiva en la cual, si bien se considera la palabra del analista, el *caso* ocupa el frente de la escena. Veremos aspectos enunciativos y de la estructura del género, los efectos argumentativos que estos generan y su relación con las representaciones sobre la práctica de supervisión a partir de la descripción del plan textual del escrito.

2.1. Plan textual

El plan textual de este género consta de dos partes: una introducción y el desarrollo, que ofrece centralmente escenas dialogadas de una o más sesiones.

2.1.1. La introducción

Todos los materiales clínicos analizados comienzan con una introducción que funciona a modo de presentación del paciente. Se ofrece información sobre la edad, situación familiar, estado civil, profesión y actividades que realiza; también incluye, a veces, una breve descripción física, rasgos de la vestimenta; otras veces se caracteriza el habla del paciente (tono de voz, velocidad, carga emotiva, gestualidad asociada y rasgos de temperamento derivados de la manera de hablar). A menudo se especifica el modo en que éste ha llegado a la consulta (derivación de un médico o de otro analista, decisión del paciente) y se alude a la historia clínica.

En este segmento la modalidad enunciativa correspondiente al mundo narrado es la que domina, ya que es un relato construido retrospectivamente. Se narra o bien con el sistema temporal del pasado, o bien se adopta el uso del presente histórico, que enfatiza el carácter explicativo del relato. En algunos casos, esta presentación ya incluye transcripción de fragmentos textuales del discurso del paciente, generalmente de la primera entrevista, lo que revela el valor que se atribuye a la reproducción de lo ocurrido o dicho en la sesión.

La introducción suele estar organizada con subtítulos que la encabezan (c) y anuncian subpartes (b); puede incluir marcas gráficas -tales como subrayados, negritas, mayúsculas- que destacan elementos que el analista considera relevantes (b), o puede estar organizada como un bloque inicial sin apartados diferenciados (a). Transcribimos a continuación fragmentos de nuestro corpus, con su puesta en página original y las mismas marcas gráficas:

(a) CASO CLÍNICO MARISA

Marisa llega 20 minutos tarde a la primera entrevista, en marzo de 2007, con un ramo de flores. Tiene 56 años. Es soltera, vive con su madre, de 87 años. Al preguntarle acerca de su ocupación, responde: òSoy secretaria í ö.

Dice, en relación con su familia de origen: òPapá era muy pintón, muy divertido. Compartíamos lo intelectual, veíamos juntos programas de preguntas y respuestas por la tele, a ver quién acertaba más respuestas. Falleció de un infarto cardíaco. [í (sigue el párrafo en discurso directo)]

Es derivada por el dermatólogo por presentar lesiones autoprovocadas en la cara.

(b) **DATOS OBTENIDOS EN LA PRIMERA ENTREVISTA**

Miriam tiene 24 años y es derivada a la consulta el día 22 de marzo/05 por una colega que atiende a su hermana dos años mayor que ella.

Al momento de la 1ª entrevista le faltaba una materia para recibirse de abogada. Luego quiere ser escribana.

Aspecto físico: muy delgada, con un caminar altanero, soberbio, vestida discretamente.

Discurso: ansioso, verborrágico.

Se sienta y dice que viene porque murió su mamá (llora) y ¡ buenoí yo vivo con mi Papá (64) que es empleado. òrealmente yo no tengo idea del rol de padre. Da plata, llega del trabajo, come y duerme. No hay vida social.ö [í (sigue el indirecto libre que presenta al resto de la familia)]

(c) **Material clínico**

Breve presentación de la paciente

Cuando consultó, Viviana tenía 22 años. Era soltera y vivía con sus padres y su hermana menor. Había realizado estudios de periodismo y actuación y estaba desempleada (situación que alternaría con períodos de trabajo òfrenéticoö, cuyo resultado era la extenuación hasta la enfermedad, de la cual derivaba la interrupción del mismo). Fue derivada por una colega que me anticipó que la misma estaba atravesando por una grave crisis familiar, que incluía una reciente internación psiquiátrica de la madre, con intervención policial y judicial.

La puesta en escena es la de un enunciador que no manifiesta su subjetividad en forma explícita y abierta y que busca ofrecer datos precisos y objetivos de la situación inicial del tratamiento. El efecto de òborramiento enunciativoö (Rabatel, 2004) se logra, entre otros procedimientos, dando la palabra al paciente, prefiriendo frases simples no vinculadas por conectores o enumeraciones a partir de puntos que se destacan (efecto de montaje o de lista), construyendo un narrador desprendido de la situación que relata.

Sin embargo, estas introducciones cumplen un papel importante en la orientación argumentativa global del escrito ya que, pese a ese borramiento, la selección de rasgos, los términos elegidos para las descripciones, los fragmentos del habla del paciente, entre otros, revelan que en el enunciador ya está operando una hipótesis interpretativa del caso. Esta hipótesis es la que va a orientar el desarrollo posterior del escrito. De modo

que lo que caracteriza la introducción de los materiales clínicos es, por una parte, la presencia de una hipótesis no explícita sobre el caso en cuestión y, por otra, la construcción de un yo enunciativo (ethos discursivo, en términos de Maingueneau, 2002b) objetivo, requerido como garante no solo de la presentación del paciente que se realiza en este segmento sino también de todo el discurso posterior.

Si los analizamos desde un punto de vista argumentativo, los datos presentados por este enunciador operan como una *ñarratioö*, es decir, son *ñhechosö* que en apariencia solo se limitan a relatar lo acontecido y a describirlo pero que, en realidad, preparan el terreno para la aceptación de un punto de vista sobre el caso. Al igual que en otras situaciones argumentativas, la mayoría de estos datos genera un efecto de evidencia, no exige justificaciones, fundamentaciones ni otros elementos probatorios. Son el punto de partida *ñindiscutibleö* que funda el acuerdo con el interlocutor (Perelman y Olbrechts-Tyteca, 1989: 121-125). De este modo, estos *ñhechosö*, que en el discurso configuran los rasgos salientes del ethos del paciente, pueden ser leídos en clave metonímica (Plantin, 1993: 488): son una parte del todo que se expresará luego, son el antecedente que justifica el consecuente, son síntomas contiguos o indicadores de algún problema psicoterapéutico.

La interpretación de estas metonimias de persona puede resultar de gran utilidad en la formación profesional. Tomemos para ilustrar un segmento de la introducción del segundo caso citado: **Aspecto físico:** muy delgada, con un caminar altanero, soberbio, vestida discretamente.ö Esta descripción inicial asigna coherencia a las intervenciones que se incluirán en el desarrollo del texto, tanto las del propio paciente como las del analista. El ethos asignado a la paciente autoriza, por ejemplo, las interpretaciones posteriores del analista referidas a asociaciones que aquella realiza en la sesión, y que serán expuestas en el resto del escrito:

A: Pareciera que a vos, siendo buena alumna también te pasaron y te pasan cosas como por ejemplo envidiar lo que no tuviste o no tenés. Quizá en esos momentos de tu escolaridad, además de ser buena en muchas cosas, debés haber envidiado otras. [se refiere a una asociación realizada por la paciente] Creo que la envidia la ponés afuera porque te hace sentir mal y es ahí donde te ponés altiva y soberbia y los chicos te atacan.

En otro caso, se incluye en la Introducción un fragmento de la exposición del paciente, donde una hipótesis no explícita es la identificación con el padre:

Dice en relación con su familia de origen: [í] Se quejaba mucho de mamá, de que ella *no le daba bola*. En un almuerzo él contó que a un amigo le había estallado una granada en las piernas. Ella contestó: ¿Te sirvo más ravioles, Carlos María?ö. Ella es muy fría, a mí *nunca me dio mucha bola*.ö (el resalte es nuestro).

Jean Allouch (2008) al referirse a la escritura del caso Aiméeö de Lacan destaca que no existe oposición entre una presentación objetiva y exhaustiva de un caso y el hecho de sostener una tesis que sea doctrinaria y por lo tanto ubicada en un campo de debate. En su obra, Allouch cita las palabras que Lacan escribe al final de la presentación del caso: Si en efecto el valor de nuestra tesis se nutre en la mediación de los hechos y en mantenerlos sobre un plano tan concreto como lo permita la observación clínica, esos mismos hechos y las determinaciones de la psicosis sacada por ellos de la sombra no nos son revelados sino a partir de *un punto de vista*, y este punto de vista, aunque más libre de hipótesis que el de nuestros predecesores, no por eso deja de ser un punto de vista *doctrinal*ö (Lacan, J. citado en : Allouch, 2008: 20).

En síntesis, la introducción de este tipo genérico es una construcción retórica que atiende desde su plan textual a la hipótesis del analista, a la cual se le puede dar el estatuto de tesis doctrinariaö, pero que oculta sus rasgos de construcción en la medida en que exhibe un enunciador expositor (ethos objetivo del terapeuta) que establece los hechosö de los cuales parte, hechos que dan una versión del ethos del paciente que autoriza el desarrollo posterior.

2.1.2. El desarrollo

Después de este marco introductorio, en los escritos se distingue con claridad una segunda parte que se inicia dando cuenta de una sesión, que en el corpus analizado es preferentemente la primera entrevista. Esta segunda parte se indica con un subtítulo (Transcripción de la primera entrevistaö; Sesión de agosto del 2005ö) o bien dejando un espacio de interlineado mayor, tras lo cual se pone en escena el diálogo de la sesión, en estilo directo, entre paciente y analista. Esta primera sesión generalmente aparece

seguida de otras, seleccionadas por el terapeuta. No hay cierre conclusivo, la serie queda abierta salvo cuando se ha interrumpido el tratamiento, lo que se señala explícitamente. En todos los casos analizados, en las escenas dialogadas, se indican con claridad los cambios de turno de habla con las iniciales correspondientes a "Paciente" y "Terapeuta"/"Analista", seguidas de dos puntos. Si bien por la extensión que se destina a cada sesión (entre 1 y 2 carillas, en general) es evidente que no se trata de una transcripción de la misma o ya que esta requeriría mucho más espacio-, en ningún momento se aclara que se trata de una selección de partes del diálogo sostenido entre paciente y terapeuta. En consecuencia, tampoco se indica si el diálogo que se escribe en ese material ha sido una composición del analista que pudo haber privilegiado distintos momentos de la sesión, atendiendo a algún criterio tampoco explicitado, y que pudo haberlos dispuesto luego en forma continua. Estas cuestiones, entre otras, son presupuestos del género y de la práctica de supervisión que regulan el intercambio y la interpretación. Sin embargo, el efecto de lectura producido es que asistimos a una transcripción literal de lo ocurrido en la sesión o sesiones; nótese incluso que uno de los subtítulos empleados designa a esa segunda parte como "Transcripción". La puesta en escena de un enunciador objetivo iniciada en la introducción del género se sostiene en esta segunda parte que desarrolla la sesión predominantemente a la manera de "material en bruto", aunque cierto estilo telegráfico muestre la mediación de las notas:

Sesión de marzo de 2007

P: "Estas lesiones en la cara las tengo hace rato. Lo tuve toda la vida, 5 veces peor. Mis amigas dicen cómo no me di cuenta antes. Ya no reconozco mi cara, ya perdí mi condición de mujer. Ya nadie me mira. Por distintas circunstancias no tuve pareja. Yo digo que "siempre hay un roto para un descosido", cómo es que no tengo a nadie? Pobre la gente que estuvo conmigo, por mi cara, mi gordura, mi pelo.

A: Pareciera que lo que usted siente con su cara lo siente con toda su persona.

P: [í] Yo me aprieto para que salga como un choricito, a veces también pelos.

La última intervención del fragmento citado muestra también cómo en la selección del material pueden operar, aunque no explícitamente, recuerdos de otros textos con los que el analista dialoga. Transcribimos, como ejemplo de posible interacción, un segmento

conocido de Freud en *Lo inconsciente* (Freud, 1993: 2080), en el que se refiere a un paciente obsesionado por la piel de su rostro:

Al principio no le preocupaban nada tales granitos, y se los quitaba apretándolos entre las uñas, operación en que según sus propias palabras, le proporcionaba gran contento òver cómo brotaba algoö de ellos. Pero después empezó a creer que en el punto en que había tenido una de esas òespinitillasö le quedaba un profundo agujero, y se reprochaba duramente haberse estropeado la piel con su manía de òandarse siempre tocandoö. Es evidente que el acto de reventarse los granitos de la cara, haciendo surgir al exterior su contenido, es en este caso una sustitución del onanismo.

Volviendo a la segunda parte del material clínico, señalamos que la escena dialogada es recurrente en todos los documentos revisados. Las diferencias las hemos observado en el modo en que desarrollan la escena: mientras que en algunos casos esta continúa de modo ininterrumpido hasta la parte final de la misma, en la que suele haber un cierre a cargo del enunciador principal, en otros emerge un enunciador que al modo de un narrador en primera persona, explicita lo que el terapeuta como participante de la escena sintió, observó o pensó, ya que la escena dialogada solo da cuenta de lo que este dijo. La presencia de este tipo de acotaciones, intercaladas en primera persona, revela la representación de la supervisión como un espacio de reflexión que incluye la subjetividad del terapeuta. En estos casos el locutor que ha puesto en escena al terapeuta como enunciador objetivo y luego como partícipe del diálogo, ahora lo coloca como un enunciador que exhibe su punto de vista mostrando también las emociones y sentimientos que la experiencia le ha producido. De este modo, el ethos del terapeuta amalgama tres puntos de vista: el objetivo, el dialogante y el que es capaz de revelar sus intuiciones. El supervisor, en estos casos, deberá leer el ethos construido del analista en los distintos fragmentos del texto y en los distintos puntos de vista puestos en escena.

Un ejemplo de este tipo de acotaciones es el siguiente:

P: Viajaba con mi madre porque en realidad no tengo amigas. Qué sé yo, no meí no, no sé por qué. Siento que no son como yo. Peroí Algo debe pasar conmigo, no sé.ö

Al finalizar la entrevista (llorando) sigue hablando de los médicos y de la mala atención que recibió su madre.

Intervención de la terapeuta: Hoy hablaste de muchas muertes. Pareciera que al pedir una entrevista conmigo quisieras tener cierta cobertura médica y quizá pueda ayudarte a cuidarte.

(siento que se pelea con los médicos como defensa de la bronca que seguramente tiene con la madre por no haberse cuidado y no haberla cuidado).

P: Ahora tenemos una cobertura médica, [í]

En este ejemplo, entre paréntesis y en negrita en el original, emerge el enunciador emotivo que revela aspectos no verbalizados en el diálogo, ya que en este el terapeuta tuvo como destinatario al paciente y la información sobre sus emociones e interpretaciones es necesario registrarla únicamente para el nuevo destinatario, el supervisor. Destacamos la introducción de este fragmento interpretativo con un verbo de sentimiento, del que depende la aserción siguiente que instala un juicio sobre el caso. Este tipo de verbo perceptivo, que se diferencia de los verbos que indican una aprehensión intelectual, circunscribe el alcance de la aserción al de una aprehensión específica del individuo que la realiza. Así, se pone en escena al terapeuta como un sujeto cognoscente, es decir como un sujeto que está buscando construir un conocimiento sobre el caso, pero que entabla el vínculo con su objeto de conocimiento a través de una percepción afectiva y no intelectual. De este modo, al ser el sentimiento la fuente de conocimiento, desvía el problema de la verdad del juicio e instala una ólogica conjeturalö (Parret, 1995: 151) respecto de este, que habilita una interpretación que va de la certidumbre a la duda. Esta puesta en escena de un saber no absoluto del terapeuta focaliza un núcleo de trabajo para el supervisor, del que se espera que intervenga con su experticia en ese proceso cognoscente.

El ejemplo citado muestra, además, un segmento resuntivo (õAl finalizar la entrevistaí ö) que también es posible en el marco de una representación sobre la supervisión que no demanda una objetividad máxima, coherente con la presencia de negritas y subrayados.

En algunos casos la actitud resuntiva se realiza a través de formas propias del estilo indirecto o de narrativización de los actos de habla. En el siguiente ejemplo se observan

formas resuntivas de los dos tipos, destacadas en el material clínico con cursiva en el original, además de que vuelve a utilizarse el paréntesis para encerrar allí percepciones del analista durante la sesión, que no ha comunicado a su paciente pero que sí comunica al supervisor:

Sesión del 24-09-08

Entra al consultorio y me dice que tiene conjuntivitis.

P: Estoy histérica porque no se puede esperar de un burro más que una patada. Te acordás de Laura, la de 40 años, esa gorda, fea y limitada. Bueno, en cuanto yo entré a trabajarí .(comienza a describir situaciones de papeles notariales en forma muy rápida) Yo hice una certificación que estaba mal hecha. No tenía que decir el escribano autorizante [í]

A: *(A esa altura yo tenía claro que no entendía nada y se me ocurrió decirle):*

Percibo que hay una serie muy grande de datos y me parece que hay algo que no podés ver muy claro y no creo que sea solo por la conjuntivitis.¿ Se te ocurre algo?

Hace un silencio y se pone a llorar.

En algunos casos, se utilizan los fragmentos resuntivos al final de una u otra escena dialogada para condensar interacciones no expuestas a modo de cierre de esa instancia:

El vínculo con esta mujer termina en el desencanto y la desilusión con ella como persona. Lentamente va perdiendo importancia. Aparentemente, no llegan a tener una relación que vaya más allá de la amistad.

En otros materiales, el terapeuta separa la escena dialogada de fragmentos orientados a sintetizar más información sobre el paciente y sobre el tratamiento. En estos casos suele utilizar algún subtítulo del tipo *Algunas puntualizaciones acerca de las etapas del tratamiento* (a)/ *Otros datos* (b) y el tipo de información que ofrece refiere a conductas del paciente en la sesión, a características del *contrato* (frecuencia de sesiones semanales, interrupciones), resúmenes de etapas de la terapia en sus aspectos formales y apreciaciones interpretativas del terapeuta:

(a)Algunas puntualizaciones acerca de las etapas del tratamiento

Desde el inicio del tratamiento (mayo 2001) hasta enero del 2002 concurre dos veces por semana. En enero de 2002 plantea su disconformidad [í] En mayo de 2002 retomái

(b) Otros datos

Contrato: 2 veces por semana. En diván. Al principio tenía una actitud casi exhibicionista al recostarse. [í] Le puso límites a su padre [í]

Otras veces importantes fragmentos narrativos dan cuenta de un proceso extenso que no se expone discursivamente en escenas dialogadas (en algunos textos aparecen breves fragmentos entrecomillados), que combinan tramos interpretativos:

El tratamiento continúa con una secuencia semanal y en septiembre de 2003 interrumpe súbitamente a raíz de un trabajo que la lleva a estar afuera algunas semanas. Vuelve en noviembre òdecidida a hablar sobre su sexualidadö, tema que la preocupa desde el comienzo [í].

En este punto, comienzan a aparecer en el material elementos que dieron la pauta de que posiblemente la enfermedad de la madre hizo crisis coincidiendo con la pubertad de las hijas.

Como hemos dicho, el òmaterial clínicoö se construye a partir de grabaciones que lleva a cabo el terapeuta o bien a partir de notas que este realiza durante la sesión o después de esta, en las que deja un registro de palabras textuales del diálogo sostenido, o de las palabras que ha retenido en su memoria como significativas. En todos los casos, la elaboración del material que ha de llevarse a la supervisión exige por parte del profesional un trabajo de recorte, reformulación y composición que atiende al supervisor como destinatario privilegiado, al que se busca transmitir información tanto sobre el paciente como del tipo de interacción propuesto en el trabajo terapéutico. Así, esta escritura profesional está orientada por la doble finalidad de construir un relato sobre el paciente y un relato sobre la terapia, para colocar al experto delante de los hechos sobre los que se espera pronuncie su palabra autorizada. Esto conduce a veces a respetar la cronología de la terapia por sobre la de la historia de vida del paciente, lo que aleja a este género del relato histórico o de la historia clínica del campo médico, como ocurre en el último ejemplo.

En el proceso de construcción de conocimientos, aunque estos deriven y se apliquen a un caso particular, la escritura juega, en Psicoanálisis como en otras áreas, un papel importante (Arnoux, 2009). La reescritura de las palabras del paciente o de las notas propias que dan lugar a los textos analizados son elaboraciones cuya orientación argumentativa, guiada tanto por la representación del caso como por la del destinatario, expone el trabajo interpretativo y la articulación entre enunciación y conceptualización. Como señala Doquet-Lacoste (2009: 8):

Cuando se evoca el lugar de la enunciación en la conceptualización, se lo hace no desde una perspectiva vericondicional de asociación entre palabras y lo que está afuera del lenguaje sino en el cuadro global de la teoría enunciativa, donde el sujeto pensante es inseparablemente un sujeto enunciante.

Estudiar la escritura profesional desde una perspectiva enunciativa atenta a los formatos genéricos permite reflexionar también acerca de los modos como se piensa en cada campo de la actividad social.

3- El material clínico expuesto ante pares y ante un supervisor cuyas observaciones integran el escrito publicado

Este género es resultado también de una práctica de formación profesional anclada en el encuentro entre un analista y un supervisor pero, a diferencia del anterior, el encuentro se lleva a cabo en una instancia pública, ante otros colegas. El supervisor suele ser una figura considerada de gran prestigio por la comunidad profesional; de modo que se asiste a la reunión más que para participar de una instancia colectiva de construcción de un saber sobre el caso que se somete a análisis, para obtener del experto un conocimiento acerca de cómo llevar adelante un análisis y acerca de qué aspectos del relato sobre el paciente y sobre la terapia pueden resultar significativos para la interpretación o, incluso, para interrogar la teoría. La reunión prevé un intercambio de opiniones entre los presentes, aunque la palabra autorizada, que finalmente cierra los distintos momentos del encuentro, es la del experto. Para caracterizar el género al que pertenecen los escritos que resultan de esta experiencia, hemos analizado los distintos textos que componen un volumen de una revista de la especialidad que incluye entre sus secciones habituales una denominada "Supervisiones". En este trabajo, ilustraremos

a partir de uno de los casos tratados en ese volumen que está dedicado enteramente a lo que se titula *“Diálogos clínicos con André Green: Katia”* (1995).

En la reunión, el analista que lleva el caso para ser supervisado presenta un escrito que posee similitudes con el género considerado anteriormente, aunque también algunas diferencias. En primer lugar, el terapeuta modifica los datos del paciente para evitar revelar el secreto profesional (sobre las consecuencias de este tipo de operaciones en el trabajo de tipo monográfico sobre un caso, véase Allouch, 2008:47-66); en segundo lugar, el material es más extenso: mientras en los encuentros de un analista con su supervisor, el mismo caso suele ser abordado varias veces, según la voluntad del terapeuta, en este género, se trata de suministrarle al experto toda la información necesaria como para que, en una única vez, este pueda hacer inferencias y articulaciones con postulados teóricos generales. En tercer lugar, dado que la finalidad es diferente, lo es también el tipo de información que se transmite, el modo en que se la organiza y su tratamiento. Los tramos de la presentación son completados por la palabra del supervisor, precedidas o no por preguntas y observaciones de los pares.

Veremos a continuación las partes del plan textual de este género y los rasgos enunciativos que lo caracterizan, entre los que se destacan las variadas formas de polifonía que incluyen no solo voces del analista y del paciente, del supervisor y de los otros profesionales presentes en la reunión, sino además del interdiscurso de la teoría.

3.1. Plan textual

El escrito se organiza en cuatro partes bien diferenciadas: la presentación del paciente a cargo del terapeuta; el análisis de esa presentación por parte del supervisor (precedido a veces por preguntas que este formula al terapeuta o por un diálogo entre los participantes, el terapeuta y el supervisor en el que se analiza la presentación realizada); la exposición de momentos significativos de la terapia, a través de fragmentos de escenas dialogadas de una sesión y, finalmente, la discusión en la cual intervienen varias voces (el terapeuta que presentó el caso, otros profesionales que asisten a la reunión clínica) pero que es cerrada extensamente por el supervisor. Cuando el énfasis está colocado en el intercambio entre los diferentes participantes de la reunión, se alude a ella como *“diálogo clínico”*. Si, en cambio, el foco está puesto en la intervención del experto, el tipo de escrito tiende a ser denominado como *“supervisión”* (en la

publicación de especialidad que hemos tomado como ejemplo, se indica con ese nombre una sección de la revista y es uno de los términos descriptores de los distintos casos presentados).

3.1.1. La presentación del paciente

El terapeuta inicia su intervención ofreciendo datos del paciente. Esta introducción tiene una extensión mucho mayor que en el género anterior (tres carillas en lugar de dos o tres párrafos). A la información personal y familiar del paciente, en este género se suma una síntesis de su historia de vida y una interpretación global del caso presentado.

Además, también hay diferencias en cuanto al modo en que se organiza la exposición de los datos: cada información referida al paciente es acompañada de una cita de sus palabras que tiene, por un lado, una función probatoria, pero por otro, la de especificar o ampliar la información que el terapeuta ha introducido en forma resuntiva, y acercar la historia del paciente a los nuevos destinatarios. En la transcripción que sigue, el resalte de los verbos de decir es nuestro:

Katia tiene 35 años; es extranjera, casada; ha cursado el secundario; es pintora y diseñadora de modas. Consulta porque tiene problemas en la relación con su marido. *Dice*: òtengo peleas muy fuertes con mi marido. Me ha pegado mucho y él me dice que vaya a alguien que me ayude. Nos queremos mucho, somos felices, tenemos peleas con demasiada violenciaö.

La paciente es alta, delgada y muy atractiva. Tiene un aire distraído y alejado. Transmite sensación de debilidad, inseguridad y fragilidad. A una de las entrevistas llega muy deprimida. Lloro describiendo las escenas de insultos y peleas con su marido y *dice*: òCada vez que me golpea siento como si me destrozara, quedando totalmente desequilibrada, ya no sé ni quién soyö.

Durante las entrevistas y al comienzo del tratamiento pude inferir que este tipo de situaciones se daba cada vez que el marido tenía actitudes y conductas independientes de ella, esto es, donde ella no tenía cabida. Se originaban así situaciones violentas como un intento de encontrar algún tipo de afecto aunque esto implicara ser golpeada violentamente. Interrogada en las entrevistas sobre el consumo de droga ótema que mencionó al pasaró confiesa humillada que consume grandes cantidades de cocaína y marihuana y que hace años consumía

otras drogas: ácido lisérgico, hachich, opio, etc. *Dice al respecto:* òvivo en un estado de tensión. Necesito tomar cocaína, porque si no me deprimó mucho, me siento vacía, pero cada vez estoy más irritable. Si yo viviera sola con mi mundo de tranquilidad no usaría drogas.ö

Como puede observarse, los párrafos tienen una estructura paralela: primero, enunciador principal, en actitud descriptiva, cierra su segmento con la formulación de un problema que aqueja al paciente (en el primer párrafo, lo que considera motivo de consulta) o con un estilo indirecto resuntivo (en el segundo y tercer párrafos se sintetiza lo que la paciente describe y lo que confiesa). A continuación, se introduce la cita en estilo directo. El enunciador principal parece orientado por la idea de que para transmitir una caracterización más completa del paciente, hace falta óya desde la presentación-, mostrar la palabra de este en forma directa; representación que atribuye también a sus destinatarios, lo cual muestra la importancia del discurso directo para esta comunidad discursiva: cualquier resumen es siempre insuficiente; hace falta la palabra textual del sujeto que se somete a análisis, como materia prima para la reflexión. Los fragmentos resuntivos del enunciador principal podrán ser, entonces, objeto de polémica ócomo veremos más adelante- porque contienen ineludiblemente en sí la interpretación desde la que opera discursivamente el terapeuta.

En este sentido, el fragmento nos muestra otra diferencia con los textos del primer grupo: en este género, la presentación del caso incluye ya en forma explícita interpretaciones del analista:

...pude inferir que este tipo de situaciones se daba cada vez que el marido tenía actitudes y conductas independientes de ella, esto es, donde ella no tenía cabida [í].

Este segmento, junto al que sostiene òInterrogada en las entrevistas sobre...ö, muestra que ya desde la presentación se busca no solo construir el relato sobre el paciente sino además el relato sobre la terapia y sobre la intervención del terapeuta.

Dos rasgos discursivos resultan significativos en esta introducción en cuanto a la presentación del ethos del terapeuta. Por un lado, el predominio del tiempo presente en la introducción de las citas con función probatoria - y, en el ejemplo analizado, también en buena parte del relato- que instala un efecto de objetividad. Y por otro, la puesta en

escena de un enunciador analítico que se exhibe en su proceder: muestra a partir de qué datos hizo inferencias, las conclusiones a las que arribó y qué información buscó profundizar a través de su interrogatorio. De este modo, el sujeto de la enunciación va delimitando lo que puede considerarse objetivo en el caso, en el que se incluye a sí mismo en su rol profesional, para que la voz del experto también lo juzgue a él. Este posicionamiento determina, a su vez, la constitución de un vínculo asimétrico con su destinatario.

A medida que avanza el texto, los segmentos resuntivos sobre la vida del paciente, en los que sigue predominando en el caso estudiado el uso del presente, son mayores, como también lo son los segmentos interpretativos del terapeuta. Las formas de polifonía empleadas en el final de la presentación evidencian una mayor fusión entre la voz del analista y la del paciente o a través de la fragmentación del discurso directo del paciente y su inserción en el discurso del terapeuta, o de la inclusión de sílotes a la vez que desaparecen los segmentos en discurso directo, introducidos por verbos de decir:

Al poco tiempo se disuelve la pareja, debido a que él tenía otros intereses en la vida; proponía una pareja abierta, donde cada uno tuviera la posibilidad de estar con otras mujeres y hombres. Ella lo tolera un tiempo pero luego decide separarse. [í] En estos dos años la paciente ha oscilado permanentemente entre momentos de depresión y profunda angustia, [í] y momentos en que se ha sentido más armada. [í] Katia habla de sentimientos y deseos que generalmente no son los propios sino que corresponden a su marido.

La clausura de esta primera parte es una evaluación general del terapeuta sobre la historia relatada, en la que explicita su diagnóstico:

Las dolencias antedichas implican para Katia un agotamiento enorme, por tener que defenderse (como se pudo inferir en todo este tiempo) de los reclamos no realistas de un self grandioso arcaico, o contra la intensa necesidad de un poderoso proveedor externo de autoestima. Como es de suponer la fantasía de ser lo más importante, lo central en la vida de otra persona, no puede realizarse permanentemente; podrá darse sólo por momentos. Cuando esto ocurre lo vivencia como un gran descuido, como ausencia de la aprobación esperada y

como falta de interés del medio, lo que provoca en muy corto tiempo un estado de angustia acompañado de sentimientos muy profundos de ño existenciaö.

En este cierre, ya con un enunciador argumentativo explícito, el discurso busca ser persuasivo con sus destinatarios. Las estrategias que legitiman la argumentación son las que muestran a la conclusión como el producto de inferencias lógicas, que en este caso se destacan en el paréntesis: ñ(como se pudo inferir en todo este tiempo)ö; también la construcción de razonamientos basados en relaciones de causa/consecuencia:

Cuando esto ocurre lo vivencia como un gran descuido, como ausencia de la aprobación esperada y como falta de interés del medio, lo que provoca en muy corto tiempo un estado de angustia acompañado de sentimientos muy profundos de ñno existenciaö

Del mismo modo, tienen un valor argumentativo la apelación a supuestos saberes básicos del campo, que se presentan como evidencias (ñComo es de suponer...ö) y la exhibición de un dominio de conocimientos teóricos ya más específicos, a través de un lenguaje técnico: ñself grandioso arcaicoö, ñautoestimaö.

3.1.2. La intervención del supervisor

En el ejemplo seleccionado, inmediatamente después de la presentación del caso, toma la palabra el profesional invitado que asume un papel similar al de un supervisor. Sin embargo su rol, en este y en todos los diálogos clínicos que se incluyen en la revista, va más allá del de un analista que se pronuncia sobre un caso que le presenta un colega. Este supervisor ócuya jerarquía enunciativa ya hemos señalado y que es destacada en el impreso por la reproducción de su voz en letra cursiva- presenta un fuerte componente docente que se evidencia en la presencia de segmentos explicativos, en preguntas autoformuladas que identifican un tema o problema a explicar y dan lugar a su respuesta, entre otros. Su intervención se caracteriza por su capacidad de identificar lo que resulta significativo del relato (comunicado a partir del uso de verbos evidenciales como ñverö o ñmostrarö) y de señalar aquello que debe guiar la escucha y el pensamiento del analista. Es un enunciador que explicita su lugar y las restricciones con las que opera, ve lo que el material presentado ñrealmenteö relata, explica las claves de

la historia que no ha sido vista o contada por el enunciador anterior. En la transcripción que sigue el resalte es nuestro:

Green: Lo poco que se ha dicho sobre la madre, *nos muestra* cuál ha sido el modelo de sus identificaciones históricas. Pero, *¿dónde está la diferencia?* No conozco a la madre. Sólo puedo hablar de ella de la manera en que me fue presentada. Puede ser que todo lo que diga sea totalmente falso. No tiene importancia porque *es la lógica de la presentación lo que cuenta. Lo que vemos* es que la madre es una histórica no conflictuada, mientras que la hija es una histórica conflictuada, que no se satisface en su histeria. *Vemos* un fracaso de sus mecanismos históricos. *Es de esta manera que podemos comprender el sentido de síntomas* como: vacío, angustia, etc., y toda la patología narcisista. [í]
Pero *acá es donde se ve* la estructura histórica de ese deseo; en la incapacidad en que esta paciente se encuentra de elegir entre padre y madre. Más aún, cuando ella elige al padre, le reprocha no ser una madre. ¿Qué dice de su padre? Que él no se interesaba por saber si comía. ¿Y qué dice de su madre? No que ella no se interesaba por saber si comía, sino que la excluía para estar con profesionales. *Si no ven todo esto, ¿cómo pueden interpretar el material en todo lo que les va a contar?*

Es interesante remarcar en la enunciación del supervisor la presencia de la modalidad deóntica: no solo se muestra lo significativo sino que se señala lo que el terapeuta *debe* ver. Como vemos, en este intercambio, esta modalidad enunciativa es exclusiva del supervisor (recordemos que el enunciador anterior proponía su interpretación mostrando sus conocimientos o su dominio técnico pero no prescribía en forma explícita):

No vamos a analizar todas las parejas que tienen problemas matrimoniales. Lo que debemos buscar, justamente, es el fracaso de esas formaciones intermedias. ¿Dónde las vemos? Las vemos cuando nos explicamos el sentimiento de vacío y de angustia. [í]

Otro aspecto que se destaca en la intervención del supervisor invitado es el empleo de enunciados generales (*es la lógica de la presentación lo que cuenta*) y de

conceptualizaciones que ubican el caso en una tipología (la madre es una histérica no conflictuada, mientras que la hija es una histérica conflictuada). Y a la vez, el despliegue de una dimensión polémica a partir de la cual el enunciador cuestiona las interpretaciones más simples de casos como el presentado:

No solamente como se dice demasiado rápidamente ð...por la pérdida del amor maternal...ö por ejemplo, sino por el apoyo insuficiente que encuentra en ella de una imagen combinada omnipotente de ambos padres.

Estos dos últimos aspectos permiten observar que en la reunión clínica la explicación del caso es tan importante como la explicación de la teoría y sus modos de aplicación. El supervisor que inicialmente adopta una actitud didáctica, que explica y prescribe modos de interpretación, finalmente interroga la teoría, e incluso polemiza con modos de interpretación habituales, para señalar otros a partir de los cuales propone interpretar no solo la presentación que lo ha precedido sino la sesión que será expuesta a continuación.

3.1.3. La sesión

A lo largo de cuatro carillas, se reproduce el diálogo entre paciente y analista, sostenido, en este caso, en la segunda sesión (aspecto que se aclara escuetamente en una primera línea). La extensión del intercambio y la fidelidad en la transcripción a las diversas voces que introduce la paciente en su discurso nos hace suponer que se ha trabajado sobre la base de una grabación. Está claro, sin embargo, que tampoco en este caso se presenta el material en bruto: 50 minutos de diálogo ocupan mucho más que cuatro carillas; este, además, se muestra en el texto fluido, se han eliminado las formas propias de toda situación de comunicación espontánea en las que se repiten frases o palabras, o estas se pronuncian por la mitad o en forma entrecortada. El presentador ha trabajado sobre el material en bruto emprolijándolo, dándole un formato próximo al de un texto escrito, más que al producto de una situación de oralidad.

¿Qué es lo que ha orientado al analista en su trabajo de preparación de esta escena dialogal? Como hemos visto, estamos ante una comunidad discursiva que valora la palabra directa del sujeto/objeto de reflexión. Sin embargo, no es sencillo resolver qué

integrar y qué dejar afuera, ya que lo que puede considerarse una desprolijidad para la comunicación escrita puede encerrar una clave interpretativa para el terapeuta, como lo destaca Freud en la reflexión que hemos citado. No obstante, el texto deja ver los criterios que orientaron su resolución, los cuales buscaron adecuarlo a características de la nueva situación comunicativa en que iba a circular: el tiempo acotado para la presentación y la finalidad de la exposición pública ante el experto y otros colegas.

El primer aspecto, como vimos, llevó a reducir y emprolificar el diálogo para hacerlo más llano, más oliviano y para acelerar el ritmo de llegada a las palabras, a los fragmentos y a las secuencias del intercambio que el terapeuta ha considerado nucleares. En este sentido, este trabajo de recorte se relaciona con el segundo aspecto que señalamos: la finalidad del encuentro que, entendemos, busca presentar en ese espacio público no solo la historia de un paciente sino también las formas en que el terapeuta ha operado ante el caso.

Este segundo aspecto llevó, entonces, a armar la escena dialogal de modo tal que esta funcione como ilustración y prueba de la veracidad de la hipótesis sobre la paciente que órecordemos- el analista ya ha explicitado al final del primer segmento del género (la presentación). Pero también la articulación de intervenciones del paciente y del analista en el diálogo busca mostrar, además, la estrategia terapéutica aplicada por el analista. En todas las intervenciones del analista que la escena dialogal exhibe este ha tenido oportunidad de decir algo que apunta al núcleo mismo de la terapia, como puede observarse en las cadenas que reproducimos a continuación:

Paciente: Bueno, me siento muy mal. No sé cómo manejar todo esto. Anoche hablé con Daniel pero no sirve para nada todo lo que hablamos. (í) Me sentía muy mal y me fui a acostar. Yo le dije que quería dormir sola y él me dijo que felizmente tenía dónde ir, que iba a la casa de un amigo a dormir. Yo le dije que por qué no se quedaba en el living. Me contestó mal y me dijo que a mí no me tenía que importar lo que él hiciera a partir de ahora. (í)

Analista: Obviamente usted tenía mucho miedo a que él se fuera y a quedarse sola.

Paciente: No, no quería que se fuera, la verdad.

Analista: Además le debe haber resultado muy doloroso que él resolviera tan rápidamente adónde ir a dormir. Tal vez usted hubiera deseado que él le rogara no separarse y que le dijera que usted era lo más importante en su vida. (í)

Paciente: Con todo me siento mal. Pero es cierto, lo que más me duele es como él está. ¿Sabe cómo está?: ... ña ver, ¿me pongo este traje o este otro? ¿Con qué corbata me queda mejor?, ¿con ésta o con ésta? ...ö El se borra, y hace de cuenta que nada ha pasado. (í) Yo siento que no tengo ningún poder, me siento vacía. No tengo a nadie más que a usted.

Analista: Pero no es suficiente, ¿no? Cincuenta minutos por día, cuatro veces por semana, no es suficiente. Porque en los momentos en que no estoy con usted, que son muchos, yo debo ser también como Daniel que no se interesa, que está con su mente en otra cosa.

El analista, como hemos visto, expone su diagnóstico sobre la paciente: esta debe ñdefenderse de los reclamos no realistas de un self grandioso arcaico, o contra la intensa necesidad de un poderoso proveedor externo de autoestima.ö Y cuando esto no ocurre ñlo vivencia como un gran descuidoö lo que provoca ñun estado de angustia acompañado de sentimientos muy profundos de ñno existenciaö

Sus intervenciones en la terapia, tal como lo muestra la escena dialogal, buscan hacer reflexionar a la paciente sobre este aspecto. La sesión presentada responde a un plan textual que la concibe como una amplificación del diagnóstico realizado en la presentación.

A lo largo de la sesión, el enunciador principal hace algunas acotaciones, en las que intercala, entre paréntesis, alguna conducta no verbal de la paciente. Estas acotaciones refuerzan el efecto de objetividad y también la orientación argumentativa del terapeuta; por ejemplo, cuando señala ñ(Llora)ö constata la angustia de la paciente y con ñ(Hace una pausa)ö, que las palabras del analista la han dejado pensando, que han movilizó algo en ella, quien ha necesitado un tiempo para elaborar una respuesta.

Esta parte del género concluye con un segmento de cierre en el que el analista muestra otra dimensión de su ethos, la emotiva. Si hasta ahora se ha exhibido como un ser reflexivo, deductivo, analítico, antes de ceder la palabra al experto, le transmite las preguntas que el caso le ha planteado, pero también los sentimientos que ha vivenciado en ese vínculo terapéutico:

Analista: (dirigiéndose al Dr. Green y a la audiencia) Esta es una sesión del año pasado. Este tipo de sesiones sucedían muy a menudo. No es una sesión inusual. Muchas veces me pregunté, ¿qué era lo que hacía que esta mujer fuera tan

maltratada por ese hombre? ¿Qué era lo que pasaba en la relación, por lo que ella era tan maltratada? Me despertó y me sigue despertando en general, muchas ganas de ayudarla. Me siento muy cerca de las cosas que ella siente y padece. Me pregunto por la necesidad de esta paciente de mantenerse adherida a los objetos y la dificultad que tiene para separarse y tener cierta autonomía. Me gustaría saber qué piensa usted.

Pese a que el terapeuta ha mostrado hasta ahora sus certezas sobre el caso, deja ver en este final también las dudas, las preguntas que al parecer no puede responderse. El enunciador colocado en este rasgo ético puede incluso cuestionar hasta las propias hipótesis construidas en la presentación y en el desarrollo de la sesión. Por ejemplo, afirmaciones iniciales del terapeuta en la presentación (õSe originaban así situaciones violentas como un intento de encontrar algún tipo de afecto aunque esto implicara ser golpeada violentamente.ö) son ahora objeto de interrogación, de cuestionamiento, como si las respuestas que él mismo había construido desde la teoría y transmitido desde la puesta en escena de un ethos analítico, no resultaran explicativas para el ethos emotivo (õ¿qué era lo que hacía que esta mujer fuera tan maltratada por ese hombre? ¿Qué era lo que pasaba en la relación, por lo que ella era tan maltratada?ö).

Este tipo de interrogación final permite ver el modo en que el problema es abordado por el terapeuta. Por una parte, las preguntas finales parecen seguir el consejo freudiano de õabordar cada caso como si las experiencias precedentes no hubieran producido saber algunoö (Allouch, 2008: 21). Por otra, muestran la consideración del problema como lo central. La reflexión retórica observa que hay dos formas de hacer frente a una interrogación: se puede partir de ella para ir hacia una respuesta, evaluar otras, descartar algunas o se puede proponer una respuesta que clausura el problema, lo que produce el efecto de presentar la cuestión como algo que ya no es objeto de interrogación, lo que lleva al silencio. (Meyer, 2009: 86) La formulación de preguntas desde otro punto de vista en el final de la sesión permite inferir que se ha optado por la primera forma de interrogación que coloca, antes que las respuestas, el problema como eje, lo cual es congruente no solo con la matriz de la forma õcasoö sino también con la función de las prácticas de supervisión y el propósito general de una reunión clínica.

En síntesis, este cierre del terapeuta incluye información variada: plantea en forma explícita las preguntas que espera que el experto responda, pero además, transmite

deseos y emociones del analista que, como veremos a continuación, también serán objeto de reflexión para el especialista a cargo de esta supervisión pública.

3.1.4. Discusión. Interpretación del supervisor

Hemos visto que la sesión presenta un movimiento que va del diálogo con función probatoria de una hipótesis a una interrogación que revela que la cuestión está abierta a la discusión. Esa discusión se produce. Se presentan preguntas y observaciones de los participantes. Algunos siguen la línea de análisis que ha presentado el terapeuta y otros la que ha presentado el supervisor. En esta última parte, de todos modos, la intervención del supervisor invitado es la central; presentada nuevamente en letra cursiva, con una extensión de cuatro carillas (sobre un total de 12), es la que cierra la reunión.

Es interesante observar la oposición entre esta intervención y el último segmento de la sesión. Mientras que el terapeuta se presenta como quien relata el caso a partir de las hipótesis que ha ido construyendo y lo interroga luego desde un ethos emotivo que, cercano a los padecimientos de la paciente, lo conduce a la duda, el supervisor invitado explicará el caso desde la teoría. Ese lugar, opuesto al del ethos sensible, es el que orienta su mirada. Por eso, la intervención final vuelve a ser construida desde la voz del saber, de un saber que se presenta cada vez más sólido: definiciones, clasificaciones, principios generales son los elementos a partir de los cuales se evalúa la sesión:

Green: Sí, ustedes lo saben bien. Una sesión es algo que debemos poder considerar en sí misma. Una sesión es una muestra, una especie de relevamiento que muestra, a la vez, la relación intersubjetiva y la relación intrapsíquica. Si leen literatura psicoanalítica actual verán que estamos constantemente divididos entre dos ópticas: cada vez que alguien habla de los procesos intersubjetivos, alguien dirá: "Ah, pero está lo intrapsíquico!" y cuando alguien hable de lo intrapsíquico otro dirá: "Ah, pero está la intersubjetividad y la relación de objeto!". La especificidad del análisis es que esos dos movimientos están fundidos en uno solo. Es decir que se trata de un proceso que podrá ser considerado sobre una faz o sobre la otra, pero es el mismo. [í] Lo que caracteriza esta sesión es lo estático. Lo que es importante en una sesión es lo que en Francia llamamos "el movimiento". No "los movimientos pulsionales", sino el movimiento en el seno de la sesión. [í] La segunda característica es la

saturación. Esta saturación, en este caso, es doble, sobre dos planos. El primer aspecto es el de las satisfacciones masoquistas, que son provistas por el marido. La segunda faz de la saturación es la referencia a la droga. [í]

Como se observa en el fragmento anterior, el supervisor discute la literatura psicoanalítica, se posiciona en el campo y a partir de allí caracteriza la sesión que le ha sido presentada. Retoma también en su intervención final el rol de prescriptivo que había manifestado anteriormente, en este caso para indicar cómo debería haber sido encarada la terapia:

A causa de esta saturación y a causa de esta organización enquistada, es muy claro para mí que hay que hacer una elección: o bien consideramos que nos equivocamos tomando esta paciente en análisis, y no quiero decir que hagamos una psicoterapia acostada, pero renunciamos a una actitud interpretativa; o bien tratamos igualmente de movilizar lo inconciente en la transferencia.

En el mismo sentido, el supervisor experto hace observaciones al terapeuta, tanto en cuanto a sus interpretaciones (¿Si hubiera habido algo para interpretar, yo lo hubiera interpretado en la transferencia. Le hubiera dichoí .ö) como a la incidencia en ellas de la dimensión emotiva:

De otra manera, ¿qué es lo que muestra la táctica interpretativa? Que la analista se dejó seducir por la intensidad masoquista de las posiciones de la paciente, en un movimiento de identificación con su paciente. Pero de identificación con las defensas de la paciente, porque es la identificación con la postura de víctima de ella. Entonces, queremos õhacerle bienö.

La intervención del supervisor se cierra, cerrando también el escrito, con una acentuación de la dimensión pedagógica, que plantea el problema en relación con la técnica analítica e inscribe la participación experta en una serie de tratamientos de casos:

Entonces es claro que la dificultad está en: ¿cómo hacer que la paciente entienda un poco de todo esto que yo puedo explicarles acá, porque tengo tiempo? Esto es

un problema de técnica analítica. Espero que al finalizar la semana sepan un poco más sobre eso.

4- Reflexiones finales

A lo largo del trabajo, hemos caracterizado dos géneros propios de las prácticas de formación profesional en Psicoanálisis derivados de producciones orales: el material clínico, producto de sesiones, destinado a una supervisión no pública y el material clínico presentado ante pares y ante un supervisor experto cuyas palabras, proferidas en una reunión clínica, se integran a un escrito que es publicado. Ambos dan cuenta de una experiencia profesional en la que han participado el terapeuta y su paciente, en un género, y que se completa, en el otro, con las observaciones de colegas y del supervisor. El estudio nos permite observar, en cuanto a la relación de esta comunidad con la escritura, que los grupos que la practican y requieren atribuyen a esos textos la función de habilitar formas de transmisión de saberes y de reflexiones colectivas tanto sobre un caso y su relación con la teoría como sobre la misma práctica analítica.

Los escritos revelan un nivel de planificación alto, aún cuando algunos están previstos para una circulación restringida, que no prevé su publicación. Y revelan también que la intervención del escritor sobre su escrito ha buscado adecuarlo a las exigencias retóricas que la comunidad ha elaborado para esa situación, las cuales se manifiestan en un grado de cristalización importante. Estas demandan un relato que ubique al paciente (con mayor o menor recorrido histórico, según el género), que ofrezca la palabra de paciente y terapeuta dicha en situación y que incluya apreciaciones de este último, emotivas y diagnósticas, con mayor o menor grado de explicitación, también según el género. En el segundo grupo de textos analizados se debe dar, además, un lugar privilegiado a la interpretación del supervisor.

El análisis nos permite apreciar la importancia de la dimensión argumentativa de los géneros abordados. Si bien los discursos narran la historia del paciente y la de la terapia, la orientación argumentativa configura dichos relatos. Por otra parte, la argumentación se despliega en los segmentos comentativos del analista y ocupa el frente de la escena en la intervención del supervisor. Lo que está en juego óy de allí su incidencia en la producción de conocimientos- es el contraste de puntos de vista. El terapeuta que asume el estatuto de profesional en formación parte de una postura ya adoptada ante el caso que expone al experto, de quien espera su palabra; es esa confrontación la que genera un

aprendizaje para el profesional, tanto en la situación de supervisión personal como en la reunión clínica. La discursividad muestra a un profesional que se interroga sobre un caso, del que es uno de los protagonistas, y ante el cual sus respuestas no resultan suficientes. La representación de la construcción del conocimiento que se exhibe requiere contemplar otras respuestas para el mismo problema; la formación profesional, así, moldea una imagen de terapeuta para quien sus propias certezas no resultan clausurantes, sino que busca confrontarlas con otras miradas, en el marco de una relación con roles jerárquicamente diferenciados. El escrito, en ambas situaciones, registra el punto de partida previo al intercambio y, en el segundo caso, la devolución del supervisor.

En este sentido, estas prácticas propias del campo psicoanalítico resultan elocuentes en cuanto a los mecanismos que reclama la formación profesional: la interrogación de prácticas y de teorías, la confrontación con pares y expertos y -a diferencia de la formación estrictamente académica en la que el ethos intelectual es el rasgo privilegiado del tipo de subjetividad que la práctica requiere (Pereira y di Stefano, 2009)- en este caso, la atención a los modos en que el sujeto se compenetra con las situaciones que enfrenta en su vida profesional cotidiana demanda considerar la alternancia de miradas desde un ethos emotivo y uno teórico.

Bibliografía

- Allouch, Jean (2008). *Marguerite o la Aimée de Lacan*, Buenos Aires: Cuenco de Plata.
- Arnoux, Elvira (dir.) (2009). *Escritura y producción de conocimiento en las carreras de posgrado*. Buenos Aires: Santiago Arcos.
- Beacco, Jean-Claude (2004). Trois perspectives linguistiques sur la notion de genre discursif. *Langages*, 153, 109-119.
- Bertrand, Michèle y Jean-Louis Baldacci (1998). Argument. *Revue Française de Psychanalyse*, LXII, 3, «Le narratif», 709-711.
- Bourdieu, Pierre (2003). El mercado cultural de los bienes simbólicos. *Creencia artística y bienes simbólicos* (pp.85-154). Córdoba: Aurelia Rivera.
- Bronckart, Jean Paul (2004). Les genres de textes et leur contribution au développement psychologique. *Langages*, 153, 98-108.

- Doquet-Lacoste, Claire (2009). Écrits intermédiaires, écritures intermittentes. Carnets, notes, brèves de science. *Langage et société*, 127, «Écritures scientifiques. Carnets, notes, ébauches», 7-22.
- Freud, Sigmund (1993 [1937]). Construcciones en psicoanálisis. *Obras completas*, Vol. XIX (pp. 3365-3374). Buenos Aires: Hispamérica.
- (1993). Lo inconsciente. *Obras completas*, Vol. XI (pp. 2061-2082). Buenos Aires: Hispamérica.
- (1993). El «Moisés» de Miguel Ángel. *Obras completas*, Vol. X (pp. 1876-1891). Buenos Aires: Hispamérica.
- (2008). *Relatos clínicos*. Buenos Aires: Debolsillo.
- Jolles, André (1972 [1930]). *Formes simples*. Paris: Seuil.
- «Katia» (1995). *Psicoanálisis*. ApdeBA, Vol. XVII (1), «Diálogos clínicos con André Green», 101-115.
- Maingueneau, Dominique (2002a). Analysis of an academic genre. *Discourse Studies*, Vol. 4 (3), 319-342.
- (2002b). Problèmes d'ethos. *Pratiques*, 115-114, 55-67.
- (2006). Os discursos constituintes. *Cenas da enunciação*. San Pablo: Parábola editorial.
- Meyer, Michel (2009). *Principia Rhetorica. Une théorie générale de l'argumentation*. Paris: Fayard.
- Parodi, Giovanni (2008). Géneros del discurso escrito: hacia una concepción integral desde una perspectiva sociocognitiva. En Parodi (ed.) *Géneros académicos y géneros profesionales*. Valparaíso: Ediciones Universitarias de Valparaíso.
- Parret, Herman (1995). *Las pasiones. Ensayo sobre la puesta en discurso de la subjetividad*. Buenos Aires: Edicial.
- Pasqualini, Gerardo (2008). *La escritura de la clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Pereira, Cecilia y Mariana di Stefano (2009). Representaciones acerca de la tesis doctoral en las reescrituras de la Introducción. Un estudio de caso. En Arnoux, E. (dir.) *Escritura y producción de conocimiento en las carreras de posgrado* (pp.209-226). Buenos Aires: Santiago Arcos.
- Perelman, Chaïm y Lucie Olbrechts Tyteca (1989 [1958]). *Tratado de la argumentación. La nueva retórica*. Madrid: Gredos.

Plantin, Christian (1993). Lieux communs dans l'interaction argumentative. En Plantin, Ch. (dir) *Lieux communs. Topoi, stéréotypes, clichés* (pp.480-494). Paris : Kimé.

Psicoanálisis (1995). ApdeBA, Vol. XVII (1), «Diálogos clínicos con André Green».

Rabatel, Alain (2004). L'effacement énonciatif dans les discours rapportés et ses effets pragmatiques. *Langages*, 156, «Effacement énonciatif et discours rapportés», 3-17.