

septiembre 11, 2003

Horst Kächele & Helmut Thomä (Eds)

Teoría y Práctica del Psicoanálisis

Tomo 3 Investigación

Traducción: María Isabel Fontao

Ulm 2002

<http://sip.medizin.uni-ulm.de/>

0. Comentario Preliminar

1. Problemas Teórico - Científicos y Metodológicos de la Investigación Clínico - Psicoanalítica

H. Thomä & H. Kächele

1.1. Introducción

1.2. Hermenéutica y Psicoanálisis

1.3. Los Límites del punto de vista Hermenéutico

1.4. Sobre la Relación de la Práctica Interpretativa del Psicoanálisis con sus Teorías Explicativas

1.5. Interpretaciones Generales e Históricas

1.6. Descripción, Explicación y Pronóstico en el Psicoanálisis

1.7. Circularidad y Self-fulfilling Prophecy

1.8 Bibliografía

2. Acerca del Significado del Historial Clínico en la Investigación Clínico - Psicoanalítica

Horst Kächele

2.1. Investigación Psicoanalítica

2.2. Los Historiales de S. Freud como Paradigma Metodológico

2.3. La Personalidad Única como Objeto de Investigación en las Ciencias Sociales

2.4. Del Historial Clínico al Estudio de Caso Único

2.5. Bibliografía

3. El Tratamiento Analítico de Amalie X

3.1. Quién es Amalie X

Helmut Thomä & Horst Kächele

3.2. Las Primeras Sesiones

Merton Gill & Irwin Hoffman

3.3. El Protocolo Original de la Segunda Sesión

3.4. El Curso de la Terapia Psicoanalítica

Horst Kächele, Almuth Schinkel, Brunhild Schmieder, Helmut Thomä

3.4.3.01. Sesiones 1 a 10	3.4.3.02. Sesiones 26 a 30	3.4.3.03. Sesiones 51 a 55	3.4.3.04. Sesiones 76 a 80
3.4.3.05. Sesiones 101 a 105	3.4.3.06. Sesiones 126 a 130	3.4.3.07. Sesiones 151 a 155	3.4.3.08. Sesiones 177 a 181
3.4.3.09. Sesiones 202 a 206	3.4.3.10. Sesiones 221 a 225	3.4.3.11. Sesiones 251 a 255	3.4.3.12. Sesiones 282 a 286
3.4.3.13. Sesiones 300 a 304	3.4.3.14. Sesiones 326 a 330	3.4.3.15. Sesiones 351 a 355	3.4.3.16. Sesiones 376 a 380
3.4.3.17. Se. 401 a 404 & 406	3.4.3.18. Sesiones 421 a 425	3.4.3.19. Sesiones 444 a 449	3.4.3.20. Sesiones 476 a 480
3.4.3.21. Sesiones 502 a 506	3.4.3.22. Sesiones 510 a 517		

3.5. Foco y Transferencia

3.6. Los Sueños de Amalie

3.7 El psicoanalista como Yo auxiliar y como "representante" en el diálogo terapéutico

3.7.1 Introduction

3.7.2. Recortes ejemplificadores de un tratamiento psicoanalítico

3.7.3 Síntesis del recorte de las cinco sesiones

3.7.4 Un diálogo psicoanalítico con comentario -

Síntesis de las cinco sesiones del recorte de tratamiento 3.7.6 Diálogo psicoanalítico

3.7.7 La identificación con el psicoanalista como objeto transferencial y sujeto con función creadora

4. Investigación sistemática sobre el proceso psicoanalítico

4.0 Métodos y resultados.

Horst Kächele, Erhard Mergenthaler, Helmut Thomä

4.0.1 Fundamentos psicoanalíticos del programa de investigación de Ulm

4.0.2 Metodología de investigación y descubrimientos - El Banco de Textos de Ulm (BTU)

4.0.3 Los cuatro niveles

4.0.4 Nuevas orientaciones e interrogantes

4.0.5 Referencias

5. Bibliographia

A-D

E-K

L-R

S-Z

0. Comentario Preliminar

El objetivo del tercer volumen de *Teoría y Práctica del Psicoanálisis* es documentar nuestros esfuerzos investigativos de muchos años. Pasó mucho tiempo hasta que nos decidimos a documentar este trabajo inacabado y siempre inconcluso, de modo tal que transmitiera el carácter procesual de este emprendimiento y la invitación a nuevos esfuerzos sistemáticos.

El último impulso para ello fue la invitación que recibió el grupo de trabajo de Ulm de parte de Hartvig Dahl al Forum George Klein 1997 en el marco del Midwinter Meeting de la American Psychoanalytical Association. En esa ocasión, el autor "Senior" del grupo de Ulm dejó constancia del rol que su participación responsable jugó en el éxito del emprendimiento: en el estado actual de la investigación de proceso psicoanalítico no es posible prescindir de la abierta y decidida cooperación del analista tratante. La actual controversia acerca del curso y resultado del caso de estudio americano "Mrs. C." da prueba de este punto con toda claridad (ver Bucci 1997).

El volumen, que ya se halla en la Home Page del Departamento de Psicoterapia de Ulm (<http://sip.medizin.uni-ulm.de>), se estructura según dos perspectivas:

En primer lugar se incluyen dos decisivos estudios preparatorios que discuten problemas científicos y metodológicos (Capítulos 1 y 2).

En segundo lugar se proporciona una síntesis clínica de la terapia psicoanalítica de la paciente Amalie X, que, como ya es evidente en el segundo volumen de *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*, ha devenido un caso prototípico del grupo de Ulm (Capítulo 3).

Finalmente se presentan los estudios empíricos llevados a cabo sobre el caso ejemplar. Los resultados de estos estudios sólo se publican en idioma inglés, puesto que consideramos que esta "lingua franca" de la investigación es una característica esencial de la comunidad científica. Es por ello que esta parte del reporte es por principio inconclusa: este informe debería ser a la vez una invitación a que otros colegas pongan a prueba sus preguntas y métodos sobre este documento único. Los nuevos hallazgos investigativos pueden integrarse en la arquitectura abierta de un entorno "http".

Todos los títulos y subtítulos subrayados puede ser activados directamente.

septiembre 11, 2003

Los Capítulos 1, 2 y 3 se han traducido al idioma alemán, inglés, español y ruso; el capítulo 4 se publica sólo en idioma inglés.

Este volumen está dedicado a la paciente Amalie X. Sin su consentimiento para la utilización de los protocolos textuales en esta investigación nuestro trabajo no hubiera sido posible. Agradecemos también a la Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), que durante muchos años patrocinó generosamente este trabajo.

Ulm, diciembre de 1999.

Horst Kächele

Helmut Thomä

Comentario de la Traductora

El tercer volumen de *Teoría y Práctica del Psicoanálisis* representa un desafío para cualquier traductor. En efecto, el presente texto es el resultado de un ambicioso proyecto concebido y coordinado por H. Kächele y H. Thomä, desarrollado a lo largo de varios años y sin embargo aún "en proceso", necesariamente polifacético. "Problemas Teórico - Científicos y Metodológicos de la Investigación Psicoanalítica" es un complejo textual de inusual abstracción y por momentos erudito, con múltiples referencias a autores provenientes de distintas áreas y tradiciones del conocimiento filosófico y científico. La complejidad de los valiosos contenidos a transmitir se refleja en el estilo de transmisión, algo intrincado, tal vez no siempre amable para con el lector. "Acerca del Significado del Historial Clínico en la Investigación Clínico - Psicoanalítica" logra una adecuada síntesis entre las preguntas fundamentales que la ciencia dirige al psicoanálisis, por un lado, y el recorrido histórico de la obra freudiana que articula sus posibles respuestas, por el otro. La claridad del planteo toma cuerpo a través de una escritura afable, puesta al servicio de la transmisión del mensaje. Finalmente, "El Tratamiento de Amalie X" se aboca a la difícil y loable tarea de desvelar el acontecer de una terapia psicoanalítica; lo logra mediante un lenguaje llano, descriptivo, que prepara el terreno para su posterior examen en el capítulo siguiente. Así, las tres secciones representan unidades independientes y claramente perfiladas cuya imbricación termina revelándose, en movimiento circular, hacia el final de la lectura.

Característica central de la obra de H. Kächele y H. Thomä es, sin duda, la "construcción de puentes": entre distintas tradiciones psicoanalíticas, entre teoría y empiria, entre investigación y praxis. La labor del traductor, por su parte, consiste básicamente en tender puentes entre idiomas y horizontes culturales de lectura. Por la confianza depositada en mi persona en la realización de esta enriquecedora tarea, mi agradecimiento a los autores de este volumen. Asimismo, mi reconocimiento al Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD), que mediante el otorgamiento de una beca doctoral posibilitó mi estrecha colaboración con el grupo de Ulm.

María Isabel Fontao

1. Problemas Teórico - Científicos y Metodológicos de la Investigación Clínico - Psicoanalítica

*Helmut Thomä & Horst Kächele*¹

1.1. Introducción

1.2. Hermenéutica y Psicoanálisis

1.3. Los Límites del punto de vista Hermenéutico

1.4. Sobre la Relación de la Práctica Interpretativa del Psicoanálisis con sus Teorías Explicativas

1.5. Interpretaciones Generales e Históricas

1.6. Descripción, Explicación y Pronóstico en el Psicoanálisis

1.7. Circularidad y Self-fulfilling Prophecy

1.1. Introducción

En los últimos años se ha producido abundante literatura acerca del estatus científico del psicoanálisis. En la planificación y realización de los proyectos de investigación se volvió imprescindible definir la postura propia y su relación con otras interpretaciones acerca del estatus de la teoría y la práctica psicoanalítica. Aquí nos proponemos abordar especialmente los puntos de vista que tienen consecuencias sobre la planificación de investigaciones y sobre los métodos de las mismas. Si el psicoanálisis debe ser clasificado como ciencia nomotética o ideográfica, ciencia natural, ciencia humana o social o como una "behaviorial science", es una pregunta académica poco interesante en la medida en que no tiene consecuencias relevantes ni para la investigación ni para la práctica.

¹Thomä H, Kächele H (1973) Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Psyche* 27: 205-236, 309-355

Hay muchas razones por las cuales el psicoanálisis cayó en medio de determinadas discusiones, y quisiéramos mencionar algunas de ellas. El psicoanálisis comparte sus problemas epistemológicos con todas aquellas ciencias que investigan el comportamiento humano y sus motivaciones psicosociales en el campo interpersonal, y que a la vez deben tomar en consideración el rol del observador y su efecto interpretativo sobre la situación en estudio como factor central. Al superar la descripción *comprehensiva* de los fenómenos y erigir teorías *explicativas* sobre las observaciones obtenidas, el psicoanálisis se mueve en campos epistemológicos limítrofes. Por ello, quisiéramos señalar que prácticamente no hay escuela filosófica moderna que no se haya ocupado del psicoanálisis y de su metodología de investigación. El psicoanálisis es un objeto de discusión tan interesante para los representantes de la "unity of science", de la teoría de la ciencia analítica y lógico - empírica, como para los adeptos de la corriente dialéctico - hermenéutica en la filosofía y la sociología. Es de destacar que el psicoanálisis no se somete a la pretensión universalista hermenéutica ni se deja apresar en el lecho de Procusto del método científico único de la "unity of science". Por lo tanto, no puede asombrarnos que los representantes de la "unity of science" cuestionen las explicaciones psicoanalíticas - en tanto sólo pueden probarse en el contexto interpretativo -, mientras que los otros aducen que el psicoanálisis "explicativo" no es suficientemente hermenéutico. Es tentador reaccionar al discurso crítico del psicoanálisis preguntando por qué debería creerse en la jurisdicción de una u otra forma de ciencia única.

Pero no es nuestra intención elucidar psicoanalíticamente la pretensión de unidad científica universal, de modo de tener la última palabra con una argumentación psicológica. Más bien nos ocuparemos de tornar útiles para el psicoanálisis los múltiples esfuerzos de la discusión en torno de él. La aplicación de los criterios científicos (en el sentido de la teoría de la ciencia empírico - analítica) de replicabilidad, objetivación y corroboración presenta problemas particulares que se discuten desde hace largo tiempo en el seno del psicoanálisis. El campo de fuerzas de la discusión de dichos problemas se caracteriza por dos extremos que de acuerdo con su distribución y valoración pueden localizarse bien en el dominio anglo - americano o bien en el franco - germano. Mientras que entre nosotros los esfuerzos en pos de hacer del psicoanálisis una ciencia experiencial controlable son tildados de positivistas y frecuentemente rechazados con demasiada ligereza, en el círculo de la ciencias sociales

behavioristas se deja de lado la comprensión como elemento constitutivo del diálogo. Si en el psicoanálisis, siguiendo a Radnitzky (1970, p. XXXV), la comprensión está mediada por la explicación, corremos el peligro de simplificar su modelo al acentuar excesivamente un aspecto en detrimento del otro. Para el psicoanálisis, en tanto ciencia operativa ligada fuertemente a la teoría, las diferentes posturas acarrearán importantes consecuencias prácticas para el tratamiento y la investigación. La propia historia del psicoanálisis muestra, incluso en las discusiones más recientes, cuán indefinida e insegura es su autoconcepción [Selbstverständnis] como ciencia.

1.2. Hermenéutica y psicoanálisis

Enfocaremos críticamente los puntos de vista hermenéuticos relevantes para la técnica interpretativa del psicoanálisis, basándonos especialmente en los trabajos de Apel (1955, 1965, 1971), Gadamer (1965, 1971), Habermas (1967, 1968, 1971) y Radnitzky (1970). La limitación temática a las relaciones entre la doctrina interpretativa hermenéutica y la psicoanalítica determina nuestra selección de la literatura, así como nuestra distancia crítica hacia ella. Esta resultó de la consideración de argumentos filosóficos y epistemológicos tratados también en *La Disputa del Positivismo en la Sociología Alemana* (Adorno 1969), que pueden ser útiles para solucionar determinados problemas metodológicos en el psicoanálisis. Dentro del marco establecido, nos conformamos con tomar aquellos aspectos de la hermenéutica que - desde la perspectiva de la historia de las ideas - se acercan a la técnica interpretativa del psicoanálisis a través de la psicología "comprensiva".

Con el objeto de garantizar un entendimiento común daremos una descripción definitoria sustentada en la exposición de Radnitzky. La designación "hermenéutica"², introducida a comienzos del siglo XVII, designa el procedimiento de interpretar textos ("una doctrina del arte de elucidar textos"). En la griega Technai Logikai ("Artes sermonicales"), la hermenéutica estaba

² Nombro mis pensamientos a través de palabras, expongo, interpreto, explico, traduzco. Asumimos que existe también una relación etimológica entre hermenéutica y Hermes. Porque Hermes, el dios del comercio, tenía en tanto mensajero de los dioses tareas de intérprete, tenía que traducir sus mensajes. Agradecemos al Prof. Dr. K. Gaiser, de la Universidad de Tübingen, además de otras indicaciones enriquecedoras, la aclaración filosófica de que la relación entre Hermes y hermenéutica se sustenta en una etimología popular, en una semejanza casual de las palabras. *Hermeneuo* proviene de una raíz que significa precisamente hablar.

emparentada cercanamente con la gramática, la retórica y la dialéctica. Aún hoy, la hermenéutica se vincula con la enseñanza normativa de la lengua. Trata de una explicitación ("elucidación de conceptos a través de experimentos del pensamiento") que se mueve en el así llamado círculo hermenéutico a través de una precomprensión [Vorverständnis] del significado total y de la exploración de los contextos de situación supuestos; alude al interjuego infinito entre la comprensión del todo y la comprensión de las partes, es decir, entre la precomprensión (subjetiva) y la comprensión (objetiva) del objeto. Este círculo implica una corrección de la retroalimentación entre la existencia transitoria del texto como totalidad y la interpretación de sus partes.

El desarrollo de la hermenéutica se vio influenciado esencialmente por la exégesis de la Biblia, lo cual hablaría del trasfondo teológico de la discusión actual. La discusión de los teólogos con la doctrina de la hermenéutica se documenta entre otros en el principio de Schleiermacher, según el cual al comienzo habitualmente no se logra comprender sino malentender, con lo cual el problema de la comprensión se presentó como un tema de la epistemología (doctrina del saber y teoría del conocimiento): debemos saber, es decir, tener una precomprensión para poder investigar algo. El planteo hermenéutico halló su expresión más clara en las genuinas ciencias humanas, las filologías interpretativas de los textos, cuya pregunta básica es ¿qué sentido, es decir, qué significado tuvo y tiene este texto?

Con el paso de la elucidación de textos antiguos a la pregunta por su significación actual se introduce la dimensión histórica en la hermenéutica. En vez de legar y transmitir la tradición en forma precrítica y dogmático - normativa, la ciencia humana de la hermenéutica se propone más bien transmitir la tradición en el marco de una comprensión crítica de sí misma y de la historia³. La hermenéutica se convierte así en un instrumento de las ciencias humanas. Albert (1972, p. 15) subraya que se trata de una tecnología de la interpretación a la que subyacen suposiciones tácitas sobre las leyes del conocimiento de las ciencias humanas. Recién a través de Heidegger y sus discípulos el pensamiento hermenéutico fue "elevado a una perspectiva universal con aspiraciones ontológicas particulares" (Albert 1971, p. 106) que ha influenciado

³ Entre ciencias humanas y psicoanálisis existen múltiples relaciones, con las que mi amigo el Dr. Phil. Walter Schmitthener, profesor de historia antigua en la Universidad Freiburg me interiorizó. A él agradezco (H. Th.) también la indicación sobre la colección "Geschichte und Psychoanalyse", Köln, prologada y editada por H.U. Wehler (1971).

significativamente la propia concepción de las ciencias humanas y sus posturas metodológicas.

Una línea teórica conduce de la hermenéutica filológica, teológica e histórica a la psicología comprensiva. Las exigencias de empatizar, de "ponerse en el lugar de" - se trate de un texto o de la situación de un semejante - conforman el común denominador que vincula a la psicología comprensiva con las ciencias humanas. El asumir las vivencias del otro es también una de las precondiciones que posibilitan el proceso terapéutico psicoanalítico. Introspección y empatía son características esenciales de las reglas técnicas complementarias de la "asociación libre" y la "atención libremente flotante". La frase "El comprender es siempre una identificación del yo y del objeto, una reconciliación de aquello que - de no mediar la comprensión - estaría separado; lo que no comprendo me es ajeno y otro", que traducida en términos contemporáneos podría provenir de un psicoanalista que se ocupa de la esencia de la empatía (ver por ej. Greenson 1960, Kohut 1959), pertenece a Hegel (cit. en Apel 1955, p. 170).

Kohut (1959, p. 464) enfatiza que Freud tornó utilizables la introspección y la empatía como instrumentos científicos para la observación sistemática y el descubrimiento. Entre la situación psicoanalítica y la hermenéutica general se establecen relaciones en una doble dirección. El psicoanalista accede a conductas actuales incomprensibles de un paciente a través de la persecución de su desarrollo. Aquí tiene lugar la comprensión histórico - genética, la comprensión de fenómenos psicológicos o psicopatológicos en su nexos más estrecho con una biografía. Con ello se tematiza el problema de la relación de la parte con el todo y viceversa, y de su elucidación. La interpretación comienza, según Gadamer, "allí donde el sentido de un texto no puede comprenderse directamente. Debe interpretarse allí donde no se quiera creer lo que la apariencia representa directamente. Así, el psicólogo interpreta al no dejar prevalecer el significado intencional de confesiones biográficas y al repreguntar qué sucedió en el inconsciente. De igual modo, el historiador interpreta los hechos de la tradición para llegar al verdadero sentido que se encuentra detrás, que se expresa y a la vez se oculta en aquéllos" (1965, p. 319).

Gadamer pareciera considerar aquí a un psicólogo que ejerce la psicoterapia psicoanalítica; su descripción caracteriza los interrogantes de la psicología profunda. Fue justamente lo incomprensible, la aparente falta de sentido de los

fenómenos psicopatológicos lo que, a través del método psicoanalítico, pudo ser reconducido hasta sus condiciones de surgimiento y comprendido. Ahora bien, no es un detalle sin importancia el que según Gadamer, el caso de la deformación o escritura críptica plantea uno de los problemas hermenéuticos más difíciles. Aquí, la hermenéutica filológica se topa posiblemente con un límite similar a aquel que ya la psicología comprensiva - en la forma de la psicopatología descriptiva de K. Schneider - no pudo superar. Es un hecho de la historia de la ciencia que ni la comprensión estática ni la genética en el sentido de Jaspers aportaron a la psicogénesis de los síntomas neuróticos y psicóticos o a su psicoterapia. Por ello, debemos preguntarnos por qué medios el método psicoanalítico aportó una ampliación significativa de la comprensión. ¿Consiste el psicoanálisis en tanto método en una ciencia especial hermenéutica e interpretativa - con algunos añadidos? ¿Consiste en una adaptación de las reglas tradicionales de la interpretación a las circunstancias específicas de la psicopatología o de la relación psicoterapéutica médico - paciente? ¿Debemos buscar la diferencia en la praxis o - desde la perspectiva de la historia de la ciencia - se trata de un novum, de un paradigma teórico explicativo original en el sentido del historiador de la ciencia Th. Kuhn (1967), que logró crear nuevas posibilidades técnicas de la interpretación comprensiva?

Sin duda que estas nuevas posibilidades técnicas, en especial las técnicas terapéuticas, se caracterizan por el hecho de que a través del supuesto del inconsciente las reglas de interpretación filológicas e históricas adquirieron una dimensión más profunda. En ese sentido podría denominarse a la técnica interpretativa del psicoanálisis como "hermenéutica profunda", como lo hacen Habermas y Lorenzer. Según Habermas, la interpretación psicoanalítica se ocupa de las conexiones simbólicas en las cuales un sujeto se engaña acerca de sí mismo. La *hermenéutica profunda* que Habermas contrapone a la filológica de Dilthey se refiere a textos que revelan autoengaños del autor. Además del contenido manifiesto (y de las comunicaciones asociadas a él, indirectas pero intencionales) en tales textos se documenta el contenido latente de una parte de las orientaciones del autor a la cual él no puede acceder, que es ajena y propia a la vez (1968, p. 267). Si en este contexto la hermenéutica profunda aparece como proceso que marca la abolición de la alienación [Entäusserung], en otro lugar el mismo Habermas estipula como tarea específica de esta hermenéutica no restringida al proceder filológico la combinación de análisis del lenguaje con la investigación psicológica de las relaciones causales (1968, p. 266).

Como veremos, el objeto y el método del psicoanálisis y especialmente su comprobación científica por medio de la experiencia se diferencian sustancialmente de la hermenéutica filológico - teológica o del análisis del lenguaje, de modo que el parentesco que la denominación "hermenéutica profunda" establece entre ambos resulta excesivamente cercano. Freud adoptó ciertamente una postura comprensiva: "Hablaba con los pacientes y creía lo que ellos le decían. Pero en vez de utilizar métodos objetivos desarrolló métodos adecuados a los fenómenos que vio, y estos métodos demostraron ser transmisibles. Es decir que surgió un tipo de metodología científica que no hubiera surgido si previamente los fenómenos no hubieran sido vistos por una persona dotada del maravilloso don de asumir los fenómenos y de una capacidad de comprensión muy crítica, una mente muy metódica" (Weizsäcker 1971, p. 301).

1.3. Los límites del punto de vista hermenéutico

La digresión acerca de la hermenéutica ha servido para ubicar a la técnica interpretativa psicoanalítica en un contexto histórico - científico más amplio. Hemos soslayado en parte el hecho de que la situación psicoanalítica conlleva reglas de técnica interpretativa muy especiales, razón por la cual se diferencia en sus interpretaciones de todas las escuelas y corrientes hermenéuticas. Es cierto que también en la hermenéutica filológica e histórica la relación entre intérprete y texto se describe como una forma de diálogo, como una especie de conversación. Pero es evidente que a diferencia del paciente que interactúa con su médico, el texto no puede hablar ni tomar una posición de afirmación o negación activa.

Esta diferencia también se manifiesta en las dificultades metodológicas que se presentan en una disciplina biográfica psicoanalítica, puesto que, en efecto, "no es con el método psicoanalítico - que sólo puede ser utilizado en un ser viviente y en forma directa - sino armados con los conocimientos analíticos de los procesos anímicos", que deben hallarse las soluciones a los interrogantes biográficos (H. Deutsch 1928, p. 85). Asimismo, en su introducción al libro *Neurose und Genialität* Cremerius señala la limitación de principio de los esfuerzos hermenéuticos sobre el texto: "En el proceso de interpretación de

material, núcleo de la técnica, está ausente la cooperación entre el médico y el paciente; es decir que en este contexto falta sobre todo el control de los intentos interpretativos del médico por parte del paciente. Sin él, el proceso psicoanalítico carece de protección frente a especulaciones y equivocaciones así como ante la arbitrariedad y el adoctrinamiento" (1971, p. 18).

Podemos precisar la diferencia de principio entre la situación de interpretación de un texto y la psicoanalítica partiendo de que entre el médico y su paciente no sólo hay una interacción imaginaria como en el círculo hermenéutico, sino que existe a la vez una interacción real. De ello nace entre otras cosas la aspiración de brindar no sólo interpretaciones plausibles, sino la de desarrollar una teoría explicativa de la cual puedan derivarse indicaciones operativas que modifiquen la conducta. La percepción de la mente ajena, la comprensión, se integra de este modo a una nueva función. De la comprensión del sentido de un texto, sea correcta o falsa, no se derivan consecuencias para el texto; a fin de cuentas el intérprete permanece apresado en su mundo. Pero la cuestión de la posibilidad de percibir de la mente ajena tiene amplias consecuencias para el paciente a quien se trata de comprender. Desde la filosofía - especialmente Ricoeur (1970) - se ha puesto de relieve en los últimos años el aspecto del método psicoanalítico vinculado con la psicología comprensiva y la hermenéutica. Con ello, la diferencia entre la interpretación del texto y la técnica psicoanalítica corrió el peligro de borrarse. Al igual que Ricoeur, Lorenzer (1970) intenta fundamentar el conocimiento confiable de la mente ajena sobre una base hermenéutica y de psicología comprensiva. En él, esta tesis se integra a una fructífera revisión de la doctrina psicoanalítica de los símbolos y al intento de reinterpretar del trabajo psicoanalítico como trabajo inserto en el lenguaje, que trata de entender el surgimiento de los síntomas y la deformación del lenguaje como "excomunicación" de contenidos privados de la consciencia⁴ (ver Stierlin 1972). No abordaremos en este lugar estos aspectos de "destrucción y reconstrucción del lenguaje".

Por otro lado, su intento de vincular unilateralmente el método psicoanalítico con la comprensión escénica y la hermenéutica es tanto más llamativo, cuanto que el propio psicoanálisis fue utilizado como argumento en contra de la "pretensión universalista" de la hermenéutica filosófica en la discusión en torno

⁴ Comparar la exhaustiva reseña de Stierlin (1972).

de la misma (Gadamer). La "radicalización del punto de vista hermenéutico" a través de Lorenzer (1970, p. 7), nos conduce hasta los límites de la hermenéutica poniendo en evidencia sus principales debilidades. Discutir con Lorenzer nos brindará también la oportunidad de debatir acerca de la vinculación entre praxis interpretativa y teorías explicativas en el psicoanálisis. En las indagaciones siguientes partimos del hecho de que el psicoanalista cumple con determinadas premisas básicas y que el proceso de conocimiento se ve posibilitado a través de la empatía con la mente ajena. En la constitución de los procesos de conocimiento, siguiendo a Paula Heimann, no es posible exagerar la importancia de la imaginación: "Podemos imaginar qué siente y cómo siente y piensa un semejante; cómo percibe la angustia, la esperanza, la desesperanza, la venganza, el odio, el amor y los impulsos de muerte; qué representaciones, fantasías, deseos e impresiones, dolores corporales, etc., tiene, y cómo llena los mismos con contenido psíquico" (Heimann 1969, p. 9). Pero el psicoanalista quisiera comprender la mente ajena no sólo con ayuda de sus funciones yoicas, a las que Paula Heimann considera la parte esencial de un concepto débil de empatía, sino que está abocado a la búsqueda de un conocimiento más confiable de ella. Esto lo confronta a una pregunta cardinal de la investigación del proceso psicoanalítico y psicoterapéutico, porque la posibilidad de arribar o no a un conocimiento *confiable* de la mente ajena es - en esto acordamos con Lorenzer - una cuestión de vida o muerte para el psicoanálisis como disciplina científica.

Nuestra respuesta provisoria a esta pregunta es que el proceso psicoanalítico debe estar guiado por la comprensión, ya que de otra manera no se produce. La valoración del grado de confiabilidad de la comprensión nos conduce al problema de la verificación o falsación en el marco de las teorías explicativas; se plantea la cuestión de qué instancia decide si los fenómenos psíquicos y psicopatológicos y su significado genético fueron "comprendidos" correcta o erróneamente. La función de decidir acerca de la falsación o verificación ¿corresponde a la comprensión misma? En la concepción de sus representantes principales, la psicología comprensiva, a pesar no haber desarrollado un método de observación sistemática comparable al psicoanalítico ni haber establecido ninguna teoría general o específica de la psicogénesis, está supeditada a la comprobación por medio de hechos objetivos: "Un nexo comprensible no se asegura mediante una evidencia subjetiva o intersubjetiva, sino a través de datos objetivos". (Jaspers 1948, p. 251). Al contrario de Jaspers, Lorenzer (1970) cree que luego de ampliar la comprensión estática a una "comprensión escénica" es

posible introducir la vivencia de la evidencia como test decisivo de confiabilidad científica. Al desvincular las teorías explicativas de la situación psicoanalítica como casi ningún otro psicoanalista lo hace, retrotrae la confiabilidad del conocimiento casi en su totalidad a las vivencias de evidencia comprensivas.

Para Lorenzer, la comprensión escénica [szenisches Verstehen] y la evidencia adquieren junto a la comprensión lógica y la revivencia un lugar especial en el conocimiento psicoanalítico de la mente ajena. Arribamos así a una discusión acerca de la conceptualización psicoanalítica de hechos que no se agotan en la comprensión lógica o en la comprensión psicológica de la psicología de la consciencia. La comprensión escénica abarca tanto una gran cantidad de procesos intrapsíquicos en el analista y en el paciente, como procesos interhumanos de transferencia y contratransferencia. En la así llamada "comprensión escénica" se incluyen procesos inconscientes descritos a través de la regularidad de patrones de interacción (1970, p. 109). La confirmación de la comprensión se produce en el analista según la modalidad psíquica que bajo el término "vivencia de evidencia" [Evidenzerlebnis] también aparece en la comprensión lógica y psicológica. En la comprensión escénica la vivencia de evidencia está anudada a patrones de interacción, que permiten reconocer en los efectos más diversos la expresión de una misma disposición escénica.

Estos conceptos merecen estudiarse más pormenorizadamente dado que según Lorenzer el "hilo conductor" de la conducción del tratamiento se anuda a ellos, y por su intermedio se asegura la confiabilidad del conocimiento de la mente ajena. Con este rechazo del supuesto de que los pasos explicativos son parte integrante de la formación de la comprensión del analista, la fundamentación de los conocimientos psicoanalíticos a través de la pura psicología comprensiva adquiere - a través de Lorenzer - su expresión más consecuente y ejemplar. La tesis que él sustenta, según la cual la práctica psicoanalítica se despliega como un proceso puramente comprensivo, cerrado en sí mismo y sin pasos explicativos, supera la prueba decisiva - así lo cree Lorenzer - en la discusión de la innovación conceptual de la comprensión escénica. Sin duda es posible clasificar bajo este concepto elementos constituyentes del entendimiento psicoanalítico de la vida anímica ajena.

La comprensión escénica culmina en la evidencia: "La comprensión escénica transcurre análogamente a la comprensión lógica y a la revivencia: se afirma

en el analista a través de una vivencia de la evidencia" (p. 114). Se establece una correspondencia entre las vivencias de evidencia y las "buenas formas" percibidas. Así, Lorenzer intenta probar la confiabilidad de las vivencias de evidencia a través de puntos de vista gestálticos - esgrimidos con anterioridad por Devereux (1951), Schmidl (1955) y previamente por Bernfeld (1934) - para explicar el final logrado de la interpretación. Hay experiencias que desembocan en una convincente vivencia de comprensión súbita [Aha-Erlebnisse], posiblemente conjunta (una "covariancia del comportamiento") (K. Bühler 1927, p. 86). ¿Arriba la resolución del entendimiento en una forma pregnante a despejar la duda acerca de tales vivencias de comprensión súbita? ¿Cuál es la forma pregnante que puede transmitir una evidencia segura en el diálogo? Quizá podría integrarse en una teoría psicológica gestáltica⁵ aquella analogía en la que Freud compara la construcción interpretativa de una "escena" infantil con el encastre de los rompecabezas infantiles (S. Freud 1896a).

La teoría gestáltica de Kurt Lewin (1937) está especialmente cercana a la teoría psicoanalítica; sin embargo, dudamos de que a través de las descripciones de la psicología gestáltica las vivencias de evidencia ganen en confiabilidad (ver Bernfeld 1934). En S. Freud entretanto el *experimentum crucis* no es la "escena" completa sino - tal como puede extraerse del contexto de la cita - "la prueba terapéutica", o sea la modificación observable de la conducta. La comprensión complementaria de la "escena" - en 1896 se trataba de traumas sexuales infantiles - de ningún modo podía legitimarse a sí misma, sino que tenía que comprobarse en la - hipotéticamente necesaria - disolución del síntoma o en la "objetivación del trauma". La renuncia de Lorenzer a otras confirmaciones de los hallazgos tiene importantes consecuencias respecto de la pretendida confiabilidad. A veces surgen dudas acerca de cuán segura es la comprensión escénica (p. 163, p. 159) y en qué se sustenta la comprensión escénica en su aproximación al hecho original - a través de todas las falsificaciones del significado. La "comprensión escénica" se refiere a la teoría pulsional o motivacional psicoanalítica, a pesar de que Lorenzer rechaza el concepto de motivación para el psicoanálisis por considerarlo un cuerpo extraño en el psicoanálisis, en especial por su relación con el "comportamiento", pues teme

⁵ La teoría psicoanalítica está cercana a la teoría gestáltica de Kurt Lewin (1937). Nos parece altamente dudoso que a través de descripciones de la psicología gestáltica las vivencias de evidencia ganen confiabilidad (ver: Bernfeld 1934).

que excluya justamente la tarea propia del psicoanálisis⁶ (p. 27). Lorenzer no puede evitar hablar de "determinantes inconscientes del comportamiento", con lo cual él mismo invalida su polémica en contra de la utilización de los conceptos de motivación y comportamiento. No es necesario continuar argumentando aquí por qué esta postura no es sostenible; para ello remitimos a los trabajos de Mitscherlich y Vogel (1965) y de Rapaport (1967).

Por último, Loewald desarrolló la teoría pulsional psicoanalítica en dirección de una teoría de la motivación y sustentó la tesis de que la motivación personal es el supuesto fundamental del psicoanálisis (Loewald 1971, p. 99). En nuestra opinión, las motivaciones y sus supuestos bosquejos inconscientes se representan en la comprensión escénica en forma plástica y por medio de la imaginación. Paula Heimann describió de qué modo el psicoanalista, ayudado por su fuerza imaginativa, se sumerge y retrotrae a las escenas a que el paciente alude. Entretanto sabemos, a partir del descubrimiento freudiano de determinados contenidos de la realidad anímica, que las escenas, por lo menos tal como el paciente las recuerda, no tuvieron lugar. Lorenzer pareciera considerar este problema cuando habla de falsificaciones del significado [Bedeutungsverfälschungen]. ¿Qué tiene que decir a este respecto la tesis de que el psicoanalista debe aproximarse al suceso original *via* comprensión escénica? Más bien habría que establecer previamente la validez de la teoría del trauma en su forma primitiva no abreviada ("el suceso original"). Para la investigación empírica surgen las siguientes preguntas: si se definen los sucesos originales, es decir los traumas, de acuerdo con características externas, debería aspirarse a la objetivación de los sucesos hallados (S. Freud 1896, Marie Bonaparte 1945). Pero si por el contrario se considera el aspecto interno, psíquico, en la representación y deformación de vivencias o acontecimientos fuertemente cargados de afecto, la comprensión escénica de los mismos debería poder comprobarse en su reedición en la situación de tratamiento, esto es, examinando a fondo protocolos de tratamiento hasta hallar finalmente la reproducción de la escena completa en la situación psicoanalítica a través de "ensayos" del juego de la interacción y el lenguaje. Sin embargo, la búsqueda de sucesos originales, ya sea en el sentido de la vieja teoría del trauma o de las teorías psicoanalíticas posteriores, no es en absoluto un objetivo en sí mismo. Antes bien tiene que ver con afirmaciones teóricas, con hipótesis del tipo "si - entonces" que postulan que

⁶ Lorenzer no puede evitar hablar de "determinantes inconscientes de la conducta" (p.165), con lo cual concluye su propia polémica contra la utilización del concepto de motivo y conducta.

luego del levantamiento de la represión y de la elaboración, por ejemplo de los deseos incestuosos y de la amenaza de castración fantaseada en la neurosis de transferencia, se producirá una modificación de la conducta. En análisis exitosos rige el *tertium non datur*. Aquí es posible realizar investigaciones de proceso de verificación - falsación, que aportan mayor seguridad frente al error que las débilmente fundamentadas "vivencias de evidencia" gestáltico - psicológicas, cuya función es más heurística - de formulación de hipótesis - que de corroboración. Ya Dilthey había delegado la formulación de hipótesis tanto a la psicología "descriptiva" como a la "explicativa", si bien en diferentes partes del proceso de conocimiento: "Las psicologías descriptiva y analítica finalizan con hipótesis, en tanto que la explicativa comienza con ellas" (Dilthey 1894, p. 1342). La pregunta de hasta qué punto la aprehensión psicológico - descriptiva o psicopatológico - fenomenológica está guiada por hipótesis o de si el bosquejo teórico no dirige siempre con anterioridad la descripción e influye la elección de los fenómenos a describir, carece aquí de importancia. Basándose en Dilthey, también Kuiper incorporará en el desarrollo de la comprensión, como momento decisivo del proceso de conocimiento psicoanalítico, la formulación de hipótesis y con ello la necesidad de su comprobación.

De esta manera nos desplazamos hacia la cuestión de si el psicoanálisis es una psicología explicativa o comprensiva (Eissler 1968, p. 157). En virtud de las consecuencias metodológicas que de ello se derivan, debemos tratar aquí cómo se mezclan en el psicoanálisis la descripción comprensiva y la explicación. También Kuiper considera a sus trabajos de crítica histórica y teoría de la ciencia sobre psicología comprensiva y psicoanálisis como contribuciones para una reflexión metodológica del psicoanálisis (1964, p. 32): "Si uno no asume la psicología de que se vale, utiliza en forma desordenada todo tipo de métodos, formas de explicación y de pensamiento. Alterna entre "insights comprensivos" y construcciones que implican modelos; apenas diferencia entre conexiones establecidas por medio de empatía psicológica y especulaciones acerca de la teoría de las pulsiones; comprueba hipótesis en un campo con ayuda de argumentos que provienen del otro". Kuiper desconfía sobre todo cuando se otorga la última palabra a las vivencias de evidencia: "Las relaciones psicológicas no se confirman por medio de un sentimiento de evidencia, como se suele afirmar. Se pretendió reservar la prueba empírica para las relaciones básicas - por ejemplo enfermedades cerebrales orgánicas y demencia - y se dijo que para otras relaciones psicológicas, en sentido estricto, basta con un

sentimiento de evidencia. Esto es claramente erróneo. El que consideremos un nexo como evidente de ninguna manera significa que este vínculo también sea válido para aquel cuyo comportamiento o vivencia intentamos indagar. También aquí debe aportarse material de prueba para una explicación satisfactoria; en todo caso nuestro punto de vista debe estar siempre sustentado por exámenes empíricos. Si consideramos el sentimiento de evidencia como razón suficiente para suponer una relación, la psicología comprensiva deviene una fuente de error. La relación comprendida sigue siendo hipotética hasta tanto no quede demostrada en un caso determinado" (Kuiper 1964, p. 19).

También un autor como Kohut (1959), que otorgó un lugar central al significado de la introspección, subraya que los insights obtenidos por empatía requieren múltiples confirmaciones. Eissler por su parte califica enfáticamente al psicoanálisis de teoría explicativa por la misma razón: la evidencia subjetiva terminaría tanto con el planteo de preguntas para comprobar hipótesis como con el diálogo científico intersubjetivo, ya que la decisión reposaría en la evidencia individual y subjetiva. Si bien Eissler caracterizó al psicoanálisis como "*psychologia explanans*" y no como "*psychologia comprehendens*", asumiendo de ese modo una posición contraria al marcado énfasis en la comprensión de Kuiper, encontramos que ambos autores acuerdan en puntos metodológicos esenciales, ya que Kuiper y Eissler exigen en la misma medida una comprobación objetiva que debe ir más allá de la comprensión descriptiva del sentimiento de evidencia. Eissler parece tener en mente esta forma de comprensión cuando dice que podría transformarse en lo contrario de la explicación científica. Si los enunciados de la psicología comprensiva se comprobaran como hipótesis mediante descripciones precisas, el proceso de conocimiento se daría por concluido, tornando superfluo, de hecho, el planteo de otras preguntas científicas. Más bien creeríamos que - al igual que Kuiper - Eissler establece, al categorizar al psicoanálisis como *psychologia explanans*, la transitoriedad de las afirmaciones descriptivo - comprensivas y la necesidad de comprobación de las hipótesis. De su posible falsación se deriva que Eissler predice la modificación, es decir refutaciones parciales, de las teorías psicoanalíticas. Por esta razón - al igual que Rapaport - Eissler adjudica a determinadas partes de la teoría psicoanalítica un tiempo variable de subsistencia⁷. Por otro lado, el intento de Eissler de revivir la pulsión de muerte

⁷ El hecho de que Eissler intente resucitar a la pulsión de muerte (1971), declarada muerta en todas partes, se introduce sin contradicciones en su pronóstico, porque Eissler explicitó el significado psicológico de las afirmaciones ontológicas ocultas

(1971) - declarada muerta en todas partes - no contradice su pronóstico, porque Eissler explicitó el significado psicológico de las afirmaciones ontológicas ocultas en la hipótesis de la pulsión de muerte; en pocas palabras, Eissler se ocupa del significado psicológico - existencial de la muerte y no de su reducción a una pulsión.

Ahora sí creemos poder entender por qué en la historia de la psicoterapia y del psicoanálisis surge repetidamente la pregunta de si el psicoanálisis pertenece a las psicologías comprensivas o explicativas. Para Freud y otros importantes teóricos posteriores como Heinz Hartmann, David Rapaport y muchos más, la pretensión de haber producido por medio del psicoanálisis una teoría explicativa, una "ciencia natural de lo anímico" (Hartmann 1927, p. 13), implicaba en primer lugar la estricta exigencia "científico - natural" de la comprobación de hipótesis. En este sentido, el que las ciencias naturales experimentales y sus cánones contemporáneos ejercieran un padrinazgo llevó a que las argumentaciones científico - experienciales y en particular las psicoanalíticas no pudieran hacer valer su autonomía metódica. Sin embargo, la radicalización del punto de vista hermenéutico en modo alguno amplió la base científico - experiencial del psicoanálisis; por el contrario, la redujo a su mínima expresión. La amplia renuncia a la comprobación de hipótesis se compensa con una comprensión autárquica que se confirmaría en la sola evidencia. Como expresa Albert, posiblemente prevalece aquí - al igual que en Heidegger - el pasado teológico de la hermenéutica. La función heurística e impulsora del tratamiento que posee la comprensión - tal como expresaron autores de proveniencias tan dispares como Abel (1953), Albert (1968, 1971, 1972), Jaspers (1948), Kuiper (1964, 1965), Stegmüller (1969), Weber (1951) - queda fuera de discusión. Pero la comprensión escénica también está sujeta comprobaciones complementarias, razón por la cual Lorenzer no puede sostener su posición extrema.

Resulta particular el modo en que el propio Lorenzer ve fracasar su radicalización hermenéutica y el punto de su argumentación en que las teorías explicativas del psicoanálisis intervienen en la comprensión escénica. Sintéticamente, lo esencial de su argumentación es lo siguiente: habría un lugar que estaría protegido contra todo engaño del lenguaje teórico, esto es, la práctica

en la pulsión de muerte; brevemente, en Eissler se trata del significado psicológico - existencial de la muerte y no de su reducción a una pulsión.

psicoanalítica (p. 12). Si las inevitables escotomizaciones de los psicoanalistas no perturbaran la empatía, la comprensión escénica culminaría aquí en una operación ideal cerrada y libre de error (p. 198). Es decir que se da por sentado que habría un lugar absolutamente seguro de conocimiento de la mente ajena - la práctica psicoanalítica - si los puntos ciegos de los psicoanalistas no opacaran la comprensión escénica. El psicoanalista totalmente libre de escotomas - y aquí radica la consecuencia de la utopía psicológica para la teoría del conocimiento - sabría con absoluta seguridad qué vivencias de evidencia son verdaderas. Como en la práctica habitual la operación ideal del círculo cerrado de la comprensión nunca se alcanza, sólo es posible una vivencia de evidencia más o menos acertada. Con ello quedaría exclusivamente librado al juicio subjetivo decidir si un círculo comprensivo ha arribado a una conclusión convincente, cierta o errada. Según Lorenzer, el psicoanalista intenta superar los huecos en la comprensión originados a partir de los inevitables restos de escotomizaciones recurriendo en forma sustitutiva a la teoría explicativa, que lo ayuda a reencontrar el hilo de la comprensión (p. 198). Sin duda, la teoría puede ayudar a orientarse, y ello, en nuestra opinión, no sólo al final y como sustituto sino desde el comienzo. Pero el bastón teórico sólo podría conducir por el camino seguro del conocimiento de la mente ajena una vez que ya no debiese someterse a nuevas comprobaciones científicas por medio de la experiencia. Para Lorenzer parece ser suficiente que las teorías explicativas del psicoanálisis demuestren su capacidad de compensar puntos ciegos y de llevar a los círculos comprensivos interrumpidos a su culminación. En ello se presupone la validez de la teoría o bien se la confirma a través de la prolongación de la comprensión escénica subjetiva. Pero para hacer de la práctica psicoanalítica el lugar esencial de verificación de sus teorías explicativas - no sabríamos dónde si no allí podrían testearse en forma completa - no es posible sustentarse en un criterio único y, como vimos, inseguro. La radicalización del punto de vista hermenéutico y con ello el extremo rechazo de toda objetivación no pueden servir como hilo conductor en la práctica y mucho menos en la ciencia.

1.4. Sobre la relación de la práctica interpretativa del psicoanálisis con sus teorías explicativas

La observación final de la última parte tiene gran alcance: decíamos que las teorías explicativas psicoanalíticas no podían demostrarse científicamente en

forma definitiva sino en la propia práctica psicoanalítica. Sin aplicar el método psicoanalítico y fuera de la situación terapéutica sólo pueden testarse las partes de la teoría que no están supeditadas a la particular relación bipersonal como base experiencial, cuyas afirmaciones no se refieren directamente a la práctica terapéutica⁸.

Según Rapaport (1960), la mayor parte del material experimental de prueba para la teoría psicoanalítica (ver Sears 1943, Hilgard 1952) puede ser puesto en duda porque "la gran mayoría de los experimentos, cuya función debería ser la de testear las aseveraciones psicoanalíticas, revelan una flagrante falta de interés en el significado que las aseveraciones sometidas a prueba adquieren en el interior de la teoría psicoanalítica" (citado según la edición alemana 1970, p. 117).

En este mismo sentido, cuando hablamos de teoría explicativa nos estamos refiriendo a la teoría explicativa clínica. Ahora bien, si las teorías clínicas se ponen a prueba en forma concreta en una determinada díada (paciente - analista), de ello se derivan problemas especiales, ya que método y teoría en el psicoanálisis poseen un nexo particularmente estrecho. Para nuestra argumentación posterior es fundamental el supuesto de una profunda vinculación entre práctica y teoría: en nuestra opinión, "el arte interpretativo psicoanalítico" está sujeto a fundamentos teóricos. Parafraseando a Popper podría decirse que los hechos siempre se interpretan a la luz de teorías (Popper 1969a, p. 378). El que la luz de las teorías psicoanalíticas ilumine cada caso particular de modo altamente insuficiente, por lo menos al comienzo del tratamiento, no es atribuible a la debilidad de las teorías sino a la inevitable escasez de información; pero los supuestos hipotéticos que guían la actividad interpretativa entran inmediatamente en juego. No obstante, sobre esto hay puntos de vista diferentes y hasta contrapuestos. Así, MacIntyre afirma que el psicoanálisis como psicoterapia es relativamente autónomo de la teoría psicoanalítica, y agrega enfáticamente: "El método de tratamiento de Freud es totalmente independiente de sus especulaciones teóricas, hecho que quizás aún se subestima" (1968, p. 123).

⁸ Según Rapaport (1960), la mayor parte del material probatorio experimental para la teoría psicoanalítica (Lit. ver Sears 1943; Hilgard 1952) es dudoso porque "la gran mayoría de los experimentos, cuya finalidad debía ser testear enunciados psicoanalíticos, revelan una indudable falta de interés en el significado de los enunciados a los que se somete a prueba en el interior de la teoría del psicoanálisis" (p. 117).

Si consideramos la fundamentación que parece hablar a favor de una relativa o absoluta autonomía de la técnica tropezamos con un *mixtum compositum*, constituido de supuestas experiencias prácticas y juicios acerca del estatus de la teoría. Para empezar mencionaremos en forma condensada algunos argumentos del primer grupo.

Tesis 1: Hay éxitos psicoterapéuticos obtenidos por médicos cuyo saber teórico psicoanalítico es mínimo o casi nulo.

Tesis 2: Durante el tratamiento, los psicoanalistas tantean a menudo en la oscuridad. Se suele agregar que a pesar de la insuficiente - incluso en ciertas situaciones total - falta de orientación teórica, éstos proceden intuitivamente en forma correcta.

Si bien es cierto que ambas tesis parecen acertadas, se plantea inmediatamente la siguiente pregunta: ¿a favor de qué hablan? De ninguna manera fundamentan, tal como señalaremos luego, una "autonomía de la práctica". Es muy probable que estas observaciones, que por otra parte no fueron examinadas sistemáticamente, caractericen el hecho de que hay un actuar ligado inadvertidamente a la teoría. Aquí resulta válido el principio lógico del conocimiento formulado por Popper, que recordamos se refiere a interpretaciones en sentido general y no psicoanalítico: en toda relación interhumana puede surgir la palabra adecuada en el momento justo sin que se produzcan más derivaciones o reflexiones teóricas. Las interacciones psicoterapéuticas no representan una excepción. En términos psicoanalíticos diríamos que también allí puede jugarse mucho en forma preconsciente, así como en el mismo proceso de aprendizaje psicoterapéutico. Como aquí no se trata de la transmisión de un saber sino de una experiencia inmediata, también pueden adquirirse conocimientos prácticos durante la formación. Con ello podría parecer que se renuncia a la teoría; así por ejemplo, se dice que durante la formación en grupos Balint no se transmite conocimiento teórico acerca de las psiconeurosis o la psicopatología. Si ello fuera así, se estaría sustentando la tesis de la "autonomía de la práctica", ya que los indiscutibles éxitos psicoterapéuticos de los médicos formados en grupos Balint serían *per definitionem* independientes de la teoría. Pero las apariencias engañan: quien haya participado durante largo tiempo de grupos Balint y en especial de la experiencia en talleres con el propio Balint sabe que allí se transmitían modelos teóricos psicoanalíticos de modo especialmente eficaz, esto es, transformados en "instrucciones de procedimiento" (Ver Uexküll 1963). A esto se agrega que en

los grupos Balint el propio hacer y su corrección continua constituyen un momento de importancia central en el proceso de aprendizaje. Se trata de un esfuerzo constante guiado por el principio de ensayo y error, en el cual por otra parte la referencia a la teoría permanece oculta. Podríamos acotar que cuando en el proceso de aprendizaje psicoterapéutico la teoría se transmite en forma velada, se la implanta por así decir en el "preconsciente" con la esperanza de que llegado el momento podrá echarse mano de ella como acción. Esto último resulta problemático, porque el "preconsciente" no es la instancia de prueba adecuada, ni cuenta con criterios mediante los cuales pueda establecerse dónde reside el error y la confirmación en los ensayos.

La insostenible tesis de la relativa o absoluta autonomía de la práctica respecto de la teoría incluye el conocido tema del rol de la intuición en la técnica. No obstante, las comprobaciones teóricas a través del método psicoanalítico no dependen de la respuesta a la pregunta acerca de cómo se constituyen en el psicoanalista las interpretaciones como técnica de tratamiento, si se formaron de manera racional o intuitiva. Lo decisivo es si el psicoanalista tratante o un colega especializado pueden o no reconocer en dichas interpretaciones en dichas interpretaciones, sobre la base de una coincidencia entre observadores, un hilo conductor teórico⁹ (ver Meyer 1967). En este sentido vale el argumento de Popper según el cual la objetividad científica podría describirse como la intersubjetividad del método científico (1958, Tomo 2, p. 267).

La investigación del proceso que pone a prueba la teoría se torna complicada por la combinación de variables generales y especiales. Hacemos esta diferenciación a fin de poder separar las variables típicas de proceso psicoanalítico de los factores inespecíficos. En la investigación en psicoterapias se demostró tempranamente que el solo interés, franco y expresado en forma empática, por un paciente, puede ser favorecedor y de mucha ayuda (Kächele et al. 1973). Como sabemos especialmente a través de las investigaciones de la escuela de Rogers, una disposición comprensiva hacia el paciente como la que exige la regla fundamental psicoanalítica puede de por sí tener un efecto favorable.

La empatía o la "atención libremente flotante" y otras conductas ideales de las que el psicoanalista debe ser capaz tienden no obstante a verse muy perturbadas:

⁹ "La objetividad científica puede describirse como la intersubjetividad del método científico" (Popper 1958, Vol. 2, p. 267).

no es posible evitar la "contratransferencia". Una contratransferencia insuperable puede influenciar negativamente el proceso de tratamiento, de modo tal que en dicho caso el éxito o el fracaso no pueden adjudicarse a la teoría. Puede ocurrir que el psicoanalista en cuestión explique acertadamente la psicopatología del paciente y que en términos de contenido sus interpretaciones sean correctas. El hecho de que en la situación psicoanalítica la luz de la "teoría" esté empañada por medios subjetivos y de que entren en juego variables favorables así como desfavorables del terapeuta y del paciente - para no mencionar factores externos que pueden obstaculizar un tratamiento - pareciera justificar el punto de vista que sostiene que los éxitos o los fracasos no pueden ser tomados para la verificación o falsación de la teoría. Esta difundida concepción es tan cierta como falsa: las teorías psicoanalíticas sólo pueden probarse en la conformación subjetiva que adquieren en cada día. Aquí podemos admitir el sentido cotidiano del "comprender"; si excluyéramos la empatía, la situación se modificaría de tal forma que ya no sería idéntica al lugar definido para la comprobación de la teoría (ver Rosenkötter 1969). Estas reflexiones sustentan el argumento de que en la investigación de proceso psicoanalítico deben considerarse las variables situacionales que codeterminan el proceso de modo inespecífico. Para hacer confiable la obtención de datos psicoanalíticos deben investigarse científicamente procesos interaccionales, tales como los fenómenos contratransferenciales, hecho que al que recientemente Perrez (1971, p. 226) hizo mención en forma precisa. Si a causa de factores contratransferenciales el psicoanalista se alejase demasiado del comportamiento típico ideal prescrito por la regla fundamental, se abandonaría el terreno de la técnica psicoanalítica y de tal estudio de proceso no podría derivarse ni la falsación ni la verificación de las teorías psicoanalíticas.

La lucha por el mantenimiento de la regla fundamental (Anna Freud 1936), que caracteriza un aspecto de la interacción psicoanalítica, no desaparece mientras prosiga la interacción, es decir mientras se cumpla la condición mínima de que el paciente concorra y el psicoanalista esté a su disposición. Los puntos álgidos de esta lucha ponen en evidencia que la situación psicoanalítica sirve fundamentalmente a la elucidación de perturbaciones de la comunicación. En la práctica no existe el diálogo puro, guiado sólo por la comprensión que describe Radnitzky (1970, 1973, p. 235 y siguientes). Basándose en Apel (1965) Radnitzky habla de fases cuasi naturalísticas en un tratamiento psicoanalítico que deberían comenzar en las fronteras de la comprensión, y sostiene que allí

donde el diálogo se interrumpe se introducen operaciones explicativas que amplían la comprensión propia y ajena. Esta separación artificial parece haber contribuido también a la idea según la cual las operaciones explicativas de comprobación de hipótesis concluyen y se confirman a través de la sola comprensión y la reanudación de un diálogo interrumpido. En verdad el diálogo está perturbado desde un comienzo, sobre todo porque la situación psicoanalítica se plantea asimétricamente con el objeto de hacer más visibles las desfiguraciones latentes de la comunicación. Es evidente que en el psicoanalista las teorías psicoanalíticas operan como sistema de conocimiento desde el comienzo de la entrevista con un paciente. Dicho sistema pone a su disposición un lenguaje especializado acerca de conexiones causales y permite la comprensión de aquellas conductas que, de prescindirse de esquemas conceptuales, resultarían inentendibles.

En lo que sigue nos ocuparemos de la cuestión de los medios específicos de aplicación de la teoría psicoanalítica. Sin duda, la luz de la teoría ilumina los momentos de interpretación en la situación psicoanalítica; en el arte interpretativo se instrumentalizan hipótesis psicoanalíticas. Pero aquí corresponde exponer algunas restricciones a fin de evitar malos entendidos. Desde luego no pensamos que a través de las interpretaciones se den explicaciones teóricas; a pesar de la gran diversidad individual en la técnica psicoanalítica, hay acuerdo acerca de que las explicaciones teóricas no son terapéuticamente eficaces. La teoría explica esta experiencia, pero nos ocuparemos aquí de este punto. Para la comprobación científica de la teoría sería desde luego mucho más sencillo si las interpretaciones dejaran reconocer fácilmente su proveniencia: si fueran hipótesis puras. Thomä y Houben (1967) discutieron las dificultades teóricas y prácticas de la utilización de acciones interpretativas para la validación de teorías psicoanalíticas. Desde entonces, nuestros esfuerzos y reflexiones demostraron que el problema es mucho más complejo de lo que suponíamos. Es justamente el carácter instrumental de las interpretaciones - que acentuamos, junto con Loch - lo que complica su función en la comprobación teórica: "Con las interpretaciones penetramos una estructura de condicionamientos con la intención de producir determinadas modificaciones" (Thomä y Houben 1967, p. 681).

El que las interpretaciones en tanto comunicaciones siempre contengan algo más que su - a lo sumo - identificable hilo conductor teórico, no habla en contra del

rol central que ocupan en la verificación de la teoría. En tanto comunicaciones verbales, las interpretaciones también involucran contenidos inespecíficos que en ciertos casos pueden sobrepasar el núcleo psicoanalítico. Así, en investigaciones empíricas se ha demostrado que muchas expresiones no pueden catalogarse como interpretaciones en sentido estricto. Nos gustaría ilustrar mediante un ejemplo las condiciones que deben cumplirse para poder derivar de las interpretaciones una corroboración de la teoría: se trataría de demostrar en un paciente que las modificaciones pronosticadas aparecen cuando se operacionaliza la hipótesis de la angustia de castración, pero no cuando se emplea la hipótesis de la angustia de separación. De este modo, en principio, sólo serían posibles falsaciones o verificaciones en casos individuales. Las condiciones particulares del ensayo y error limitan la fuerza probatoria del testeo de dos hipótesis alternativas durante un período prolongado de tratamiento. Estas limitaciones surgen de la estructura de las teorías psicoanalíticas, de la que nos ocuparemos luego. Tampoco trataremos aquí el problema de la circularidad, que entra en juego ya que es por medio de interpretaciones que contienen hipótesis que deben ponerse a prueba justamente aquellas teorías de las que tales hipótesis se derivan. Luego nos ocuparemos del problema de la circularidad y la cuestión de la sugestión (ver apartado 1.7.). Aquí queremos señalar que las comprobaciones deben orientarse según el criterio de los cambios pronosticados en el paciente. La conducta resistencial debe considerarse en este punto y no a posteriori (no es obligatorio predecirla pero sí definirla. Tampoco en la medicina se espera que el paciente cambie si sabotea la terapia).

Para la puesta a prueba de la teoría en cuestión no es relevante el modo en que las interpretaciones surgen en el psicoanalista. Loch (1965), basándose en Levi (1963), propuso un esquema que acentúa la raíz racional, es decir la planificación de interpretaciones con referencia a la teoría, sin descuidar en absoluto el vínculo emocional con el paciente. En contraposición a ello subraya Lorenzer - simplificando sus argumentos - que hay que tomar a la intuición como origen de las interpretaciones. Aquí, advertidos por la controversia entre Reik y Reich, es conveniente considerar las ecuaciones personales de los psicoanalistas y darlas por válidas. No es necesario agregar nada al trabajo de Kris (1951), que según nos parece clarificó el campo de problemas en torno de "la intuición y la planificación racional" en la psicoterapia psicoanalítica. Por lo demás, en los estudios de proceso e interacción ni las interpretaciones formadas intuitivamente ni las planificadas pueden adquirir un lugar privilegiado, puesto

que ambas deben comprobarse en los pronósticos condicionados, es decir en sus efectos objetivables. La precondition para ello es que el mismo analista o la coincidencia intersubjetiva puedan señalar determinadas fases del tratamiento y su trabajo principalmente interpretativo. En registros de audio de procesos analíticos, el psicoanalista que intepreta intuitivamente podría caracterizar a posteriori los presumibles puntos de referencia teóricos y prácticos de su aprehensión intuitiva. Como no queremos ocultar nuestra ecuación personal, manifestamos nuestro escepticismo respecto de una intuición que cree poder trabajar sin reasegurarse retroactivamente sobre la base de datos objetivos y sin someterse continuamente a verificación. También la explicación posterior al análisis como un todo o bien a cada sesión, a la que Lorenzer otorga gran importancia, permanece en varios tramos en el campo de la hipótesis y en un análisis en curso está sometida al "ensayo y error". En nuestra opinión, Freud se refería justamente a ello cuando prevenía de de trabajar científicamente un caso antes de la conclusión del tratamiento. A fin de no comprometer la honestidad terapéutica y científica, la "atención libremente flotante" y el interés dirigido a comprobar la teoría, desaconsejó incluso las comunicaciones intermedias. Evidentemente Freud considera que existe el peligro de que el establecer explicaciones provisorias sobre la formación del síntoma confiera a éstas un estatuto que no les corresponde. Sus reflexiones finales fundamentan su postura científica: "Sería irrelevante distinguir entre ambas actitudes si ya poseyéramos todos los conocimientos, o al menos los esenciales, que el trabajo psicoanalítico es capaz de brindarnos sobre la psicología de lo inconciente y sobre la estructura de las neurosis. Hoy estamos muy lejos de esa meta y no debemos cerrarnos los caminos que nos permitirían reexaminar lo ya discernido y hallar ahí algo nuevo" (Freud 1912e, p. 114).

El punto en cuestión es el carácter provisorio de los supuestos teóricos y por ende cómo crear las mejores condiciones para su corroboración. Pero además del peligro de que la explicación teórica prematura de las neurosis, psicosis y síndromes psicósomáticos conduzca a la fijación de un prejuicio, existe otro que en términos terapéuticos y científicos tiene efectos igualmente desfavorables. Nos referimos a un arte interpretativo que ignora su núcleo hipotético y con ello la necesidad de constante validación práctica y científica. En función de su aspecto hipotético (latente) las interpretaciones como técnica terapéutica son tan transitorias como las teorías. La práctica refleja la incompletud de la teoría; como máximo puede adquirir el nivel de confiabilidad de la teoría, y sólo en el

caso de que la praxis supere a la teoría. Ahora bien, ya en la "metodología" de Freud (Meissner 1971) se ve que no puede tomarse al pie de la letra el consejo de establecer la síntesis explicativa al final. También en su formación el psicoanalista novato aprende otra cosa; en los seminarios técnicos de los institutos psicoanalíticos se solicitan constantemente informes intermedios que constituyen asistemáticas corroboraciones clínicas de la teoría. Asimismo, la supervisión tiene la meta de testear estrategias interpretativas alternativas sobre la base de modos de comportarse del paciente. Justamente las modificaciones de la técnica interpretativa, ya sea que se hayan formado de modo intuitivo o racional, aportan en el curso del tratamiento o en diversos síntomas las posibilidades de corroboración clínica de la teoría que Freud exigía. Debe aspirarse a una sistematización similar a aquella a que se aspira cuando se fija el foco en las psicoterapias breves de orientación psicoanalítica (ver Malan 1963); si se es consciente del peligro que Freud describió, se mantendrá la flexibilidad terapéutica. Por otra parte también las repeticiones de la neurosis de transferencia traen consigo el que se interprete no en forma rígida sino de acuerdo con un sistema flexible y adaptándose a los cambios del paciente.

Teniendo en cuenta las limitaciones que hemos mencionado en relación con el posible núcleo hipotético de las interpretaciones, abordaremos la pregunta acerca de qué teorías psicoanalíticas pueden ser sometidas clínicamente a prueba. Las investigaciones empíricas de este tipo deben ocuparse del problema de la falsación: ¿cuándo y por qué el psicoanalista renuncia a una "estrategia interpretativa" (Loewenstein 1951) en beneficio de otra?; la refutación de los esbozos de explicación teóricos subyacentes ¿valen para ese caso o en general? En las "behavioral sciences" y en las ciencias sociales se derivan del propio objeto de estudio problemas especiales en torno de la comprobación y la refutación, que en el psicoanálisis se discuten de modo ejemplar y que se convirtieron en blanco de los teóricos de la ciencia, porque la relación entre método y teoría y la mediación de un sujeto se tornó paradigma de la historia de la ciencia (R. Kuhn 1967) para otras disciplinas. MacIntyre describe la diferencia entre un experimentador y un clínico como sigue: el experimentador quisiera realizar experimentos en los que sus hipótesis fueran falseadas y producir situaciones en las que si una hipótesis fuera falsa, fracasara; como éste está en busca de defectos en su hipótesis, consideraría un triunfo descubrir una situación en la que ésta se desmoronara. A diferencia del experimentador, al clínico le interesaría sólo lo que fuera beneficioso para la curación (p. 119).

Sin embargo, no es cierto que al clínico le interese sólo aquello que beneficia la cura; por el contrario, la pregunta por los factores que obstaculizan la cura lo preocupa particularmente. Por lo tanto, en cada caso el psicoanalista busca otras hipótesis, aunque no se las pueda aislar de manera de crear una ley experimental estricta y verificarla independientemente del sujeto. MacIntyre plantea entonces la pregunta de qué admitirían los psicoanalistas como refutación de sus hipótesis y qué los movería a modificar conceptos teóricos fundamentales. Apoyándose en Glover (1947, p.1) MacIntyre responde que nada movería a los psicoanalistas a modificar sus conceptos. Si se considera con mayor precisión las expresiones de Glover se aclara cómo llega MacIntyre a una conclusión errónea. El traductor traduce el texto inglés de Glover de la siguiente manera: "Los conceptos básicos sobre los que se sostiene la teoría psicoanalítica pueden y deben ser aplicados como una disciplina que se ocupa de monitorear las reconstrucciones teóricas del desarrollo anímico y las teorías etiológicas que no pueden ser verificadas directamente por la clínica psicoanalítica. ... A menudo se dice que Freud estaba dispuesto a modificar sus formulaciones si razones empíricas así lo exigían. Esto vale para determinados puntos de su teoría clínica, pero en mi opinión no corresponde a sus conceptos básicos".

Lo que explica esta situación es que MacIntyre saltó un gran fragmento del original (Glover 1947, p. 1), que en consecuencia falta también en la edición alemana. En el pasaje que se dejó de lado Glover menciona a modo de ejemplo algunos conceptos básicos, como movilidad y cantidad de energía pulsional y huellas mnémicas. Glover opina que hay que remitir los puntos de vista dinámico, económico y tópico, es decir los puntos de vista metapsicológicos, a estos conceptos básicos. Según Glover, como éstos no pueden probarse empíricamente por medio de la clínica psicoanalítica en forma directa, no fueron modificados - a diferencia de la teoría clínica. Pero no es correcto decir que los conceptos básicos, los puntos de vista metapsicológicos nunca experimentaron una modificación (ver Rapaport y Gill 1959). Aun en el caso de que éstos hubieran resistido a los hechos, habría que aclarar por qué. Ciertamente es correcto que los puntos de vista metapsicológicos sólo pueden investigarse empíricamente por el método psicoanalítico en forma indirecta. En modo alguno son fundamentales para la práctica psicoanalítica o para la teoría clínica, sino para su "andamiaje especulativo" (Freud 1925d). Si bien en el conjunto de su obra Freud caracteriza a la metapsicología en ese sentido (1915f, 1925d, 1933a),

la "bruja" ejerce una fascinación particular sobre su pensamiento. Creemos que esto es atribuible a que Freud nunca abandonó la idea de que algún día las observaciones psicológicas y psicopatológicas del psicoanálisis pudiesen derivarse de leyes universales. En especial las especulaciones sobre la economía anímica dan indicios de que Freud nunca abandonó por completo "la atrevida idea de fundir (en "Proyecto de Psicología", 1950 [1895]) la doctrina de las neurosis y la psicología normal con la fisiología del cerebro" (Kris 1950, p. 33). La esperanza de Freud de que todas las teorías científicas, incluida la psicoanalítica, algún día pudieran remitirse a teorías microfísicas, puede reconocerse en el hecho de que en la formulación de los supuestos económicos metapsicológicos se empleó una terminología fisicalista - tal como energía, desplazamiento, carga, etc. Cuanto más se alejan las especulaciones metapsicológicas del nivel observacional del método psicoanalítico, tanto menos adecuado resulta dicho método para fundamentar o refutar el andamiaje especulativo. La distancia entre práctica y teoría también es reconocible en la terminología: cuanto más rico se vuelve el lenguaje neurofisiológico fisicalista de la metapsicología, tanto más dificultosa se torna la determinación de su núcleo psicológico.

El que a pesar de todo ello los puntos de vista metapsicológicos puedan servir de orientación en la práctica depende de reglas de categorización más o menos explícitas. En general puede afirmarse que los supuestos metapsicológicos sólo tienen importancia científica experiencial en la medida en que puedan vincularse con observaciones a través de reglas de categorización o correspondencia (Carnap). No es que a través de tales reglas se brinde una definición completa de los conceptos teóricos mediante el lenguaje observacional, pero éstos adquieren un contenido empírico suficiente para volverlos utilizables y corroborables. Así, una consideración de los supuestos dinámicos, tópicos - estructurales, genéticos o económicos mediante la síntesis de Rapaport (1960, p. 132 y siguientes) revela que su cercanía a la observación es muy diversa. Su "potencial de supervivencia" (Rapaport) corresponde a su cercanía al nivel de observación: la ausencia de reglas de categorización conduce a su extinción, aun cuando aparentemente no se modifiquen. Precisamente su cualidad de inmodificables puede ser una señal de que en modo alguno son fundamentales para la práctica, sino que por el contrario desde un comienzo no transitaban ni se sometían a la comprobación en la práctica.

Las investigaciones clínicas que condujeron al llamado Index de Hampstead (Sandler et al. 1962) demuestran cuán esencial es establecer categorías. Una clasificación de los datos observacionales del caso único en la teoría clínica del psicoanálisis (y posiblemente en la metapsicología) obligaría a precisar los conceptos como precondition de los estudios de verificación o falsación. El espacio terapéutico del psicoanalista no se ve por esta vía reducido sino por el contrario ampliado, puesto que las alternativas son precisadas y sistematizadas. Pero por sobre todo se hace posible aprehender qué datos observacionales se adecuan a una hipótesis clínica y cuáles la contradicen. Si bien el proceso interpretativo psicoanalítico se caracteriza por la puesta a prueba de hipótesis alternativas, el mismo no apunta a la refutación definitiva de esta u otra explicación teórico - clínica de un caso dado. Tan sólo por motivos de técnica terapéutica hay que dejar abierta la posibilidad de que una hipótesis psicodinámica que en este tramo del tratamiento puede considerarse refutada pueda confirmarse más adelante. En "Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica" Freud (1915f) muestra casuísticamente algunos problemas de falsación de la teoría en el caso único, de donde deben partir las refutaciones generales.

En relación con el problema de la falsación se produjo una esclarecedora discusión entre psicoanalistas y teóricos de la ciencia (Hook 1959), en la que luego intervino Waelder (1962) con una reseña crítica. Hook (1959, p. 214) planteó a algunos psicoanalistas la pregunta por la clase de evidencia que admitirían para establecer que el complejo de Edipo *no* está presente en un niño. La pregunta de Hook se funda en la postura epistemológica introducida por Popper (1965, 1969) como teoría de la falsación. En su discusión con el positivismo lógico del temprano Círculo de Viena, Popper llegó a la conclusión de que la lógica inductiva no brinda un "criterio de delimitación" que ayude a diferenciar entre sistemas empíricos y metafísicos, científicos y no científicos. Sobre la base de precisas fundamentaciones que al igual que las consideraciones críticas de la teoría de la falsación por parte de Kuhn (1967, p. 194 y siguientes), Weizsäcker (1971, p. 123), Wellmer (1967), Holzkamp (1970) no podemos reproducir en este lugar, Popper concluye que no es la verificación sino la falsación de un sistema lo que debe valer como criterio de delimitación. Popper exige que "la forma lógica del sistema posibilite reconocerlo como negativo a través de la puesta a prueba metódica: *un sistema científico empírico debe poder fracasar en la experiencia*" (Popper 1969a, p. 15, el subrayado es del autor).

Esta definición de ciencia de la experiencia puede ser suscrita por un psicoanalista, tal como puede extraerse de la cita de una reseña crítica de Waelder: "Cuando no es pensable una serie de observaciones a través de las cuales pueda refutarse una excepción, no estamos ante una teoría científica sino ante un prejuicio o un sistema paranoide" (Waelder 1962, p. 632). Ante esta coincidencia de principio resulta por demás sorprendente que la teoría psicoanalítica fuese criticada justamente por la doctrina de la falsación desde el punto de vista de la teoría de la ciencia. Esto se explica a partir de la exigencia de un protocolo de ensayos experimentales falsables: para conceder el estatus de "ciencia", la teoría de la falsación requiere que puedan llevarse a cabo *experimenta crucis*. Según Wellmer (1972, p. 27) el criterio de falsación dice que "sólo valen como ciencia empírica aquellas teorías que se exponen al riesgo de una refutación experimental, por lo tanto sólo aquellas teorías que sólo "autorizaban" determinada clase de resultados experimentales dentro de todos los pensables y "prohibían" todos los otros". Es cierto que con la teoría de la falsación Popper sacudió el fundamento epistemológico de los positivistas lógicos del Círculo de Viena; pero por otra parte, si bien toma una distancia crítica hacia ellos, persigue el mismo interés, esto es, la entronización del método experimental de las ciencias naturales como único método válido: "las 'teorías explicativas' o las 'explicaciones teóricas' de las ciencias de la experiencia, opina Popper, deben poder ser puestas a prueba empíricamente en forma independiente de las experiencias que explican. El tipo de teoría que satisface esta exigencia es el de la ley universal: de las leyes universales se derivan previsiones que pueden someterse a prueba, independientemente de experiencias anteriores, a través de nuevas experiencias producidas en forma planificada" (Wellmer 1972, p. 13).

Luego de estas indicaciones sobre la teoría de la falsación retomamos la pregunta planteada por Hook; esperamos que ahora resulte comprensible por qué las respuestas de los psicoanalistas no pudieron satisfacer sus reclamos epistemológicos. Es posible que las descripciones diagnósticas ficticias de un niño sin la menor señal de vivencia y conducta edípicas contuvieran un porcentaje mínimo de complejo de Edipo. Waelder señaló con razón que la teoría de la falsación, orientada hacia el experimento científico natural, no sólo

desconoce la estructura lógica del complejo de Edipo como concepto de tipo¹⁰ [Typus-begriff] (ver las explicaciones de Hempel (1952) y Kempfski (1952)), sino también, en razón de su concepto científico normativo - restrictivo, subestima las posibilidades de la refutación clínica de teorías. En las ciencias aplicadas existen, además de la refutación absoluta, otras de un grado de verosimilitud tan elevado que para propósitos prácticos pueden considerarse refutaciones. Así, la teoría psicoanalítica contiene, sobre todo en su parte especial, descripciones de patogénesis de niños autistas o adultos con perturbaciones preedípicas que "prácticamente refutan el complejo de Edipo". Por ello podría decirse que a través del método psicoanalítico el complejo de Edipo ya había sido refutado antes de que Hook formulara su pregunta basándose en la teoría de la falsación. En efecto, si se someten a prueba las alternativas clínicas sobre relaciones patogénicas, se arriba a consideraciones en las cuales, como en una escala, los componentes del complejo de Edipo se disuelven hasta el punto en que su eficacia es nula, como sucede en el caso de una paranoia celotípica "que se remontaba a una fijación al estado preedípico y no había alcanzado en modo alguno la situación edípica" (Freud 1933a, p. 121). Es evidente que durante el deslinde diagnóstico y pronóstico, esto es durante la validación clínica de la teoría, se comparan y sopesan signos positivos y negativos. En este sentido la pregunta de Hook posee gran relevancia, puesto que la exigencia de una definición negativa podría conducir en todo caso a precisar la teoría, lo cual es necesario y deseable. De todas maneras y en razón del diverso nivel de abstracción de la teoría psicoanalítica no es fácil saber qué área puede ser sometida a validación a través de la praxis interpretativa.

Por ello, para concluir daremos una visión panorámica sobre los distintos niveles de las teorías psicoanalíticas a fin de señalar las áreas a las cuales el método psicoanalítico puede referirse en las verificaciones empíricas. Por su claridad utilizamos el esquema de Waelder (1962), en el cual se diferencian:

1. Datos de la observación. Son los datos de los que el psicoanalista toma conocimiento a través de su paciente y que en general no son accesibles a los demás. Estos datos constituyen el nivel de la observación. Se interpretan en función de su conexión mutua y de su relación con otras conductas o contenidos conscientes e inconscientes. Aquí nos movemos en el nivel de *interpretación clínica individual* (la interpretación "histórica" individual de Freud (1917)).

¹⁰ Comparar las expresiones de Hempel (1952) y Kempfski (1952).

2. De los datos individuales y sus interpretaciones se derivan generalizaciones que conducen a determinadas afirmaciones respecto de grupos de pacientes, sintomatología y grupos etarios. Este es el nivel de la *generalización clínica* (síntomas típicos en Freud).

3. La interpretación clínica y su generalización permiten la formulación de conceptos teóricos que pueden estar ya contenidos en las interpretaciones o derivarse de ellas, por ejemplo conceptos como represión, defensa, retorno de lo reprimido, regresión, etc. Aquí estamos ante la *teoría clínica* del psicoanálisis.

4. Sin que pueda trazarse una frontera precisa, más allá de esta teoría clínica hallamos conceptos más abstractos como carga, energía psíquica, Eros, pulsión de muerte: la metapsicología psicoanalítica. Especialmente a la metapsicología o detrás de ella subyace la filosofía personal de Freud (ver J. Wisdom 1971).

Este esquema pone en evidencia una jerarquía en las teorías psicoanalíticas, cuya valoración epistemológica se corresponde con un contenido empírico muy diverso. Las interpretaciones se refieren en primera línea a la teoría clínica; como expondremos más adelante, contienen explicaciones que autorizan a efectuar pronósticos. En lo que sigue debería determinarse en qué medida el aspecto tecnológico de este nivel teórico y su postura epistemológica también posee validez para las partes más abstractas de la teoría psicoanalítica.

En resumen, puede decirse que Freud objetivó los fenómenos descubiertos e interpretados en las sesiones de psicoterapia mediante una descripción controlable, y los puso en conexión causal e histórico - genética. Sin embargo, no se limitó a una particular "tecnología de la interpretación", en el mejor sentido del término (Albert 1971, p. 119), sino que al formular hipótesis etiopatológicas sobre la formación y el desarrollo de enfermedades neuróticas, psicósomáticas y psicopáticas, así como sobre el desarrollo patológico de la personalidad, formuló teorías explicativas - que probaron ser correctas - en diversa medida.

1.5. Interpretaciones generales e históricas

En los últimos años, Habermas¹¹ bosquejó - en especial con *Zur Logik der Sozialwissenschaften* (1967) y con *Erkenntnis und Interesse* (1968) - una caracterización de la posición lógico - científica de la teoría psicoanalítica, cuya importancia nos lleva a presentarla en forma exhaustiva. Habermas caracteriza a la autoconcepción del psicoanálisis como ciencia natural, en especial en Freud, como falsa autoconcepción cientista¹² [szientistischen Selbstmissverständnis] (1968, p. 306). Esta falsa autoconcepción corresponde en especial a la estimación de la teoría psicoanalítica y no tanto a su praxis, esto es, afecta especialmente al estatus científico y a la posibilidad de comprobación de las teorías psicoanalíticas.

Habermas reconstruye el surgimiento de este malentendido de la siguiente manera: las categorías básicas del psicoanálisis fueron "en principio, desarrolladas a partir de la situación analítica y de la interpretación de los sueños" (1968, p. 307). Los supuestos sobre las relaciones funcionales del aparato anímico y sobre la constitución de síntomas, entre otros, "no sólo fueron descubiertos en la condición particular de una comunicación protegida de modo específico" sino que "no pueden explicitarse independientemente de ella" (ib., p. 307). De ello se deriva que también la construcción de la teoría corresponde al contexto de la autoreflexión. El anudamiento del modelo estructural, originalmente derivado de la comunicación entre médico y paciente, con el modelo de distribución de la energía es el paso decisivo que conduce al error: Freud "no entendió a la metapsicología como lo único que ésta puede representar en el sistema de referencia de la autoreflexión: una interpretación general de los procesos de formación" [Bildungsprozesse] (1968, p. 309). Según Habermas, la metapsicología "como concepto debe reservarse para los supuestos básicos que se refieren a las conexiones patológicas entre lenguaje cotidiano e interacción" (ib., p. 310). Una metapsicología entendida de esta manera no sería una teoría empírica, sino una disciplina metodológica que como una metahermenéutica debería iluminar las "condiciones de posibilidad del conocimiento psicoanalítico". Con esto no queda claro si Habermas aplica realmente puntos de vista metapsicológicos en sentido psicoanalítico. Ya nos hemos ocupado del rol de la metapsicología en el proceso de conocimiento

¹¹ Aquí utilizamos principalmente los dichos de los siguientes trabajos: *Zur Logik der Sozialwissenschaften* (1967), *Erkenntnis und Interesse* (1968).

¹² Cientismo denomina según Hayek "la imitación esclava del método y lenguaje de las ciencias naturales" (citado según Popper 1969b, p. 83).

psicoanalítico y de la cuestión de la puesta a prueba clínica de los puntos de vista metapsicológicos. La concepción de que para muchos puntos de vista metapsicológicos no es posible formular reglas de correspondencia implica que grandes áreas de la metapsicología corresponden a superestructuras especulativas del psicoanálisis apenas comprobables en forma clínico - empírica¹³ (ver Freud 1914c, p. 75). De todos modos, tal como hemos visto, entre los distintos niveles del andamiaje teórico psicoanalítico hay una gran cantidad de conexiones indirectas, de manera que de las observaciones que se pueden realizar en el nivel de la "planta baja" - accesible a todos - es posible obtener conclusiones sobre procesos supuestos en el nivel superior o inferior. Por lo tanto, la metapsicología juega por un lado un rol mucho menor que el que Habermas le atribuye, y por el otro apenas puede comprobarse científicamente por medio de la experiencia, y en gran medida pertenece a la superestructura especulativa. En este estado de cosas la metapsicología ciertamente no es adecuada para transformarse en la base de una metahermenéutica.

La crítica del malentendido que en nuestra opinión Habermas cometió en la recepción de los conceptos metapsicológicos no alcanza a la disciplina metodológica que él propone. Creemos que la posición metodológica de las interpretaciones generales no ganaría demasiado si se les otorgara una superestructura relacionada de algún modo con la metapsicología (como metahermenéutica). En nuestra opinión ésta contendría todos los puntos oscuros que caracterizan a la relación entre las teorías clínicas cercanas a la observación y la metapsicología. El significado metodológico de las interpretaciones generales dispone de suficiente autonomía. Aquí se refiere Habermas a procesos de investigación que son a la vez procesos de autoinvestigación. A diferencia de la lógica de las ciencias naturales y humanas, en el nivel de la autoreflexión no puede haber algo así como una metodología separada de su contenido, porque la estructura de la relación de conocimiento y la del objeto a conocer son una misma cosa. Pero Habermas también separa las interpretaciones generales de los enunciados metahermenéuticos: "Las interpretaciones generales son, así como las teorías científicas de la experiencia, ... directamente accesibles a la

¹³ "esa es, precisamente, la diferencia entre una teoría especulativa y una ciencia construida sobre la interpretación de la *empíria*. Esta última no envidiará a la especulación el privilegio de una fundamentación tersa, incontrastable desde el punto de vista lógico; de buena gana se contentará con unos pensamientos básicos que se pierden en lo nebuloso y apenas se dejan concebir; espera aprehenderlos con mayor claridad en el curso de su desarrollo en cuanto ciencia y, llegado el caso, está dispuesta a cambiarlos por otros. Es que tales ideas no son el fundamento de la ciencia, sobre el cual descansaría todo; lo es, más bien, la sola observación. No son el cimiento sino el remate del edificio íntegro, y pueden sustituirse y desecharse sin perjuicio" (Freud 1914, p. 75).

comprobación empírica, mientras que los supuestos básicos metahermenéuticos sobre actos comunicativos, deformaciones verbales y patología de la conducta provienen de la reflexión a posteriori sobre las condiciones del conocimiento psicoanalítico posible y sólo indirectamente, en el resultado de - por así decir - una categoría completa de procesos investigativos pueden confirmarse o fracasar" (1968, p. 310).

Habermas describe como "interpretaciones generales"¹⁴ (el concepto mismo proviene de Popper, quien lo introdujo para la explicación histórica) a las leyes sobre cuyo estatuto epistemológico nos interrogábamos previamente. Sería erróneo creer que con esta denominación se alude a interpretaciones psicoanalíticas en el sentido de técnica del tratamiento; más bien deben entenderse como esquemas del desarrollo infantil temprano que pueden ser utilizados como esquemas de interpretación de historias de vida individuales. Estos contienen "supuestos sobre diferentes patrones de interacción entre el niño y su objeto relacional primario, sobre los conflictos correspondientes y las formas de dominar el conflicto y sobre la estructura de la personalidad que de ello resulta a la salida del proceso de socialización de la temprana infancia, que por su parte representan un potencial para el resto de su historia vital y autoriza a realizar pronósticos" (1968, p. 315). En este marco las interpretaciones generales se generan como resultado de múltiples y repetidas experiencias clínicas: "Obtenidas a partir del procedimiento elástico de las anticipaciones hermenéuticas que se verifican circularmente" (1968, p. 316). El esquema básico de la teoría de Habermas, que posibilita los conocimientos esbozados hasta aquí, es la consideración de la historia vital¹⁵ como un proceso de formación, que en el caso de un paciente se caracteriza como perturbado. Según esto, el objeto del tratamiento psicoanalítico es "el proceso de formación interrumpido", que se lleva a su culminación a través de la experiencia de la autoreflexión. Aquí hay que anotar una contradicción decisiva: Habermas coloca la reconstrucción de la historia vital en el centro de su exposición; pero en verdad la elaboración de la neurosis de transferencia en el aquí y ahora del tratamiento juega un rol mucho mayor que la reconstrucción del pasado.

¹⁴ Tal como mostraremos después en detalle, el concepto "interpretación general" proviene de Popper, quien lo introdujo para las explicaciones históricas.

¹⁵ Habermas ubica la reconstrucción de la biografía en el centro de sus dichos. Pero la elaboración de la neurosis de transferencia en el *hic et nunc* juega en verdad un rol mucho mayor que la reconstrucción del pasado.

En contraposición a las interpretaciones como técnica terapéutica, se considera que al adoptar el estatus de "general" la interpretación se sustrae al proceder hermenéutico de la corrección continua de la precomprensión textual; por ello, a diferencia de la anticipación hermenéutica de los filólogos, la interpretación general está establecida. Habermas considera que las interpretaciones generales poseen el carácter de teorías en la medida en que como mínimo implican enunciados generalizadores que deben poder comprobarse en el caso individual; de este modo se sustraen a la modificación permanente a través del círculo hermenéutico. Por esta razón las interpretaciones generales tienen que comprobarse en los pronósticos derivados. Si a ello agregamos que las posiciones reconstructivas, que con el modelo de la interpretación general como esquema narrativo pueden derivarse para el caso único, también poseen en Habermas el carácter de hipótesis que pueden fracasar, contamos en lo que dijimos hasta aquí con claros puntos de apoyo para afirmar que la mencionada frase de Popper "Un sistema científico empírico tiene que poder fracasar" (1969a, p. 15) también posee validez en el psicoanálisis.

Hasta aquí, la clarificación de la posición epistemológica del psicoanálisis por parte de Habermas pareciera ofrecer las siguientes ventajas: el descubrimiento del malentendido científico conduce a preguntarse hasta qué punto la imitación - no adecuada a su objeto - de los métodos de las ciencias naturales condujo a la investigación empírica en psicoanálisis a callejones sin salida. En la medida en que el veredicto de la falsa autoconcepción cientista se refiere a algunos puntos de vista metapsicológicos, por ejemplo al modelo energético¹⁶, Habermas concuerda con opiniones similares de algunos psicoanalistas (Rosenblatt 1970, Holt 1962, 1965). Tal como en expresiones semejantes en Rosenblatt y Holt, de la argumentación de Habermas se desprende que la pretensión de hallar por la vía psicológica la gran X de la energía psíquica, que según Freud (1920g) se introduce como elemento desconocido en todas nuestras ecuaciones, debe conducir a error. La clarificación de que el psicoanálisis es una ciencia humana y no una ciencia natural podría contribuir a favorecer una investigación empírica adecuada al objeto de la psicoterapia, que en el sistema de Habermas debe

¹⁶ Estaríamos ante una ley científico - natural si pudiera lograrse comprobar experimentalmente el modelo energético del psicoanálisis, demostrar transformaciones energéticas medibles y en conocimiento de las condiciones circundantes derivar pronósticos. El que los intentos de Bernfeld y Feitelberg fracasaran respondió a razones de principio. "El modelo energético produce sólo la apariencia de que los enunciados psicoanalíticos se refieren a transformaciones energéticas medibles" (Habermas 1968, p. 308).

referirse a las interpretaciones generales, es decir a la teoría clínica del psicoanálisis.

La caracterización de las leyes psicoanalíticas como "interpretaciones generales", como conocimiento histórico sistemático, favorece sin duda la comprensión de la situación específica del psicoanálisis. Si focalizamos además el hecho de que la interpretación general debe comprobarse en los pronósticos derivados, se traza una clara línea divisoria respecto del proceder filológico hermenéutico y se garantiza la investigación empírica hasta la comprobación de los cambios conductuales esperables. Pareciera tentador abordar la puesta a prueba de las tesis psicoanalíticas con esta intelección. Dejando de lado las diferencias terminológicas, Habermas se acercaría a Popper. No obstante, Habermas se mueve nuevamente en otra dirección cuando deriva el grado de comprobación a partir de la sola autoreflexión del paciente¹⁷.

El nexo funcional entre procesos de formación perturbados y síntomas neuróticos no debe ser interpretada desde el punto de vista instrumentalista de una organización racional de medios dirigida a fines, o de una conducta adaptativa. "No se trata de una categoría de sentido extraída del círculo funcional del actuar instrumental" (p. 317). En lugar de ello el nexo funcional es entendido según un modelo escénico (en contraposición a un modelo instrumental); se trata de un sentido constituido por medio de un acto comunicativo y aprehendido reflexivamente como experiencia biográfica. En el modelo escénico de la vida entendido como proceso de formación - en el sentido de las novelas de formación del Iluminismo - el sujeto es a la vez actor y crítico. Al final del drama "el sujeto debe poder contar su propia historia y haber comprendido las inhibiciones que obstaculizaban la autoreflexión" (p. 317).

En la versión de Habermas el psicoanálisis deviene algo más que un método de tratamiento: para él es "el único ejemplo concreto de una ciencia que emplea la autoreflexión metódica" (p. 262). La meta del tratamiento psicoanalítico se

¹⁷ El nexo funcional entre procesos de formación perturbados y síntomas neuróticos no debe ser interpretado desde un punto de vista instrumentalista de la organización racional dirigida a fines o un comportamiento adaptativo. "No se trata de una categoría de sentido extraída del círculo funcional de la acción instrumental" (p. 317). El vínculo funcional se entiende en cambio según un modelo escénico (en contraposición a un modelo de acción). Se trata de un sentido que "se forma por medio de acción comunicativa y se articula reflexivamente como experiencia biográfica". En el modelo escénico de la vida, comprendido como proceso de formación - en el sentido de la novela de formación del Iluminismo - el sujeto es actor y crítico a la vez. Al final del drama "el sujeto también tiene que poder contar su propia historia y tiene que haber comprendido las inhibiciones que obstaculizaban la autoreflexión" (p. 317).

formula por consiguiente en términos iluministas: "El estadio final de un proceso de formación sólo se alcanza cuando el sujeto evoca sus identificaciones y alienaciones, sus objetivaciones forzadas y sus esforzadas autoreflexiones, como el camino a través del cual se constituyó" (p. 317). Si Habermas vincula por un lado el pensamiento científico experiencial de Freud con el concepto tomado de Popper de las interpretaciones generales, en la idea acerca de las metas del proceso formativo parecen colarse por otro lado determinados elementos románticos, muy alejados de la sobria idea de Freud acerca de la crianza. Tal vez el alegato de Albert en favor de un racionalismo crítico tome en consideración la intención de Freud en la medida en que, con razón, caracteriza determinado vínculo entre la hermenéutica y la dialéctica como "ideología alemana" y le opone las máximas freudianas de la ciencia natural (Albert 1971, p. 55). A continuación nos ocuparemos de las consecuencias que resultan de la propuesta de Habermas para la verificación de las interpretaciones generales. La minuciosidad con que referimos la explicitación filosófica de Habermas sobre el psicoanálisis se justifica por las radicales consecuencias que según él se desprenden para la anunciada verificación de las "interpretaciones generales".

Puesto que sólo la historia del desarrollo temprano infantil fundada en la metapsicología y generalizada en forma sistemática coloca al médico en posición de generar propuestas interpretativas para el paciente a partir del diálogo analítico, la interpretación de caso se comprueba "en la sola continuación exitosa de un proceso formativo interrumpido" (p. 318). De lo anterior concluye Habermas que para el analista los insights analíticos sólo son válidos "una vez que son aceptados por el propio analizado, ya que el acierto empírico de las interpretaciones generales no depende de la observación controlada ni de una comunicación posterior entre investigadores, sino de la sola autoreflexión que se produce y de una comunicación posterior entre el investigador y su 'objeto' (p. 318). Así, las interpretaciones generales se diferencian de las afirmaciones sobre un dominio objetal en el marco de teorías generales. Si las unas permanecen en la superficie del objeto, la validez de las otras depende de que las afirmaciones sobre el objeto sean aplicadas por los 'objetos', o sea por las mismas personas, a sí mismos" (p. 318). Habermas caracteriza la diferencia entre la validez empírica de las interpretaciones generales y las teorías generales del siguiente modo: en el círculo funcional del actuar instrumental, la aplicación de supuestos a la realidad es una tarea que corresponde al sujeto investigador. En el caso del círculo funcional de la

autoreflexión, la aplicación de afirmaciones conducirá sólo a la autoaplicación del proyecto investigativo involucrado en el proceso de conocimiento. Dicho escuetamente, las interpretaciones generales sólo son válidas en la medida "en que aquellos que son objeto de interpretaciones se reconozcan a sí mismos en ellas" (p. 319).

Ahora se torna evidente la claridad con que Habermas intenta trazar una línea divisoria entre teorías generales - falsables - e interpretaciones generales - que deben verificarse en la capacidad reflexiva adquirida por el paciente. Sin embargo este intento de trazar una línea divisoria tampoco puede ser sostenido por el propio Habermas, y la praxis y la investigación psicoanalítica no se hallan en consonancia con él. Las contradicciones en las que Habermas se enreda provienen del hecho de que las interpretaciones generales se alejan mucho de las comprobaciones que se exigen para las teorías generales, y a su vez deberían comprobarse en la proporción de éxitos y fracasos clínicos. No obstante éstas se sustraerían según Habermas a la ratificación intersubjetiva. "El marco general de la interpretación ciertamente se verifica en la proporción de éxitos y fracasos clínicos. Pero los criterios del éxito no son operacionalizables; éxito y fracaso, como la eliminación de síntomas, no pueden ratificarse intersubjetivamente. La experiencia de la reflexión sólo se confirma a través de la realización de la reflexión misma: a través de ella se quiebra la fuerza objetiva de un motivo inconsciente" (1968, p. 189).

Esta vinculación que establece Habermas entre la proporción de éxitos y fracasos clínicos y la experiencia de reflexión del paciente resulta inconcebible. Como demostró justamente el psicoanálisis, introspección y reflexión están sometidas en gran medida al autoengaño. El quiebre de la fuerza de un motivo inconsciente se muestra en forma objetiva justamente allí donde puede comprobarse intersubjetivamente: en los síntomas y en los cambios de conducta. Por otro lado, la asociación libre se aparta de una reflexión introspectiva dirigida a fines y a su vez la amplía por medio de la superación de resistencias. No debe haber ningún analista que adapte la dirección de la cura a la sola reflexión del paciente, a su proceso de formación, y que lo vea como la única instancia en la que las hipótesis interpretativas puedan comprobarse. El conocimiento del paciente, que éste acumula en el transcurso del tratamiento psicoanalítico y gracias al cual logra una nueva interpretación de su situación vital, es un aspecto en el cual el éxito del tratamiento se manifiesta al paciente. Por otro lado hay

una apreciación del éxito de un tratamiento en el sentido de una prueba objetiva del cambio psíquico que se ha producido, que es completamente operacionalizable y puede ser sometida a una comprobación científica segura. En la propuesta de Habermas se introduce la utopía de que un sujeto esclarecido dispone de la historia de su autodevenir a través de la reflexión, lo cual representa una sobrevaloración del rol del conocimiento. Se deja de lado que carácter emancipador de ésta se demuestra no sólo en el saber que se obtiene sobre sí mismo, sino en la actitud vital y en la capacidad para la praxis. En efecto, al término del tratamiento psicoanalítico, muchos pacientes no son capaces de dar cuenta de los cambios y procesos de formación que se produjeron en ellos. Experimentan sus cambios en la inmediatez del vivir y el actuar, sin poder reflexionar filosóficamente sobre ellos en forma adecuada.

De la máxima "donde era ello yo debe devenir" no debe derivarse que el inconsciente dinámico, reprimido, que despliega su poder a espaldas del sujeto, quede luego de la elaboración psicoanalítica a disposición del sujeto en forma permanente. Consideramos acertada la crítica de Gadamer a este respecto: "El ideal de la elevación de una determinación natural a una motivación consciente racional representa a mi parecer una exageración dogmática que no guarda proporción con la *condition humaine*" (Gadamer 1971, p. 312). Con esto se ignora que en términos psicoanalíticos el proceso de formación del individuo debe consistir en desarrollar funciones y estructuras psíquicas que aseguren la capacidad de trabajar y amar; no debe tratarse de una adecuación conformista a un principio de realidad concebido ahistóricamente. En la teoría de Freud el principio de realidad posee la forma de un principio regulador que halla su contenido sociocultural en el transcurso de la historia. Es por eso que en la práctica psicoanalítica se trata de un equilibrio razonable entre los polos caracterizados como principio de placer y de realidad. En lugar del sometimiento autoplástico, ciego, a los contenidos de eficacia actual transmitidos socioculturalmente propios del principio de realidad, y de su internalización en funciones yoicas y superyoicas, idealmente deberían surgir soluciones aloplásticas racionales. Aquí cobra importancia un concepto de la teoría de la técnica terapéutica, el concepto de actuación [Agieren], que se refiere a los intentos de modificación aloplásticos dirigidos hacia el exterior que evolucionan mayormente en forma inconsciente y son dirigidos pulsionalmente. Si las exigencias de modificación del medio no van acompañadas de la disposición y capacidad de automodificarse, en psicoanálisis se afirma

normalmente que estas acciones aloplásticas unilaterales constituyen frecuentemente una actuación. El que tales actuaciones tengan a menudo enormes consecuencias sociales e históricas, corresponde a las paradojas trágicas de la historia de la humanidad. Podría decirse que algunas relaciones rigidificadas sólo pueden ser modificadas mediante ciertas tergiversaciones de la realidad, a través de las cuales se liberan fuerzas de la actuación que parecen desconocer todo límite. La tragedia radica en que entonces los cambios generalmente se llevan a cabo por medio de fuerzas agresivo - destructivas que a corto plazo conducen a movimientos opuestos igualmente destructivos (ver Waelder 1970). Con el método psicoanalítico se logran importantes intelecciones de procesos colectivos, puesto que en la actuación del individuo puede advertirse que, en lugar de una pacificación del círculo familiar íntimo, se percibe con particular claridad la desarmonía en la sociedad, y se combate allí en vez de intentar con los propios procesos formativos¹⁸.

El análisis de Giegel del "proceso de formación" media entre los polos "reflexión" y "praxis", tal como se desarrollaron aquí sintéticamente. "Cada una de las partes del conocimiento de que un sujeto dispone están conectadas entre sí en un sistema que puede estar estructurado de distintas maneras.... Hablamos de un proceso de formación cuando las estructuras que organizan el sistema de conocimiento se modifican de forma tal que dan lugar a una organización más abarcativa y menos forzada del conocimiento" (p. 253). Luego de un ejemplo de cambio estructural de ese tipo tomado del campo del proceso de desarrollo cognitivo del niño, Giegel continúa: "Primero se desarrollan las nuevas estructuras sin que este proceso sea controlado por la reflexión del sujeto en formación. Pero para ser eficaces, las nuevas estructuras deben construirse con cierta continuidad a partir de las viejas estructuras, porque sólo así pueden llevarse a cabo las operaciones lógicas de que se disponía en los niveles anteriores, aunque en otro contexto. Por ello, las estructuras de conocimiento siempre se corrigen sólo en puntos aislados y de ninguna manera se sustituyen bruscamente por otras" (p. 255).

¹⁸ P. Weiss hace decir en escena al Marqués de Sade: "Así es Marat / esto es para Usted la revolución / Usted tiene dolor de muelas / y debería hacerse sacar la muela / la sopa se le quemado / excitado pide una sopa mejor / Para una su hombre es demasiado corto / ella quiere uno más largo / A uno le aprietan los zapatos / en el vecino se ven más cómodos / A un poeta no se le ocurren versos / desesperado busca nuevos pensamientos / Un pescador sumerge durante horas el anzuelo / por qué no pica ningún pez / Así llegan a la revolución / y creen que la revolución les dará todo / un pez / un zapato / una poesía / un hombre nuevo / una mujer nueva / y derriban todas las murallas / y luego están allí / y todo es como era entonces / la sopa quemada / los versos arruinados / el compañero en la cama / maloliente y gastado / y toda nuestra heroicidad / que nos empujó a las cloacas / nos la podemos poner en el sombrero / si es que aún tenemos uno" (Weiss 1964, p. 83).

En esta modificación, Giegel asigna a la reflexión del sujeto una estabilización de la nueva organización del conocimiento, lo que da como resultado el carácter doble que poseen los efectos estimuladores de los procesos de formación: "Por un lado se imponen a espaldas del sujeto, por el otro la reflexión sobre esta transformación es imprescindible para que funcione" (p. 256). Esta interpretación se lleva muy bien con el modelo estructural del psicoanálisis, que en su variante de la psicología del yo influenció en forma decisiva la teoría de la técnica. Por último, para aclarar semánticamente el concepto de "proceso de formación", debe señalarse que ya en las "Conferencias" presentaba Freud a la modificación de la estructura como un resultado esencial: "Mediante la superación de estas, la vida anímica del enfermo se modifica duraderamente, se eleva a un estadio más alto del desarrollo y permanece protegida frente a nuevas posibilidades de enfermar. Este trabajo de superación constituye el logro esencial de la cura analítica; el enfermo tiene que consumarlo, y el médico se lo posibilita mediante el auxilio de la sugestión, que opera en el sentido de una *educación*" (Freud 1917, p. 410-411).

El intento de Habermas de presentar al psicoanálisis como ejemplo de una ciencia de la reflexión crítica (ver Gadamer 1971, p. 292 y siguientes), que sería un ejemplo para la reflexión social, tendría como consecuencia el rechazo de cualquier acercamiento a interpretaciones tecnológicas. Pero su particularidad metodológica, el hecho de ser tanto una ciencia explicativa como una reflexión emancipadora, debe - en nuestra opinión - ser central para la determinación del estatuto epistemológico del psicoanálisis. La multiplicidad de las técnicas de intervención psicoterapéutica que pueden derivarse de la teoría y la práctica psicoanalítica alude a un aspecto instrumental que de ningún modo puede ser desmentido¹⁹. La afirmación de Habermas de que el éxito y el fracaso no pueden verificarse intersubjetivamente en el tratamiento, que las demostraciones que se sustentan en la desaparición de síntomas no son legítimas, sucumbe a la confrontación con la práctica psicoterapéutica. Asimismo el señalamiento de Freud de que sólo la continuación del análisis puede decidir sobre la utilidad o inutilidad de una construcción no excluye la fuerza comprobatoria de

¹⁹ Albert muestra la calificación desvalorizadora que coloca al instrumentalismo como único interés de conocimiento de las ciencias empíricas. Según él esta acusación estuvo en la historia del conocimiento una y otra vez al servicio de la protección de particulares creencias contra la posible crítica de parte de la ciencia natural (1971, p. 110, pie de página).

modificaciones sintomáticas y conductuales, sino que entiende que el proceso de formación posee otras expresiones además de la autoreflexión del paciente.

El mismo Habermas dice en otro lugar (1963, p. 482) que una de las premisas para las comprobaciones teóricas radica en que los sistemas repetitivos se hagan accesibles a una observación controlada. Estos sistemas repetitivos son justamente los que se dan por ejemplo en comportamientos estereotipados, que como compulsión de repetición se manifiestan en diferentes formas y contenidos de las neurosis de transferencia. La repetición y el cambio, ambos identificables en la conducta, pueden observarse, y estas observaciones se han reflejado en la práctica y en la teoría psicoanalítica. Habermas admite que "del marco metapsicológico de la interpretación pueden desprenderse hipótesis individuales y someterse a prueba independientemente" (1967, p. 189). "Para ello se requiere de una traducción al marco teórico de las ciencias de la experiencia más estrictas De todas maneras la teoría freudiana contiene supuestos que pueden interpretarse en sentido estricto como hipótesis normativas; de ello se desprende que también incluye relaciones causales" (1967, p. 190). Lo que Habermas parece admitir aquí constituye el contenido de la teoría general y especial de las neurosis, cuya confirmación por medio de la sola experiencia de reflexión del paciente nos parece insuficiente. A esta autoreflexión del paciente se le estaría adjudicando una tarea con la que los pacientes - como indica una y otra vez la experiencia clínica - no pueden cumplir.

Acordamos con Rapaport (1960) en que la comprobación de la validez de la teoría psicoanalítica es una tarea de la comunicación intersubjetiva de la comunidad de investigadores que, en concordancia con las reglas científicas de la experiencia, deben ponerse de acuerdo acerca de la práctica que se lleva a cabo. Ante la estrechez restrictiva de la confirmación de interpretaciones generales, la investigación y la práctica psicoanalítica no pueden conformarse con detenerse en un concepto del proceso de formación que es filosóficamente tan vago como complejo, a través del cual la teoría se confirmaría. De todas maneras, la lógica de la explicación a través de interpretaciones generales señala el modo específico, único, con el cual se puede obtener una confirmación de las afirmaciones psicoanalíticas. Este resulta de la conexión entre la comprensión hermenéutica y la explicación causal: "La comprensión misma adquiere fuerza

explicativa"²⁰ (Habermas 1968, p. 328). La superación de la antítesis metodológica de la comprensión y la explicación a través de una "explicación comprensiva" o "comprensión explicativa" puede hallarse ya en las propuestas de Max Weber. Según Albert, éste había intentado superar la antítesis y con ello el historicismo extremo por medio de su noción de la sociología teórica como una ciencia comprensiva, que aspira a la explicación comprensiva de los fenómenos de la realidad cultural (Albert 1971, p.137).

Con relación a los síntomas, las construcciones poseen la forma de hipótesis explicativas en el sentido de conductas de análisis causal. La disolución de un "nexo causal" a través del trabajo interpretativo ilustra la eficacia de la terapia psicoanalítica. Estos enunciados deben aplicarse al caso individual. De ellos se derivan pronósticos, de modo tal que por medio del proceso terapéutico se le quita todo sustento a las condiciones de producción, y la supresión de dichas supuestas condiciones se evidencia en los cambios sintomáticos y conductuales. "Sin embargo, según su forma lógica, la comprensión explicativa se diferencia de la explicación formulada de modo estrictamente científico experiencial en un punto decisivo. Ambas se apoyan en enunciados causales que con ayuda de condiciones adicionales se obtienen a partir de enunciaciones universales, de interpretaciones derivadas (ciertas variantes) o de hipótesis normativas. Pero el contenido de las enunciaciones teóricas queda intacto luego de una aplicación operativa a la realidad; en ese caso podemos basar las explicaciones sobre leyes *libres de contexto*. Pero en el caso de las aplicaciones hermenéuticas, los enunciados teóricos se traducen a la expresión narrativa de una historia individual, de modo tal que la afirmación causal no se realiza fuera de ese contexto. Las interpretaciones generales sólo pueden afirmar en forma abstracta su pretensión a la validez universal en tanto sus derivaciones se definen adicionalmente por medio del contexto. Las explicaciones narrativas se diferencian de las estrictamente deductivas en que los hechos o estados acerca de los cuales ellas afirman la existencia de una relación causal, adquieren en la aplicación una definición adicional. Por ello, las interpretaciones generales no permiten explicaciones libres de contexto" (Habermas 1968, p. 332). De lo anterior se desprende que para la metodología de la investigación es muy

²⁰ La superación de la antítesis metodológica de comprender y explicar en una "explicación comprensiva" o una "comprensión explicativa" ya fue propuesta por Max Weber. Según Albert, éste intentó, con su comprensión de la sociología teórica como una ciencia comprensiva que se apunta a una explicación comprensiva de los fenómenos en la realidad de la cultura, superar la antítesis y con ello el historicismo extremo (1971, p. 137).

importante examinar concretamente el caso individual. Aquí pueden y deben examinarse tanto el proceso formativo del paciente experimentado subjetivamente como sus cambios conductuales en el nivel verbal y preverbal, y a su vez constituirse ambos en criterio para la corroboración de hipótesis.

Con el objeto de otorgar mayor claridad al concepto de "interpretación general", que juega un rol central en la concepción de Habermas, rescataremos ahora su marco referencial original. Al establecer la diferenciación de las teorías científicas e históricas, Popper introduce este término a fin de marcar una diferencia cualitativa: "Es importante entender que muchas "teorías históricas" (quizás sea mejor llamarlas cuasi teorías) se diferencian considerablemente de las teorías científicas. Porque en la historia ..., los hechos a nuestra disposición son a menudo limitados y no es posible repetirlos o producirlos a voluntad. Estos se han reunido según un punto de vista a priori: las así llamadas fuentes históricas sólo registran aquellos sucesos que fueron lo suficientemente interesantes como para ser registrados, de manera que normalmente sólo incluyen aquellos hechos que coinciden con una teoría previa. Y dado que no se dispone de otros hechos, será normalmente imposible comprobar esta o aquella teoría posterior. A estas teorías comprobables se les puede reprochar justamente su *circularidad*, tal como se les reprochó injustamente a las teorías científicas. A dichas teorías históricas las denominaré, en contraposición a las teorías científicas, 'interpretaciones generales'" (Popper 1958, p. 328, el subrayado es nuestro).

La posibilidad de comprobación de estas interpretaciones generales históricas es restringida, en la medida en que en la investigación histórica (como en el psicoanálisis) no puede haber *experimenta crucis* como en las ciencias naturales. Popper ofrece una exhaustiva fundamentación de lo anterior que lo lleva a renunciar a la visión ingenua según la cual "una serie de registros históricos puede interpretarse de una sola manera" (1958, p. 329). Aquí se pone de manifiesto la estrecha ligazón de la teoría popperiana de la falsación con las ciencias normativas axiomáticas. Luego introduce una serie de verificaciones relativas para interpretaciones históricas que alcanzan para establecer una validez posible y relativa: 1. Hay interpretaciones (erróneas) que no coinciden con los registros reconocidos; 2. Hay interpretaciones que requieren de una cantidad mayor o menor de hipótesis auxiliares plausibles para evitar la falsación a través del registro; 3. Hay interpretaciones que no logran conectar

una serie de hechos que sí pueden ser conectados y explicados por medio de otra interpretación (1958, p. 329). Por consiguiente, también sería posible un avance importante en el campo de la interpretación histórica. Además habría todo tipo de estaciones intermedias entre puntos de vista más o menos generales e hipótesis históricas específicas o singulares, que en la explicación de acontecimientos históricos jugarían el rol de condiciones hipotéticas iniciales y no el rol de leyes generales (ver Klauber 1968). Es evidente que la importante diferencia cualitativa entre teorías científicas e interpretación general que realiza Popper está ausente en Habermas, en donde las interpretaciones generales aspiran al mismo grado de validez que los enunciados científicos experienciales generales. No obstante, éstas se diferencian por la lógica de la investigación probatoria. A continuación discutiremos cómo se relacionan el esquema general de la explicación científica, las interpretaciones generales y las formas individuales de explicación, tal como surgen en la investigación y en el trabajo psicoanalítico.

1.6. Descripción, explicación y pronóstico en el Psicoanálisis

Allport (1937d) caracteriza la labor científica como el intento de "comprender, prever y controlar". Frecuentemente se desvaloriza el rol de la comprensión y se la emparenta con especulaciones filosóficas, con lo cual se descuida que la "comprensión" como principio hermenéutico es precondition de cualquier otro paso en el quehacer científico. En los capítulos anteriores nos hemos ocupado exhaustivamente del aspecto de la "comprensión" en el proceso científico. Con el objeto de distanciarnos críticamente del contenido histórico introducido mediante la discusión sobre el alcance de las teorías históricas al final del último capítulo, es necesario abordar los problemas desde otro punto de vista. La explicación es un prerequisite para la previsión y control, tal como Allport los define. La práctica clínica acoge esta relación inmanente en sus decisiones cotidianas con la mayor naturalidad. Pero para nuestro debate parece apropiado aclarar nuevamente esta relación fundamental antes de emprender una discusión respecto del psicoanálisis.

Desde el punto de vista lógico, las previsiones científicas tienen la misma estructura que las explicaciones. A partir de determinadas leyes y condiciones circundantes se deriva en forma lógica el resultado esperable, mientras que las

explicaciones representan una especie de reconstrucción *post hoc* de la realización de un resultado. Esta derivación de lo previsible proviene de la descripción popperiana de la estructura lógica de las explicaciones causales (1934 en 1969a); Hempel y Oppenheim (1953) sistematizaron la relación entre previsión y explicación en el esquema de la explicación científica que lleva su nombre (HO - Esquema de la explicación científica). A fin de que las relaciones se vean con mayor claridad, extraemos una buena síntesis del libro de K. D. Opp (1970).

En una explicación se plantea en primer lugar un explanandum; para explicar un singular estado de cosas dado, hay que buscar por lo menos una ley y las correspondientes condiciones circundantes. En el caso de un pronóstico en cambio no se plantea un explanandum; antes bien, aquí conocemos sólo las condiciones circundantes y las leyes. Podemos ilustrar la diferencia entre explicación y previsión por medio del siguiente esquema:

Explicación		Pronóstico
a buscar	ley	dada
a buscar	condiciones circundantesdadas	
dado	explanandum	a buscar

Tanto en la explicación como en el pronóstico se deriva un explanandum a partir de (por lo menos) una ley y de las correspondientes condiciones circundantes; la única diferencia es que en cada caso se dan y se buscan diferentes partes. En función de las explicaciones en el punto 1.5. "Interpretaciones generales e históricas" resulta claro que el tipo de explicación que el esquema HO implica sólo puede ser aplicado al psicoanálisis si previamente se lo somete a las correspondientes ampliaciones. Antes de ocuparnos de otras formas de la explicación que según Stegmüller (1969) también pueden incluirse en el concepto de explicación científica, debemos discutir una postura opuesta.

Desde distintos lados se afirma que gran parte de los hallazgos freudianos reposan en su brillante descripción de diversos aspectos del comportamiento humano. Quizá el más conspicuo representante de esta postura sea Wittgenstein,

quien en sus conferencias de 1932/33 resaltó lo siguiente: "... En muchos lugares (en los escritos de Freud) uno se plantea la pregunta de hasta dónde lo que se dice es una hipótesis o sólo una buena forma de presentación de los hechos - pregunta (según Wittgenstein) que para el propio Freud era incierta" (Moore 1955, p. 316).

MacIntyre - con quien ya discutimos más arriba - arriba al mismo resultado en esta pregunta cuando intenta una clarificación del concepto de inconsciente: "Porque el aporte de Freud no se basa esencialmente en sus explicaciones de la conducta anormal sino en su novedosa descripción de tales formas de conducta" (1968, p. 94).

Si intentamos examinar de qué base parten estos juicios, tal como hizo Sherwood (1969), vemos que Wittgenstein se refiere a la "Psicopatología de la vida cotidiana" mientras que el análisis de MacIntyre aborda fundamentalmente *La Interpretación de los Sueños*. Efectivamente ambos trabajos contienen material anecdótico que se ofrece como ilustración de modos de funcionamiento del aparato psíquico. Estos comentarios casuales extraídos del contexto clínico aparecen a menudo sólo en función de mejorar la exposición, y pierden fácilmente el carácter explicativo. No obstante, en el contexto clínico vale lo siguiente: "Desde luego que es cierto que Freud describió ciertas acciones del paciente en forma novedosa. Pero lo importante es que de este modo intentaba explicarlas... Formular una nueva descripción en un contexto dado puede de hecho equivaler a una explicación. La diferencia entre estos dos procedimientos no siempre es precisa y en cada caso depende del contexto y de la situación en la que se produce" (Sherwood 1969, p. 187).

Aunque en otro lugar MacIntyre reconoce que una descripción clarificadora puede de hecho valer como una forma de explicación (p. 115), cree su obligación volver a denegar a los intentos freudianos de explicación del significado de los sueños el título de explicaciones; se trataría más de un descifrar que de un explicar (p. 112). La discrepancia que aquí surge incumbe claramente al alcance del concepto "explicar"; ciertamente, a las exposiciones freudianas subyacen diferentes tipos de explicaciones.

Sherwood señala que las explicaciones de Freud en los historiales clínicos - lo que Sherwood ejemplifica ampliamente por medio del Hombre de las Ratas) -

corresponden siempre a un paciente individual, a una sola historia clínica. El objeto de estudio no es una clase especial de síntoma psiquiátrico ni una clase de personas que padece determinada enfermedad, sino la persona individual. Al igual que el historiador, Freud se interesa por decursos singulares de acontecimientos a fin de reconocer los típicos; en este sentido hace uso de generalizaciones sobre los neuróticos obsesivos como una clase. Asimismo hay una teoría general del comportamiento humano más allá de la explicación de la biografía individual (ver Waelder 1962). La precondition para la generalización es que las explicaciones se verifiquen en el caso individual. La otra condición es naturalmente que las explicaciones comprobadas en el caso individual hayan sido halladas previamente en un conjunto de casos, volviéndose de este modo típicas. Las conexiones típicas constituyen siempre sólo una parte en el interior de una historia clínica, razón por la cual éstas se leen también como novelas (Freud 1895d, p. 174). Las explicaciones individuales están entretrejidas en el todo; este marco, que representa el momento integrativo generalizador, se caracteriza como "narrativa psicológica". En el interior de esta narrativa pueden aislarse distintos tipos de explicaciones que aparecen en diferente proporción, pero no puede considerársela como la simple sumatoria de diferentes explicaciones, sino que representa el marco general integrador: "en resumen: comunicar la resolución de un solo síntoma en verdad coincide con la tarea de exponer un historial clínico completo" (Freud 1896, p. 196).

Según Danto (1965), las exposiciones que presentan sucesos como elementos de historias se denominan enunciados narrativos. Dado que las explicaciones psicoanalíticas se sitúan en el conjunto de una historia vital, la denominación "narrativa psicoanalítica" - que hasta donde sabemos fue utilizada por primera vez por Farrell (1961) en la discusión filosófica - subraya el carácter histórico de las propuestas explicativas psicoanalíticas, lo cual llevó tempranamente a Freud a señalar que no era su culpa si las historias clínicas se leían como novelas (1895d, p. 174).

En su fundamental disquisición sobre el concepto de explicación científica, Stegmüller la distingue primero de una multiplicidad de formas cotidianas de utilización: la explicación del significado de una palabra - que también puede llamarse definición -, la explicación como interpretación de un texto o como instrucciones de procedimiento, como descripción detallada y justificación moral. Estos numerosos significados del concepto de explicación apenas

permiten reconocer algo en común, y Stegmüller los señala a lo sumo como una familia conceptual en el sentido de Wittgenstein. Para la teoría científica analítica, cuya postura Stegmüller representa, sólo la explicación de un hecho alcanza el rango de explicación científica.

Ahora bien, tal como señala Sherwood, en el postulado explicativo psicoanalítico se manifiestan todas aquellas formas y explicaciones del lenguaje cotidiano. Si se trata de descubrir el origen de un sentimiento, por así decir "explicar" la procedencia de algo ajeno, no se alcanza una explicación en el sentido del esquema HO sino únicamente un conocimiento más preciso de los hechos. La explicación de la génesis de un síntoma plantea problemas de delimitación más complicados. Al retrotraer la conducta transferencial observada a la actitud infantil hacia la madre no sólo se unen situaciones de apariencia diversa sino que también se asumen tentativamente explicaciones genéticas, que deben verificarse como retrodicción. La multiplicidad de fenómenos y procesos en la situación psicoanalítica exige distintas operaciones explicativas, que no deben señalarse a priori como científicas o no científicas en el sentido de la teoría de la ciencia analítica. Sherwood concluye su ilustración de los diferentes tipos de explicación a través de ejemplos de la historia clínica del Hombre de las Ratas como sigue: "A un psicoanalista se le exige responder a un amplio espectro de preguntas sobre la conducta humana y es por eso que sus explicaciones pueden ser de muy diferente tipo" (1969, p. 202).

Por otra parte, la discriminación entre los diferentes tipos de explicaciones y el tipo estricto de explicación propio del esquema HO, tal como resuena por momentos en Sherwood, no toma en consideración que según Stegmüller "el concepto de explicación científica se introdujo de tal modo que puede reclamar su aplicación general en toda ciencia *empírica*" (p. 336). En efecto, la forma en que se construye el concepto de explicación decide sobre la posibilidad de utilizarlo: una versión estrecha corresponde al esquema HO, tal como lo tomamos de Opp (por argumento explicativo debe entenderse una deducción tal que entre sus premisas haya por lo menos una hipótesis normativa determinista o estadística). Pero si se entiende el concepto siguiendo a Stegmüller, la búsqueda de una explicación puede no sólo incluir la búsqueda de bases reales o genéticas sino en forma más general la búsqueda de fundamentos racionales. Esta ampliación del concepto de explicación científica incluye en el alcance del concepto sobre todo las explicaciones históricas y con ello también algunas de

las explicaciones psicoanalíticas. El lenguaje del historiador así como el del psicoanalista que comunica su caso está lleno de expresiones que evidencian un esfuerzo explicativo. En vez de fundamentos causales se dan a menudo fundamentos lógicos o inductivos de algunas tesis. Así, la descripción selectiva del historiador se convierte en un enunciado explicativo, ya que la descripción está guiada por hipótesis. Por otro lado, en las explicaciones históricas se recurre con frecuencia a regularidades de carácter estadístico o trivial y es por ello que a menudo no se menciona el argumento explicativo. Stegmüller agrupa otras particularidades de los enunciados explicativos históricos que autorizan al científico historiador a interpretar sus afirmaciones como algo distinto de la explicación en el sentido del esquema HO. Basándose en Hempel, presenta como idea principal la incompletud de tales explicaciones. Estas explicaciones incompletas, que también se denominan esbozos explicativos, pueden atribuirse a cuatro causas:

- a) Se trata de explicaciones disposicionales (ver más abajo).
- b) La explicación contiene generalizaciones obvias tomadas de la vida cotidiana, que ni siquiera se desarrollan.
- c) Renuncia expresa a nuevas derivaciones de una ley debido a un rebasamiento del dominio.
- d) Material experiencial incompleto.

Como según su opinión carece de sentido, por los motivos citados, albergar grandes expectativas en una explicación histórica, Stegmüller propone una definición más amplia de la explicación histórica en el sentido del esquema HO: "Habría una explicación de E sobre la base de los antecedentes A1 si y sólo si el suceso - explanandum fuera esperable a partir de los sucesos - antecedentes, esto es, esperable en el sentido de un concepto confirmatorio puramente intuitivo, carente de mayor definición, o bien en el sentido de uno formalmente especificado" (p. 348). Esta forma de explicación histórica permite salvaguardar las afirmaciones genéticas de la teoría psicoanalítica, es decir que por lo menos formalmente es posible subsumir a ella los intentos explicativos de la psicología psicoanalítica del desarrollo. Por otra parte las diferencias entre los resultados de los estudios longitudinales de Benjamin, Kris y Escalona, entre otros, muestran claramente que el grado de confirmación contiene mayor o menor precisión.

Es interesante notar que Langer, el entonces presidente de la "Historical Association" americana, abogara ya en 1957 por "la mayor utilización en el futuro, para los fines de las explicaciones históricas, de ideas del psicoanálisis y de las teorías de psicología profunda emparentadas con él" (citado según Stegmüller 1969, p. 423). Langer propugnaba especialmente el empleo de enunciados explicativos disposicionales del psicoanálisis porque el modelo de la acción consciente y racional era insuficiente para el historiador. En su prefacio a *Geschichte und Psychoanalyse*, Wehler (1971) toma en consideración esta propuesta, especialmente en lo atinente a la historiografía biográfica, no sin señalar la posibilidad de interpretaciones psicoanalíticas unilaterales erróneas.

A continuación queremos discutir más exhaustivamente el concepto de explicación disposicional, porque éste es tan importante para el psicoanálisis como la explicación funcional. El mismo se refiere a enunciados del tipo "el vidrio se quiebra porque tiene la propiedad x". Dado que la propiedad disposicional de un objeto o un individuo tiene consecuencias "normativas", Ryle (1969) categoriza tales explicaciones como "enunciados normativos". Las explicaciones disposicionales se refieren a la "clase de casos en los cuales la actividad del actor debe explicarse con ayuda de tendencias de carácter, convicciones, metas establecidas y otros factores disposicionales" (Stegmüller 1969, p. 120). El paciente, en virtud de constelaciones conflictivas inconscientes, trae al tratamiento determinadas conductas y características personales que explicamos mediante disposiciones. Como el paciente persigue inconscientemente una repetición de su frustración infantil temprana, estructura la situación transferencial de un modo semejante. La constitución de la neurosis de transferencia puede interpretarse como el traslado de tales disposiciones a relaciones objetales revividas. La superación de la neurosis de transferencia llevará entonces al levantamiento de los conflictos inconscientes determinantes previos y con ello al levantamiento de la disposición como modo de reaccionar con fuerza de ley. Si los enunciados disposicionales a menudo no se consideran explicaciones es porque normalmente no se explicita su vinculación con leyes subyacentes.

La lógica de las explicaciones funcionales debe tratarse separadamente. Freud denomina al sueño guardián del dormir; ¿se trata de una forma de explicación científica legítima? ¿Es esta consideración final sólo el velo de un fenómeno causal que aún se desconoce? ¿O la representación funcional no es más que una

relación descriptiva sin pretensiones de explicación? Proponemos tomar como prototipo de explicación funcional en el psicoanálisis la teoría freudiana de formación de síntomas, tal como se la presenta en "Puesto que hemos reconducido el desarrollo de angustia a la situación de peligro, preferiremos decir que los síntomas se crean para sustraer de ella al yo" (Freud 1926d, p. 136).

La forma de expresión de la que Freud se vale aquí es teleológica. Casi pareciera que los procesos de formación de síntomas deberían subsumirse al esquema de la acción consciente dirigida a fines. Pero como señala Stegmüller, el esquema lógico del análisis funcional brinda una presentación adecuada de las conexiones. El sistema S es el individuo en el que se forman síntomas patológicos; la disposición D es el patrón de comportamiento neurótico obsesivo que se impone como síntoma; los efectos de la disposición D pueden caracterizarse como N, que en el caso de la formación de síntomas es la ligadura de la angustia. La explicación funcional consiste en que la condición N se considera necesaria para un funcionamiento normal de S, lo que en el caso dado consiste en que el individuo pueda continuar viviendo en forma soportable, sin crisis anímicas severas. Tal como Stegmüller demuestra en su estudio posterior, la verificación de la significación empírica de tales explicaciones funcionales presenta serias dificultades. Estas consisten en la determinación precisa de diferentes componentes del modelo explicativo. En efecto, para la verificación es necesario indicar para qué clase de individuo determinada disposición D tiene en términos normativos efectos N; es decir que una dificultad empírica radica en la definición real de S; otra dificultad consiste en que no sólo la disposición D1 sino también una equivalente D2 exhibe efectos del tipo N.

Para expresarlo concretamente en un ejemplo clínico, esto implica que para ligar la angustia un neurótico obsesivo puede utilizar no solamente el mecanismo de defensa de la desmentida sino también el aislamiento, la transformación en lo contrario, etc. Pero la inclusión de disposiciones adicionales debilita recíprocamente el valor explicativo de las originales. Así, el valor explicativo de la tesis de Malinowski, por ejemplo, según la cual el efecto de la magia es necesario para la función de comunidades primitivas se ve reducido en la medida en que no se aporta ningún testimonio de que la sola magia posibilite a un hombre de una cultura primitiva la superación de las angustias existenciales. La debilidad del análisis funcional radica entonces en su gran amplitud de

aplicación descriptiva, mediante la cual se olvida fácilmente su carácter heurístico. Si en el psicoanálisis puede demostrarse que en diferentes clases de individuos operan disposiciones igualmente diferentes, la explicación funcional puede aspirar también a tener valor explicativo.

Luego de esta orientación sobre distintas formas de la explicación y su aplicación en el psicoanálisis, nos preguntamos qué ocurre con el estatus de la predicción en la teoría psicoanalítica y la práctica investigativa. Si bien la totalidad de una ciencia no radica en la prueba, y la predicción no es su única meta, la fuerza de predicción de una teoría ha alcanzado una posición relevante en la investigación psicológica. Históricamente, esta evaluación se vincula especialmente con los éxitos prácticos de los exámenes psicométricos en la investigación educativa (ver Kelly & Fiske 1950, 1951, Holt & Luborsky 1958a & b).

En la historia del psicoanálisis la predicción no ha sido altamente valorada, ni como instrumento ni como meta. Por otra parte aquí debemos diferenciar entre la utilización obvia, no reflexionada en la clínica cotidiana, y la reflexión teórica. Tal como Meehl señaló "Todo entrevistador que utiliza alguna técnica interpretativa efectúa a cada momento predicciones" (1963, p. 71). De esta manera, en la praxis psicoanalítica la experiencia clínica y las propuestas terapéuticas derivadas de la misma se practicaron desde un comienzo como una teoría de la predicción aplicada. "En efecto, sabemos muy poco acerca de la frecuencia de sus éxitos y su confiabilidad, y hasta qué punto el curso de la entrevista depende de ellas", continúa Meehl. El escepticismo teórico de los psicoanalistas se basa en una contradicción delineada por Freud (1920a) entre análisis y síntesis, que se reveló más bien como un obstáculo para la adecuada recepción de la predicción como instrumento del trabajo científico. "Sólo que aquí advertimos un estado de cosas que nos sale al paso también en muchos otros ejemplos de esclarecimiento psicoanalítico de un proceso anímico. Durante todo el tiempo en que perseguimos el desarrollo desde su resultado final hacia atrás, se nos depara un entramado sin lagunas, y consideramos nuestra intelección acabadamente satisfactoria, y quizás exhaustiva. Pero si emprendemos el camino inverso, si partimos de las premisas descubiertas por el análisis y procuramos perseguirlas hasta el resultado, se nos disipa por completo la impresión de un encadenamiento necesario, que no pudiera determinarse de ningún otro modo. Repararnos enseguida en que podría haber resultado también

algo diverso, y que a este otro resultado lo habríamos podido comprender y esclarecer igualmente bien. La síntesis no es, por tanto, tan satisfactoria como el análisis; en otras palabras: no estaríamos en condiciones de prever, conociendo las premisas, la naturaleza del resultado" (Freud 1920a, p. 160).

Esta exposición tomada del informe del caso de una homosexualidad femenina establece, aparentemente en forma convincente, una imposibilidad de principio de la predicción sobre el desarrollo futuro de una personalidad, con lo que el alcance de supuestos genéticos psicoanalíticos queda reducido al análisis *post festum* del desarrollo de la personalidad. Si en este lugar aplicamos el esquema asumido más arriba sobre explicación y pronóstico, se plantea la pregunta de si efectivamente - en este caso - en condiciones circundantes exactamente iguales el explanandum hubiera podido ser otra cosa y no la homosexualidad femenina. Creemos que cuando se sigue el camino etiopatológico que Freud señaló aparecen retrospectivamente otras posibilidades de desarrollo, puesto que surgen otras condiciones circundantes en el horizonte del pensamiento. Parece entonces que el desarrollo no hubiera tenido que desembocar obligatoriamente en una homosexualidad femenina. Por otro lado el esquema etiológico de las "series complementarias" que Freud desarrolló involucra condiciones circundantes que al ser conocidas - o si fueran conocidas - autorizarían explicaciones. Aquí parece surgir un problema que quizás no pueda solucionarse empíricamente, pero que no es por principio insoluble. Las formulaciones de Freud conducen a malos entendidos en el punto en que el conocimiento de las precondiciones o mejor dicho de todas las precondiciones deberían tornar previsible la naturaleza del acontecimiento. En el pasaje en cuestión, el propio Freud atribuye el triste reconocimiento al escaso conocimiento de otras causas. Pero estas causas no son otra cosa que condiciones circundantes alternativas que en una visión retrospectiva de la patogénesis naturalmente jamás pueden conocerse. Sólo un psicoanalista que estuviera dotado del espíritu universal de Laplace podría quizás retrospectivamente nombrar todas las condiciones circundantes. En su trabajo sobre el rol de la predicción en la psicología del desarrollo, Benjamin (1959) brinda una ilustración de la relación entre el conocimiento de las condiciones circundantes posibles y el éxito predictivo.

Aun cuando la resignación de Freud se refiere solamente a la predicción en el marco de la psicología genética, hay que insistir en que la exigencia de predicciones condicionadas en otros campos de la teoría y la práctica

psicoanalítica también fue formulada muy tímidamente. Según Rapaport (1960), esto se vincula con la posición central del principio de sobredeterminación en la psicología psicoanalítica: "El concepto psicoanalítico de sobredeterminación afirma que uno o varios determinantes de una conducta dada, que parecen explicarla, no constituyen necesariamente su explicación causal total. Esto no es ajeno a otras ciencias, pero el *principio de la sobredeterminación* no demostró ser imprescindible en ninguna otra ciencia. Que este principio sea necesario para el psicoanálisis parece ser atribuible en parte a la multiplicidad de determinantes del comportamiento humano, y en parte a la falta de criterios - característica de la teoría - para la independencia y suficiencia de factores causales. Los determinantes de la conducta de esta teoría han sido definidos de manera tal que son aplicables a toda conducta, y es por ello que hay que disponer de sus basamentos empíricos en cada forma de conducta. Dado que comúnmente un determinante individual no asume en forma permanente el rol dominante en un comportamiento dado, no se trata de descuidar a los otros mientras se investiga ese determinante dominante. Si en ciertas condiciones un determinante predomina, el investigador puede concluir prematuramente que se ha confirmado una relación funcional predicha, lo cual es cierto. Pero lamentablemente a menudo fracasa el intento de repetir el experimento o la observación correspondiente, ya que en la repetición o bien surge la misma conducta a pesar de que otro determinante asumió el rol dominante, o bien surge otra conducta a pesar de que el mismo determinante conservó el rol dominante" (Rapaport 1960, pág. 71/72).

Basándose en estas reflexiones Rapaport encuentra lógico que Freud haya sobrevalorado el rol de la postdicción y subvalorado el rol de predicción para la construcción de la teoría. Waelder (1966) sometió al principio de sobredeterminación a un análisis crítico que aporta tanto una clarificación lógica como semántica. Allí demuestra, a través de un pasaje pregnante en Freud, que el principio del determinismo psíquico y de la sobredeterminación deben entenderse como una concepción heurística, que por motivos metodológicos exige para todos los procesos anímicos - ya sean insignificantes o aparezcan arbitraria o casualmente - una motivación suficiente: "Ya echan de ver ustedes que el psicoanalista se distingue por una creencia particularmente rigurosa en el determinismo de la vida anímica. Para él no hay en las exteriorizaciones psíquicas nada insignificante, nada caprichoso ni contingente; espera hallar una

motivación suficiente aun donde no se suele plantear tal exigencia" (Freud 1910a [1909], p. 33).

Así, la introducción del determinismo tenía en principio la función de proveer una fundamentación metodológica segura para los estudios de Freud, ya que de la "creencia" en el determinismo de la vida anímica puede derivarse una serie de principios metodológicos de la técnica de exploración psicoanalítica. Por otra parte de la cita se desprende que para Freud "determinado" era equivalente a "motivado"; esto permitió a Waelder en el trabajo arriba mencionado rechazar el debate filosófico en torno de la pregunta del determinismo y del libre albedrío. A partir de aquí hay que abordar también el amplio concepto de la sobredeterminación. Examinemos en principio los pasajes en los que Freud introduce el concepto de sobredeterminación: en la discusión sobre la cuestión etiológica en los *Estudios sobre la histeria* se encuentran los siguientes señalamientos: "Casi todas las veces que investigué el determinismo de esos estados, no descubrí una ocasión única, sino un grupo de ocasiones traumáticas semejantes" (Freud 1895d, p. 186). Lo que aquí se ejemplifica casuísticamente en el caso Elizabeth von R se amplía en el capítulo teórico "Sobre la psicoterapia de la histeria": "Conoce este carácter rector en la etiología de las neurosis: que su génesis las más de las veces está *sobredeterminada*, es preciso que varios factores se conjuguen para ello" (1895d, p. 270). Lo mismo es válido para los síntomas histéricos: "No se debe esperar un único recuerdo traumático y, como su núcleo, una única representación patógena, sino que es preciso estar preparado para encontrarse con series de traumas parciales y encadenamientos de ilaciones patógenas de pensamiento" (1895d, p. 293). La definición más clara del contenido conceptual se encuentra en la discusión de Freud con la crítica de Loewenfeld a las neurosis de angustia: "Por regla general, las neurosis están sobredeterminadas, o sea que en su etiología se conjugan varios factores" (1895f, p. 131).

Lo que se deriva de estas citas y que representa el "principio de sobredeterminación" es por lo tanto la noción de que para la enfermedad neurótica y su sintomatología no hay una causa única, sino que varias causas actúan conjuntamente y que el vínculo entre ellas no puede verse simplemente como una suma. La totalidad estructurada de este conjunto de causas brinda las condiciones necesarias y suficientes. Este principio de una génesis multifactorial no era nuevo ni en la filosofía (por ejemplo en Mill) ni en la psicología.

En la discusión en torno de los lapsus en "Psicología de la vida cotidiana", Freud menciona a Wundt, quien en su *Psicología de los Pueblos* atribuye los lapsus a una serie de influencias psíquicas que ponen en duda una causación unívoca evidente. "También es incierto en algunos casos a qué forma debe atribuirse determinada perturbación, o si no habría que remitirla (la asociación) con mayor justicia según el principio de complicación de las causas, a un encuentro de varios motivos" (Wundt, *Völkerpsychologie*, 1, p. 380 y 381). "Considero enteramente justas y muy instructivas estas puntualizaciones de Wundt" (Freud 1901b, p. 64).

Aunque el principio no era nuevo y especialmente hoy en día tiene validez en todas las ciencias que se ocupan de sistemas complejos, les cabe a los psicoanalistas el crédito de haber sido pioneros en la aplicación consecuente de este principio. La mordaz crítica de Sherwood hacia aquellos psicoanalistas que pretenden haber "redescubierto" este principio, haberlo comprendido como esencial y como aquello que diferencia al psicoanálisis respecto de las otras ciencias omite en este sentido el núcleo del problema (1969, p. 181). Las explicaciones psicoanalíticas fueron a menudo criticadas por su plasticidad y vaguedad, aunque en última instancia éstas provienen justamente del intento de dar cuenta de los múltiples factores que se hallan en el origen del acto psíquico.

De todas maneras, Sherwood señala con justicia un malentendido en torno del concepto de la sobredeterminación que también Waelder menciona. Porque si por ello se entiende que existen muchas constelaciones causales independientes entre sí, necesarias y suficientes, tal como parece asumir Guntrip (1961), de allí resulta una imposibilidad lógica²¹. Waelder (1966) intenta una clarificación del contenido del concepto de sobredeterminación que parte de la mencionada imposibilidad lógica. Waelder aporta una interesante perspectiva histórica al indicar el origen del concepto. El intento inicial de Freud de concebir los procesos y decursos psíquicos por medio de nociones neurofisiológicas condujo a la analogía entre el modelo de la causalidad psíquica y los procesos en la neurona individual: la suma de estímulos con valores umbrales eran conceptos adecuados para los efectos de los procesos neurológicos. La sobredeterminación necesaria para procesos neurológicos - esto es, para alcanzar valores umbrales -

²¹ Por otra parte pueden sistemas autónomos de comportamiento plástico alcanzar un mismo objetivo por caminos originariamente independientes entre sí, como señala Stegmüller (1969, p. 5).

se adoptó para los procesos psíquicos. Waelder corrige el malentendido básico remarcando la significación del hecho e introduciendo un nuevo concepto: el principio de la función múltiple de un acto psíquico no implica una contradicción respecto de la causalidad lógica; expresa el hecho psicoanalítico central de que todo acto psíquico puede servir simultáneamente para la solución de diferentes problemas y necesidades.

Si la malentendida "sobredeterminación de lo anímico" fue *una* limitación de la posibilidad de efectuar predicciones, queda pendiente la pregunta - luego de admitir el malentendido - de por qué seríamos incapaces de predecir la naturaleza de los resultados a partir del conocimiento de las precondiciones. A este respecto, Freud menciona que sólo se conocen las relaciones etiológicas cualitativas, pero no las cuantitativas. Recién al término de un proceso de desarrollo puede decirse qué fuerzas anímicas fueron más fuertes, ya que únicamente el resultado nos puede informar sobre la relación de fuerzas. Así, cuando el comportamiento humano es el resultado de una lucha de fuerzas internas equivalentes, que posibilita distintas salidas, las relaciones son especialmente oscuras. Las soluciones de conflicto y las fases del desarrollo son por lo tanto procesos de decisión; a mayor número de condiciones existe mayor grado de libertad, y en forma proporcional a ello aumentan los factores de inseguridad en las predicciones. Por otra parte, las predicciones se vuelven confiables en los casos en que no hay conflicto, o en aquellos en que un aspecto pesa significativamente más que el otro.

Waelder menciona aquí (1966) dos casos límite que posibilitan predicciones: por un lado casos en los que la conducta está manejada exclusivamente por el yo maduro; por el otro en condiciones totalmente opuestas, esto es, casos en los cuales el manejo por parte del yo maduro está prácticamente ausente y en consecuencia la acción está conducida exclusivamente por fuerzas biológicas (pulsionales) y por los intentos de solución primitivos del yo inmaduro, allí donde la riqueza de los determinantes de la conducta humana se encuentra limitada (pág. 90 y siguientes). Anna Freud indicó (1958) que no sólo en estos dos casos extremos son posibles las predicciones sino también en los numerosos casos en los que los componentes - fuerzas internas primitivas y sentido de la realidad - están presentes en una proporción característica y estable para el individuo en cuestión; tales mezclas estables constituirían entonces la esencia del carácter (p. 22). Existen relaciones bastantes estables, es decir "grados de

libertad" restringidos, en el área delimitada de perturbaciones anímicas dentro del todo de la personalidad. Las explicaciones y predicciones psicoanalíticas se refieren a estos sistemas relativamente cerrados.

En vista de las dificultades mencionadas hasta aquí para derivar la posibilidad de la predicción de la teoría psicoanalítica se plantea la pregunta de si se trata de oscuridades en la concepción o si existen contradicciones de principio. Atendiendo a la necesidad práctica, esta pregunta es de especial interés: "La posibilidad de predecir o la predicción no es una cuestión secundaria en el análisis sino que constituye su esencia, y está totalmente claro que nuestra técnica descansa sobre tales intentos de predecir; sin ellos sería imposible una conducción racional del tratamiento" (Hartmann 1958, p. 121).

En pos de la claridad habría que comenzar por diferenciar distintos ámbitos de aplicación de la predicción y examinar separadamente si es posible realizar predicciones y en qué medida. En su forma actual, la teoría psicoanalítica dispone de explicaciones hipotéticas para un amplio campo de fenómenos sociales. Las comprobaciones sistemáticas de tales intentos de explicación con ayuda de técnicas predictivas se discutirán aquí sólo en lo atinente a la situación terapéutica.

El escepticismo de Escalona respecto de la aplicación de la predicción en investigaciones clínicas psicoanalíticas (1952) proviene de dos argumentos: el primero, que se refiere a la fuerza probatoria de una determinada predicción, no corresponde discutirlo aquí y será tratado aparte más adelante; el segundo compara la situación terapéutica psicoanalítica con el experimento de laboratorio, y nota por ejemplo que en la situación terapéutica las variables contextuales no pueden controlarse lo suficiente como para poder realizar predicciones sensatas sobre el comportamiento del paciente. "Según la objeción crítica de Bellak, que suscribimos, Escalona olvida que el psicoanálisis se enfrenta con estructuras *relativamente* estables y duraderas, que aseguran un alto grado de uniformidad en la reacción a los estímulos" (Thomä y Houben 1967, p. 678). En un trabajo experimental, Bellak y Smith (1956) demostraron que no sólo aportaron un argumento a la discusión sino que en efecto la importancia de las variables contextuales se ve significativamente reducida a través de la capacidad de reacción del paciente.

Es posible diferenciar entre el intento de hacer predicciones respecto de los pasos siguientes en un tratamiento, a corto plazo, y el intento de hacer afirmaciones predictivas sobre la terminación de un tratamiento; en este caso, los objetivos del tratamiento se formulan y registran en forma escrita previamente al comienzo del mismo. Tomando el ejemplo del modelo del Prediction Study de la clínica Menninger, puede tratarse de modificaciones de la conducta, cambios adaptativos (en el sentido de Hartmann), modificaciones intrapsíquicas como el insight, cambios en la defensa pulsional, modificaciones de constelaciones o de estructuras yoicas. Tal como Sargent y sus colaboradores expusieron (1968) en forma detallada, la utilización de predicciones como instrumento científico requiere de una explicación exacta de la naturaleza formal de la predicción. Basándose en la exhaustiva exposición de Benjamin (1950, 1959), que precisó la predicción como instrumento de validación de afirmaciones psicoanalíticas genéticas para estudios longitudinales en niños, aquéllos diseñaron un modelo de predicción que también autorizaba una comprobación empírica para la investigación de cambios previstos luego de un tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico.

Hemos demostrado - sin referir en detalle los trabajos mencionados - que la predicción como instrumento de investigación también puede utilizarse en el psicoanálisis. La estabilidad de los procesos neuróticos permite considerar transitoriamente la situación terapéutica psicoanalítica como ahistórica, aun cuando ella está inmersa en el marco de la historia generalizada en forma sistemática. Para concluir debemos abordar una cuestión que instala la importancia de la predicción en la investigación en un contexto más amplio. El esquema Hempel - Oppenheimer de explicación científica conduce a la noción plausible - como dijimos más arriba - de que "los argumentos explicativos y pronósticos son similares respecto de su estructura lógica"²² (Stegmüller, p. 153, p. 337).

1.7. Circularidad y self-fulfilling prophecy²³

²² En Stegmüller (1969, p. 153 - 198.) se encuentra una exhaustiva discusión sobre la tesis de la identidad estructural de pronósticos y explicaciones.

²³ La traducción alemana (1968) "Die Eigendynamik gesellschaftlicher Voraussagen" [La dinámica propia de las predicciones sociales] de la expresión de R. K. Merton self-fulfilling prophecy (1957) apenas refleja su significado y restringe el conocido principio a predicciones sociales. En verdad las "sich selbst erfüllende Prophezeiungen" ["profecías que se autocumplen"], que es la forma en que quisiéramos traducir al alemán las self-fulfilling prophecy, afecta a amplios dominios de la vida humana. Merton (1968) se refiere al teorema básico para las ciencias sociales acuñado por W. I. Thomas,

Advertencia preliminar

La traducción alemana (1968) "Die Eigendynamik gesellschaftlicher Voraussagen" [El dinamismo propio de las predicciones sociales] de la pregnante expresión "self-fulfilling prophecy" de R. K. Merton (1957) apenas refleja su significado y restringe el conocido principio a predicciones sociales. En realidad las "sich selbst-erfüllende Prophezeiungen" ["profecías autocumplidas"], tal como nosotros traduciríamos el término de "self-fulfilling prophecy", atañen a vastos dominios de la vida humana.

Merton se refiere en 1968 al teorema fundamental en las ciencias sociológicas acuñado por W. I. Thomas, patriarca de la sociología americana: "Cuando la gente define a una situación como real, ella es real en sus consecuencias"; hasta aquí el teorema de W I Thomas. Merton agrega: "Si el teorema de Thomas fuera más conocido y sus implicancias más difundidas, la gente comprendería mejor cómo funciona nuestra sociedad. A pesar de ser menos estimulante y preciso que el teorema de Newton, no es menos importante, porque es aplicable de modo instructivo no sólo a muchos, sino a la mayoría de los procesos sociales " (Merton 1968, p. 144).

En la discusión sobre predicciones en el psicoanálisis hay que abordar la pregunta de si en ellas las interpretaciones se autocumplen; por lo tanto tenemos que ocuparnos del problema de la circularidad. Explicitamos el tema buscando en el texto de nuestro trabajo indicadores de círculos y circularidad: primero nos topamos con el círculo hermenéutico y luego con la circularidad de las explicaciones históricas. Además podemos reconocer un movimiento circular en el arte interpretativo psicoanalítico, en el cual - remitiéndonos a un pensamiento de Dilthey - puede hablarse de una "circulación de vivencias, comprensión y representación del mundo anímico en conceptos generales" - si se considera a éstos últimos como la teoría clínica psicoanalítica (W. Dilthey, *Gesamte Schriften*, 7, p. 145, citado según Apel 1965, p. 285).

patriarca de la sociología americana: "Cuando la gente define situaciones como reales, ellas son reales en sus consecuencias". Hasta aquí el teorema de W. I. Thomas, a lo que Merton agrega: si se conociera más el teorema de W.I. Thomas y sus implicancias, la gente comprendería mejor cómo funciona nuestra sociedad. Aunque es menos atractivo y preciso que el teorema de Newton, no es de menor importancia en la medida en que es aplicable a muchos si no a la mayoría de los procesos sociales de manera esclarecedora" (Merton 1957, p. 144).

Asumamos siguiendo a Apel que el círculo hermenéutico dice "que debemos haber comprendido previamente, para poder comprender y al mismo tiempo corregir nuestra precomprensión por medio de un esfuerzo de comprensión *metódica*" (Apel 1965, p. 147, el subrayado es nuestro). En esta definición nos parece esencial la exigencia de corrección metódica de la precomprensión, porque con ello se garantiza la característica común del proceder científico. Es decir que Apel ve en el círculo hermenéutico un círculo "metódico"; en Gadamer, quien se basa en Heidegger, el círculo ha perdido este significado. Simplificando podría decirse que en la hermenéutica filosófica de Gadamer y Heidegger la incompletud de la precomprensión se sustituye por la "anticipación de la completud" [Vorgriff der Vollkommenheit]. En esta anticipación de la completud el todo parece ser siempre algo ya sabido, de manera que las partes sólo pueden comprenderse cuando se presentan en una unidad completa de sentido. La anticipación filosófico - hermenéutica de la completud (Gadamer 1965, p. 277) presupone que la hermenéutica está libre de los obstáculos del concepto de objetividad de la ciencia, tal como destaca Gadamer (p. 250). A nosotros nos debe importar una corrección objetiva, científico - experiencial, de la precomprensión psicoanalítico - psicoterapéutica; porque la anticipación de la completud de Gadamer adopta una antítesis que no se puede considerar desde un punto de vista científico - experiencial puesto que desde el principio se halla fuera de su terreno, es decir que goza de una especie de inmunidad extraterritorial. Simplificando, diríamos que el círculo está desde el comienzo completamente cerrado.

La circularidad en sentido general existe en todo planteo de interrogantes científico porque en la formulación de hipótesis se introduce una precomprensión selectiva. Como parte de la precomprensión deben considerarse también los intereses de conocimiento del científico en tanto especialista (Habermas 1968). Radnitzky (1970, p. 255) discutió los aspectos del círculo que pueden ponerse en evidencia fuera de la hermenéutica. Incluso en las ciencias naturales las descripciones son dirigidas por explicaciones anticipadas. Antes de que algo pueda explicarse debe expresarse aquello a explicar (el explanandum) en el lenguaje de la teoría con la cual se espera lograr una explicación más exacta. Por ejemplo, para poder explicar el movimiento planetario a través de la teoría de Newton, hay que dotar a las descripciones de una forma relevante, pero para ello hay que contar con determinada precomprensión.

Precomprensión y corrección, formulación de hipótesis y comprobación caracterizan a toda ciencia, y por ello no pueden implicar circularidad en el sentido de un círculo vicioso. Incluso el propio proceso de conocimiento es un proceso circular: va de las ideas (hipótesis) a los hechos y nuevamente a las ideas. Para poder diferenciar en forma conceptual a la circularidad general de sus expresiones fallidas de aquí en adelante denominaremos a estas últimas como *circulus vitiosus*, conclusión fallida. ¿Cuándo se genera una circularidad fallida a partir de una precomprensión? ¿Cuándo está justificada la crítica de conclusión circular? ¿Qué fundamenta la afirmación de Popper citada anteriormente (1958, p. 328) de que a las teorías científicas se les reprocharía injustamente circularidad, mientras que en el caso de interpretaciones generales, es decir explicaciones históricas, podría darse la circularidad en sentido peyorativo? Ya en la clasificación popperiana de las posibilidades de corrección de interpretaciones históricas a través de escritos y otras fuentes se mencionó una delimitación. Se trata de eliminar los errores que forzosamente caracterizan a la precomprensión - de lo contrario ésta sería verdadera y no haría falta ninguna corrección - por medio de la contrastación de las hipótesis con los hechos. Aquí hay que atender a que los errores inmanentes a la precomprensión no permanezcan ocultos a causa de una preconcebida elección de material, lo cual llevaría a una aparente confirmación. El que teoría y método se muevan en el mismo marco de referencia llevaría a un *circulus vitiosus* en el caso de que los experimentos fueran tales que sólo pudieran dar aquellas respuestas que la propia teoría da por sentadas. Por lo tanto, teoría y método deben ser independientes entre sí de modo tal que los experimentos puedan decir "no" a la teoría. No podría refutarse una teoría construida a la manera del conocido dicho: "Cuando el gallo canta sobre la caca cambia el tiempo, o queda como estaba".

Mediante una comparación entre el proceso de investigación y el judicial, Popper ilustró el hecho de que, a pesar de moverse en el mismo marco referencial, teoría y método pueden seguir siendo suficientemente independientes entre sí. En un problema especial del que no es necesario ocuparse aquí, la definición de los así llamados enunciados básicos, Popper muestra mediante el ejemplo de un proceso judicial clásico la dependencia y la independencia de los jurados y jueces respecto del sistema penal, donde las reglas de procedimiento y las divisiones, esto es, múltiples controles, protegen contra errores (Popper 1969a, p. 74). Si bien las reglas de procedimiento para llegar a un veredicto no son idénticas al estado de cosas de las normas legales a

aplicar, ambos pertenecen al sistema judicial. En esa medida existe también una dependencia del sistema judicial, y el proceso se mueve dentro de ese círculo. No es extraño que justamente esta analogía del proceso de investigación con un proceso judicial jugase un rol en la discusión entre Habermas (1969) y Albert (1969) en la así llamada disputa del positivismo (en Adorno 1969, p. 242 y p. 278). Albert puede alegar que la relación que las reglas y los procedimientos guardan con el sistema jurídico no consiste en un círculo en "el sentido relevante del término". Una "circularidad relevante", así en todo caso entenderíamos a Albert, sería una conclusión fallida que radicaría en el sistema o en el proceso. Es importante entonces la conclusión de Habermas a partir de la analogía entre proceso judicial y de investigación: "Hechos establecidos experimentalmente, ante los que las teorías científico - experienciales podrían fracasar, sólo se constituyen en una relación procesual de la interpretación de una posible experiencia" (p. 243).

Presentamos exhaustivamente la analogía de Popper²⁴ y la discusión posterior entre Albert y Habermas porque así como aquí la relación integral con el sistema judicial debe prevenir contra veredictos errados, en el psicoanálisis no deben efectuarse conclusiones fallidas en virtud de la dependencia de la práctica interpretativa respecto de la teoría. Al contrario: todas las precauciones están justamente al servicio de evitar y corregir veredictos errados por un lado y conclusiones fallidas por el otro (ver Rapaport 1960, p. 116). Luego de haber establecido en el pasaje sobre las interpretaciones generales que las comprobaciones de la teoría psicoanalítica se conducen según el criterio de las modificaciones pronosticables, nos podemos dedicar a otro vasto y fascinante problema. Supongamos que un paciente con neurosis de angustia exhibiese en el transcurso de un psicoanálisis cambios sintomáticos conforme a la teoría. Dado que - como hemos dicho - la teoría habría influenciado la técnica interpretativa, habría podido producirse por ese medio la autoconfirmación (self-fulfilling prophecy). Por lo general en este punto se cita un supuesto dicho de F. Kraus: el psicoanalista encuentra los huevos de pascua²⁵ que previamente él mismo escondió (citado según D. Wyss 1961). Es decir que se afirma que las observaciones psicoanalíticas no se refieren a un acontecer real, sino que deben

²⁴ Dado que Popper expone la metodología científico - experiencial casi exclusivamente en las ciencias naturales (comparar por ejemplo Popper 1972), esta analogía cobra especial importancia: ella muestra que el mismo Popper no puede sostener la restricción del concepto de la ciencia de la experiencia.

²⁵ Se alude a la tradición alemana de esconder los huevos de pascua en el jardín para que los niños los encuentren (N. de T.).

su existencia a la imaginación de los psicoanalistas. Con ello se atribuye a la fuerza imaginativa un poder que realmente tiene: ella producía realidades mucho antes que Sigmund Freud descubriese su potencia constructiva y destructiva, y la ejemplificara mediante un documento totalmente independiente de la técnica psicoanalítica: la saga de Edipo tal como fuera creada por Sófocles. El descubrimiento de Freud, según la biografía de Jones, se relacionó con que él había encontrado la forma personal de los deseos y angustias edípicas. Resulta fácil explicitar el tema de las profecías autocumplidas en el complejo de Edipo, no sólo a causa de su posición central en la teoría psicoanalítica: a fin de cuentas el mito de Edipo da prueba del poder de las profecías hasta el punto de su trágico cumplimiento. Por ello Popper propuso hablar de un "efecto de Edipo" cuando se pretende describir la influencia de un pronóstico sobre el acontecimiento predicho (K. Popper 1969b, p. 11, 1965, p. 38). Popper fundamenta su propuesta mediante los dichos del oráculo que pondrían en marcha la "cadena casual" (según Popper) de los acontecimientos a través del propio acto de profetizarlos: Layo abandona (= mata) a Edipo luego de que le fueran perforados los talones, para evitar la profecía de parricidio e incesto. Damos por supuesto el conocimiento del "Edipo rey" de Sófocles para abordar el contexto en que Popper fundamenta su propuesta. Este enfatiza que los psicoanalistas no habrían reparado en la fuerza instigadora del mensaje oracular, y cree también poder explicarlo. Freud habría pasado por alto la influencia del analista sobre el paciente y sus comunicaciones, y los problemas metodológicos para la comprobación de la teoría asociados a ello, lo mismo que el rol del oráculo en la saga de Edipo. En los señalamientos de Popper las interpretaciones psicoanalíticas se aproximan a los dichos del oráculo. Asimismo se diagnostica a los psicoanalistas un estrechamiento parcial del campo visual que les impide reconocer la "función causal" de sus propias interpretaciones.

Es cierto que en el psicoanálisis los dichos del oráculo no se ubican al comienzo de la cadena causal. Si no se quiere asignar saber absoluto al oráculo, habrá que preguntarse de dónde obtiene el oráculo la información. No titubeamos en responder que en Layo, Yocasta y Edipo. No es el oráculo quien pone en marcha la ley del destino; son padre, madre e hijo los que hablan a través del oráculo. ¿Pero de dónde saca Layo que Edipo podría matarlo? De él mismo, de sus propios deseos destructivos inconscientes dirigidos contra el hijo. Freud ejemplificó en el destino de Layo, Yocasta y Edipo que la realidad humana puede ser determinada por deseos anímicos conscientes e *inconscientes* hasta el

punto de su total obligatoriedad. Pero ya en la primera presentación del complejo de Edipo en *La Interpretación de los Sueños* (1900a) leemos que los conflictos edípicos pueden tener otra resolución; que el complejo se estructura de modo singular en función de - por ejemplo - distintas condiciones circundantes de orden familiar y sociocultural. En pocas palabras podría decirse que en virtud de su constitución psicofísica el ser humano se ve confrontado en la fase edípica a conflictos, sobre cuya solución deciden las condiciones circundantes. En el descubrimiento del complejo de Edipo de sus pacientes, la legalidad biológica de su estructura impresionaba a Freud, aunque siempre se describían diversas formas de su sepultamiento y con ello de su eficacia psicodinámica, que puede leerse en las vivencias y la conducta de los seres humanos. El hecho de que las "condiciones circundantes" juegan un importante rol en su constitución se derivó de la experiencia con neurosis, perversiones y psicosis de las diversas categorías diagnósticas, y "last but not least" mediante estudios antropológicos de campo. Por otra parte en la terapia psicoanalítica no se trata primariamente de disolver las formas del complejo de Edipo en sus componentes y brindar una explicación histórico - genética. Antes bien deben deslindarse sus efectos sobre el estado y la conducta respecto de los de otras disposiciones inconscientes. Los sentimientos de inferioridad y las representaciones de insignificancia y la impotencia por ejemplo, como posibles formas de una angustia de castración vuelta inconsciente, pueden diferenciarse de la génesis de la misma tríada a causa de perturbaciones en la fase oral o de heridas narcisistas. Aquí se trata efectivamente de una de las tareas no del todo resueltas de la teoría clínica del psicoanálisis: el establecimiento de patógenesis típicas de manera más precisa. En este punto se evidencian las dificultades que discutimos en el apartado sobre las interpretaciones generales. Se trata de comprobar o refutar covariancias en aquellas áreas que según la teoría deberían estar relacionadas (compulsión de repetición y su disolución). El descubrimiento de algunos deseos y angustias subordinados a la totalidad del complejo no dice demasiado. El criterio decisivo es si en un caso dado puede comprobarse o no la hipótesis de una relación causal entre, por ejemplo, deseos de muerte edípicos inconscientes y sentimientos de culpa aparentemente inmotivados y totalmente incomprensibles (si X, entonces posiblemente Y). Tales enunciados de correlaciones u otros de contenido diferente tienen gran importancia en la teoría y la práctica clínica. En el pasaje de correlaciones descriptivas seguras a explicaciones, los motivos se demuestran como causas que fueron eficaces en su resolución. Mientras que los enunciados de correlaciones sobre típicas

configuraciones sintomáticas o de carácter no son pronósticos relevantes en sentido científico, sus resoluciones pueden predecirse en conocimiento de las condiciones circundantes, y es por ello que no constituyen explicaciones *post facto*. Las primeras, los enunciados de correlaciones, posibilitan una orientación diagnóstica y siguen el dicho "*ex ungue leonem*". "Reconocer al león por la pezuña" no es una predicción, tal como Waelder (1962) observa contradiciendo a Arlow, porque aquí sólo se va de la aparición de un signo a la existencia de otro síntoma, mientras que las predicciones se refieren a modificaciones futuras de una situación; éstas se establecen por medio de condiciones, por lo cual también se habla de "pronósticos condicionados"²⁶. En contraposición con las profecías, los pronósticos científicos son condicionados (Popper 1968). En el sentido de la diferencia señalada por Popper, Albert (1968, p. 130) sintetizó las estructuras lógicas contrarias del pronóstico y la profecía de la siguiente manera: requisito para la utilización pronóstica de una teoría es una adecuada descripción de la situación inicial del hecho a predecir (incluidas las diferentes intervenciones posibles del actor) en el lenguaje de dicha teoría. Una descripción de este tipo de las condiciones circundantes del hecho se realiza en enunciados singulares que, en contraposición con hipótesis generales de la teoría, se refieren a un dominio espacio - temporal determinado.

Consideremos entonces el siguiente ejemplo psicoanalítico extremadamente simplificado. Punto de partida: sentimientos de culpa; hipótesis explicativa: deseo de muerte edípico inconsciente; determinación de las condiciones circundantes particulares, esto es, formas de resistencia que podrían anular las "intervenciones" psicoanalíticas (interpretaciones) o volverlas ineficaces (el argumento resistencial no está evidentemente al servicio de que el psicoanalista tenga la razón, sino que califica diferentes puntos de partida con pronósticos distintos). El resultado positivo o negativo de la predicción tiene determinado significado sólo para este caso y este momento (punto 1.5. "Interpretaciones generales e históricas").

Nos manejamos muy libremente con el concepto de condición circundante, que se refiere a la validez de una ley natural universal y compete a su aplicación

²⁶ El contrario de pronósticos condicionados [bedingte Prognosen] son profecías sin condiciones [bedingungslose Prophetien], mientras que pronósticos no condicionados [unbedingte Prognosen] son aquellos en los cuales las condiciones pueden darse con seguridad por cumplidas. Popper menciona el siguiente ejemplo: si el diagnóstico de un médico es escarlatina, él puede por medio de un pronóstico condicionado de su ciencia puede llegar al pronóstico no condicionado de que el paciente exhibirá determinada erupción (1968, p.117). Pero esto parece derivarse según el tipo "*ex ungue leonem*".

especial. No necesitamos aclarar qué supuestos psicoanalíticos podrían tener más bien carácter nomológico. Según Popper (1969b, p. 115), el método deductivo de la explicación causal también puede utilizarse cuando en hechos particulares - con los que el psicoanalista se enfrenta en primer lugar - puede reconocerse algo típico - al modo de las generalizaciones de la teoría psicoanalítica. De esta manera pueden derivarse de la teoría afirmaciones probables y someterlas a prueba. Por otro lado, tampoco Albert duda en otorgar a las acciones alternativas, es decir a las posibles intervenciones, el rol de circunstancias causalmente relevantes y denominarlas condiciones circundantes (1972, p. 130). Si se trata entonces de determinar la influencia de estas condiciones circundantes, de las intervenciones del actor sobre los hechos, deben ponerse a prueba, es decir verificarse o falsarse, influencias alternativas en las precondiciones. Aplicar de modo científico - experiencial esta estructura lógica significa, en el marco de referencia de la correspondiente teoría y según el principio de prueba y error, poner a prueba intervenciones alternativas en las predicciones. El procedimiento psicoanalítico sigue esta regla; las interpretaciones como técnica terapéutica, ligadas estrechamente a las personas en juego, asumen aquí el lugar de las intervenciones manipulatorias en protocolos experimentales, independientes de la persona del experimentador.

Nuestras reflexiones comparativas pueden resumirse como sigue: el psicoanálisis en tanto procedimiento y teoría cumple con las condiciones para interrumpir los *circuli vitiosi* que puedan surgir, es decir que es apto para reconocer errores tanto en la definición de las condiciones iniciales (diagnóstico psicodinámico de situación) como en las intervenciones influyentes (condiciones circundantes - técnica de interpretación). En verdad podría decirse que el proceso de tratamiento se caracteriza por una corrección constante de estos errores. Dado que con ello cada vez se modifica también el pronóstico, sólo es posible someterlo a prueba en forma sistemática si las condiciones permanecen más bien constantes durante un determinado período de tiempo. Así como repentinos acontecimientos dramáticos, totalmente independientes del proceso psicoanalítico, pueden crear una situación nueva, acontecimientos externos de menor trascendencia pueden provocar una fluctuación de la temática en las sesiones psicoanalíticas. Tarde o temprano prevalecerán las relaciones relativamente estables a las que la teoría psicoanalítica en particular se refiere, porque ellas constituyen el núcleo de enfermedades totalmente diferentes en términos nosológicos y psicopatológicos; con ello aludimos a la compulsión de

repetición. Es indiscutible que la compulsión de repetición constituye una característica principal de las enfermedades anímicas. Una teoría que no proponga una hipótesis comprobable para la psicogénesis de la compulsión de repetición, que caracteriza a todos los síntomas psicopatológicos, no merece ser tomada en serio. El mayor descubrimiento metodológico de Freud es - en nuestra opinión - haber reconocido la compulsión de repetición en la neurosis de transferencia. Popper no puede evitar expresar su concordancia con el psicoanálisis: "Los psicoanalistas afirman que tanto los neuróticos como los otros interpretan el mundo según un esquema personal y fijo que no puede abandonarse fácilmente y que a menudo puede reconducirse a la temprana infancia. Las nuevas experiencias se interpretan del mismo modo en razón de un patrón de conducta o esquema que se adquirió muy tempranamente en la vida y se mantuvo en lo sucesivo. Puede decirse que el patrón de comportamiento se autoverifica, lo que lo vuelve aún más rígido" (Popper 1963, p. 49).

Popper aporta luego su propia explicación de teoría de las neurosis para la compulsión de repetición: la mayoría de las neurosis se producirían al prevalecer una disposición dogmática en razón de una fijación parcial del desarrollo de una disposición crítica. Su resistencia al cambio podría quizás explicarse en algunos casos de este modo: a causa de una herida o un shock surgiría el miedo y una mayor necesidad de confirmación y seguridad. Este proceso sería análogo a la herida de un miembro, que por miedo se deja de mover y se rigidifica. Incluso podría afirmarse que el caso del miembro rígido no sólo se parece a una reacción dogmática sino que es un ejemplo de ella. Con ello concluye Popper su consideraciones sobre teoría de las neurosis.

Debemos renunciar a conducir al excursu popperiano sobre la teoría de las neurosis por la vía de la observación para la comprobación de hipótesis. Lo esencial aquí es la concordancia acerca de la precondition para las explicaciones y pronósticos psicoanalíticos. Su precondition radica en que en la compulsión de repetición existe un sistema repetitivo (Habermas), cuyas condiciones de constitución se conservaron e incluso se reforzaron a través de la retroalimentación - aquí Popper describió experiencias psicoanalíticas en forma acertada²⁷. En ninguna otra parte pueden observarse las repeticiones como en las neurosis de transferencia. Este punto posee especial interés metodológico y

²⁷ Por ello también puede lograrse un quiebre de la compulsión de repetición a través de trabajo psicoterapéutico sobre los autoreforzamientos.

epistemológico. Supongamos un caso en el que la hipótesis explicatoria dijera que se constituyó una disposición dogmática como reaseguramiento contra la angustia de castración. De la hipótesis se deriva una técnica de interpretación con miras a hacer conscientes las angustias de castración inconscientes. Con esta abreviatura terminológica técnica se describe un complicado proceso que lleva a una modificación intrapsíquica de las motivaciones hasta ese momento eficaces. La predicción que afirma que la disposición dogmática se relajará cuando las angustias de castración pierdan su fuerza de causación, confirma o refuta la hipótesis explicatoria de este nexo. El hecho de que las "intervenciones" (condiciones circundantes) psicoanalíticas se dirijan a las causas para modificarlas conduce a una situación particular: su desaparición se convierte en la prueba de su eficacia anterior. El psicoanálisis se verifica terapéutica y científicamente en el levantamiento de la compulsión de repetición. Esta tesis afirma que explicaciones de fenómenos psicopatológicos en neurosis, perversión, adicciones, psicosis y trastornos del carácter se verifican o falsean en las modificaciones predichas. Si se intentan ordenar formalmente los pasos de la explicación de acuerdo con los tipos que - según Stegmüller (p. 72 y siguientes) - el concepto de explicación posee, podemos describir en principio la compulsión de repetición como una característica disposicional esencial. Esta descripción brinda, de poder verificarse en el caso en cuestión, la precondition de una explicación disposicional. En la disolución terapéutica de la disposición "compulsión de repetición" se vuelven observables nexos típicos tal como la teoría clínica los sistematiza, que según su estructura lógica corresponden preponderantemente tanto a las explicaciones histórico - genéticas y probabilístico - genéticas como al análisis funcional²⁸ (ver apartado 1.6.). Según Popper, en las explicaciones históricas podría haber grandes errores circulares. Entretanto, estos problemas serían más sencillos de solucionar para el psicoanálisis que para la ciencia histórica, tal como muestra Freud en una comparación con la arqueología (1937d). Las repeticiones de las reacciones históricas originadas en la temprana infancia en la transferencia son aquello que permite al psicoanalista corregir sus bosquejos de explicaciones. Esta corrección se produce, tal como describimos antes, en la aplicación de construcciones biográficas históricas en el presente y en el test pronóstico. Las interpretaciones históricas no se verifican a través de la enseñanza que los hombres obtienen - o no - de la historia en el presente. Por el contrario las construcciones genético -

²⁸ Para evitar malos entendidos, advertimos nuevamente que los psicoanalistas no dan al paciente en general explicaciones lógicas de ningún tipo, pero conducen racionalmente el tratamiento siguiendo leyes lógicas.

psicoanalíticas se dirigen a los sistemas repetitivos de un hombre que representa su historia por sí mismo. Si no se alcanza la meta de una limitada modificación del hecho que se examina empíricamente (compulsión de repetición ligada a síntomas), que se derivó histórico - genéticamente de una angustia de castración inconsciente, esta construcción, en este caso y durante esta fase del tratamiento, debe darse por refutada.

Quisiéramos concluir con algunos señalamientos atinentes al problema de la sugestión, que se elaborará luego más exhaustivamente. En relación con circularidad y "self-fulfilling prophecy" es necesario corregir en primer lugar la afirmación de Popper de que los psicoanalistas pasaron por alto su propia influencia sobre el enfermo así como el rol del oráculo en la saga de Edipo. Por el contrario: Freud se ocupó del tema de la sugestión en muchas partes de su obra (1921c, 1917). Se desmintió con buenos argumentos que la objetividad de los hallazgos pudiera cuestionarse sobre la base de posibles influencias sugestivas. Como es sabido, el propio método psicoanalítico se constituyó a partir del fracaso de prácticas sugestivas y de casos en los que éstas demostraron ser ineficaces. La mayoría de los enfermos que llegan al psicoanálisis han pasado por sugestiónes propias y ajenas dirigidas contra sus síntomas. Las típicas sugestiónes no pueden por lo tanto conducir a la modificación de estructuras que hasta entonces se mantuvieron estables (compulsión de repetición). Las "sugestiónes" del psicoanalista no se dirigen sin más a los síntomas sino a sus motivaciones. Por eso mismo Freud diferenció las sugestiónes hipnóticas o de otro tipo de las influencias del psicoanalista, y destacó que evidentemente este último también está sometido a la influenciabilidad como rasgo humano, porque de otro modo tampoco podría existir la influencia psicoanalítica. Las interpretaciones técnico - terapéuticas son comparables a las intervenciones en los protocolos experimentales, sin las cuales no habría comprobación teórica alguna. En el reproche de que el psicoanalista encuentra los huevos de pascua que él mismo escondió se le imputa un *circulus vitiosus*, una profecía autocumplida. Pero nadie discute que los síntomas son reales y que aparecen como consecuencia de una psicopatogénesis. En referencia al teorema de Merton afirmamos que en la psicopatogénesis, el propio paciente definió como "reales" situaciones, deseos y angustias mucho antes de que un psicoanalista entrara en escena. Estas definiciones no se crean en sus intervenciones, antes bien se revelan por medio de ellas. De otro modo se plantearía una suposición absurda: habría que asumir

que la patogénesis descubierta en ocasión de los cambios sintomáticos previstos ni fue eficaz ni continuó siéndolo hasta el presente a través de la compulsión de repetición. En otras palabras, que el levantamiento de la compulsión de repetición se lleva a cabo independientemente de su patogénesis a través de alguna sugestión. Nadie querrá sostener seriamente una separación tan completa. No debería utilizarse la sobrecargada denominación de "sugestión" para dar cuenta del hecho de que el psicoanalista como persona ejerce influencias positivas y negativas sobre su paciente.

La frecuentemente mal entendida recomendación de Freud de que el psicoanalista debería comportarse hacia su paciente como un espejo que sólo refleja se dirige especialmente contra las sugestionos no controladas. Representa el requerimiento de atender a la contratransferencia y no cargar al paciente ni con problemas personales ni con cosmovisiones propias. Esta recomendación está al servicio del bienestar del paciente. Pero en ella también se expresa el ideal científico del experimentador, que quisiera independizar totalmente al método de su persona. La cita exacta y su contexto fundamentan esta suposición: "El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado" (Freud 1912e, p. 117). Freud quisiera depurar al método psicoanalítico de todos los agregados indeseados; si tomamos la cita al pie de la letra, de todo agregado personal. Es evidente que esta recomendación no puede ser entendida literalmente; sabemos a través de muchos testigos que el propio Freud daba un modelo de médico diferente. Porque si el psicoanalista se comportase verdaderamente como un espejo y no agregase nada a lo que se le muestra, el proceso psicoanalítico no podría siquiera empezar. Las teorías psicoanalíticas explicativas pasan sus pruebas de validación en el levantamiento de la compulsión de repetición. Su quiebre deriva de *nuevas* experiencias que el paciente puede hacer con su psicoanalista y que puede comprobar y ampliar en el exterior. La verificación y falsación de la teoría son complicadas porque los pronósticos dependen de que se efectúen o no nuevas experiencias. Así, no puede haber comprobación alguna de la teoría psicoanalítica sin tener en cuenta que el método está imbricado en la interacción humana. La transferencia sobre la superficie del espejo caracteriza *uno* de los lados de esta interacción.

En la situación psicoanalítica sucede entonces algo más que la comprobación en el presente inmediato de una teoría referida a la psicopatogénesis. El sencillo

septiembre 11, 2003

título del escrito técnico "Recordar, repetir y elaborar" (Freud, 1914g) apenas permite reconocer que el elaborar lleva al recordar (pasado), el repetir (presente) al futuro. Es obvio que mediante el elaborar el psicoanalista transmite nuevas experiencias y posibilita identificaciones positivas. Esto es esencial y constitutivo de la terapia, aunque también complica la corroboración de la teoría. Pero no hay motivo alguno para hablar de sugerencias en el punto en que el psicoanalista actúa como persona.

2. Acerca del Significado del Historial Clínico en la Investigación Clínico - Psicoanalítica

*Horst Kächele*²⁹

2.1. Investigación Psicoanalítica

2.2. Los Historiales de S. Freud como Paradigma Metodológico

2.3. La Personalidad Única como Objeto de Investigación en las Ciencias Sociales

2.4. Del Historial Clínico al Estudio de Caso Único

2.5. Bibliografía

²⁹Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch - psychoanalytischen Forschung. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 12: 118-178

2.1. Investigación Psicoanalítica

En los últimos años se ha intensificado en todo el mundo la discusión sobre el psicoanálisis como disciplina científica. Cuanto más claro percibe la consciencia general el hecho de que el psicoanálisis como sistema psicológico influyó y seguirá influyendo notablemente tanto las profesiones psicosociales como la cultura contemporánea, más llama la atención la circunstancia de que a más de setenta años del surgimiento de este sistema teórico y práctico conceptos fundamentales del mismo todavía resulten controversiales (cf. Meehl 1973, p. 104). Sin embargo no sería exagerado caracterizar el primer intento freudiano de explicar los síntomas neuróticos de modo fundamentalmente diferente de sus contemporáneos como revolución científica. Antes de los intentos freudianos, la psiquiatría consideraba los síntomas histéricos como resultado de una “constitución degenerada”, como consecuencia de una disposición somática. La decisiva contribución de Freud al desarrollo de la investigación psicológica consistió en la elaboración de dos supuestos: los síntomas histéricos deberían considerarse primariamente como fenómenos psíquicos, aunque no necesariamente como fenómenos conscientes, y como estructuras psíquicas plenas de sentido. Tal como destaca Mayman (1973), los posturados psicologista y determinista continúan siendo los dos más importantes sobre los cuales descansa el psicoanálisis³⁰.

La introducción de estos dos supuestos, unida al desarrollo de un necesario método de observación, representa el punto de inflexión decisivo y el nuevo paradigma metodológico (Kuhn 1962). El que por un lado Freud se incluya en la historia de la teoría de la ciencia como un significativo y agudo metodólogo (cf. Kaplan 1964, quien incorpora en su *Manual de Teoría de la Ciencia* los argumentos de Freud en contra de una formulación anticipada y una definición severa de los conceptos básicos de una teoría), y el que por otro lado el producto de la investigación psicoanalítica continúe siendo decepcionante, es una de las contradicciones centrales en el desarrollo de la teoría y práctica psicoanalítica. Mayman (1973) comenta la publicación sintetizadora de Hilgard, Kubie y Pumpioan-Mindlin (1952) como sigue:

³⁰ Sobre este punto cf. los dichos de Rapaport en sus poco conocidas conferencias acerca de la Metodología del Psicoanálisis (1944).

"They touch on most of the important tributaries which have red into a fifty-year flow of psychoanalytic and quasi - psychoanalytic research which, almost without exception, has been interesting but, also without exception, disappointing in its theoretical yield" (p. 4).

El que el conocimiento psicoanalítico haya caído bajo el fuego cruzado de la crítica epistemológica tiene que ver seguramente con el particular modo de trabajar de Freud, a quien la búsqueda de nuevas hipótesis le parecía mucho más importante que la esforzada corroboración de conocimientos asegurados en la clínica por medio de otros métodos empíricos. El constante desarrollo de la teoría psicoanalítica en los cuarenta años de investigación psicoanalítica que Freud mismo inició puede seguirse en conceptos clínicos centrales, como el concepto de angustia (Compton 1972). No obstante, no todos los conceptos se adecuaron al estado de este desarrollo, sino que algunos como la teoría del sueño han permanecido casi inmodificados durante largo tiempo (Edelson 1972); esta falta de consistencia del conjunto de la teoría psicoanalítica se evidenció a través de planteos tendientes a la sistematización, como los intentos de Rapaport (1960) y Gil (1963), y permaneció como una particularidad de la estructura de la teoría psicoanalítica. Lo que se denomina en general "teoría psicoanalítica" representa más bien un programa de investigación en el cual muchas teorías que deben juzgarse en términos epistemológicos de manera muy diferente se articulan laxamente. Existen, por ejemplo, teorías psicoanalíticas de la memoria, de la percepción, de la atención, de la consciencia, de la acción, del sentimiento, de la formación de conceptos, del desarrollo biográfico, para nombrar sólo algunas de las teorías fundamentales. Sobre ellas se sustentan las teorías clínicas, concebidas en forma muy entramada (por ejemplo la teoría de la angustia con la teoría del narcisismo, o la teoría del tratamiento, donde a su vez habría que diferenciar entre una teoría del proceso y una teoría de los resultados). También la verificación de los componentes y las subteorías individuales representa una tarea en sí misma que debe solucionarse con planteos metodológicos diferentes. Tan pronto nos referimos a la teoría clínica del psicoanálisis - y tan sólo en esta medida nos ocuparemos de las preguntas correspondientes - persisten aún puntos de vista divergentes sobre la metodología de la investigación para la comprobación de hipótesis. La manzana de la discordia entre el psicoanálisis y la psicología académica consiste en la apreciación del método psicoanalítico clásico como instrumento de investigación. No se discute su importancia clínica,

tampoco se lo cuestiona demasiado en la discusión teórica. Pero desde la lógica científica la apreciación de la combinación de investigación y terapia (Freud 1926e) es polémica en la medida en que aspira a una verificación de hipótesis. Sarnoff (1971) formula de modo preciso el punto de vista del psicólogo experimental acerca de la frecuente afirmación de que la situación psicoanalítica sería una situación quasi experimental:

"It does not logically follow that the conduct of psychoanalytic therapy is an ideal, necessary or sufficient method for the scientific testing of deductions from his (Freud's) conceptions of personality. Indeed, owing to the multitude of uncontrolled events that occur as patient and analyst interact within any psychoanalytic session, one can safely assert, that such sessions cannot even minimally satisfy the scientific principle of control required to test a hypothesis deduced from a Freudian variable of personality" (p. 8).

Aquí parece imponerse la conclusión de que cada afirmación aislada basada en la experiencia del setting psicoanalítico sólo puede aceptarse como científicamente válida una vez verificada experimentalmente. Sin embargo Kubie (1952) manifestó un claro rechazo de este punto de vista:

"Many of these laboratory charades are pedestrian and limited demonstrations of things which have been proved over and over again in real life... Experimental facilities should not be wasted on issues which are already clearly proved and to which human bias alone continues to blind us. The experimentalist should rather take up where the naturalist leaves off" (p. 64).

Luego compara la situación con la introducción del microscopio por parte de van Leuwenhoek. En ese sentido, Kubie opina que alcanzaría con mirar a través del microscopio del análisis para convencerse de la validez de la pregunta en discusión. También en mi opinión existen pocas dudas acerca de que determinados fenómenos elementales sobre los que la teoría psicoanalítica está construida no requieren una comprobación experimental: que hay dos tipos de procesos psíquicos, primarios y secundarios, requiere poca o ninguna interpretación; la mera observación pone en evidencia que los estados de sueño o los estados inducidos por drogas "promueven procesos psíquicos que no siguen las reglas del pensamiento lógico" (Rapaport 1960, p. 117). No obstante, ni bien deseamos obtener mayores precisiones más allá de estas primeras

observaciones, es necesario emprender nuevos caminos metodológicos. La multiplicidad de teorías clínicas contradictorias entre sí dentro del psicoanálisis, así como la multiplicidad de escuelas psicoterapéuticas, evidencian que la comparación entre el método de observación analítico como instrumento de las ciencias sociales y el microscopio como instrumento de observación de la ciencia natural es limitada. Así, según Rapaport (1960) el peso principal de la evidencia positiva para la teoría psicoanalítica recae en el campo de la recolección de observaciones clínicas:

"La primera conquista del sistema fue fenomenológica: dirigió la atención a una gran serie de fenómenos y a nexos entre ellos y permitió acceder por primera vez a estas reflexiones plenas de sentido y racionales" (p. 116).

Con respecto al nivel fenomenológico, a la creación de nexos ordenadora, el conjunto del material clínico es, según Rapaport (1960), indiscutiblemente positivo para el sistema psicoanalítico. Pero respecto de las aseveraciones teóricas del sistema, por ejemplo para la teoría especial de las neurosis, se echa de menos esta certeza:

"Vista la falta de reglas para la investigación clínica, la mayor parte del material de prueba para la teoría permanece en lo fenomenológico y lo anecdótico, por más que su amplitud parezca otorgarle una apariencia de validez objetiva" (Rapaport 1970, p. 116).

La falta de reglas establecidas para la evaluación de observaciones clínicas - que no debe confundirse con la técnica clínica de la interpretación - aparece entonces hasta hoy como debilidad central de la verificación de la investigación clínica en el psicoanálisis.

"Esta situación revela la urgencia de una nueva verificación de las presentaciones de casos en Freud, con el objeto de establecer si considerando el estado actual de nuestro conocimiento se derivan - o no - de ellas reglas para la investigación clínica" (Rapaport 1970, p. 116).

Las presentes indagaciones aceptan esta sugerencia y consideran los historiales clínicos de Freud en referencia a sus principios de presentación didácticos y científicos. Intentaré mostrar que Freud aspiraba a la vez a aspectos ideográficos

septiembre 11, 2003

y nomotéticos, que desembocaron en la creación de tipos clínicos. En relación con ello quisiera poner en evidencia que la investigación de la personalidad individual en el psicoanálisis puede insertarse en un marco temporal histórico. Para concluir caracterizaré el desarrollo histórico del informe científico psicoanalítico como transición de los historiales clínicos a los estudios de caso único.

2.2. Los Historiales Clínicos de Freud como Paradigma Metodológico

Pese a la demanda de Rapaport, la presentación de casos como medio de comunicación científico en el psicoanálisis y en la psicoterapia ha sido demasiado problematizado. Por ello es particularmente interesante que en los últimos años hayan aparecido trabajos que intentan clarificar el estatuto epistemológico del psicoanálisis mediante un historial de Freud. En su análisis lógico de los principios de la explicación en el psicoanálisis, M. Sherwood (1969) coloca la historia del Hombre de las Ratas, Paul Lorenz, en el centro de su exposición. Sin embargo no deja de señalar la llamativa situación de que “casi no existe otro campo en el que se haya erigido un edificio teórico tan amplio sobre una base de datos accesibles al público tan estrecha” (p. 70).

Perrez analizó (1972) la presentación de la neurosis infantil del Hombre de los Lobos a nivel de la estructura lógica formal. Ambos autores contrastan la validez de los pasos argumentativos en la presentación de los casos (para lo cual dejan de lado en principio el problema de la validez del contenido). Si a Sherwood le importa más clarificar qué lógica³¹ es adecuada en general para el psicoanálisis, Perrez sólo admite un planteo generalizador nomotético. Aquí encuentra, como era de esperar, huecos en la presentación, deducciones incompletas y esbozos de planteos explicativos en vez de explicaciones integrales en el sentido del esquema Hempel - Oppenheimer (cf. Stegmüller 1969). En mi opinión, este limitado cumplimiento de las exigencias epistemológicas se funda seguramente también en que Perrez eligió una presentación de caso como objeto de estudio. El supuesto implícito de que el historial clínico publicado encarna una imagen representativa de los hechos reales y que en consecuencia el estatus epistemológico del psicoanálisis podría determinarse por medio de la elaboración crítica de *un* historial clínico me parece problemático, puesto que no se ha investigado en forma sistemática en qué medida la presentación de casos refleja el curso del tratamiento. De manera que queda abierta la cuestión de si la incompletud de un historial clínico se origina en la propia presentación sintética, o si el material de observación en el tratamiento fue insuficiente. El recurso a una presentación clínica en la cual la “refutación” de la interpretación de Jung y

³¹ El trabajo de Schalmey (1977) debía ser todavía poco conocido; éste brinda también un análisis de la lógica de argumentación y demostración en el Psicoanálisis tomando el ejemplo del caso Schreber.

Adler ocupa un lugar central obligó, precisamente, a una presentación selectiva en la que se exponen los puntos en discusión y se hace uso sin más de otros supuestos que no están puestos en cuestión.

Pero esta contraargumentación no invalida la crítica fundamental de Perrez: más bien habría que preguntarse cómo debería verse una presentación del proceso psicoanalítico que en el nivel de la observación no ofreciese esa incompletud del historial clínico clásico. El propio Freud era consciente desde el principio de la insuficiencia científica de sus historiales clínicos. El señalamiento de Freud en *Estudios sobre la histeria* de que sus historiales clínicos "se lean como unas novelas breves, y de ellos esté ausente, por así decir, el sello de seriedad que lleva estampado lo científico" (*O. C.*, 2, p. 174) suena en parte sorprendido y en parte justificado. No obstante, en la siguiente frase Freud renuncia a un interés artístico: "Por eso me tengo que consolar diciendo que la responsable de ese resultado es la naturaleza misma del asunto, más que de alguna predilección mía" (*idem*). Aunque Freud conquistó un alto rango como autor de prosa científica, tal como lo subraya el otorgamiento del premio Goethe en 1930 (y como Walter Muschg expone ese mismo año en un gran ensayo), el hecho de tener que describir historias de vida, destinos humanos - al igual que los poetas - , no le impedía ver el abismo que lo separaba de ellos (cita según Schönau, 1968, p. 11): "Ahora tengo que considerar una complicación a la que por cierto no concedería espacio alguno si fuese literato en vez de médico y, en lugar de hacer su disección, tuviera que inventar un estado anímico así para un cuento" (*O. C.*, 7, p. 53). Las habilidades de Freud como escritor contribuyeron seguramente en forma decisiva a la confección del historial clínico en el marco del psicoanálisis. Así, Wittel - entre otros - escribe en su biografía de Freud: "Stekel me comunicó que Freud le dijo alguna vez que más tarde quería convertirse en novelista para legar al mundo lo que sus pacientes le contaban" (1924, p. 13). Tal como destaca Kris (1950) Freud se encontraba en un conflicto intelectual: "Los conocimientos que se develaban a Freud eran nuevos e inauditos: se trataba de la exposición de los conflictos de la vida anímica humana a través de los medios de la ciencia. Hubiera sido tentador fundar las resoluciones de este nuevo campo en la comprensión sensible, arraigar los historiales clínicos mayormente en la biografía y basar todos los conocimientos en la intuición, tal como acostumbran hacer los poetas". El aplomo literario de Freud en la exposición de material biográfico, que se desplegó enteramente por primera vez en los "Estudios", debió acrecentar la tentación y volverla

irresistible. A través de las cartas (del intercambio epistolar Freud - Fliess, nota del autor) nos enteramos de que ya en esos años podía penetrar la motivación de la poesía: "los análisis de dos novelas de C. F. Meyers son primeros intentos de este tipo" (Freud 1950, p. 20). La contraposición entre la comprensión intuitiva y la explicación científica puede considerarse como eje del mencionado conflicto intelectual, que aún hoy persiste, inmodificado, en la teoría y en la práctica. En 1928, Freud se coloca entre aquellos que "hemos debido abrirnos paso en medio de una incertidumbre torturante y a través de unos desconcertados tanteos", y se compara con los otros a quienes "espigan sin trabajo, del torbellino de sus propios sentimientos, las intelecciones más hondas" (*O. C.*, 21, p. 129).

¿Es la forma de exposición ensayística sólo una consecuencia de la "naturaleza del objeto" del psicoanálisis? Según Kris, a pesar de lo que los historiales clínicos aparentasen, nunca podría dudarse de qué lado estaba Freud. "Había pasado por la escuela de la ciencia, y la idea de fundar la nueva psicología sobre un método científico se convirtió en la obra de toda la vida de Freud" (1950, p. 20). En su indagación de la metodología de Freud, Meissner (1971) define la clínica psicoanalítica como una ciencia de la subjetividad, como un intento de aprehensión controlada de la experiencia y sus modificaciones (p. 281). De igual manera Sherwood (1969) pregunta retóricamente a sus lectores: "Cuál es su objeto de conocimiento? (del psicoanálisis, nota del autor): qué constituye en este caso el centro de interés del analista" (p. 188). Según Sherwood, el intento de explicación freudiano de la historia del caso del Hombre de las Ratas define a este paciente como ser humano individual:

"Freud, al igual que nosotros como observadores posteriores, nos vemos confrontados con un individuo enfermo que es único y cuya historia vital presenta una multiplicidad de incongruencias - acontecimientos y actitudes -; éstos requieren una explicación y deben conectarse con modos humanos, comprensibles, de comportarse. Como el escritor de historias, Freud está interesado en un particular curso de los acontecimientos y de la historia individual" (p. 188)

Sin embargo, esta sistemática definición del objeto de cada uno de los historiales clínicos no recubre totalmente las intenciones de Freud, ya que en cada historial clínico existen innumerables referencias a otros pacientes con conflictos

semejantes. Así, por todas partes aparecen consideraciones acerca de la cuestión del grado de generalización de los descubrimientos; por ejemplo, en el Hombre de los Lobos: "En efecto, para obtener nuevas universalidades a partir de lo comprobado acerca de estos últimos se requieren numerosos casos como ese, analizados bien y en profundidad" (*O. C.*, 17, p. 96). No obstante, la exactitud del subrayado de Sherwood reside en la circunstancia de que la obtención de nuevos conocimientos a través de los casos únicos sólo es posible tomándolos en su totalidad. Por lo tanto, la particularidad metodológica de la técnica de examen clínico desarrollada converge con el historial clínico individual, hecho que también subraya Meissner (1971): "En última instancia, la metodología analítica debe basarse sobre la presentación del caso único" (p. 302). Así, la función del historial clínico queda definida como la explicación de acontecimientos singulares, con lo cual se tematiza el momento ideográfico de la narrativa psicoanalítica (Farrell 1981). El problema de la determinación de la ubicación teórica del psicoanálisis está enraizada en la complicación que conllevó la introducción del sujeto. A esta circunstancia se refería Hartmann en la introducción de su escrito de importancia histórica sobre los "Fundamentos del psicoanálisis" (1927):

"Históricamente, la psicología psicoanalítica se caracterizó por surgir desde el abismo que separaba de modo aparentemente inconciliable a una psicología de los procesos anímicos elementales, ciencia natural que procedía principalmente en forma experimental, de la psicología "intuitiva" de los poetas y filósofos. El significado histórico del psicoanálisis para la psicología consiste en haber hecho accesible a una consideración científico - natural aquel campo de la vida anímica abandonado hasta ese momento a la observación circunstancial y a la ojeada psicológica algo irresponsable - en términos científicos - y en gran parte valorativa" (Hartmann 1927, cita 1972, p. 8).

El significado del historial clínico en el psicoanálisis clínico también debe ser valorado a partir del hecho de que, en las primeras décadas de investigación psicoanalítica, representó un importante medio de comunicación para los psicoanalistas que trabajaban aisladamente en sus consultorios. Es de suponer que el aspecto didáctico ha influenciado más poderosamente de lo que comúnmente se cree la conceptualización de la formación psicoanalítica y con ello la formación de los investigadores posteriores. Este lugar central del historial clínico en la formación psicoanalítica puede probarse fácilmente

mediante el estudio del listado de conferencias de los diferentes institutos psicoanalíticos. Los seis historiales clínicos expuestos exhaustivamente por Freud ofician aquí como un material introductorio a la clínica psicoanalítica que es constantemente reelaborado. Así, a propósito del caso Dora, comenta Jones: "Este primer historial clínico sirvió de modelo a los analistas candidatos durante años " (1962, p. 306).

La estrecha relación entre terapia, investigación y formación condujo a la transmisión de una forma de comunicación que dio paso naturalmente al breve informe de caso, cuya relevancia en la investigación en principio se confirmó en forma espectacular. Por esta razón, los problemas sistematizados progresivamente por la naciente investigación social empírica - el problema de la confiabilidad de la observación clínica, por nombrar sólo uno -, fueron aceptados tardía y dubitativamente por la comunidad de investigadores psicoanalítica. La precisa presentación de casos de Freud elevó al rango de modelo:

"En lo que hace a la exposición y a la originalidad de contenido, estos seis tratados de Freud están muy por encima de cualquier intento de otro analista" (Jones, 1962, p. 304).

Dejando de lado la idealización, sigue resultando inexplicable por qué la precisión y exactitud de los estudios de Freud no fueron el punto de partida de muchos otros historiales clínicos que podrían servir actualmente como patrimonio de observación psicoanalítica. Tal como mostraré luego, sólo hubo unos pocos intentos de escribir presentaciones clínicas exhaustivas. Antes de abordar en que sigue la propuesta de Rapaport y considerar algunas presentaciones de casos de Freud desde el punto de vista metodológico, daré algunas indicaciones biográficas que a mi entender fueron muy significativas para el desarrollo de los historiales clínicos de Freud.

La propia formación de Freud transitó enteramente por los carriles trazados por sus estudios en ciencia natural en el laboratorio de Brücke. Su posterior formación como neuropatólogo clínico reforzó la orientación empírico - experimental. Su delimitación teórica del campo de pensamiento de la escuela de Helmholtz tuvo lugar posteriormente, en particular con el trabajo sobre las "Afasias" (Jones 1960, p. 256). No obstante, Jones afirma también que si bien

septiembre 11, 2003

Freud demostró ser buen clínico, excelente histólogo y pensador independiente, en la fisiología experimental no fue básicamente exitoso.

Charcot, sobre quien el mismo Freud (1893f) escribió:

"Como maestro, Charcot era directamente cautivante; cada una de sus conferencias era una pequeña obra de arte por su edificio y su articulación, de tan acabada forma y tan persuasiva que durante todo el día no conseguía uno quitarse del oído la palabra por él dicha, ni de la mente lo que había demostrado" (O. C., 3, p. 19).

puede considerarse como el modelo de la acentuación freudiana de la exposición plástica.

En la necrológica, Freud destaca especialmente el modelo clínico de Charcot, que este último desarrolló a través de su singular talento:

"solía mirar una y otra vez las cosas que no conocía, reforzaba día a día la impresión que ellas le causaban, hasta que de pronto se le abría el entendimiento. Y era que entonces, ante el ojo de su espíritu, se ordenaba el aparente caos que el retorno de unos síntomas siempre iguales semejava; así surgían los nuevos cuadros clínicos, singularizados por el enlace constante de ciertos grupos de síntomas; los casos completos y extremos, los 'tipos', se podían recortar con el auxilio de una suerte de esquematización, y desde los tipos el ojo perseguía las largas series de los casos menos acusados, las '*formes frustes*', que terminaban por perderse en lo indistinto desde este o estotro rasgo característico. A este trabajo intelectual, en que no reconocía iguales, lo llamaba 'cultivar la nosografía'; y era su orgullo" (ib., p. 14).

Es decir que para Freud Charcot no era un especulativo, un pensador, "sino una naturaleza artísticamente dotada... un visual, un vidente" (ib., p. 14). En su caracterización de la persona a quien honraba altamente, Freud pone en evidencia - en aquel momento no demasiado conscientemente - los rasgos que él mismo hubiera deseado poseer.

Los indicios de los fracasos de Freud en los trabajos experimentales en contraposición con los trabajos histológicos expositivos llevados a cabo

simultáneamente retoman esta diferenciación: "La preferencia del ojo a la mano, el mirar pasivo al hacer activo, tiene dos partes: tendencia hacia uno y distanciamiento del otro. En Freud se hallaban ambos" (Jones, 1960, p. 75). Esta disposición podría también haber motivado el distanciamiento respecto de las diversas técnicas terapéuticas activas como la electroterapia o incluso la hipnosis: "Prefería observar y escuchar confiando en que cuando por fin reconociera una neurosis la entendería realmente y dominaría las fuerzas que la hubieran causado " (p. 76). Apenas puede subestimarse la amplitud de la influencia de Charcot, que nunca se cansaba de "abogar por los derechos del trabajo puramente clínico, que consiste en ver y ordenar, contra los desbordes de la medicina teórica" (*O. C.*, 3, p. 15). Una carta a su prometida desde París³² permite concluir que el pasaje de Freud de la neurología a la psicopatología puede atribuirse fundamentalmente a la influencia de Charcot. No sólo tomó de él su método clínico, sino también la rehabilitación de la histeria y de su significado para la investigación de los cuadros neuróticos:

"El trabajo de Charcot comenzó devolviendo dignidad al tema; la gente poco a poco se acostumbró a deponer la sonrisa irónica que las enfermas de entonces estaban seguras de encontrar; ya no serían necesariamente unas simuladoras, pues Charcot, con todo el peso de su autoridad, sostenía el carácter auténtico y objetivo de los fenómenos histéricos" (*O. C.*, 3, p. 20).

El método empírico - pero no experimental - de Freud se conformó sin dudas a partir del ejemplo del gran maestro Charcot: cuando Freud llegó a París, sus intereses se situaban más cerca de la anatomía que de las cuestiones clínicas. Jones (1960) retrotrae esencialmente a motivos personales y a la influencia científica de Charcot la decisión de suspender en París el trabajo con el microscopio (p. 252). No tengo conocimiento de que se haya realizado ninguna comparación exacta entre las descripciones de los enfermos de Charcot y Freud, pero la descripción del método nosográfico de Charcot puede aplicarse sin dificultades a la forma de presentación clínica de Freud. El eje del trabajo analítico es sin embargo el anudamiento de procesos típicos en la vida anímica.

³² "Creo que estoy cambiando mucho y quiero contarte algunas de las cosas que influyen en mí. Charcot, que es uno de los médicos más grandes y un ser humano lúcido y genial, simplemente echa por tierra mis puntos de vista y mis intenciones. Luego de algunas lecciones salgo como de Notre Dame, con nuevas sensaciones de todo. Si en algún momento darán fruto, no lo sé, pero que ninguna otra persona influenció en forma parecida en mí, estoy seguro" (carta del 21.10.1885 a Martha Bernays. Citada según Jones, 1960, p. 222).

Los mecanismos psíquicos pasan a ocupar el lugar de los síntomas, y en esto consiste el paso decisivo de Freud en la superación de la psicopatología descriptiva.

Ya he mencionado cómo justifica Freud el carácter particular de sus historiales clínicos (p. 124) en la Epicrisis del caso de Elisabeth von R. Por otra parte el primer historial comunicado en los "Estudios" (Emmy von N.) todavía está lejos de asemejarse a una novela. Su forma de presentación recuerda más a un protocolo de tratamiento en curso que es comunicado poco después de ser elaborado. El lenguaje es sobrio, concreto y se mantiene en el nivel observacional. Así, años después, el autor de este historial clínico considera retrospectivamente esta presentación con la indulgencia debida hacia el que recién se inicia: "Sé que ningún analista podrá leer hoy este historial clínico sin una sonrisa compasiva. Pero téngase en cuenta que fue el primer caso en que yo apliqué en amplia medida el procedimiento catártico" (Nota agregada en 1924; S. Freud 1895d, p. 122). Si este "pionero" necesita de nuestra indulgencia, es otra cuestión. De un riguroso trabajo realizado por un grupo de investigación de Chicago sobre el estilo científico de Freud en el tiempo de los "Estudios para la Histeria" se deriva que aquellos historiales representaban ya entonces ejemplos paradigmáticos.

"Freud presentaba evidencia clínica y afirmaciones teóricas en diferentes niveles de abstracción que se derivaban en forma inductiva de datos de observación. Su formulación de hipótesis por medio de la lógica deductiva tenía características muy bien definidas estaba claramente caracterizada y fue utilizada en forma discreta. La deducción era empleada para validar la teoría a través de predicciones clínicas podían ponerse a prueba en el consultorio" (Schlessinger et al. 1967, p. 404).

Los enunciados sobre las dificultades metodológicas de las presentaciones de casos que hallamos en su obra muestran que Freud era absolutamente consciente de la problemática del historial clínico como forma de comunicación científica, cuyo carácter heurístico él mismo destacaba. Por ello, a continuación se reunirán algunas de estas observaciones tal como se encuentran en diversos historiales clínicos de importancia. La comunicación de "Fragmento de análisis de un caso de histeria" comienza con las siguientes palabras:

"En 1895 y 1896 formulé algunas tesis sobre la patogénesis de síntomas histéricos y sobre los procesos psíquicos que ocurren en la histeria. Ahora que, tras una larga pausa, procedo a sustentarlas mediante la comunicación circunstanciada del historial de un caso y su tratamiento, no puedo ahorrarme este prólogo, tanto para justificar mi proceder en diversos sentidos cuanto para reducir a un grado razonable las expectativas que pueda despertar" (O. C., 7, p. 7).

Su objetivo central era "exponer ahora al juicio público una parte del material" del cual había obtenido estos resultados. No obstante admite inmediatamente que para presentar la información es necesario superar importantes dificultades técnicas. El médico no debe tomar notas durante las sesiones "pues ello despertaría la desconfianza del enfermo y perturbaría la recepción del material por parte de aquel. Además, para mí sigue siendo un problema no resuelto el modo en que debo fijar para su comunicación el historial de un tratamiento muy prolongado" (O. C., 7, p. 9). En el caso Dora concurren dos circunstancias propicias para la presentación de la información:

"la primera, que la duración del tratamiento no superó los tres meses; la segunda, que los esclarecimientos se agruparon en torno de dos sueños - uno contado hacia la mitad de la cura y el otro al final -, que puse textualmente por escrito enseguida de terminada la sesión y pudieron proporcionarme un apoyo seguro para la trama de interpretaciones y recuerdos que se urdió desde ahí" (idem).

Ello le permitió escribir el historial clínico de memoria una vez finalizada la cura. Freud destaca que el interés por la publicación de este caso habría operado como elemento motivador y enriquecedor de la memoria.

En su siguiente historial clínico trata el "Análisis de la fobia de un niño de cinco años" (S. Freud 1909b). Aquí, la presentación se basa en los protocolos escritos por el padre del paciente, que como es sabido llevó personalmente a cabo el tratamiento. El propio Freud comenta el tratamiento y hace el resumen de la Epicrisis, examinando la serie de observaciones en tres direcciones:

"primero, para saber si refrenda la tesis que he formulado en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905); segundo, por su eventual contribución al

entendimiento de esta forma tan frecuente de enfermedad, y tercero, por ver si de ella se puede extraer algo para el esclarecimiento de la vida anímica infantil y para la crítica de nuestros propósitos educativos" (O. C., 10, p. 84).

En el marco de las interesantes preguntas metodológicas acerca del significado del historial clínico como medio de comunicación práctico y científico, este informe se distingue por una separación relativamente clara entre observación y comentario explicativo. Esto se explica por la distribución de roles en la cual el padre - en tanto terapeuta - reporta, mientras que Freud - como supervisor - comenta. Aunque el interés del padre por el psicoanálisis haya dirigido la atención hacia el material buscado, es posible reconocer claramente en el texto una distinción. Esta circunstancia puede haber colaborado para que el caso de una fobia a los caballos pudiera ser interpretado por psicólogos de otra proveniencia, y habla a favor de una presentación de caso que permita explicaciones alternativas como las que aportaron Baumeyer (1952), Gardner (1972) y Loch y Jappe (1974).

Freud publicó en el mismo año otro extenso historial clínico. "A propósito de un caso de neurosis obsesiva" (S. Freud 1909d) es un texto mucho más rico que lo que el modesto título anuncia. El caso del Hombre de las Ratas, Paul Lorenz, es el único de los seis grandes informes de casos que describe un tratamiento completo y exitoso. Esta presentación de caso puede denominarse ejemplar desde varios puntos de vista. Las dificultades técnicas propias de un informe, de las que Freud todavía se quejaba en el caso Dora - a saber, cómo podía retenerse en la memoria un tiempo mayor de tratamiento - fueron resueltas. El informe del caso se basa en las notas diarias que Freud solía realizar por la noche. Si bien en este caso él mismo advierte que "no debe usarse el tiempo del tratamiento mismo para la fijación de lo escuchado. Que el médico distraiga su atención para ello hace más daño al enfermo que el que podría disculparse por la ganancia en fidelidad de reproducción del historial clínico" (O. C., 10, p. 128, Nota 2), los apuntes diarios conforman el caudal indispensable para la utilización científica posterior.

Pero dado que Freud solía destruir tanto el manuscrito como el material preparatorio en forma de notas, y además prevenía contra el comprometerse con explicaciones antes de la conclusión de un tratamiento, se dice a menudo que los

historiales clínicos psicoanalíticos recién podrían surgir de la cabeza del analista - como Atenea de la cabeza de Zeus - después de finalizado el tratamiento. Aquí se parte de la base - en forma tácita - de que en la "cabeza" (o sea, el inconsciente) del analista se habría acumulado y estructurado todo el material relevante. Pero Freud prefería hacer apuntes muy precisos:

"Sin embargo, gracias a una llamativa casualidad, los apuntes provisorios de este caso se conservaron intactos tal como fueran registrados noche tras noche, por lo menos la mayoría de los primeros cuatro meses del tratamiento, y James Strachey los publicó junto con la historia del caso en la traducción inglesa" (Jones 1962, p. 274).

Vale la pena estudiar este historial clínico en detalle, ya que su construcción muestra la especial capacidad de Freud para la creación dramática del diálogo entre el lector y él mismo³³. En la introducción destaca dos funciones en las "páginas que siguen": en primer lugar, las *comunicaciones fragmentarias* (el subrayado es del autor) extraídas del historial clínico de un caso de neurosis obsesiva; en segundo lugar, pero vinculadas con las primeras y sustentándose en otros casos analizados previamente, *indicaciones en forma de aforismos* (el subrayado es del autor) sobre la génesis y los mecanismos más finos de los procesos anímicos obsesivos. Freud justifica el carácter fragmentario de este historial clínico mediante una referencia a su deber médico de proteger al paciente de la curiosidad ajena, en particular en la gran ciudad. De ninguna manera debe creerse "que considero intachable y digna de imitarse esta manera de comunicación" (ib., p. 123). Asimismo el carácter aforístico de las indicaciones teóricas no debería tener una función ejemplificadora, sino que se relaciona con la confesión de Freud de que "hasta hoy no he conseguido penetrar acabadamente la compleja ensambladura de un caso *grave* de neurosis obsesiva" (ib., p. 124). A fin de poder observar mejor la estructura del historial clínico confeccionamos la siguiente tabla:

Introducción

I. Del historial clínico

a) La introducción del tratamiento (1. sesión)

³³ Aquí se puede recordar a otros maestros clínicos, cuya habilidad didáctica sobrevive a la transposición de una presentación clínica en un libro, tal como puede valer para "Representaciones clínicas" de V. von Weizsäcker.

- b) La sexualidad infantil (1. sesión)
- c) El gran temor obsesivo (2. + 3. sesión)
- d) La introducción en el entendimiento de la cura (4. sesión)
(Profundización, aclaración de Freud sobre las diferencias psicológicas entre consciente e inconsciente) (5. sesión)
(Otros recuerdos infantiles) (6. sesión)
(El mismo tema) (7. sesión)
- e) Algunas representaciones obsesivas y su traducción
- f) El ocasionamiento de la enfermedad
- g) El complejo paterno y la solución de la idea de las ratas (cuotas, aclaración del traductor)

II. La teoría

- a) Algunos caracteres generales de las formaciones obsesivas.
- b) Algunas particularidades psíquicas de los enfermos obsesivos; su relación con la realidad, la superstición y la muerte.
- c) La vida pulsional y la fuente de la compulsión y la duda.

El despliegue detallado de la temática se introduce en estricta secuencia temporal. El lector puede mirar por sobre el hombro de Freud (o a través del espejo unidireccional). Asimismo, en determinados puntos de la presentación Freud - como un maestro clínico - se aparta de la descripción del paciente para volverse hacia el lector y explicar sintéticamente el significado de la descripción:

"Lo que nuestro paciente, en la primera sesión de tratamiento, pinta de su sexto o séptimo año no es sólo, como él opina, el comienzo de su enfermedad, sino ya la enfermedad misma" (*O. C.*, 10, p. 130).

Con estas palabras, por ejemplo, introduce la reseña crítica de la sexualidad infantil. Luego siguen anticipaciones teóricas, la explicación de lo ya sabido: "Una neurosis obsesiva completa a la que no le falta ningún elemento esencial, al mismo tiempo que el núcleo y el modelo del padecer posterior" (*idem*). La técnica de presentación de Freud consiste entonces en una oscilación entre una descripción muy minuciosa³⁴, un breve material y un profundo acabado teórico.

³⁴ No casualmente debe Freud haber hecho referencia en una nota al pie de esta presentación a que las explicaciones se vinculan con el escrito de la sesión

Esta aclaración vinculada con la teoría no sólo está al servicio de lo antedicho, sino también conduce a hipótesis que determinarán el curso subsiguiente del esclarecimiento: "Si aplicamos a este caso de neurosis infantil unas intelecciones obtenidas en otra parte, no podemos sino conjeturar que también aquí (o sea, antes del sexto año) sobrevinieron vivencias traumáticas, conflictos y represiones" (ib., p. 131). En la segunda sesión el paciente introduce la vivencia actual que lo motivó a consultar a Freud. La técnica de Freud para atraer al lector hacia la presentación del paciente consiste en un ida y vuelta entre su función de médico participante y la de informante. "El plural me extrañó, y también al lector le habrá resultado incomprensible. Es que hasta ahora sólo hemos tomado noticia de una idea" (ib., p. 134). El "nosotros" introduce al lector en el consultorio, en la discusión de caso analítica. La tercera sesión sirve también a la presentación el suceso desencadenante; en la cuarta, Freud toma la comunicación de otro acontecimiento como estímulo para introducir al paciente en la comprensión de la cura. A continuación, la información acerca del modo de acción del trabajo analítico que ocupa la quinta sesión es especialmente interesante en referencia a la constelación de la alianza de trabajo, tal como hoy en día caracterizamos a este imprescindible nivel vincular en la introducción del tratamiento. El reconocimiento que Freud hace sentir a su paciente (p. 141) lo alegra tanto que a la sesión siguiente - la sexta - el paciente aporta más material infantil de gran importancia. El tema del deseo de muerte contra el padre domina también la séptima sesión. Con esto concluye la exposición del historial clínico, no sin antes indicar expresamente que lo esencial del curso del tratamiento a lo largo de más de 11 meses coincide con esta secuencia que se dio en las primeras sesiones.

En ese momento el escritor Freud cambia la técnica de presentación. En lugar de una descripción consecutiva brinda presentaciones sintéticas de algunas representaciones obsesivas (E), la explicación de la causación de la enfermedad (F) y el esclarecimiento del complejo paterno con la solución de la idea de las ratas (G).

En estas partes del tratamiento - pars pro toto - se analizan síntomas en forma ejemplar y se señala su reducción a las constelaciones causales. Estos ejemplos se introducen en un contexto general; cuando se presenta la oportunidad para ello, se discuten las fronteras y las diferencias con la histeria o se dan referencias

a otros pacientes. Al mismo tiempo Freud intenta discutir la cuestión de la generalizabilidad de los mecanismos analizados:

"Tales acciones obsesivas en dos tiempos, cuyo primer *tempo* es cancelado por el segundo, son de ocurrencia típica en la neurosis obsesiva. Desde luego, el pensar conciente del enfermo incurre en un malentendido respecto de ellas y las dota de una motivación secundaria: las *racionaliza*. Pero su significado real y efectivo reside en la figuración del conflicto entre dos mociones opuestas de magnitud aproximadamente igual, y, hasta donde yo he podido averiguarlo, se trata siempre de la oposición entre amor y odio. Ellas reclaman un interés teórico particular porque permiten discernir un nuevo tipo de la formación de síntoma. En vez de llegarse, como acontece por regla general en la histeria, a un compromiso que contenta a ambos opuestos en una sola figuración, matando dos pájaros de un tiro, aquí los dos opuestos son satisfechos por separado, primero uno y después el otro, aunque no, desde luego, sin que se intente establecer entre esos dos opuestos mutuamente hostiles algún tipo de enlace lógico (a menudo violando toda lógica)" (*O. C.*, 10, p. 151-152).

Esta extensa cita tomada del presente historial clínico probaría en qué medida Freud vincula en esta forma de comunicación la demostración clínica con el esfuerzo conceptual. El aplomo de las explicaciones teóricas, plasmada también en detalle como seguridad en el arte de la interpretación, recuerda al lector que el ejemplo aquí analizado no es el único de este tipo sino que el autor ensaya sus propias concepciones en este caso.

En la segunda parte del tratamiento se invierte la relación entre práctica y teoría. Si en un principio se había interrogado a las explicaciones clínicas por su contenido teórico para terminar estableciéndolas, ahora se coloca a las reflexiones teóricas en el centro de la discusión y sólo se las ejemplifica clínicamente. De este modo se expone el significado que cobra en la construcción de la teoría psicoanalítica el curso natural de la neurosis obsesiva, una vez abstraído del caso único y establecido. Aquí se vuelve evidente la aspiración de la teoría de hacer enunciados generalizadores que finalmente se eleven al nivel de hipótesis culturalistas e histórico - evolutivas. Partiendo del rol de "un placer de oler sepultado desde la infancia" (*ib.*, p. 193), que también ha observado en otros enfermos neuróticos, obsesivos o histéricos, plantea Freud la pregunta de "Si la atrofia del sentido del olfato, inevitable al

apartarse el ser humano del suelo, y la represión orgánica del placer de oler así establecida, no pueden contribuir en mucho a su aptitud para contraer neurosis. Ello nos proporcionaría algún entendimiento sobre el hecho de que en un ascenso cultural tenga que ser justamente la vida sexual la víctima de la represión" (idem). Los historiales clínicos de Freud se caracterizan por un lado por llevar a cabo el análisis concreto del caso único, y por el otro por introducirse en hipótesis muy amplias que poseen toda la riqueza de las reflexiones clínicas.

Los apuntes diarios que mencionamos anteriormente merecen una presentación separada. El público tuvo acceso a ellos en 1955 en el Tomo 10 de la Standard Edition, pero Elisabeth Zetzel no los descubrió sino hasta 1965 al recurrir a la Standard Edition - en lugar de a los habituales Collected Papers - en ocasión de la preparación de una ponencia. Su descubrimiento condujo a una importante complementación de la interpretación freudiana. En las notas clínicas se encuentran más de 40 referencias a una muy ambivalente relación madre - hijo, que no fueron adecuadamente tomados en consideración en el historial clínico tal como fuera publicado en 1909 (Zetzel 1966). Estos apuntes destacan la gran importancia de una separación observable en la clínica e interpretable teóricamente. El propio Freud anota muy sorprendido que luego de la primera entrevista y de la comunicación de las condiciones el paciente había dicho: "Debo preguntarle a mi madre". En el propio informe del caso se echa de menos esta reacción del paciente, que hoy en día nos parece importante. Otras novedosas e interesantes reelaboraciones del Hombre de las Ratas que recurren a las notas de Freud se encuentran en Shengold (1971), Beigler (1975) y Holland (1975).

También "De la historia de una neurosis infantil", indudablemente el más importante y minucioso de todos los historiales clínicos de Freud (1918b), se refiere a un tiempo relativamente corto del tratamiento. Luego de cuatro años de análisis sin que se produjera ningún progreso considerable (Jones 1962, p. 327) Freud le fija un término. "Y bajo la presión intransigente que aquel [plazo] significaba, cedió su resistencia, su fijación a la condición de enfermo, y el análisis brindó en un lapso incomparablemente breve todo el material que posibilitó la cancelación de sus síntomas" (*O. C.*, 17, p. 13). El esclarecimiento de la neurosis infantil que Freud describe en este trabajo proviene según sus propios dichos casi exclusivamente de estos últimos meses, desde la imposición

de un término hasta la finalización del tratamiento. Freud rechazó la sugerencia del propio paciente de "escribir la historia completa de la contracción de su enfermedad, su tratamiento y curación" (ib., p. 10), porque veía esta tarea como "irrealizable desde el punto de vista técnico e inadmisiblemente socialmente" (idem). El informe fragmentario - un dejo de ironía hacia sí mismo, ya que Freud tenía presente la comparación con la amplitud de sus otros historiales clínicos - representa una combinación de historia del tratamiento y de la enfermedad, y se divide de la siguiente manera:

- I. Puntualizaciones previas
- II. Panorama sobre el ambiente del enfermo y su historial clínico"
- III. La seducción y sus consecuencias inmediatas
- IV. El sueño y la escena primordial
- V. Algunas discusiones
- VI. La neurosis obsesiva
- VII. Erotismo anal y complejo de castración
- VIII. Complementos desde el tiempo primordial. Solución
- IX. Recapitulación y problemas

Sabido es que la meta de esta publicación era, entre otras, el combatir una nueva forma de resistencia contra los resultados del psicoanálisis, ya que C. G. Jung y A. Adler habían comenzado a hacer reinterpretaciones a un punto tal que obligaban a eliminar estas "escandalosas novedades". "El estudio de las neurosis de la infancia prueba la total ineptitud de esos superficiales o forzados intentos de reinterpretación" (ib., p. 11). El carácter polémico de esta discusión, que se hace sentir en la "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico" de Freud (1914d), es sofocado de modo evidente; en su lugar se intenta una "valoración objetiva del material analítico". En una reseña de la antología "The Wolf-Man by the Wolf-Man" (1971) Kanzer (1972) destaca que Freud, inspirado por la experiencia del sueño de los lobos, habría animado a sus discípulos a que recopilaran e informaran acerca de sueños semejantes que hicieran referencia a experiencias sexuales tempranas. Como reacción a ello se habría favorecido la observación directa y el análisis de niños. Esto podría considerarse como un hito de la metodología psicoanalítica, ya que subraya la importancia de la investigación colaborativa (Kanzer 1972, p. 419). Dado que en este historial clínico Freud destaca nuevamente la imposibilidad de encontrar "un camino que permita dar cabida de algún modo, en el relato del análisis, al convencimiento que dimana de él" (ib., p. 14), vale la pena notar este

señalamiento; la metodología de la investigación psicoanalítica no está a priori fijada a la exitosa descripción de casos únicos. Los esperados complementos y descripciones de la neurosis adulta del paciente más famoso del psicoanálisis, aportados por los informes posteriores de tratamiento sobre el Hombre de los Lobos, son decepcionantes. Los propios datos autobiográficos del Hombre de los Lobos agregan poco al esclarecimiento de aquella infancia a la que se le atribuyó tanta carga probatoria³⁵.

El sexto historial clínico de Freud, "Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina" (Freud 1920a), puede quedar fuera del marco de este debate metodológico, ya que Freud sólo aporta la presentación de "los trazos más globales de los acontecimientos y las intelecciones que se obtuvieron" (*O. C.*, 18, p. 141), dado que las exigencias de la discreción médica imposibilitaban una reproducción exhaustiva.

Desde el punto de vista metodológico es más interesante discutir el cuarto historial clínico - aparecido en 1911. Las "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente" (S. Freud 1911c) se refieren a un enfermo al que Freud nunca había visto. En sentido estricto no se trata de un historial clínico³⁶. Así, Freud parece tener que justificar esta circunstancia manifestando que "la indagación analítica de la paranoia nos ofrece dificultades de particular naturaleza a los médicos que no trabajamos en sanatorios públicos" (*ib.*, p. 11. Como las perspectivas terapéuticas se estimaban escasas, Freud, por regla general, no podía obtener suficiente material analítico para "pronunciar dictámenes analíticos" (*idem*) para la estructura de los casos. Una hábil vuelta - el recurso al saber establecido sobre la paranoia - convierte una situación desfavorable en una muy favorable:

"La indagación psicoanalítica de la paranoia sería de todo punto imposible si los enfermos no poseyeran la peculiaridad de traslucir, aunque en forma desfigurada, justamente aquello que los otros neuróticos esconden como secreto. Puesto que a los paranoicos no se los puede compeler a que venzan sus resistencias interiores, y dicen sólo lo que quieren decir, en el caso de esta

³⁵ Lebovici y Soulé (1978, p. 77ff) proveen una muy clara visión general, adecuadamente dividida en términos didácticos, sobre la estructura argumentativa en el Hombre de los Lobos.

³⁶ Cf. también el caso de Adler de la Señora R. (1928).

afección es lícito tomar el informe escrito o el historial clínico impreso como un sustituto del conocimiento personal" (idem).

Lo que se introduce en principio como justificativo resulta ser una gran ventaja. Freud puede sugerir al lector que consulte por sí mismo el texto literal de todos los pasajes de las *Memorias* en los que se basa su interpretación. Por primera vez halla solución lo que hasta entonces no era posible, es decir, poner a disposición del crítico potencial los datos originales. Así se llega también a la traducción inglesa de MacAlpine y Hunter (1955), quienes, insatisfechos con los resultados terapéuticos de la hasta entonces válida tesis de conflicto homosexual de la mente paranoide, echaron mano nuevamente de un texto más citado que leído:

"We therefore read Schreber's memoirs and subsequently published a study (Macalpine and Hunter 1953) in which we showed that projection of unconscious homosexuality, though playing a part in the symptomatology, could not account for the illness in course or outcome, phenomenologically or aetiologically" (p. 24).

A partir de esta experiencia tomaron la decisión de traducir las *Memorias*, a las que no cesan de elogiar también desde el punto de vista metodológico y didáctico:

"For all students of psychiatry, Schreber, his most famous patient, offers unique insight into the mind of a schizophrenic, his thinking, language behavior, delusions and hallucinations, and into the inner development, course and outcome of the illness. His autobiography had the advantage of being complete to an extent no case history taken by a physician can ever be: its material is not selected or subject to elaboration or omission by an intermediary between the patient and his psychosis, and between both and the reader. Every student therefore has access to the totality of the patient's products. Indeed the memoirs may be called the best text on psychiatry written for psychiatrists by a patient" (p. 25).

Numerosos autores psicoanalíticos han retomado y vuelto a utilizar el informe de Freud sobre el presidente del senado Schreber. En 1914, K. Abraham examinó un caso de huida neurótica ante la luz, que hasta ese momento no había sido elaborada en ningún lugar especial en la literatura. "Y sin embargo existe...

una referencia que da una importante indicación para aclarar de la afección que nos ocupa" (Abraham 1914, p. 327). Esta última se refiere a la idea delirante de Schreber de poder soportar durante minutos la luz del sol sin encandilarse. Si en el psicótico se supone un desconocimiento delirante del peligro de encandilamiento, Abraham asume en el neurótico una angustia, un temor exagerado ante el peligro de encandilamiento.

Desde el punto de vista de la investigación histórica resulta de especial interés ver cómo se desarrolló una investigación sobre Schreber, como la de Macalpine y Hunter, que no sólo emplea los extractos de Freud de las *Memorias*. Hasta entonces el informe de Freud había sido retomado por una serie de importantes psicoanalistas y presentado como ejemplo (Abraham 1914, 1923; Bonaparte 1927; Fenichel 1931; Spielrein 1912; Storch 1922; Brenner 1939). A partir de 1945 comenzó a establecerse una investigación independiente sobre Schreber, en especial en el psicoanálisis americano a través de los trabajos de Niederland (1951, 1956, 1957, 1958, 1959a, 1959, 1960, 1963 y 1974), Katan (1949, 1950, 1952, 1953, 1954, 1959) y Nunberg (1952). En la discusión tomaron parte también algunos otros como Searles (1961), White (1961, 1963) y Kitay (1963)³⁷. Especialmente interesante resulta el hecho de que en 1946 Franz Baumeyer, al ser designado director médico del hospital en el que Schreber estuvo internado, se topa con un novedoso y exhaustivo material, que publicó en los años siguientes (1955/56, 1970). Las de Baumeyer, junto a las de Katan y Niederland, son las aportaciones del psicoanálisis que más contribuyeron a la ulterior comprensión. Por iniciativa de J. Lacan se realizó también una traducción francesa de las *Memorias*, que se trabajaron en el seminario de su grupo. El propio Lacan presentó un análisis lingüístico estructural de la obra que favorece especialmente la comprensión del "lenguaje basal" de Schreber (Lacan 1959).

Por otra parte, el hecho de que esta obra se tornó objeto de análisis científico, incluso fuera del círculo psicoanalítico, corroboró lo fructífero de la decisión de haber elegido un historial clínico accesible a la opinión pública como punto de partida. Así, Elias Canetti dice que se trata del documento "más rico y exhaustivo que podría desearse" (1960, p. 500). Según él, de la consideración de este sistema delirante paranoico se desprende que "... de este sistema paranoico,

³⁷ La enumeración no es de ninguna manera exhaustiva. Otras referencias se encuentran en Niederland (1974) y en Meissner (1976).

puede afirmarse que ...: La paranoia es en sentido literal del término una *enfermedad del poder*" (en cursiva en el original, p. 516).

Mi intención al ubicar el análisis de Freud del caso Schreber al final de esta revisión de los historiales clínicos era mostrar que nos hallamos en presencia de una constelación especialmente favorable para la investigación ulterior: original e interpretación pueden discriminarse claramente, de modo que es posible seguir probando nuevos enfoques interpretativos. Desde luego que también pueden elegirse otros modos de considerar el significado de los historiales clínicos de Freud y sus particularidades metodológicas. Steven Marcus, que analizó el caso Dora como obra de arte literaria, opina que los historiales clínicos representan un nuevo género literario, "obras creativas que contienen en sí mismas su propio análisis e interpretación" (1974, p. 78). Mi interés aquí se centra en la posibilidad creativa del futuro investigador de corregir y completar interpretaciones y explicaciones anteriores sirviéndose de historiales clínicos. Es el caso por ejemplo de Loch y Jappe (1974), quienes a través de algunos indicios dispersos en el texto del historial clínico de "Juanito" avanzaron en sus deducciones acerca del estrecho nexo entre la formación de síntoma y la represión temprana.

Estas indicaciones acerca de este modo de comunicación en los escritos de Freud que son las "historias de casos" se orientaron según los seis grandes historiales clínicos (Jones 1962, p. 304). La delimitación respecto de otras comunicaciones clínicas de Freud es sin lugar a dudas poco estricta, y no se produjo sobre una base cuantitativa a partir de un criterio explícito de delimitación; éstas constituyen sin embargo presentaciones exhaustivas de casos únicos, en las cuales también puede verse lo general.

2.3. La Personalidad Individual como Objeto de Investigación en las Ciencias Sociales

Resulta de gran interés científico que la utilización del historial clínico ensayístico de Freud no haya sido un fenómeno único. Este puede insertarse en un contexto intelectual más amplio que debe haber tenido sus efectos a pesar de que Freud no tenía necesariamente conocimiento de él (ver por ejemplo, Brückner sobre las lecturas privadas de S. Freud, 1975). Aunque el mundo científico - en particular la medicina - estaba influenciado por los grandes éxitos de los métodos de investigación de las ciencias naturales, el clima espiritual de esa época no era tan uniforme como la enseñanza de la medicina oficial en las universidades haría suponer. Antes de que la tesis de Griesing - que postulaba que las enfermedades psíquicas eran enfermedades del cerebro - se convirtiera en la base de la psiquiatría alemana, la psiquiatría manicomial dominó la constitución de la psiquiatría como ciencia en el siglo XIX. En su retrospectiva escribe Bodamer (1953) una notable laudatoria sobre los psiquiatras de estas modernas instituciones:

"No pocos entre ellos eran poetas, como Zeller, Jacobi, Heinroth y Feuchtersleben. Se dedicaron a la psiquiatría movidos por un llamado interior y una fascinación por lo humano. Esta no existía entonces como especialidad, y ellos tuvieron que crearle un lugar luego de haberse procurado una impresión personal sobre la situación de la locura mediante viajes de formación científica a Francia, Inglaterra y el resto de Europa... El norte de su voluntad psiquiátrica y el efecto terapéutico era la idea de una antropología filosófica que deviniera médica. Así, ellos representaban los pensamientos que Hamann, Herder y Humboldt inspiraron por primera vez a la autoconsciencia europea. La fuerza formadora de la personalidad de los clásicos se manifiesta incluso en su estilo literario. Algunos de sus historiales clínicos recuerdan a descripciones de Kleist, Schiller y Jean Paul" (p. 520).

En este ensayo, Bodamer destaca especialmente las estrechas relaciones germano - francesas en la psiquiatría antes del comienzo de la guerra de los años setenta. Pero a partir de 1871 el camino de ambos pueblos en la psiquiatría se separa:

"Y Charcot se lamentaba con el joven Freud de que la guerra germano - francesa hubiera terminado con el contacto con los científicos alemanes, lo cual perjudicó a la ciencia" (p. 522).

La reconciliación entre ambos países puede relacionarse, quizá no por casualidad, con el surgimiento del psicoanálisis. A partir de las visitas a Bernheim, Liebault y Charcot, Freud trajo consigo un optimismo terapéutico que casi lo convirtió un misionero vienés de la radicalidad de los franceses, que tomaban a la histeria como un objeto serio de investigación. Con la misma seriedad con la que luchó por la legitimidad científica de la investigación de la histeria se responsabilizó también por las consecuencias metodológicas del nuevo enfoque de investigación. Schlessinger et al. (1967) subrayan este paso metodológico al hacer referencia a las convenciones psiquiátricas clásicas que en esa época dominaban Viena, que estaban lejos del optimismo terapéutico de la escuela francesa. El desarrollo de la psiquiatría no se vio demasiado influenciado por estos primeros enfoques de estudios intensivos, orientados a la biografía de individuos. Basándose en la medicina somática, en la cual - desde el comienzo del Iluminismo - se había producido una separación entre la enfermedad y el correspondiente individuo, los individuos se volvieron "casos".

El avance de los psiquiatras universitarios, y con ello la prioridad de la orientación teórica por sobre la práctica puso fin a los tiempos en que psiquiatras como Zeller se esforzaban por realizar elaboradas descripciones de sus pacientes que hacían justicia a sus propios ideales humanistas. El ordenamiento interno de las historias psiquiátricas de caso, influidas en forma decisiva por la nosología de Kraepelin, está orientado por la forma en que procede un patólogo al realizar una demostración en la mesa de disección. La idea de la unidad de la enfermedad (según una similitud de causa, hallazgo anatómico, estado y curso) condujo al surgimiento de la doctrina del ordenamiento clínico. El "furor classificatorius" que acaparó el espíritu de los psiquiatras tenía una única meta: "ubicar el caso en una clase mayor. Sólo se valoraban los enfoques que entraran en consideración para ello" (Liepmann 1911, citado según Thomä 1958).

Es interesante también ver cómo en el desarrollo de la ciencia psicológica la glorificación romántica del individuo es sustituida en la segunda mitad del siglo XIX. W. Wundt, un exponente representativo, postulaba que en lo que atinente a las características relevantes, todos los seres humanos serían más o menos

similares. El gran auge de la psicología experimental (por ejemplo *Elemente der Psychophysik* de Fechner, *Lehre von den Tonempfindungen* de Helmholtz así como *Untersuchungen zum Gedächtnis* de Ebbinghaus, representan los paradigmas de investigación que orientaron a la siguiente generación), efectuó el mismo desarrollo que esbozamos para la psiquiatría. Tanto más llamativo es sin embargo el hecho que la disposición romántica no fue sencillamente desplazada, sino que casi simultáneamente se produjo un apogeo de la temática de la individualidad. Así, hacia finales de siglo apareció un sinnúmero de publicaciones que se ocupaban del problema de la "individualidad" en la psicología. A modo de ejemplo podrían nombrarse *Individualität* de G. Baur (1880), *Beiträge zum Studium der Individualität* de W. Dilthey (1896), *Die Individualität vom allgemein menschlichen und ärztlichen Standpunkt* de J. Froehlich (1897).

"Los trabajos mencionados son ejemplos elocuentes de una discusión científica intensa, en cuyo relanzamiento el llamado de Nietzsche a una psicología de "gran estilo" colaboró en forma significativa" (Huber 1973, p. 9)

El progreso de las ciencias históricas impactó también sobre las ciencias humanas, sobre las "humanities", y según Hehlmann (1963) en la psicología contemporánea se planteó la pregunta de si el modelo de proceder histórico no podría llegar a ser de utilidad también en la psicología:

"La vida psíquica, así como la histórica, no están ante los ojos del investigador como cosa física observable, y en consecuencia no pueden, en analogía con la la observación física, ser registradas, medidas, reproducidas a voluntad y medidas nuevamente. En primera instancia se debería más bien deducir, describir, construir y reconstruir a partir de testimonios documentales" (p. 251).

Esta apelación fue especialmente fuerte en el campo de la psicología infantil: si alguna vez existió algo así como un período ideográfico en la psicología, fue hacia fines de siglo; es la época del psicograma. Se estudiaba el desarrollo de niños promedio y superiores al promedio, con especial regocijo por el detalle genético. Más adelante, Huber señala que el principio de siglo es a la vez la época del gran autopsicograma:

"Bastaría recordar brevemente *Geschichte meines Lebens* de Helen Keller (1904), o *Seelenleben eines Erblindeten* de L. Ansaldi (1905) o *Der Blinde und seine Welt* de E. Javal (1904). La cantidad de patogramas y estudios de caso clínico es prácticamente innumerable; baste nombrar algunos pocos como ejemplo: *The Case of John Kinsel* de G. B. Cutten (1903), los *Somnambulismus-Studien* de Th. Flournoy (1900, 1901 y 1904) y A. Lemaitre (1903). *The Study of Multiple Personalities, a Very Remarkable Case* de Morton Prince (1901) o la *Double Consciousness* de A. Wilsin (1903, 1904). No podemos ocuparnos aquí de los múltiples psico y patogramas de poetas y escritores. Rápidamente sólo hacemos referencia a *E. T. Hoffmann: Eine psychologische Individualanalyse* de P. Margis, dado que este estudio es uno de los psicogramas más extensos" (Huber 1973, p. 12).

Partiendo de estas variadas fuentes y como consecuencia de la así llamada disputa ideográfica se constituyó en el campo de las ciencias sociales el *método de los documentos personales* como una técnica independiente, cuyo objeto de conocimiento fue sistematizado por primera vez por Allport (1942).

Así, aquello que en el período de desarrollo hacia fines de siglo se amplió en forma polifacética - en este sentido el enfoque psicoanalítico tomó una dirección de la época - fue descrito como método independiente mucho más tarde. A continuación nos abocaremos especialmente a la delimitación entre presentaciones biográficas y casuísticas, a fin de poder caracterizar mejor la particularidad de los estudios de caso psicoanalíticos. La utilización de documentos personales como material de investigación abarca diversas formas de exposición: por un lado biografías y autobiografías, por otro apuntes y cartas personales; a modo de ejemplo pueden mencionarse *Tagebuch eines jungen Mädchens* de Charlotte Bühler (1931), editado en 1920 por Hug-Hellmuth, que lamentablemente fue posteriormente identificado como una falsificación (agradezco a Thomä esta referencia y la indicación del punto de vista controversial de Blos (1973, p. 115)). Según Allport (1942) existe una afinidad básica entre las descripciones en primera y tercera persona para la caracterización metodológica. Así, biografías y autobiografías son muy similares desde el punto de vista de las reglas de escritura y de las posibilidades de valoración e interpretación. En efecto, si se desarrollaron ambas formas fue porque en determinadas situaciones sólo podía utilizarse respectivamente una u otra. Así, por ejemplo, Hans Thomae (1968) afirma que para registrar el curso

vital o incluso cortos fragmentos del curso vital de un adulto la observación directa, por motivos prácticos, sólo sería posible en forma restringida; en ese caso la presentación autobiográfica del observado sería el método de elección.

Las diversas formas de presentación comparten la focalización en un individuo. Sin embargo, la descripción de la personalidad individual debe considerarse sobre el trasfondo de procesos sociales, ya sea como una condición importante para el desarrollo del individuo en estudio o como un parámetro que establece determinadas normas morales o estadísticas. Esta interdependencia social del individuo se pone en evidencia y refleja en distinta proporción en las diversas exposiciones de casos únicos. En el trabajo de Thomas y Znaniecki (1927), uno de los estudios más amplios en ciencias sociales sobre la situación de los campesinos polacos en su hogar y en los Estados Unidos como país de inmigración, se expresa ejemplarmente el condicionamiento recíproco entre individuo y medio ambiente. Mediante la comparación de numerosas cartas de inmigrantes polacos con la detallada presentación autobiográfica de la historia vital de un inmigrante se puso de manifiesto el modo en que los factores sociedad e individuo se entrelazan y condicionan mutuamente:

"En este contexto la persona es simultáneamente un constante factor de producción y un constante producto del desarrollo social, y esta doble relación se expresa en cada hecho social elemental" (Thomas y Znaniecki 1927).

Las historias de casos de las diversas disciplinas reflejan esta dependencia recíproca, que puede observarse también en cada simplificación de la descripción. Común a todas las mencionadas formas de estudio del caso único es el grado de estructuración que adoptan en el supuesto continuum de todos los métodos de las ciencias psicosociales. Los "datos" se registran a través de observación naturalística y se exponen con palabras propias; no debe considerarse ni emplearse ninguna separación predeterminada ni formulación prefijada. Las diferencias que el método de presentación de caso único adopta en cada campo profesional se muestra principalmente - en pocas palabras - en la elección de los individuos a examinar y su presentación más o menos comparable y completa; todos estos factores parecen depender de los objetivos de la investigación (para la sociología ver Szczepanski 1974).

En la discriminación de Jaspers entre casuística y biografía pueden estudiarse de manera ejemplar los problemas de delimitación de cada una de las variantes del método biográfico:

"Lo decisivo en la casuística es el punto de vista, que permite seleccionar aquello que es esencial y digno de comunicar en los fenómenos. Lo decisivo en la biografía es totalidad unitaria del individuo, que permite seleccionar qué puntos de vista pueden servir a la claridad de ese todo" (Jaspers 1965, p. 566).

Vale la pena considerar mejor esta delimitación, ya que las explicaciones de Jaspers acerca de la metodología del conocimiento psicopatológico han ejercido una influencia duradera sobre la psiquiatría alemana. A través de ella se consolidó también el doble basamento del pensamiento psiquiátrico, en el cual casuística objetiva y biografía artística - la una empleada en el día a día, la otra cultivada para la formación - súbitamente se contrapusieron (comunicación verbal de H. Thomä).

La concepción de biografía de Jaspers se basa en el supuesto filosófico de que la vida anímica es una estructura temporal, que se impone como un todo:

"Comprender a una persona requiere concebir su vida desde el nacimiento hasta la muerte... La enfermedad anímica se enraíza en la totalidad de la vida y para poder comprenderla es necesario no separarla de esa totalidad. Todo esto se denomina el bios de la persona, cuya descripción y relato se denomina biografía" (1965, p. 563).

Pero en esta búsqueda de la unidad, el aislamiento y la culminación de un bios, el propio Jaspers debe conceder que según ese criterio sólo algunos pocos cursos vitales culminan en sentido propio; la mayoría de las personas muere antes o sin que su vida se haya completado (p. 564). La unidad del todo, que al comienzo aparece como criterio objetivo, se evidencia como una idea, y análogamente la concepción de una biografía como bosquejo de un tipo ideal:

"Una biografía absoluta plasmaría la esencia de un ser humano en la totalidad del ser metafísico que lo encierra y contiene" (p. 565).

Dado que el conocimiento absoluto es imposible, la biografía empírica está guiada por los puntos de vista biográficos "que nos posibilitan visualizar en forma relativamente total la estructura temporal de una vida" (p. 565). De aquí, Jaspers concluye que el conocimiento biográfico implica dos modos de actuar:

"Mostramos y describimos aquello a lo que accedemos a consecuencia de un conocimiento biográfico general - la biografía se convierte en caso - y tocamos, podemos sentir e implicarnos internamente en aquello que es este ser humano único acerca del cual relatamos. Y entonces ya no es sólo un caso, sino que al hacerse visible a nuestra mirada amorosa se convierte en una concepción irremplazable del ser humano en una forma histórica, como tal imposible de olvidar y sustituir, tenga o no importancia histórica objetiva" (p. 565).

La imparcialidad objetiva y racional del investigador conduce así al conocimiento de un caso como paradigma. Sin embargo, "la participación del médico en el destino del otro" conduce a una conmoción "en la cual azares, particularidades, ideas y posibilidades de interpretación ilimitada se vuelven por un instante metafísicamente claros. Aquello que veo, no lo veo sólo con los ojos empíricos de la razón. Por ello, solamente puedo relatar y hacer perceptible en el relato lo que me parece evidente pero improbable, ya que como nunca sabré si eso existe o no, nunca lo podré demostrar" (p. 568).

Esta escisión del conocimiento biográfico en un polo racional y otro irracional permite comprender por qué finalmente con K. Schneider la psicopatología cayó en un callejón sin salida. La categoría de individuo como sujeto sólo era accesible a la comprensión subjetiva, vivencial; por lo tanto, las posibilidades de conocimiento generalizantes seguían ligadas a las funciones objetivas de la razón. Con ello, se dejaba de lado la función de la subjetividad como instrumento de conocimiento de los nexos objetivos. La introducción del sujeto en el conocimiento biográfico constituye sólo en apariencia un avance. Si bien en el historial clínico ideal de Jaspers el polo nosológico y el biográfico están ligados, en realidad los separa un abismo. La superación, en el proceso de conocimiento psicoanalítico de la comprensión empática, de esta ausencia de vinculación entre conocimiento objetivo y subjetivo evidencia el progreso que significó el psicoanálisis para la comprensión de las enfermedades psíquicas.

De la descripción del procedimiento biográfico en Jaspers se desprende implícitamente que la biografía no sólo es la imagen del otro, sino que al mismo tiempo retiene la propia vivencia:

"Y la fuerza del relato mismo radica en la excitación de la visión de la actualidad: no podría relatarlo del mismo modo una segunda vez" (p. 568).

El individuo a describir ejerce un efecto sobre el escritor de la biografía, independientemente de que se trate de una personalidad histórica o de un prójimo. Puede promover rechazo, admiración o compasión, y estos sentimientos ejercerán una influencia persistente sobre la descripción biográfica. Entre el biógrafo y el héroe de la biografía existe una interacción imaginaria que tiene consecuencias reales, por ejemplo sobre el tono afectivo de la biografía. La biografía es entonces también la historia de una relación objetal intrapsíquica.

La descripción casuística está protegida hasta cierto punto contra dicha subjetivización de la escritura, ya que una formulación escrita en forma ajustada deja poco espacio a la presentación de aspectos personales del escribiente. No obstante, considero exagerado construir a partir de ello una contraposición de principio entre biografía y casuística. Se trata más bien de diferencias graduales, de una coloración personal más o menos marcada de las observaciones, de su selección y exposición.

A la descripción de la casuística por parte de Jaspers subyace incluso la ficción de que en la psiquiatría habría un modo de observación análogo al de las ciencias naturales, en el cual el rol del observador y su influencia sobre la situación examinada puede pasarse por alto. Análogamente, la "percepción biográfica" se describe como un "acompañar total", de manera que la abreviación por un lado condiciona la exageración por otro. La reflexión crítica de la "mirada amorosa" y su repercusión sobre la situación observada como realidad interpersonal podría haber llevado a Jaspers más allá de la comprensión estática y genética.

Hans Thomae (1968), que se ocupó de las posibilidades del material autobiográfico, reconoce a Freud el mérito fundamental de haber desarrollado para la moderna psicología la biografía como noticia acerca del "destino" de un hombre, es decir como secuencia de "vivencias" y "estructuras" anímicas

internas, vivencias que nuevamente se conectan y modifican y estructuras que se estrechan y fijan (p. 184). Por un lado, Freud habría ampliado la biografía en el sentido del esclarecimiento de la temprana infancia, que de otro modo sólo se mencionaba y trataba al pasar; por otro lado, en el sentido de la consideración de los distintos "niveles" del interpretar y del vivenciar y de la reacción a ello. Lo característico de la biografía psicoanalítica sería que, de acuerdo con la postura teórica elemental, por medio del método de la asociación libre y del análisis de los sueños - por ejemplo -, el faro del análisis se dirijiera a todos los "acontecimientos" del pasado, hasta que "se descubran las vivencias tempranas apropiadas al concepto" (p. 185). Thomae denomina a esta forma de deducción de la biografía de un individuo como "análisis acontecimiento - estado": la meta teórica es la fundación de una relación entre uno o varios acontecimientos en la infancia y el "estado" actual del paciente. "La problemática particular de todo este proceder consiste en la extracción de conclusiones etiológicas a partir del reconocimiento de la existencia de un tipo de suceso - en todo caso muy lejano - y de un "síntoma". Esta problemática es aún mayor cuando la presentación de un caso único pregnante debe llevar la carga de la prueba" (p. 186). También en otra parte se torna evidente que Thomae, que como psicólogo aprecia sobre todo la exactitud metódica en la valoración del material (auto) biográfico, ve en la escasa posibilidad de corroboración de las conclusiones el mayor déficit de los historiales clínicos psiquiátrico - psicoanalíticos:

"Cada historial clínico presenta una relación de observaciones externas y una autoanamnesis exploratoria del caso. No obstante, en la presentación del caso no siempre resulta claro el límite entre la descripción de una conducta por parte de un tercero y por parte del propio paciente. Muchas de las aplicaciones del mismo método dentro de la psicoterapia se basan casi exclusivamente en los dichos del paciente, que se toman naturalmente como material de interpretación y no como hechos en sí mismos. Esta forma acrítica de tratamiento de las distintas fuentes de las enunciaciones es lo que para muchos adeptos de la psicología "objetiva" torna sospechosa a la utilización del método biográfico" (p. 166).

En este sentido, Thomae destaca que el psicoanálisis elige los fenómenos a describir según puntos de vista temáticos, mientras que - por el contrario - la psicología se preocupa por aplicar el método biográfico a una muestra sistemática. Thomae admite también que el método biográfico tal como se utiliza en la psicología no se corresponde con los criterios de científicidad en la

misma medida que otros métodos. Sin embargo habría una serie de interrogantes que sólo el método biográfico podría responder. En efecto, los tests - en sentido amplio - sólo podrían emplearse en forma limitada, en la medida en que sólo consideran un dominio reducido de la personalidad; las observaciones, incluso con medios técnicos, se ven por lo general imposibilitadas por razones prácticas y éticas.

No obstante, en las presentaciones (de caso) (auto)biográficas deberían cumplirse algunos de los criterios vigentes de objetividad, confiabilidad así como los requisitos de validez:

1. El requerimiento de apreciación de las condiciones bajo las que se produce el fenómeno expuesto y el informe sobre el mismo, como equivalente al requerimiento de la posibilidad de controlar y variar las condiciones del experimento;
2. El requerimiento de que en la presentación del caso entren - en forma implícita - la menor cantidad posible de presupuestos teóricos, de modo que puedan compararse exámenes de un mismo caso por parte de diversos autores;
3. El requerimiento de enunciados concretos, que debe ser mantenido en contra del empleo de vaguedades o de palabras teóricas claves;
4. El requerimiento de completud de la presentación, de modo de posibilitar la formulación de explicaciones alternativas;
5. El requerimiento de pregnancia, con lo cual se alude a un ordenamiento de las enunciaciones según puntos de vista definidos.

En contraposición con estos criterios formulados por Hans Thomae, referidos exclusivamente a la estructura formal de la presentación de casos, Dollard - psicólogo clínico, discípulo de E. Sapir en el Institute of Human Relations de la Universidad de Yale - formuló en 1935 siete requerimientos para la estructuración de contenido de la presentación de casos (p. 8):

1. Debe considerarse la serie de condiciones culturales, por ejemplo las normas sociales, que influyen al sujeto a describir.
2. Las condiciones biológicas de un modo de comportamiento descrito, por ejemplo determinado impulso sexual, sólo deben exponerse cuando son socialmente relevantes, es decir cuando han jugado un rol en la motivación.

3. Debe considerarse el particular rol del grupo familiar en la transmisión de valores culturales.
4. Debe explicarse la integración de cada paso del desarrollo biológico en el comportamiento social.
5. Debe mostrarse que las experiencias en general, desde la niñez hasta la adultez, guardan relaciones entre sí y se sustentan mutuamente.
6. Debe especificarse en general y en detalle la importancia del entorno social, el *milieu* de un individuo.
7. Debe conceptualizarse el material biográfico según un sistema teórico unitario.

En una investigación empírica, Dollard aplicó estos siete criterios a seis presentaciones biográficas, tres psicoterapéuticas, dos sociológicas y una autobiográfica. Se trata de las siguientes presentaciones:

1. A. Adler: "Die Kunst eine Lebens- und Krankengeschichte zu lesen" (1928). Ocho conferencias de Adler sobre el documento autobiográfico de una púber con una sintomatología neurótica fóbico - obsesiva.
2. J. Taft: "31 Gespräche mit einem sieben Jahre alten Jungen" (1933). Informe de una psicoterapia según O. Rank.
3. S. Freud: "Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben" (1909b).
4. W. I. Thomas & F. Znaniecki: "Lebensgeschichte eines Immigranten" (1927). Presentación autobiográfica de un inmigrante polaco en los Estados Unidos, extraída de un amplio estudio sobre la situación de los campesinos en Polonia y en los Estados Unidos.
5. C. R. Shaw: "Der Jack-Roller" (1930). Historia de un joven delincuente, desde su mala familia de origen y su paso por diversos correccionales hasta su exitosa reintegración en la sociedad, mediante la compilación de documentos autobiográficos.
6. H. G. Wells: "Experiment in Autobiography" (1934). Descripción de su vida.

Dollard arriba a la conclusión de que la presentación de casos de Freud es la que por lejos satisface mejor sus criterios. "Resumiendo, debemos señalar la consistencia sin par y la belleza del sistema conceptual freudiano: es compacto y orgánico, y se agrupa en torno de algunos conceptos centrales. Presenta una fundamentación y una estructura integrada y ninguna pregunta del dominio queda fuera de consideración conceptual. Aunque carece de la perspectiva

cultural y exhibe ocasionalmente prejuicios biológicos, no contiene nada que esté en contraposición con nuestro conocimiento de antropología cultural. Lo que el antropólogo cultural debe agregar puede ser incluido sin modificar significativamente el sistema, y lo que el psicoanálisis por su parte puede aportar a los estudios antropológicos se necesita allí en forma urgente”.

G. W. Allport critica la influencia que ejerce un prejuicio favorable a la psicología de Freud sobre el trabajo de Dollard. Esto se evidenciaría en los propios cuadros de las valoraciones adscriptas a las presentaciones de casos de Dollard de acuerdo con sus siete criterios. En la Figura 1 se exponen en un cuadro los detalles del método de comparación (2.6. Figura 1) (Kächele 1981, p.148).

Haciendo caso omiso de la obvia preferencia de Dollard por los historiales clínicos de Freud, pueden reconocerse aquí interesantes particularidades de los historiales psicoterapéuticos y sociológicos. La fuerza de los casos clínicos reside en que toman en consideración la importancia de la temprana infancia y en que su conceptualización procede de acuerdo con un esquema de pensamiento unitario. Su debilidad es la carencia de perspectiva cultural. En los casos sociológicos, los aspectos positivos y negativos se invierten. Según Allport, el déficit decisivo en los trabajos de Dollard radica en que se especifican los criterios sin haber establecido previamente el objetivo al cual una presentación de caso debería servir. Parece más bien que los criterios se hubieran establecido sobre la base de su preferencia por la teoría freudiana.

También es posible realizar objeciones contra la investigación de Dollard desde el punto de vista metodológico. Se examinaron seis trabajos procedentes de diferentes ciencias y de diferentes escuelas, es decir que se efectuaron seis estudios de caso único. Dado que los resultados de los estudios de caso único sólo pueden generalizarse con el mayor cuidado y bajo determinadas condiciones (ver Schaumburg et al. 1974), no se puede concluir, por ejemplo, a partir de la valoración positiva de Dollard del historial clínico de "Juanito" que todos los historiales clínicos psicoanalíticos satisfacen sus criterios; ni siquiera puede llegarse a esta conclusión respecto de todos los historiales clínicos de Freud.

Sólo en casos excepcionales sirve la biografía a la mera descripción de un individuo en su mundo personal. Por lo general, los interrogantes que conducen la descripción de un historial caso implican una orientación hacia una meta determinada. En ello, según Thomae, (1952) pueden diferenciarse tres concepciones:

1. La causal, en la cual se intenta reconducir causalmente los fenómenos a determinadas variables; en virtud del dominio del principio de causalidad en las ciencias naturales, es la más difundida.
2. La de la subsunción o unificación de fenómenos aislados bajo un tipo; alberga el peligro de llevar la abstracción hasta el sin sentido.
3. La finalista o funcionalista, que aprehende los fenómenos mayormente bajo el aspecto de su sentido para algo, de su función.

Thomae considera que la concepción finalista o funcionalista está representada en la medicina psicosomática y en el psicoanálisis. No obstante, el psicoanálisis efectúa a la vez una tipificación, si bien Thomae no quiere reconocer que no es un solo caso el que lleva la carga probatoria. Detrás de casi toda presentación psicoanalítica de caso único hay varios semejantes; el historial clínico único que se publica es por lo general la ilustración de una experiencia clínica en un ejemplo presentado como típico.

Con ello llego nuevamente a una particularidad que he destacado en los historiales clínicos freudianos. La función didáctica y científica central del historial clínico es la de poner de relieve un tipo, función que Freud tomó claramente de Charcot. Descubrir la forma típica a partir de la multiplicidad de '*formes frustes*', y poder elaborarla mediante un ejemplo pregnante, constituiría probablemente el efecto de un historial clínico convincente. Por esa razón me parece imprescindible, en el marco de la investigación psicoanalítica, especialmente de la clínica, familiarizarse con la problemática del concepto de tipo, ya que representa un instrumento de pensamiento de primer orden. Las siguientes observaciones sobre el problema de la tipificación como operación ordenadora se basan en los conceptos de tipos propuestos por Hempel (1952).

Hempel comienza por mencionar el tipo de clasificación más simple: el tipo clasificatorio. Este surge a través de la asignación de los individuos a tipificar a diferentes categorías. Los criterios que rigen esta asignación son los de

completud, univocidad y exclusividad. Si bien esta forma de clasificación es muy apreciada en el día a día del pensamiento práctico clínico, rara vez cumple con los requisitos propuestos. La caracterización de pacientes según "patrones de interacción típicos", "carácter anal típico" o como "suicida típico" son equívocas, si con ello se pretende aludir al tipo clasificatorio. En esta forma de tipificación de utilidad pragmática, tal como se la aplica a menudo en el campo de la caracterología psicoanalítica, se deja de lado el punto de vista genético dinámico. Se trata más bien de una simplificación, dictada por necesidades clínicas, de los contenidos cognitivos que se elaboran en el proceso de decisión diagnóstica. Según Hempel, el tipo clasificatorio se encuentra en mayor medida en los estadios tempranos del desarrollo de una ciencia. Los tipos clasificatorios funcionan en ese caso como estructuras ordenadoras, por medio de las cuales puede ordenarse la multiplicidad del mundo observacional. Por otra parte sólo están disponibles cuando también se cumplen de hecho las condiciones antes mencionadas. No obstante en este punto la fenomenología clínica psicoanalítica, la descripción sistemática, no es confiable. En efecto, muchas discusiones se caracterizan por el hecho de que la base empírica - sobre cuya conceptualización teórica se discute - no está descripta en forma inequívoca.

Entiendo que esto también vale para la discusión actual sobre el narcisismo. Presumiblemente los pacientes de Kohut y Kernberg difieren en forma sustancial, de manera tal que de ello resultan diferentes enfoques explicativos. Consiguientemente, lo típicamente narcisista en este sentido clasificatorio todavía no estaría claro en absoluto. Meyer et al. (1976), a través su intento de esclarecer la estructura de la tipología caracterológica psicoanalítica por medio del análisis factorial, ofrecen un enfoque ejemplar para la solución de este problema.

Hempel describe al tipo extremo como el tipo metódico más ambicioso, de un nivel lógico superior. Este tipo se caracteriza por dos rasgos distintivos que nunca o raramente pueden hallarse en la realidad. Los objetos a tipificar pueden ordenarse entre los dos extremos y caracterizarse a partir de su cercanía o distancia con respecto a uno de ambos polos. En la práctica pueden pensarse cruces entre tipos clasificatorios y tipos extremos, pero en términos teóricos éstos no existen. Para la clínica psicoanalítica, este tipo clasificatorio no posee mayor utilidad. Si bien se dice que un paciente se estructura en mayor o menor medida de modo anal, no se concibe razonablemente la idea de "en absoluto

anal" o "extremadamente anal" como clase distintiva puramente empírica. El concepto de "anal" o "anilidad" trata más bien de un tipo ideal. De todas maneras puede ser útil, con fines investigativos, llevar a cabo una operacionalización de tipos extremos de determinados conceptos.

Mientras los tipos extremos y clasificatorios son tipos empíricos, es decir que pueden establecerse a través de rasgos empíricos, el tipo ideal consiste en un modelo que, como esquema interpretativo o explicativo, establece nexos entre hechos observables y conceptos. En esto reside también la diferencia con el concepto de forma, que sólo agrupa fenómenos empíricos. En este tipo, que posee el nivel lógico más elevado, se hace evidente la problemática del concepto de tipo, al poner de manifiesto en qué medida la teoría suele introducirse en la conceptualización de los mismos.

"Así, los tres tipos suicidas descritos por Henseler (1974) - oral - narcisista, anal - narcisista y fálico - narcisista – son sin duda modelos de tipos ideales, ya que efectúan una división basada en fases de desarrollo definidas teóricamente. Pero también debería ser posible incluir diferencias existentes entre los tres grupos en el marco de esta derivación teórica. Los tres grupos se diferencian en el contenido de las fantasías suicidas, lo que llevaría a la asignación a uno de los tres tipos: aparentemente de modo azaroso, más bien como hallazgo colateral, también se diferencian en la edad (p. 74). La discusión de este hallazgo conduce a dos hipótesis que tienen una relevancia etiológica muy distinta; una tercera hipótesis integra ambas posibilidades: situaciones sociales específicas de la edad determinan el contenido de los temas del conflicto; pero éstos pasan al primer plano de la vivencia porque este círculo problemático se activa en virtud de la particular historia vital" (p. 176). La decisión de consolidar empíricamente el esbozo teórico recae aún hoy³⁸ sobre el autor.

En este sentido se explica que el concepto del tipo ideal conduce a la comprobación teórica, aspiración que está implícitamente representada en la casuística psicoanalítica. Encontramos una formulación explícita de esta finalidad en el prefacio de *Studien zur Pathogenese* de Weizsäcker:

³⁸ hoy, 1998.

“A continuación siguen algunos historiales clínicos relacionados entre sí por medio de una consideración de *lo típico en ellos*. La patogénesis descriptiva aparece en primer plano; las posibilidades teóricas que surgen son tratadas sólo a título de sugerencia. Como siempre, también aquí los hechos son imprescindibles y deben ser informados sin la menor modificación. Pero un informe tal recién se vuelve científico cuando decide una pregunta, es decir cuando obtiene una consecuencia pronóstica comprobada en la práctica” (1935, p. 6, el subrayado es del referente).

Con esta referencia a la importancia del concepto de "tipo" en la casuística psicoanalítica se cuenta con una discriminación útil respecto del método biográfico. Ella señala la aspiración a la generalización que siempre estuvo representada en la casuística psicoanalítica. De todas maneras habría que preguntarse si el modo de presentación casuístico está suficientemente elaborado, más allá del gran valor heurístico del planteo de extraer tipos a partir de la multiplicidad del mundo observable, como para admitir una comprobación de la tipología clínica. De aquí en adelante me ocupo de los esfuerzos investigativos conexos, que tematizo como una transformación del historial clínico en estudio del caso único.

2.4. Del Historial Clínico al Estudio de Caso Único³⁹

A continuación intentaré señalar el desarrollo en la comunicación de situaciones clínicas que se llevó a cabo en el psicoanálisis a partir de los historiales de Freud. En un primer momento se establecieron en los órganos de comunicación científica miniaturas clínicas, fragmentos de tratamientos, observaciones aisladas y análisis de sueños, expuestos en forma más o menos artística. Encontramos excelentes ejemplos de ello en el segundo tomo de *Bausteine der Psychoanalyse* de Ferenczi, compilado en 1927, en el cual todavía hoy se transmite al lector la fascinación de un mundo recién descubierto que se trataba de observar, comprender y comunicar. La historia del "pequeño hombre gallo" que recuerda subliminalmente a "Juanito" está fechada en el año 1913. Otro informe típico de estos años es un caso comunicado en 1927 por P. Schilder sobre una psicosis luego de una operación de cataratas.

"Rara vez el psicoanalista tiene la oportunidad de comunicar la totalidad del material sobre el que fundamenta sus conclusiones. La psicosis sobre la que informaré escuetamente ofrece, en un breve lapso de observación, hallazgos tan claros e inequívocos que es posible una presentación en forma documental. Tan sólo por ese motivo se justifica la comunicación exhaustiva" (p. 35).

Luego de esta fundamentación que justifica una "comunicación exhaustiva" - el trabajo tiene en total sólo alrededor de nueve páginas - Schilder informa sobre una paciente de 53 años que a continuación de una operación de cataratas desarrolla un estado de excitación psicótica. Luego de describir de la sintomatología productiva, centrada en las ideas de que el cuerpo es lastimado, de que a ella o a los médicos se les extirpan partes del cuerpo, Schilder sintetiza:

"Así resulta la opinión unitaria de que la operación en el ojo de la paciente activa el concepto, la consciencia general de daño de la totalidad del cuerpo, concepto en el cual el daño del genital domina en forma particular... El que justamente sea una operación en el ojo la que provoca la psicosis es digno de

³⁹Lo que sigue está dedicado a A. E. Meyer, cuya comprometida polémica "Abajo la Novela - Larga Vida a la Historia de la Interacción" (1995) revivió mis planteos.

nota, dado que como es sabido el ojo aparece muy a menudo en lugar del genital. Pero hay que hacer hincapié en que también otras operaciones, tanto en hombres como en mujeres, despiertan el complejo de castración" (p. 42).

De aquí en adelante el autor compara y clasifica este historial clínico:

"La psicosis tiene el tipo de la Amentia de Meynert... Formalmente se diferencia apenas de la mayoría de las observaciones publicadas de psicosis luego de operaciones de cataratas, en la medida en que es posible hacerse una idea a partir de historiales clínicos breves" (p. 43).

También se exponen otras intervenciones quirúrgicas a las cuales se les asigna en la literatura una eficacia de castración, y el autor concluye esta presentación con las siguientes palabras:

"No dudo de que el complejo de castración es importante para la génesis de las psicosis posoperatorias y creo que debe asignarse un significado general a los resultados de la investigación de este caso " (p. 44).

La seguridad del autor en la posibilidad de dar el paso del reporte individual a la generalización radica presumiblemente en un sinnúmero de experiencias correspondientes *no* comunicadas. Este es el modo característico de la tradición de investigación clínica que Rapaport califica como clínicamente impresionante y sin embargo no válido. Nos agradaría saber en efecto si los episodios psicóticos aparecen con mayor frecuencia luego de operaciones de ojos que de otro tipo de operaciones - lo cual uno estaría dispuesto a aceptar de acuerdo con la importancia descollante del ojo como símbolo sexual - o si este hallazgo corresponde más bien a un sueño.

Una modificación en la forma de comunicación científica condujo al intento de hacer accesibles al público los protocolos verbales de tratamientos. Esta necesidad surgió en la medida en que por momentos se reportaban éxitos tan impresionantes que parecía oportuno dudar. Así por ejemplo escribe F. Boehm en la reseña de un libro de Sadger sobre *Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen auf psychoanalytischer Grundlage* (Viena, 1921) lo siguiente:

"La afirmación del autor según la cual en cuatro sesiones habría logrado curar un caso de impotencia psíquica en forma duradera a través de la disolución del vínculo materno (ver p. 90), provocará dudas en los círculos de discípulos de Freud. Pero aun si no se pusiera en duda este logro aislado, la obra tiene una laguna esencial: la descripción de la técnica a través de la cual se logró la disolución del vínculo materno en cuatro sesiones debería revolucionar toda la terapia psicoanalítica actual" (F. Boehm 1923, p. 538).

En este caso el crítico tuvo suerte. Sadger había redactado su informe de tratamiento sobre la base de notas taquigráficas y estas descripciones amplias y detalladas permitieron al referente (Boehm) efectuar una clara crítica de la técnica de tratamiento, y con ello también de la relevancia teórica de las conclusiones de Sadger:

"Los historiales clínicos se leen como composiciones o novelas, tal como podrían haber sido escritas por pacientes que leyeron y comprendieron en forma insuficiente parte de la literatura psicoanalítica sobre el surgimiento de su sufrimiento. En todos aparecen contínuos intentos de explicación, interpretaciones, preguntas; los fenómenos actuales se ven simplemente "reducidos" a impresiones infantiles conscientes, descritas como repeticiones, como habituaciones: un estereotipo en todas es la frase "Quizás esto se deba a que..." Me llamó la atención que los pacientes de Sadger utilizan las mismas expresiones, el mismo lenguaje que Sadger en su texto. Cuanto más profundicé en estos historiales clínicos, más se reforzó mi convicción de que todos los pacientes de Sadger, en el corto tratamiento y bajo una fuerte sugestión probablemente inconsciente para el autor, por amor hacia él, "asocian" sin resistencias intentos de explicación que ellos suponían - a partir de lecturas y preguntas sugestivas - le agradecerían al médico. Por consiguiente, tal como dijimos, lamentablemente no se puede atribuir ninguna fuerza probatoria a los historiales publicados según la transcripción taquigráfica. Además, no les brinda a los legos un cuadro adecuado de un tratamiento psicoanalítico" (Boehm 1923, p. 539).

Esto ilustra con la mayor claridad las ventajas que ofrece la comunicación de los protocolos de tratamiento en versión taquigráfica o incluso literal. Estos constituyen la base para una apreciación que no debe asentarse únicamente en la evidencia del analista describiéndose a sí mismo. No discutiremos aquí por qué

Freud nunca publicó sus protocolos, ni por qué sus explicaciones sobre la técnica se limitaron a pocos trabajos, en su mayoría referidos a los primeros diez años de trabajo psicoanalítico.

Brody (1970) realizó una evaluación demográfica de los pacientes de Freud basada en todos los pacientes mencionados a lo largo de su obra. El supuesto de que con ello se consideró una muestra representativa de los pacientes de Freud resulta sin embargo extremadamente problemático. La sola indicación de Brody de que luego de 1900 disminuye drásticamente el número de historiales clínicos publicados otorga a los pacientes presentados en los *Estudios sobre la histeria* un peso cualitativo impropio en el desarrollo del psicoanálisis.

No puede dudarse de la importancia del hecho de que el malestar de Edward Glover por el consenso virtual de los psicoanalistas acerca de su método - descrito no obstante por Freud en forma clara - haya desembocado en un sondeo empírico en la Sociedad Psicoanalítica Británica. Mediante preguntas muy simples - como por ejemplo "cuándo interpreta en la sesión", "cuánto interpreta" y "qué interpreta" - se evidenció por primera vez que el método psicoanalítico, como definición ideal típica, dejaba un gran margen empírico que es ocupado por los psicoanalistas. Tal como explica después Balint (1950), las múltiples variaciones de la técnica se originan, efectivamente, en "transformaciones de la meta terapéutica" del psicoanálisis, que se remiten a la diferente recepción de los desarrollos teóricos. De este modo, puede situarse el intento de Glover en el contexto de las tensiones en la Sociedad Británica generadas por el desarrollo de las diferentes escuelas. Aún hoy parece persistir una diferencia sustancial entre la teoría necesaria para la técnica y la teoría a disposición, que puede observarse también en la discusión con los analistas franceses. Un buen ejemplo de ello es la reciente reseña de Widmer-Perrenoud sobre el trabajo de Kestenberg y Decobert "La faim et le corps":

"Quien se dedique a la descripción de casos con la esperanza de comprender mejor la teoría y conocer una técnica específica para el tratamiento de la anorexia se verá defraudado... Me refiero a la discrepancia existente entre los matices de las reflexiones teóricas sobre el narcisismo de los anoréxicos y la aplicación de estos conocimientos al tratamiento" (1972, p. 587).

Si se revisa la literatura psicoanalítica postfreudiana en busca de informes de tratamiento relativamente amplios, se encuentran pocas descripciones que constituyan más de 30 páginas en una publicación (se trata simplemente de una extensión aproximada). He confeccionado una síntesis de los ejemplos de informes de tratamiento de los que tengo conocimiento; aun en el caso de que se me hubieran escapado algunas publicaciones, sería una selección reveladora y en términos generales representativa.

He dejado de lado, tal vez injustamente, los valiosos estudios de investigadores provenientes de la Fenomenología o la Antropología, como los estudios de L. Binswanger sobre la esquizofrenia (el de Ellen West, por ejemplo). Estos se orientan más a la aprehensión comprensiva de los pacientes que a la exposición del curso del tratamiento. Tampoco se incluyeron aquí los grandes historiales clínicos psiquiátricos. Asimismo quedaron fuera extensos estudios psicobiográficos que, siguiendo al Leonardo de Freud, abrieron un campo científico propio.

El esquema contiene autor, una caracterización del paciente, cuando es posible la edad y el sexo, el nombre del paciente en la literatura, fecha y duración del tratamiento (ambas en la medida en que pueden deducirse del informe), fecha de publicación, modo de protocolización y longitud aproximada del informe en forma de cantidad de páginas de la publicación. Si se consideran las fechas de publicación de esta muestra - cuya incompletud debemos subrayar una vez más - , resulta la siguiente impresión. He encontrado seis informes entre 1930 y 1959 y veinte entre 1960 y 1979.

Autor	Caso	Fecha de Trat.	Duración	Año de Publ.	Material	Ext. (pág.)
Adler	"Fräulein R."			1928	reconstrucción	146
Taft	Niño de 7 años		31 hs.	1933	notas intra sesión	161
Wolberg	"Johan R.", hombre de 42 años	1940	4 Meses	1945	reconstrucción	169
Berg	Hombre joven	ca 1940		1946	notas intra sesión	ca 240
Sechehaye	"Renée", mujer de 18 años	1930	10 años	1947	reconstrucción	107
Deutsch	Hombre de 28 años	ca 1948	14 hs.	1949	Verbatim	140
McDougall/Lebovici	"Sammy", niño de 9 años	1955	166 hs.	1960q	notas intra sesión	270
Klein M	"Richard", niño de 10 años	1944	93 hs.	1961	reconstrucción	490
Thomä	"Sabine", mujer de 26 años	1958	304 hs.	1961	reconstrucción	70
Parker	Muchacho de 16 años	1955	200 hs.	1962	reconstrucción	355
Bolland Sandler	"Andy", niño de 2 años	ca 1960	221 hs.	1965	reconstrucción	88
De Boor	"Frank A", hombre de 42 años	ca 1960	580 hs.	1965	reconstrucción	30
Pearson	"Adoleszent", muchacho de 12 años		6 años	1968	reconstrucción	140
Milner	"Susan", mujer de 23 años	1943-1958	15 años	1969	reconstrucción	410
Dolto	"Dominique", muchacho de 14 años	1968	12 hs.	1971	reconstrucción	160
Balint	"Mr. Baker", hombre de 43 años	1961/1962	29 hs.	1972	reconstrucción	130
Dewald	Mujer de 26 años	ca 1966	304 hs.	1972	notas intra sesión	620

Winnicott	Hombre de 30 años	ca 1954		1972	reconstrucción	
Argelander	Hombre de 35 años		ca 600 hs.	1972	reconstrucción	75
Stoller	Mujer de 30 años			1973	notas intra sesión	400
Winnicott	"Piggle", niña de 2 años	1964	14 hs.	1978	reconstrucción	200
Firestein	Mujer de 25 años			1978	reconstrucción	30
Goldberg	"Mr. I", hombre de 25 años			1978	reconstrucción	108
Goldberg	Mujer de 31 años	ca 1966	ca 600 hs.	1978	reconstrucción	98
Goldberg	"Mr. E", hombre de 22 años	ca 1972	2 años	1978	reconstrucción	134
Ude	Niña de 6 años	ca 1975	2 años	1978	reconstrucción	160

Ver también (2.6. Figura 2)

Si bien es cierto que estos datos no son estadísticamente muy confiables, confirman la impresión que recibí al estudiar la literatura. El número de informes de caso extensos que se dan a conocer al público crece con el tiempo. Es interesante observar que existe en ocasiones un período de tiempo relativamente largo entre el tratamiento y la publicación. Por otro lado, de 26 informes presentados, 11 corresponden a niños o pacientes jóvenes, lo cual, si se considera el hecho de la menor cantidad de terapeutas de niños, constituye una proporción significativa; los niños padecen casi en su totalidad de psicosis o estados prepsicóticos. La extensión de los informes expuestos varía entre 30 y más de 600 páginas. Con pocas excepciones se trata de cuidadosas reconstrucciones luego de la sesión. Sólo Felix Deutsch y Stoller utilizaron transcripciones textuales; aun así, el informe de Dewald, que se basa en notas tomadas durante la sesión, podría alcanzar la exactitud de las transcripciones textuales. Este panorama debería facilitar la discusión subsiguiente de algunos informes de tratamientos, en la cual me circunscribiré a comentar la postura metodológica de los autores. Comentaré sólo algunos de los ejemplos referidos, destacando los casos que me parecen más relevantes.

Quisiera comenzar con el informe del psicoanalista inglés Charles Berg, que trabajaba en la clínica Tavistock. Antes de la guerra veía a un hombre joven que le llamó la atención por su sintomatología poco común: si bien era prácticamente normal, tenía la necesidad de consultar a un psicoanalista. Berg considera que esto justifica informar sobre el caso:

"It was on this account that I was tempted to record his analysis stage by stage in the hope that I would be able to convey to others interested in the subject the insight gained from a study of this clinical material" (p. 9).

La presentación del informe del tratamiento se basa en los apuntes tomados durante la sesión y está ordenada cronológicamente; la selección del material se orienta según el progreso clínico. Con ello sigue el ejemplo de la exposición de Freud en el Hombre de las Ratas - sin embargo, Berg no se refiere explícitamente a Freud. La primera entrevista se expone en forma exhaustiva, y las sesiones iniciales con mayor exactitud todavía. Poco a poco se establece un proceso de condensación y la selección se ve determinada en gran medida por la estructura temática. Determinados puntos álgidos - tales como el inicio de la transferencia, la regresión a la infancia, la fijación paterna, etc. - definen la prosecución de la exposición. Es una obra en tres actos, cuyos puntos de mayor importancia, padre, madre e hijo están incluso separados en tres "libros".

Vale la pena destacar el destino de un informe de tratamiento de D. Winnicott. En el Congreso de Psicoanalistas Románicos de 1954 informa sobre el análisis de un hombre esquizoide que durante el análisis experimentaba estados de ensimismamiento cuya comprensión se volvió decisiva para el posterior desarrollo del tratamiento. En una amplia obra de Giovaccini sobre problemas técnicos del tratamiento del año 1972 aparecieron "escondidas" las notas de Winnicott de los últimos seis meses de tratamiento como "Fragment of an Analysis". Resulta interesante el hecho de que ya en la versión escrita de la conferencia publicada en alemán en 1956 en "Psyche" se incluyera este señalamiento inequívoco:

"Casualmente, en los últimos cuatro meses he realizado un informe textual que está a disposición, en el caso de que posteriormente alguien desee leer el trabajo realizado en aquel entonces con el paciente" (Winnicott 1956, p. 207).

El que sólo se haya podido tomar este ofrecimiento de Winnicott en forma póstuma señalaría quizás un particular problema de comunicación entre los psicoanalistas. Entretanto puede obtenerse este informe de tratamiento también como separata (versión francesa 1975, versión alemana 1982). La reseña amablemente crítica de Annie Anzieu en el Boletín de la Federación Psicoanalítica Europea (Nro. 11) pone inmediatamente de manifiesto la ventaja que contiene una publicación de este tipo, consistente en favorecer la discusión. En contraposición a la postura admirada del editor americano (Flarsheim y Giovacchini), se encuentra en Annie Anzieu una crítica al gozo interpretativo del analista, que impide tomar conocimiento del discurso entero del paciente. "No parece tratarse de la situación que es habitual para el analista francés" (p. 2). Para el editor americano en cambio resulta especialmente importante la posibilidad de percibir la actividad del analista:

"Este ejemplo pone en evidencia las ventajas que se pueden obtener de la presentación detallada de un tratamiento analítico. No sólo conocemos la orientación teórico - clínica del Dr. Winnicott, que en nuestra opinión tuvo y tendrá una influencia considerable sobre la teoría psicoanalítica, sino que también se pone en evidencia cuán fascinante y satisfactorio puede ser el tratamiento de un paciente. En particular quisiéramos llamar la atención del lector sobre el modo en el que el Dr. Winnicott logra integrar la fantasía y el material de los sueños con la rutina cotidiana de la actividad analítica" (1972, p. 455).

Justamente en el caso de la transmisión particular, personal, de la teoría y la técnica del psicoanálisis, debe valorarse como una gran excepción el hecho de que se pueda acceder a un protocolo de tratamiento de un analista importante, que por lo menos en una primera aproximación hace posible obtener una impresión directa y formarse un juicio independiente sobre teoría y técnica. Un legado semejante representa el informe sobre un análisis infantil de Melanie Klein, que concluyó poco antes de su muerte (1961). Ella misma explica las metas de esta extensa publicación:

"Al presentar el siguiente historial clínico tengo determinadas metas en vista. En principio quiero ilustrar mi técnica en forma más detallada de lo que lo he hecho hasta ahora. Las amplias notas que he realizado posibilitan al lector observar cómo las interpretaciones encuentran su confirmación en el material

subsiguiente. Es posible observar el desarrollo del análisis día a día y su continuidad. Si bien tomaba notas extraordinariamente largas, naturalmente no podía estar segura de la secuencia exacta, o de haber aprehendido en forma literal las asociaciones del paciente y mis interpretaciones. Esta es una dificultad de naturaleza general en el registro de material clínico. Sólo podrían tomarse expresiones literales si el analista tomara notas durante la sesión; pero ello perturbaría extraordinariamente al paciente, interrumpiría el libre fluir de las asociaciones y sustraería la completa atención del analista del curso del análisis" (p. 15).

La brevedad del tratamiento se debió no sólo a su curso favorable, sino también, según el editor, al hecho de que desde el comienzo se había establecido que únicamente se dispondría de cuatro meses. Es importante mencionar que a pesar de ello M. Klein cree poder asegurar que este análisis no se diferencia en modo alguno de un análisis de duración normal.

Podría decirse que se trata de un informe especialmente adecuado para interrogantes investigativos, ya que contiene registros de 93 sesiones de una extensión promedio de cinco páginas cada uno. Con excepción de la exhaustiva discusión de Geleerd (1963), sólo tengo conocimiento del profundo estudio de D. Meltzer (1978) - publicado recientemente - que brinda una descripción sistemática del curso de este tratamiento.

El año anterior se había publicado en París el informe de J. MacDougall y S. Lebovici sobre Sammy, de nueve años. El propio muchacho inició el informe exacto del tratamiento, dado que durante mucho tiempo sólo hablaba si su analista escribía cada palabra: "Now write what I dictate. I'm your dictator", solía gritar (1969, p. 1, edición inglesa). El tratamiento del niño psicótico concluyó a los ocho meses, con una mejoría considerable; no obstante, del informe adjunto de los padres sobre los años posteriores se desprende que este fragmento de análisis infantil sólo había sido un comienzo:

"Sammy left for New York the following day. Thus his analysis after only eight months' treatment, still in its beginnings, came to an abrupt end" (Comentario de la analista en el protocolo de la última sesión No. 166 del 9/9/1955).

Evidentemente los tratamientos de niños se publican más a menudo que los tratamientos de adultos. Así, Sandler y Bolland, de la clínica Hampstead, publican en 1965 el caso de Andy de 2 años. En forma de resumen semanal se presentan 271 sesiones a lo largo de un período de 50 semanas. Con este informe de tratamiento se pone en claro además cómo opera el así llamado Index Hampstead. El grupo de investigación en la Clínica Hampstead intenta mediante la asignación de índices, es decir la elaboración esquemática de material analítico "crear algo así como una memoria analítica colectiva, un depósito para el material analítico, que ponga a disposición del investigador y del autor un conjunto de hechos reunidos por varios colegas" (Anna Freud en el Prefacio, pág. 12, edición alemana de 1977). Información sobre la utilización del índice como instrumento de investigación se encuentra en Sandler (1972).

Otro informe proviene de Dolto (1971). Su Dominique de 14 años "se cura" de su regresión psicótica en 12 sesiones (p. 173). También Dolto se justifica haciendo referencia a los historiales clínicos de Freud, en particular a los infantiles como Juanito, y critica que

"Hoy en día se leen cantidad de fragmentos más y más breves que provienen de un conjunto de más de cientos de sesiones; son fragmentos de dichos, sueños o modos de comportamiento que en su mayoría sirven para justificar un examen técnico o una discusión sobre la transferencia y la contratransferencia. Sobre el motivo de la elección de tales fragmentos, el clínico no puede más que menear la cabeza" (p. 7).

Por otra parte, Dolto alega en favor de la presencia de terceros en la situación terapéutica, de modo que "uno de los psicoanalistas presentes protocoliza todo lo que dicen tanto el paciente como el analista" (p. 8). Sin embargo, esta condición no se cumple en el caso Dominique, ya que los apuntes provienen de la propia terapeuta.

La crítica negativa que este informe recibe de parte del crítico americano (Anthony 1974) no hubiera resultado tan pertinente de carecerse de los protocolos exactos, y presumiblemente, no se hubiera vuelto tan evidente que "cada nación parece cultivar su propio jardín psicoanalítico" (p. 684). Por el contrario, el jardín à la Lacan parece agradar a la crítica alemana (Haas 1976).

Esta discusión crítica es digna de ser valorada porque logra reducir las diferencias ideológicas a su sustancia empírica demostrable (ver Kächele et al. 1973). Es por ello que la exigencia de Dolto de "notas extraordinariamente largas" no es controvertida, en la medida en que éstas puedan posteriormente publicarse y estar a disposición para tareas didácticas y de demostración teórica. Esto se contrapone lamentablemente a una multiplicidad de motivos difícilmente refutables. En primer lugar cabe mencionar la protección del paciente y la necesidad de protección del psicoanalista. Así, la distancia temporal consigue a menudo atenuar algunos de los problemas de la publicación. No es casual que los apuntes de Winnicott se hayan hecho públicos veinte años después, que el tratamiento de Richard por M. Klein fuera publicado en 1961 o que la presentación de Balint de su terapia focal con el paciente Baker se haya publicado diez años después de finalizado el tratamiento. A través de David Malan nos enteramos de que Michael Balint se decidió tardíamente (aproximadamente en 1952) a tomar casos en persona. Aparentemente no tuvo éxito en los dos primeros tratamientos, pero el tercer intento concretó a través de su utilización literaria un nuevo tipo de tratamiento psicoanalítico: la terapia focal.

"Este libro se basa en el tratamiento del paciente Baker por Michael Balint, sobre el cual él mismo escribió (Capítulo 5). Lamentablemente los comentarios al final de cada sesión terapéutica son muy "asimétricos". Esto es producto de la costumbre de Balint de dictar sus observaciones inmediatamente después de cada sesión; estas notas no estaban destinadas a publicarse. No obstante, posteriormente se decidió a incluirlas en el capítulo en su forma original y con mínimas correcciones estilísticas" (1973, p. 7).

La meta de este trabajo grupal, que generó con el correr del tiempo, fue la siguiente:

"A través del caso Baker nos proponíamos examinar en todo detalle las interacciones entre las asociaciones del paciente y las intervenciones que eligió el terapeuta. Desde el punto de vista teórico, este modo puede considerarse por un lado como una investigación del proceso de tratamiento, y por el otro entenderse como un estudio del desarrollo de la relación médico - paciente" (p. 10).

Si se considera este estudio desde la óptica de la divulgación de sus datos de observación, surgen algunos cuestionamientos que el mismo Balint expuso e inmediatamente respondió:

"El material para esta investigación es el conjunto de los protocolos de sesiones que se dictaron a una secretaria normalmente luego de cada sesión. Durante la sesión no se tomaron apuntes. El terapeuta se fió absolutamente de su memoria. Sabemos que este método es cuestionable y que hay puristas que no quieren admitirlo en la investigación. Reconocemos que la reproducción a partir de la memoria no es tan confiable como una grabación. Por otra parte afirmamos que la coherencia interna de cada sesión individual, así como todo el tratamiento tomado en su conjunto, demuestra suficientemente la validez y utilidad de nuestro procedimiento... Aquí querríamos señalar que nuestro método de registro permite reconocer claramente la naturaleza del paciente y el tipo de procedimiento terapéutico, mientras que en la grabación, ambos elementos deben deducirse laboriosamente del material crudo que el aparato entrega. Por otro lado, ninguna grabación puede pronunciarse sobre "interpretaciones que el terapeuta consideró pero no brindó" o sobre la atmósfera de la sesión, las expectativas originales del terapeuta, sus cambiantes representaciones sobre la producción de la sesión, sus ocurrencias posteriores, etc.; el método que elegimos coloca el acento sobre todos estos importantes componentes" (p. 10 - 11).

El argumento de Balint subraya que en el psicoanálisis los datos crudos accesibles al público no son sólo las expresiones verbales del paciente y del terapeuta. Sólo el behaviorista más recalcitrante sería capaz de negar la existencia de las reflexiones, intenciones y disposiciones del terapeuta como agentes activos del proceso terapéutico. Así, la propuesta de Balint introduce la dimensión subjetiva de este proceso en la investigación, a través de lo cual se puede acceder a una multiplicidad de interrogantes vitales.

Desde el punto de vista formal, es importante que la descripción de las sesiones en el tratamiento descrito implica una estructuración: con anterioridad al tratamiento se estableció un *esquema* que definió de antemano los puntos temáticos que deberían tratarse. De esta manera se logró documentar de modo relativamente sistemático el proceso de tratamiento.

En 1951, A. Mitscherlich introdujo en la Clínica Psicosomática de Heidelberg un esquema semejante para la descripción de un proceso de tratamiento. Ya en su monografía de 1947 *Vom Ursprung der Sucht* había expuesto tres historiales clínicos exhaustivos, en los cuales la presentación del curso del tratamiento tenía como hilo conductor el análisis de los sueños. A modo de comparación puede tomarse la monografía de French de 1952, quien sustenta su demostración clínica en la extensa serie de sueños de una paciente (sobre la utilización de series de sueños ver Geist y Kächele 1979). Este "historial clínico sistemático" debía complementar la "anamnesis biográfica" mediante la inclusión del aspecto procesual de los tratamientos. Hoy en día es difícil determinar cuántos "historiales clínicos sistemáticos" efectivamente se escribieron. Hasta el presente sólo se publicó uno solo en el escrito en homenaje a Alexander Mitscherlich:

"Aunque sólo se registró en forma sistemática la evolución de la enfermedad de un reducido número de pacientes, varias razones justifican en este momento este retorno a algo de los tiempos pioneros" (Thomä 1978).

Esta concepción inspiró, si bien no determinó, los amplios historiales clínicos de Thomä sobre anorexia nerviosa (ver la monografía de Boor sobre la psicopatología de la alergia, 1965). Acerca de la extensión del caso Sabina B. escribe el autor:

"Incluso un informe tan extenso como que sigue representa sólo una selección de las observaciones y reflexiones que se produjeron en las 304 sesiones de tratamiento. Para extraer lo esencial partimos de la experiencia de la transferencia y la resistencia, que constituyeron el hilo conductor de la exposición" (1961, p. 150).

A continuación el autor se disculpa por la "considerable" extensión del informe (aproximadamente 70 páginas), sin hacer referencia a la carencia de presentaciones exhaustivas de tratamiento a disposición para legitimar el detalle de la presente. La descripción de este tratamiento se divide en 16 apartados, de los cuales el más extenso abarca un período de 38 sesiones y el más breve uno de nueve sesiones. La discusión metódica acerca de la manera en que se produjo esta estructuración del tratamiento se reduce al señalamiento de que los segmentos del tratamiento se describen por medio de los "temas principales".

Valdría la pena, sin duda, examinar en detalle los procesos de decisión (ver Knapp 1966).

En el estudio de caso "El Aviador" de Argelander del año 1971 hallamos una proporción claramente superior de información detallada. La exposición cronológica del proceso de tratamiento se despliega entre una introducción teórica y observaciones finales críticas y sintéticas. Sobre el proceder de elección del material escribe el autor:

"En la documentación de material analítico alternaré entre una forma de comunicación sintética y fragmentos del protocolo reproducidos de modo literal, en especial en aquellos lugares que me parecieron importantes para mi tema" (p. 10).

Dado que la presentación se definía como contribución a la discusión vigente sobre narcisismo, se adoptó la centralización temática de los historiales clínicos psicoanalíticos tradicionales. Las reflexiones explícitas de Argelander sobre la forma de su presentación, la protocolización cronológica de los acontecimientos en el análisis, la reproducción estricta de numerosas citas literales y los resúmenes de gran objetividad y alejados de prejuicios teóricos y personales permiten reconocer el afán del autor de otorgar a su historial clínico mayor transparencia que la habitual en los historiales clínicos anteriores. De todas maneras no hay que olvidar que Argentaler debió realizar hasta cierto punto una selección, y en muchos tramos describir en forma sintética el proceso de tratamiento a fin de limitar la extensión de la obra.

La pregunta por la amplitud de las presentaciones de caso examinadas aquí merece una mención aparte. El argumento según el cual la importancia de una obra no se mide en su extensión se emplea con demasiada ligereza. Cuando se trata de presentar observaciones clínicas, sin embargo, la amplitud del informe de tratamiento indica de hecho la cercanía clínica de las observaciones.

A efectos de establecer una comparación, vale la pena recurrir al caso recientemente reseñado por Kohut (1979), Mr. Z., en el cual se describe el decurso de dos psicoanálisis ostensiblemente diferentes en el manejo técnico. Este caso apareció en el "International Journal" de 1979; en "La curación del sí mismo", el capítulo IV de la traducción, la versión alemana sustituye exposición

del paciente X de la versión inglesa por la descripción del paciente Z. (Kohut 1979, p. 172-229). Este intercambio de pacientes no es fácil de advertir puesto que los diagramas utilizados se parecen como un huevo a otro. Si bien los datos clínicos se comunican en forma relativamente extensa (Kohut 1979b, p. 176-215), un caso así merecería una presentación aún más detallada. Al fin y al cabo, para la afirmación que este caso pretende sostener de que "la nueva psicología es de utilidad en el campo clínico" debería ponerse a disposición documentación que permitiera una comprobación.

En cambio, otros casos más detallados referidos a la teoría de Kohut se hallan en un Casebook que Goldberg publicó en 1978. Allí se brindan informes de casos relativamente extensos, en especial de aquellos pacientes que en los libros de Kohut aparecen en breves viñetas. En este sentido este libro representa "una respuesta a una insistente y clara solicitud de una gran cantidad de clínicos" que se ocuparon de los conceptos de Kohut (Goldberg 1978, p. 1). La presentación del análisis de la Sra. I. y de la Sra. A., con una extensión de más de 100 páginas cada uno, permite ciertamente una excelente discusión clínica.

Pero tanto analistas tratantes como investigadores parecen compartir la necesidad de descripciones de tratamiento aún más extensas. Así, Paul Dewald decidió documentar un tratamiento psicoanalítico completo tomando cuidadosos apuntes durante la sesión. En una presentación de su proyecto en un Workshop de la American Psychoanalytic Association Dewald señala que

"sobre la base de nuestra actual comprensión del proceso, la mayoría de los analistas expertos pueden llevar a cabo un tratamiento bastante efectivo, y la metodología actual de descripción anecdótica ha llevado a una considerable acumulación de conocimiento. De todas maneras, si el psicoanálisis pretende tener repercusiones científicas más allá del propio campo profesional, es necesario continuar investigando en este área" (citado según Dorpat 1973, p. 171).

Dewald describe un tratamiento que en principio se llevó a cabo sin metas científicas. La elaboración sistemática comenzó recién al año de concluido el tratamiento. Durante el transcurso del mismo Dewald debió tomar notas detalladas, casi literales del diálogo, en las cuales también trataba de incluir los elementos no verbales de la comunicación. Es interesante observar que las

"intervenciones verbales" del analista se exponen en forma separada, como si no fuera evidente que los dichos del analista forman parte del diálogo analítico.

Tal como era de esperar el tomar notas se convierte en un problema técnico. Dewald asegura sin embargo que normalmente el paciente acepta la escritura simultánea como parte del conjunto de la situación psicoanalítica, como parte del contrato de tratamiento. Más adelante se demostró que es posible analizar las reacciones que esto despierta en el paciente de modo tan preciso como otras reacciones a la realidad del analista. La paciente que Dewald presenta es una mujer joven que padece una neurosis mixta clásica con múltiples fobias, angustia flotante, depresión y frigidez. La paciente se acostumbró muy rápidamente a la situación analítica y pudo trabajar muy bien, de modo que el tratamiento duró sólo 24 meses (347 sesiones) y condujo tanto a una mejoría sintomática como a una modificación estructural de la personalidad.

Aproximadamente un año después de la conclusión del tratamiento, Dewald comenzó a transcribir las notas mediante un dictáfono, tratando de conservar las particularidades idiomáticas de la paciente. No obstante, la publicación de estas notas requirió seleccionar una muestra porque el material completo era demasiado extenso. Este argumento muestra que existe una cierta contradicción entre la exigencia científica de publicar los datos originales y la limitación práctica derivada de la imposibilidad de publicar en forma completa un tratamiento psicoanalítico - incluso uno breve. Pero lo que se denomina "imposible" resulta naturalmente de un acuerdo entre los científicos. Si llegara a establecerse el carácter de fuente de datos de primera calidad de estos apuntes, dichas imposibilidades podrían modificarse.

Dewald decidió reproducir los protocolos de sesión en forma no abreviada de ciertos fragmentos del tratamiento. Además completa la toma de apuntes con sus reflexiones sintetizadoras, de manera que el lector adquiere también una visión de las reflexiones del analista. Los momentos del tratamiento no presentados en forma literal se sintetizan en forma apretada. La tabla siguiente debería proporcionar una visión de conjunto de la distribución de la totalidad de la publicación en los fragmentos individuales de tratamiento y los modos de reproducción.

Duración del tratamiento: 24 Meses = 347 horas;

Reproducción literal: 107 horas.

Muestra: meses 1 + 3; 11, 13, 15; 23 + 24.

Extensión del material clínico: 656 páginas;

Extensión del texto literal: 510 páginas.

Extensión del texto sintetizado: 146 páginas.

¿Qué se propone Dewald con el registro de este tratamiento? El referente del Workshop lo resume de este modo:

"El objetivo de Dewald al publicar este caso era brindar una visión de conjunto sobre el proceso psicoanalítico desde una perspectiva clínica, en la cual se demostraran y documentaran datos psicoanalíticos. Ahora bien, como estos datos son de acceso público puede examinárselos desde diferentes ángulos. De este modo, otros investigadores pueden confirmar en forma consensuada en qué radicó exactamente el proceso analítico en este caso. Otra persona que no haya estudiado el caso y esté libre de prejuicios derivados de un conocimiento previo del curso del tratamiento puede utilizar estos mismos datos como punto de partida para un estudio predictivo " (Dorpat 1973, p. 172).

R. Stoller, quien desde hacía muchos años se ocupaba de cuestiones del desarrollo psicosexual, publica en 1973 un informe de caso similar en extensión e importancia al de Dewald: *Splitting. A Case of Female Masculinity*. En la introducción a las 400 páginas del informe sobre la poco común paciente adopta Stoller una postura respecto del proyecto, en la cual se expresan ambas partes: los defensores del estudio de caso clásico que sigue el ejemplo de Freud por un lado, y los experimentalistas que aprendieron a dudar del valor de las comunicaciones clínicas únicas. Los pasajes siguientes ejemplifican el estilo de la introducción de este libro, que representa en conjunto un alegato en favor de la presentación de caso completa:

"A pesar de la importancia de descubrir las fuentes psicodinámicas del comportamiento humano y de la minuciosa literatura sobre ello, no hay un solo informe psicoanalítico en el cual las conclusiones se complementen con los datos que condujeron a ellas. Si no se dispone de esos datos debemos dar la razón a los críticos que desconfían de la validez de nuestras conclusiones... Al leer un informe, ni usted ni yo sabemos si el autor tiene razón porque escribe magistral y vívidamente y está de acuerdo con reconocidas autoridades, o si

tiene razón porque sus conclusiones se derivan de sus datos: no podemos saberlo porque no tenemos acceso a sus datos" (p. XIII).

Esta introducción reitera un texto que entretanto se hizo conocido: quiero subrayar sin embargo que aquí no se expresan metodólogos ajenos al campo sino clínicos experimentados que durante muchos años y décadas cultivaron el estilo de comunicación tradicional. Porque lo decisivo para responder la pregunta de si los ejemplos citados son y serán generadores de un estilo es el hecho de si las necesidades clínicas requieren más información sobre el tratamiento de la que se disponía hasta ahora. La mirada concreta sobre el consultorio del psicoanalista ya no está mal vista como una curiosidad infantil y voyerista, sino que en los últimos años ha ganado respetabilidad clínica, didáctica y científica.

La particularidad del psicoanálisis de que sólo en el marco de una relación interpersonal es posible experimentarlo y aprenderlo llevó durante mucho tiempo a disminuir la importancia de la publicación de informes de tratamiento, al transmitir la sensación de que los elementos relevantes de un tratamiento no son demostrables ni transmisibles. Pero si leemos las entusiastas reseñas sobre informes de tratamiento de psicoanalistas experimentados hallamos que por lo general se subraya lo contrario. Tomemos por ejemplo lo que escribe M. James sobre "The Piggie" de Winnicott:

"Remarkably enough there are few accounts of clinical work which tell to the new, and to the learning analyst how others who are believed to be successful, work". *The Piggie* is one of those *rarely open descriptions which establish a style*" (1979, p. 137, el subrayado es del autor).

Sería deseable que no sólo la técnica de tratamiento de Winnicott generara un estilo, sino también la apertura practicada por él y otros. De todas formas esta apertura parece conllevar cierto riesgo. El informe de Guntrip de sus dos análisis didácticos con Fairbain y Winnicott se publicó recién después de su muerte (1975), y el intento por informar sobre sus "años de aprendizaje en el diván" no debía ser una empresa fácil - especialmente para los analistas vivos y jóvenes (Moser 1974, Kaiser 1996). En su reseña sobre el libro de Moser, Y. Loewenfeld (1975) explica los requerimientos especiales que deben plantearse a un informe de tratamiento profesional de ese tipo, redactado por un colega. En los informes

de pacientes es más sencillo aceptar su singularidad y su particular motivación. Homenajes a Freud (Wortis 1954, Blanton 1971, Doolittle 1976) o reportes de experiencias de valor literario como los de Hannah Green (1964) y Marie Cardinal (1975) se ganan nuestra simpatía con mayor facilidad. Los intentos de escribir en común un reporte de la experiencia, en el cual paciente y terapeuta reflexionan juntos sobre el tratamiento tienen además el valor de una pieza rara (Yalom y Elkin 1975). Mary Barnes, en *Reise durch den Wahnsinn*, un informe del Kingsley Hall, despierta dudas sobre la función terapéutica de tales informes en común (1971). Curtius habla en una reseña de un "nuevo subgénero literario: la novela de formación del paciente o la novela epistolar terapeuta - paciente" (1976, p. 64). Meyer (1995) contribuyó con un apéndice particular sobre el punto.

Si seguimos con cierto sentido estadístico las fechas de las presentaciones de caso compendiadas en este informe salta a la vista que en los últimos años se publican con mayor frecuencia informes cada vez más exhaustivos. Algunos incluso se abren camino hacia el público de televisión (como el informe *Betty* de Ude, protocolo de una psicoterapia infantil filmado para el Canal 2 de la televisión alemana). El aumento de interés de la opinión pública por los acontecimientos de la situación psicoterapéutica se corresponde con un aumento del interés entre los propios psicoanalistas por comunicar más exhaustivamente las experiencias clínicas. El libro de lectura editado por Strotzka en 1978, con presentaciones de casos del Instituto Vienés de Psicología Profunda y Psicoterapia, en el cual los representantes de las distintas escuelas psicoterapéuticas que allí trabajan presentan en forma conjunta su trabajo a modo de informes de tratamiento al público científico, representa un ejemplo de esta tendencia.

Para concluir la descripción del proceso de transformación de las viñetas clínicas - desde los historiales clínicos clásicos hasta los estudios de caso a lo largo del curso de tratamiento - restaría aclarar que además de la ganancia clínico - didáctica surgen también posibilidades de realizar estudios sistemáticos de proceso con métodos de la investigación de las ciencias sociales. Una oferta de apuntes de tratamientos ordenada según observación y conclusión, ya sea en forma completa o de muestra, puede constituir una valiosa y suficiente materia prima para una multiplicidad de preguntas. Así, Thomä y Houben señalan que

"el exhaustivo material de casos que hemos reunido a lo largo de los años en los seminarios sobre técnica, en su forma actual, sólo puede evaluarse científicamente de modo incompleto. Las presentaciones de caso psicoanalíticas permanecían muy a menudo en el nivel de la descripción clínica "no controlada". Queremos decir con ello que en los informes observaciones y teoría se confunden demasiado entre sí" (1967, p. 664).

Thomä (1967) intentó tomar en cuenta las consecuencias de esta crítica en la presentación de un caso propio. Luego de una introducción teórica, especifica los campos temáticos "angustia de vacío y ahogo como angustia de castración inconsciente", "angustia de embarazo y nacimiento como angustia de castración inconsciente", "angustia de embarazo y deseo edípico de niño", y finalmente "condiciones de angustia preedípica". En forma cronológica se expone el desarrollo de cada uno de estos complejos, alternando presentaciones sintetizadoras con descripciones detalladas de lo conversado, que reproducen prácticamente palabra por palabra los dichos de los pacientes. También se destaca si se trata de sueños, ocurrencias o reacciones, y a su vez en el analista de reflexiones, preguntas o interpretaciones.

La exposición casuística se lleva a cabo siguiendo estrictamente la línea temática. "Los cambios decisivos para la validación de hipótesis son aquellos que se realizan a partir de interpretaciones" (p. 845). Una utilización semejante de notas de tratamiento atendiendo estrictamente a los temas se presentó en un proyecto del Grupo de Mount Zion (San Francisco) para investigar la modificación constante de las estrategias de defensa de un paciente (Weiss 1971, Sampson et al. 1972). En dichas investigaciones se analizan sólo determinados conceptos, en lugar de echarse una mirada de conjunto sobre todas las posibles líneas del curso de tratamiento. Con enfoques metodológicos de este tipo pueden ponerse a prueba hipótesis diferenciadas acerca de las fases estructurales del proceso psicoanalítico (Fürstenau 1977, Thomä et al. 1978). Para ello se torna necesario además dar otros pasos conducentes a evaluaciones clínicas formalizadas de protocolos de tratamiento, tal como mostraron Strupp et al. (1966), Dahl (1972), Kächele et al. (1975), Knapp et al. (1975), Grünzig et al. (1978). No entraré aquí en una discusión metodológica en torno de estas cuestiones, que Wallerstein y Sampson (1971) sintetizaron y que luego de varios años prosigue de modo variado. Las presentaciones de caso ligadas a la investigación conducen a una metodología del estudio de caso único, para lo

cual se requeriría una propia presentación detallada (ver Schaumburg et al. 1974).

Hoy por hoy, si se pretende obtener una documentación de la evolución del tratamiento, es indispensable registrar el diálogo con medios electrónicos como grabadoras de audio o filmadoras. Con ello surgen nuevos problemas, desde la preocupación del terapeuta (ver Gill et al. 1968, Bergmann 1966) hasta los problemas de evaluación del conjunto de datos. Para solucionarlos deben integrarse nuevas tecnologías a la investigación psicoanalítica, que aporten al investigador la ayuda necesaria. Para hacer justicia a la abundancia de datos que se pueden obtener es ineludible progresar hacia métodos de archivo y análisis de textos asistidos por computadora (Kächele 1976, Mergenthaler 1979). Ya no se trataría entonces de investigación clínica en psicoanálisis en sentido clásico sino de investigación sobre psicoanálisis clínico. A tono con la introducción de procedimientos psicodiagnósticos en la entrevista y su indiscutible importancia para la aclaración sistemática de interrogantes científicos básicos del psicoanálisis (ver Mayman 1973), la creación de archivos de protocolos de tratamiento, la elaboración de un banco de datos psicoanalítico, como reclamaron Luborsky y Spencer (1971) y como sucede hace largo tiempo en el Departamento de Psicoterapia en Ulm, conducirá al enriquecimiento de la situación de la investigación en psicoanálisis.

El proceso de transformación que intenté aclarar mediante la enumeración de algunos ejemplos se produjo a partir de un incremento de las críticas hacia la fuerza probatoria de las presentaciones de casos clínicos. Los historiales de Freud continúan vivos por la impresionante síntesis de material de observación que aportan y las conclusiones teóricas relacionadas con él. Sin embargo - y podríamos aventurar que los historiales de Freud, al ser tan impresionantes, contribuyeron a que se sobrevalorase el valor metodológico de tales presentaciones - se produce una discusión centrada en un punto: ¿puede la investigación clínica consistir sólo en informales reportes de tratamiento? ¿no debería acaso exigirse un completamiento de las estrategias de investigación clínica mediante estrategias formales? A mi parecer, es deseable y necesario formalizar e intensificar más fuertemente la investigación en el área de investigación de proceso y resultados. Y esto, no para poner a prueba hechos clínicamente bien fundamentados - si bien hay que ser precavido: hasta qué

punto es obligatorio aceptar los "hechos clínicos" - sino además para fundamentar más detalladamente el conocimiento molar.

Finalmente habría que destacar que el método actual del psicoanálisis, cuya primera formulación debemos a Freud, ha alcanzado para "conceder al psicoanálisis importancia fundamental en la serie de los esfuerzos científicos en el dominio del conocimiento antropológico". Hans Kunz lo expresa claramente:

"Ninguna otra disciplina en nuestra época se ha dedicado de modo tan intensivo y abarcador al ser humano, su vivencia y sus actos." (Kunz 1975, p. 45).

Pero no podemos dejar de lado que esta ganancia que Freud conquistó está en la fase de "trabajo científico nodular" (Kuhn 1967) y debe ser una y otra vez conquistada pieza por pieza. En lo que respecta al desarrollo subsiguiente de la investigación clínica psicoanalítica estoy convencido de que se han incrementado los requisitos metodológicos y que la investigación intensiva del caso único permite vislumbrar nuevos territorios. Entre ellos se cuenta ante todo el "rol del psicoanalista" (Thomä 1974), continente de la investigación clínica analítica que hasta hoy permanece en la oscuridad. Quizá las presentes explicaciones hayan contribuido a fomentar la transformación del historial clínico en un estudio individual de caso, asegurando de esta manera una nueva etapa en la investigación clínica psicoanalítica.

3. El Tratamiento Analítico de Amalie X

Horst Kächele, Almuth Schinkel, Brunhild Schmieder, Helmut Thomä

3.1. Quién es Amalie X

3.2. Las Primeras Sesiones

3.3. El Protocolo Original de la Segunda Sesión

3.4. El Curso de la Terapia Psicoanalítica

3.4.3.01. Sesiones 1 a 10	3.4.3.02. Sesiones 26 a 30	3.4.3.03. Sesiones 51 a 55	3.4.3.04. Sesiones 76 a 80
3.4.3.05. Sesiones 101 a 105	3.4.3.06. Sesiones 126 a 130	3.4.3.07. Sesiones 151 a 155	3.4.3.08. Sesiones 177 a 181
3.4.3.09. Sesiones 202 a 206	3.4.3.10. Sesiones 221 a 225	3.4.3.11. Sesiones 251 a 255	3.4.3.12. Sesiones 282 a 286
3.4.3.13. Sesiones 300 a 304	3.4.3.14. Sesiones 326 a 330	3.4.3.15. Sesiones 351 a 355	3.4.3.16. Sesiones 376 a 380
3.4.3.17. Se. 401 a 404 & 406	3.4.3.18. Sesiones 421 a 425	3.4.3.19. Sesiones 444 a 449	3.4.3.20. Sesiones 476 a 480
3.4.3.21. Sesiones 502 a 506	3.4.3.22. Sesiones 510 a 517		

3.5. Foco y Transferencia en el curso de un Tratamiento Psicoanalítico

3.6. Los Sueños de Amalie

3.7 El psicoanalista como Yo auxiliar y como "representante" en el diálogo terapéutico

3.7.1 Introduction

3.7.2. Recortes ejemplificadores de un tratamiento psicoanalítico

3.7.3 Síntesis del recorte de las cinco sesiones

3.7.4 Un diálogo psicoanalítico con comentario -

Síntesis de las cinco sesiones del recorte de
tratamiento 3.7.6 Diálogo psicoanalítico

3.7.7 La identificación con el psicoanalista como
objeto transferencial y sujeto con función
creadora

3.1. ¿Quién es Amalie X?

Helmut Thomä & Horst Kächele

Al comienzo del tratamiento la paciente Amalie X era una maestra de 34 años que vivía sola y padecía desde hacía muchos años de eritrofobia y estados depresivos. Debido a sus inhibiciones, reforzadas por un hirsutismo idiopático, no había tenido hasta ese momento relaciones con el sexo opuesto. Durante algún tiempo padeció a causa de escrúpulos religiosos. Si bien luego de una etapa de estricta religiosidad se apartó de la iglesia, aún luchaba ocasionalmente contra pensamientos e impulsos obsesivos.

Amalie X había iniciado un tratamiento psicoanalítico porque en los últimos años las graves limitaciones en su sentimiento de sí habían alcanzado gravedad depresiva. Su desarrollo vital y su lugar social como mujer padecían gravemente desde la pubertad los efectos de un estigma viril incorregible al cual Amalie X trataba infructuosamente de resignarse. El estigma podía en efecto ocultarse exteriormente, pero esta ayuda cosmética - así como con otras técnicas para la corrección de la percepción del defecto en el sentido de Goffman (1977) - no lograba mejorar su autoestima y su extrema inseguridad social. En un típico 'circulus vitiosus', el estigma y los síntomas neuróticos premórbidos se realimentaban mutuamente; escrúpulos neurótico - obsesivos y síntomas fóbicos multiformes dificultaban las relaciones personales y conducían, entre otras cosas, a que la paciente no pudiese establecer vínculos estrechos con el otro sexo.

Dado que la paciente Amalie X otorgaba al hirsutismo un lugar especial en la etiología profana de formación de su neurosis, comenzaremos con algunas reflexiones sobre la importancia de este perjuicio corporal del cual pueden derivarse objetivos de cambio terapéutico particulares.

El hirsutismo podría haber tenido para Amalie X un doble significado:

1) Por un lado dificultaba la ya problemática identificación femenina, puesto que continuaba realimentando el deseo inconsciente de la paciente de ser hombre. Desde la perspectiva biográfica, la feminidad no está investida positivamente sino asociada con enfermedad (madre) y perjuicio (frente a los hermanos). En la pubertad, época en la que surgió la profusa vellosidad en la paciente, la identidad sexual es de por sí lábil. Signos de masculinidad en forma de vellosidad refuerzan la envidia y el deseo de pene reeditados de acuerdo con el desarrollo vital. Este último, desde luego, debió constituir con anterioridad un

núcleo de conflictos no resueltos, ya que de otra manera no hubiera podido adquirir este significado. Una indicación de ello es la forma de relacionarse con ambos hermanos: éstos son admirados y envidiados por la paciente, ella por su parte se siente a menudo perjudicada como hija. La vellosidad se adecua sin contradicción a su esquema corporal mientras la paciente pueda fantasear la satisfacción de su deseo de pene. Pero la satisfacción de deseo brinda alivio sólo si puede ser sostenida, lo cual fracasa puesto que el vello masculino no hace de una mujer un hombre. El problema de la identidad sexual reaparece. Con este trasfondo, todos los procesos cognitivos relacionados con las representaciones femeninas de sí se tornaron conflictivos para la paciente, producen intranquilidad y consecuentemente deben ser rechazados.

2) Por otro lado, el hirsutismo posee secundariamente una cierta cualidad de síntoma de presentación: para la paciente se vuelve un fundamento para evitar en forma terminante situaciones de seducción sexual. Esta función del perjuicio corporal no es accesible a su consciencia.

De estas reflexiones pueden extraerse dos exigencias para un tratamiento exitoso de la paciente Amalie X: la paciente podrá asumir contactos sociales y sexuales sí y sólo si: 1) puede lograr una identidad sexual suficientemente segura y obtener seguridad en sí misma, y si 2) puede abandonar los sentimientos de culpa referidos a sus deseos.

Sobre la base de la historia previa, la sintomatología y la estructura caracterológica y el considerable padecimiento, se indicó una terapia psicoanalítica. De acuerdo con sus características externas - de limitado valor definitorio - se trataba de un tratamiento psicoanalítico bastante usual con tres sesiones semanales.

El siguiente texto se refiere a la opinión del analista tratante (ver Thomä & Kächele 1989 p. 88):

"Amalia X era soltera, eficiente en su trabajo, cultivada y, a pesar de su estigma viril, totalmente femenina. La tomé en tratamiento porque estaba bastante seguro y esperanzado de que el componente de significación del estigma podía ser modificado. Dicho de manera general, partí de la base de que no sólo nuestro cuerpo es nuestro destino, sino de que también pueden llegar a ser determinantes las maneras de ver y los significados que los demás y nosotros mismos tenemos en relación con nuestro cuerpo".

Reflexiones sobre la psicodinámica

septiembre 11, 2003

Nuestra experiencia clínica justifica los siguientes supuestos: un estigma viril refuerza el deseo de pene y la envidia del pene, y reactiva conflictos edípicos. Si se cumpliera el deseo de ser un hombre, el conflictivo esquema corporal de la paciente dejaría de ser contradictorio. Se daría por contestada la pregunta "¿soy un hombre o una mujer?", se disiparía la identidad insegura reforzada constantemente por el estigma y se establecería una armonía entre la autoimagen y la realidad corporal. Pero en vista de la realidad corporal, la fantasía inconsciente no se puede mantener: un estigma viril no hace de una mujer un hombre. Una solución regresiva como la de alcanzar la seguridad en sí misma mediante una identificación con la madre a pesar del estigma viril reaviva viejos conflictos madre - hija y conduce a múltiples procesos defensivos. Todos los procesos afectivos y cognitivos están impregnados de profunda ambivalencia, de manera que la paciente tenía por ejemplo dificultades cuando iba de compras para decidirse entre diferentes colores porque los relacionaba con la cualidad "masculino" o "femenino".

Desde el punto de vista diagnóstico se trata de una personalidad narcisista, con perturbaciones de la seguridad en sí misma.

3.2. Las Sesiones Iniciales a la Luz de un Comentario Crítico⁴⁰

*Merton Gill & Irwin Hoffman*⁴¹

Las sesiones seleccionadas corresponden a las cinco primeras y últimas sesiones de tratamiento, registradas con cinta magnetofónica y transcritas en forma textual. Una colega bilingüe con experiencia clínica tradujo al inglés las diez sesiones para su evaluación con el método PERT y CCRT por parte de los autores de los respectivos métodos.

Cada sesión fue codificada según el esquema PERT (ver Gill & Hoffman 1982) por dos jueces. La misma prevé una evaluación clínica sintetizadora y un puntaje numérico entre los valores 1.0 y 5.0, consistente en un "rating of degree to which therapist addresses or encourages exploration of principal transference issues, as defined by judge". El juicio definitivo se elabora mediante una formulación común y un promedio.

Sesión 1

La paciente tiene dificultades para comenzar, aunque dice que se le pasan miles de cosas por la cabeza. Luego sigue una serie de asociaciones referidas a relaciones con otras personas; la paciente no sabe si quiere entregarse a ellas, o cuánta cercanía de parte de los otros aceptaría.

Según parece, el tema principal es que ella se retrae porque teme que sus intensos anhelos no sean correspondidos; evidentemente ha tenido experiencias en este sentido. También la desconcierta su tendencia a vivirse sólo como tomando parte en la vida de los otros, olvidándose de sí misma.

Hacia el final de la sesión, el terapeuta focaliza la transferencia al señalar que el conflicto referido al tomar parte se expresa también en la atención con que la paciente considera el final de la sesión. Esto se revela fructífero ya que a

⁴⁰Agradecemos a la Fundación Breuniger - Stuttgart, área Psicoanálisis, el apoyo financiero para la traducción y la evaluación.

⁴¹A continuación reproducimos una traducción de la evaluación de sesiones elaborada por M. Gill e I. Hoffman, autores del PERT, en el marco de un proyecto común (Gill & Hoffman, Chicago; Luborsky, Philadelphia; Thomä & Kächele, Ulm, iniciado en 1982).

continuación la paciente explora distintos aspectos de sus experiencias vinculares, en lo cual incluye su preocupación de quitarle tiempo a otros pacientes, lo que su amor propio (= pride) no toleraría.

Lamentablemente el terapeuta pierde la oportunidad de preguntarle directamente a qué se refiere con "orgullo", pero hace otra interpretación útil al decir que la paciente probablemente vacila en cargarlo a él, como a la madre. La paciente confirma lo anterior y continúa trabajándolo. (Luego hay varios indicadores para "disclosures of suppressed ideas about the relationship DSIRs = develamiento de representaciones vinculares reprimidas).

La angustia de la paciente de mostrar demasiado de sí y desaparecer para sí misma no es trabajada en la transferencia tanto como hubiera sido posible. El analista tampoco utiliza el comienzo de la sesión para examinar más de cerca el significado de la dificultad de la paciente de comenzar la sesión y eventualmente vincularlo con el síntoma de las dificultades respiratorias.

Tal vez el analista hubiera avanzado más si hubiera prestado atención antes a la transferencia. En cambio persigue activamente patrones vinculares externos al análisis que contienen varias probables alusiones al conflicto de la paciente de darse con el analista.

Quizás corresponde a la contratransferencia el hecho de que el analista se esfuerce especialmente por mostrar su implicación en el preciso momento en que la paciente puede tener por el contrario la sensación de que el analista no está suficientemente implicado (por ejemplo al confesar que olvidó sus dificultades respiratorias). Asimismo corresponde a la contratransferencia el que él también sea controlador (por ejemplo cuando alienta a la paciente a seguir hablando del padre). Hay algunas vagas señales de que la paciente alude a estos acontecimientos específicos en la interacción.

Pese a las carencias, el analista explora de manera eficaz cuestiones presumiblemente importantes de la transferencia, en especial en la segunda parte de la sesión.

Rating global 4.0

Sesión 2

El tema principal de esta sesión, además de la transferencia, es la tendencia de la paciente a excederse (to overextend), el presumible enojo vinculado con ello, sepultado bajo la disposición pasiva a adaptarse.

El analista comenta su disposición a mirar el reloj como puente hacia la transferencia, con lo cual le sugiere que el deseo de mirar el reloj está tan inhibido como sus impulsos de asegurarse de sus deseos ante los demás. Esa interpretación no es muy clara ni convincente, posiblemente porque el analista interpreta la resistencia como desplazamiento en lugar de como identificación (¿con el agresor?, H. K.). En este caso debería seguir otra interpretación según la cual la paciente teme que el analista tenga las mismas dificultades que ella para imponer su voluntad y decir puntualmente que el tiempo ha concluido; esto la expondría al peligro de excederse en el tiempo que le corresponde.

La paciente se refiere al tema de la adaptación pasiva en la transferencia mediante la observación de que le produce asombro el estar recostada en lugar de sentada. El analista - a quien los árboles le impiden ver el bosque - se pierde en el esfuerzo de obtener ideas de parte de la paciente sobre sus reacciones no verbales, en vez de explorar el sentimiento de la paciente que se declara de acuerdo con algo, a pesar de no haberlo entendido o de no estar de acuerdo.

Aunque aparecen esfuerzos por explorar temas transferenciales, éstos no parecen dan en el blanco. Lo positivo es que el esfuerzo de permitir a la paciente vivenciar la relación inmediata parece ser fructífero, en la medida en que esto posibilita a la paciente hablar sobre algo que hasta ese momento estaba totalmente dejado de lado.

Rating global 3.0

Sesión 3

La paciente habla durante toda la sesión sobre sus dificultades y conflictos sexuales. El punto más importante parece ser la persistencia de un resto de sentimientos de culpa y vergüenza e inhibiciones provenientes de su educación católica, de los cuales teme no poder liberarse nunca. Parece ser que incluso los pastores liberales carecen del poder de liberarla de una autoridad internalizada que se opone a una sexualidad libre. Esta autoridad internalizada corresponde también a la postura de la madre.

El terapeuta observa que probablemente la paciente se siente en el análisis como frente a un cura confesor, y teme ser condenada. Ella rechaza lo anterior y el

septiembre 11, 2003

analista no sigue ni éste ni otros aspectos transferenciales posibles - como por ejemplo, cuando la paciente dice que esa autoridad (la del analista, H. K.) no puede equipararse con la fuerza coercitiva de su consciencia.

En la réplica del analista no se encuentra ninguna ligazón clara con la transferencia, de todo aquello con lo que hubiera podido trabajar, que hubieran sido "rasgos constantes de la situación analítica" correspondientes a los de la situación de confesión. No obstante, hubiera valido la pena esforzarse un poco más para hallar posibles vinculaciones transferenciales.

Categorización dificultosa, dado que los nexos con la transferencia no son claros.

(Continúan observaciones técnicas referidas al problema de la codificación que aquí omitimos).

Rating global 2.0

Sesión 4

En esta sesión parece evidentemente poder interpretarse como transferencialmente relevante el material del informe a un padre confesor con muchos y diferentes matices de significado, pero se encuentran pocos indicios para que un juez pueda codificarlo como Jxr (J = juez vincula material x con material r; x = transferencialmente no relevante con r = transferencialmente relevante).

Persiste la impresión de que el terapeuta hubiera obtenido un material rico si hubiera prestado mayor atención a la transferencia. En dos ocasiones el analista rechaza conclusiones que la paciente había extraído de sus señalamientos, en lugar de ponerlos a prueba en la transferencia, interactuando en lugar de analizar. Negó especialmente haber dicho que la paciente podía esperar obtener ayuda por parte de consejeros anímicamente perturbados y haber dicho que ninguna confirmación (de la paciente) podría ayudar (si bien en nuestra opinión era una conclusión razonable).

Hay gran cantidad de otras interacciones en las que no se intenta indagar las implicancias de lo dicho, por ejemplo una discusión sobre el contenido del escrito para el seguro médico o el alentar el abordaje de un tema profundo cinco minutos antes de la finalización de la sesión. Recién al final de la sesión nos enteramos de que se anticipa una pausa de una semana. En vista de ello, al final

de la sesión el terapeuta hace una interpretación contratransferencial en la cual sintetiza el último tema de la sesión, esto es, que su vellosidad le dará a él la sensación de que ella es fea.

En otro vuelco sorpresivo la paciente toma esto y declara que esto significaría haberse desnudado ante él.

Esta audaz observación de la paciente permite concluir que de hecho ella hubiera estado en condiciones de trabajar la transferencia; esto torna aun más lamentable la falta de tal labor transferencial. La puntuación de 2.5 (y no menos) se basa fundamentalmente en la última interpretación consistente en que la paciente desea que él la encuentre irremediablemente fea, por lo menos que su sensación de no poder ser amada pende "del clavo de su hirsutismo" (esto es, está fijada a su hirsutismo)⁴².

Rating global 2.5

Sesión 5

En esta sesión el analista hace dos interpretaciones transferenciales. En una se compara con un cura confesor, y la paciente dice que él es mucho más cuidadoso y no tan crítico. No queda claro qué es lo que ella quiere decir. ¿Cuál es el significado de esta representación en relación con el deseo de una mayor autoridad? Al final de la sesión, el analista compara los sentimientos de la paciente al final de una hora de clase con los del final de la sesión; probablemente ella desea una cierta confirmación. No obstante, el dicho del analista de que "ella querría darle la sensación de que la sesión estaba completa" también queda poco claro.

En general hay en esta sesión múltiples posibilidades transferenciales que quedan poco claras o no son interpretadas. A veces el analista desaprovecha la ocasión de descubrir qué es lo que la paciente quiere decir exactamente. Por ejemplo, la observación de que "es agradable recostarse allí, simplemente por costumbre" no es aclarada ni interpretada; aparecen varias alusiones a la transferencia que tampoco son interpretadas.

⁴² Se trata de un juego de palabras. "An den Nagel ihres Hirsutismus hängt" en el texto original remite también a la expresión "den Beruf an den Nagel hängen": colgar los hábitos (N. de T.).

Hay indicios de que la paciente tiene deseos de que el analista se comprometa y a la vez sea poderosamente convincente, quizás hasta en forma mágica o sobrenatural. También hay señales de un temor de que el analista no se comprometa lo suficiente o no esté atento; éstas se evidencian en la idea de la paciente según la cual él habría olvidado su propia interpretación de la sesión anterior (sin duda una idea sorprendente, ante la cual el analista hubiera podido expresar asombro). Quizás el analista no la haya tenido constantemente en la cabeza durante el tiempo de separación, un descuido que la paciente hubiera podido relacionar conscientemente con su propio fracaso al no haberorado ante el asesinato de Kennedy. Es de suponer que la paciente siente que el analista no comprende la real magnitud de sus dificultades; él podría sentir rechazo ante el pesimismo de ella, y pensaría en alejarse de ella de igual manera que ella quisiera separarse de sus alumnos. Otra alternativa sería que ella siente una tendencia a retraerse porque tiene dificultades para llegar al analista, así como a veces tiene dificultades para llegar a sus alumnos, y quisiera encerrarse en sí misma.

En general el analista no aprovecha la multiplicidad de posibilidades de abrirse un camino hacia aquello que la paciente desea de él y hacia diversas situaciones en que la paciente siente que él no la encuentra o no va a encontrarla en el futuro.

Rating global 2.0

3.3. Transcripción de la Segunda Sesión

Hartvig Dahl (1988) publicó la que fuera la primera sesión en ser dada a publicidad, la "sesión modelo en idioma inglés" (Anónimo 1988). Haremos lo mismo aquí, intentando recrear la ilusión de cercanía al trabajo analítico real. A fin de facilitar la lectura fueron omitidas las interjecciones cortas como el frecuentemente esperable "hm" del analista.

A: por favor. ----

P: quisiera continuar con lo del jueves (no es cierto?), sí.

A: sí.

P: eh es que anoche tuve visita y eh se prolongó mucho y; es decir inesperadamente mucho y, simplemente no pude, poner eh alguna excusa, para que no se prolongara tanto, porque me es terriblemente penoso; si alguien, prácticamente echar a alguien.

A: quién la visitó?

P: una colega con su prometido y en realidad era una visita corta y ay en realidad aprecio bastante a la colega que vino ayer=, conocía eh poco a su prometido, es decir ella alguna vez lo mencionó y también nos vimos brevemente, pero ayer fue prácticamente la primera vez oficial y; pero el problema en realidad era que simplemente duró demasiado para mí, estaba muy cansada y todavía quería hacer otra cosa, o sea tenía otros planes y, y lo que me molestaba de mí misma era yo; yo no estaba preparada para, echarla con cumplidos, discretamente (ríe), no?

A: sí.

P: y eh y cuando no estoy, preparada para algo así, entonces entonces no me sale.

A: entonces está bloqueada la vía;

P: sí.

A: para que se le ocurran medios y formas, de librarse de ellos eh, más o menos diplomáticamente.

septiembre 11, 2003

P: sí, exactamente. por el contrario fue, eh: que en el momento en, en que se produjo una pausa, y todo eso, que yo temía tanto esa incomodidad que, que eh, hice justamente lo contrario,

A: hm, hm

P: de aquello que quería y, y, y directamente eh: con, con, con también, cómo es?

A: reaccionó en forma opuesta.

P: sí, y en forma totalmente fatalista dije, al contrario, lo, directamente lo forcé, que ellos eh, no se fueran, no? aunque quería que se fueran, porque verdaderamente estaba muy cansada y= de esto se trata, lo que me ocupa hoy. por otra parte por ejemplo, en la escuela puedo plantarme muy, eh muy clara y decidida. y a veces es forzado también, naturalmente, porque sé que, eh: a veces tengo que forzar una cierta dureza, no? me cuesta mucho! eh decir okay ésta soy yo! y y, y éstos son mis intereses y;

A: pero justo en el momento del silencio, donde podría ser más obvio, que usted dijera, esto es; obviamente una señal, eh: que pudiera volverse una una señal para terminar; se ve, se vivencia como la que echa a alguien.

P: sí, exactamente.

A: y eh también se incrementa en relación con con con el momento de la conclusión de, a partir de toda la situación, de sus deseos de la conclusión de la visita, se incrementa el deseo de que se vayan.

P: sí. -- pero no puedo articular el deseo, porque simplemente, como usted dice, eh me siento como alguien que echa?

A: hm

P: y esta situación lamentable me asusta mucho?

A: hm

P: y eso que a mí me molesta tanto! en mi comportamiento es que yo, que yo eso lo puedo hacer por ejemplo cuando estoy preparada para ello. y eh con personas más cercanas. ahí puedo decir, oigan; es decir no siempre puedo decirlo, de ningún modo puedo siempre. eh, o también puede ser que lo diga y nadie lo note. y tengo que ponerme violenta. pero lo que realmente me molesta es que a veces puedo hacerlo bastante bien? y luego también puedo ponerme violenta? porque según mi edad lo tengo que poder hacer y luego

septiembre 11, 2003

por el otro lado otra vez, no sé tengo miedo de de la gente y quiero caerles bien o eh yo sé yo quiero verdaderamente saber qué pasa. porque no puedo decir directamente; nadie lo tomaría a mal. "oigan estoy tan c-; " o "oigan, estoy cansada" o "todavía tengo algo que hacer" o lo que sea. -- o sea no me queda claro qué se desengancha. y entonces es así lo tomo muy apáticamente y me lo trago y; -

A: sí, pero la apatía también es una interna; la apatía también es una reacción, es una apatía como parálisis;

P: sí exacto.

A: o o eh: o una eh ahora dicho muy simplificado eh arrebató de malhumor y enojo y

P: no, de ninguna manera.

A: eso no, es la parálisis, la invalidez.

P: eso; sí, exacto. y lo raro, entonces yo yo yo soy igualmente atenta y sé que mi madre siempre dice que en ese momento soy la mejor actriz. ninguna persona notaría lo que pienso. es decir, esto esto es terriblemente cansador y en ese momento podría mandarme al diablo? y simplemente no puedo, y soy extremadamente gentil y y el odio? y entonces yo. siempre atenta y y amable y o sea si conozco mucho! a alguien entonces puedo decir "oye, okay querido, estoy verdaderamente cansada o o todavía tengo cosas que hacer", pero me resulta difícil incluso con los alumnos particulares. he tenido alumnos particulares y soy muy exacta: exactamente una hora y y eh prefiero hacer cinco minutos más que menos y y y y siempre tengo la sensación de que los echo y soy desatenta o qué sé yo. otros lo pueden hacer tan elegantemente, y y nadie lo toma a mal, no sé. -- a nadie le molestaría que yo que yo fuera honesta en ese momento. yo yo yo tampoco confío en que pueda aprender a hacerlo. quisiera verdaderamente por lo menos saber a qué se debe y y qué sé yo. ////

A: la apatía está en lugar de la contrariedad, en el enojo eh: creo.

P: al contrario, uno se transforma, luego sólo tengo un terrible enojo conmigo;

A: sí. sí sí.

P: no me puedo dormir;

A: sí, hm, hm

septiembre 11, 2003

P: antes siempre había una una una profunda depresión: que entonces yo a menudo; me acuerdo cuando tenía aproximadamente 20 años;

A: porque entonces se sentía incapaz.

P: totalmente. la depresión duraba entonces 14 días? luego decía eres como la peor persona, no?

A: sí. quería decir la última mierda.

P: sí (ríe) ciertamente. ///// o sea en algo así. en verdad no puedes de ningún modo estar dispuesta, es decir entonces entonces uno es como pareja también poco interesante? creo que es eso eh: que no siempre es claro, pero a mí personalmente me sería claro? o sea eso eso son variaciones? y después ante todo de vuelta, que yo fuerzo que yo a menudo eh con muchas! personas por ejemplo al principio doy una impresión de que soy terriblemente segura de mí misma y sé exactamente! lo que quiero y y soy capaz de imponerme y y; una vez tuve un jefe que me suponía adicta a la carrera o qué sé yo eh: y y ese tipo de cosas que que en absoluto son ciertas?

A: qué jefe?

P: el tercero.

A: y por qué adicta a la carrera?

P: (ríe)

A: no entendí la relación con esto eh:

P: sí digo por qué a veces entonces eh puedo ponerme tan extrema?

A: ah así, aha.

P: no es que esto. a veces me puedo entregar totalmente y entonces puedo ponerme de nuevo forzada y exagerada y y y, que por ejemplo mi jefe afirmaba? "sí usted, usted sólo quiere hacer carrera". y digo, y digo eso era un malentendido absoluto. -- en primer lugar no quiero! y en segundo lugar no puedo!? y (pues) // . --- quiero decir sé que era; a menudo fue en mí un rol, que frente a mi hermano mayor= sí allí era el satélite. / durante décadas. y y frente a mi hermano menor = sí // --- y por otro lado hay verdaderamente personas que hacen lo que yo quiero y, y y casi bailan la música que yo toco. (pausa prolongada)

A: y ahora también hay una pausa?

septiembre 11, 2003

P: sí, porque yo, (ríe) -- por que momentáneamente hm (ríe) -- quisiera saber cómo, -- cómo lo debo ver? ----

A: bueno, usted me mencionó un ejemplo biográfico en que usted usted está entre sus hermanos. entonces dijo que durante años, durante décadas fue el satélite del hermano mayor. esto quiere decir que usted eh, ahora exagero, eh: vivió y actuó sólo dependiendo. y también eh, no hizo lo lo que usted misma! quería.

P: sí, naturalmente.

A: como con la visita.

P: sí, justamente.

A: si realizamos una comparación un poco artificial quizás.

P: hm pienso que no siempre, sino que al contrario a veces era; ay por supuesto todo esto no es tan unívoco.

A: quiere decir que después también se rebeló o;

P: y también afirmé. absolutamente y, y mi hermano también sintió una dependencia hacia mí.

A: hm, hm

P: pero en determinados campos, lo veo aún hoy, cuando nos encontramos los tres hermanos entonces, entonces todavía soy la persona a la que se animan a criticar? y ambos hermanos sea animan. y hasta no hace mucho tiempo en que con mi hermano más joven, porque de alguna manera lo puedo hacer mejor? quizás también más lúcidamente y y una vez le dije con toda claridad que ahora ya no quiero más eso, porque yo no lo haría? o ya ya no diría más una u otra cosa muy personal de mi hermano. o sea uno hace más o menos una broma o tal observación= claro, pero, tengo, no sé, siempre la impresión, que todavía soy vapuleada por los dos! hermanos, por el mayor y el menor. también en los últimos años. por un lado! y por otro lado! ya soy independiente pero, esto es diferente. o sea internamente me siento eh sometida a mis hermanos. es decir, cómo lo puedo explicar. sometida a ambos en la medida en que; eh en principio tiene que ver con la profesión? porque yo interrumpí los estudios y ellos naturalmente no? y eso entonces tiene algo que ver con eh la opinión de la parentela.

A: sobre la interrupción o?

septiembre 11, 2003

P: sobre la interrupción y eh de alguna manera para algunos parientes eh el título es muy y eh que sé yo.

A: un hermano es médico, cuál es médico?

P: el más joven. sí y con él tengo una muy buena relación.

A: hmhm y el mayor?

P: es abogado. y con él tengo / bueno

A: hm

P: bueno. y hay gente en mi familia y también cuñadas y demás, que dan extraordinario valor al título y cosas externas. y eh también es así, en el fondo no me siento inferior ni a mi hermano mayor ni al menor. eh como persona. frente a mi hermano mayor de ninguna forma. pero, me empujan a un rol de ese tipo y evidentemente me dejo eh, incluso por mí misma me dejo eh empujar= un poco, no: directamente: fracasada, pero: la que no tiene tanto dinero y que no llegó demasiado lejos= y eh la que no tiene demasiado dinero -- diablo, diablo, diablo.

A: hm

P: diablo, diablo.

A: qué es el otro? diablo, diablo.

P: (ríe) sí, eso eso partiendo de - cosas externas, apariencia y vestimenta y eh estándares de vida y naturalmente sin decirlo y todas esas cosas. esto seguramente es suficiente, todo esto juega un papel importante?

A: especialmente de parte de las cuñadas, no?

P: sí, tengo una cuñada oficial. punto.

A: hm

P: que sólo me= sabe, esto es así;

A: la mujer del hermano mayor?

P: del hermano mayor.

A: el más joven no está casado?

septiembre 11, 2003

P: hm (ríe) no. no oficialmente, no. y eh yo sé que también eh: mi padre, e incluso mi misma madre, esto lo sé ciento por ciento! también piensan más o menos igual. especialmente en lo que hace a la profesión. y mi tía por ejemplo y, y, y, ay también eso; ay sería interminable si quisiera contarlos. lo que a mí me molesta es depender de ese veredicto. aunque verdaderamente estoy eh relativamente conforme? con, ciertamente con mi; con con mi lugar en la profesión

A: y esto se vincula con que usted interrumpió los estudios ya que por la formación posterior, la formación como maestra de colegio secundario usted es eh eh ahora también consejera escolar no?

P: sólo en lo que hace al salario. (ríe) no en lo que hace al título. y eso es muy importante. el título es espantoso.

A: cuál es su título?

P: maestra de colegio secundario. y eso no se puede mostrar. debería ser consejera escolar o doctora o vaya a saber qué. o sea eh frente a mi madre quizás no! no tanto, pero también a ella le molesta. quizás menos que falte el título que eso; ella dice mejores colegas y alumnos más agradables y, que ciertamente no serían del todo correctos. y yo sentía eso sólo eh en las fiestas familiares. en lo posible trato de evadirme y eh me doy cuenta perfectamente = o sea diría que no es idea mía que allí - tácitamente, tácitamente se hacen algunas diferencias de rango -- algunos más que otros claro. -- como dije el único problema es que que a mí eso me molesta= o sea no me siento inferior a mi cuñada ni ni a mi hermano mayor, ni a mi hermano menor, ni a nadie que tenga un título. - pero ellos notan que me molesta y notan que me siento inferior. algunos sin duda. ----- seguro, con mis colegas mujeres y; o colegas hombres= ayer lo volví a pensar, es decir / bueh, me gusta encontrarme con ellos y entonces eh: cuando verdaderamente se llega a un tema que que se puede seguir hablando, más que cuando es más o menos pobre. digo nadie se entretiene cuando -- cómo es? sí cuando cuando cuando no es muy estimulante, eso es espantoso. ----

A: sí, mirar el reloj juega un papel importante en las visitas no?

P: ay (ríe) porque justo acabo de mirar + el reloj?

A: sí, + sí. Eso también juega un rol como;

P: debo hacerlo.

A: cuanto más quiere mirar, más cuidadosa se vuelve.

P: oh sí, justamente odio esa palabra, y justamente es correcta. mirar el reloj tiene! que jugar un papel. digo sería totalmente engañoso decir que uno tiene tiempo y eso eso es lo que molesta, que no se puede decir.

A: pero también es por que; entonces usted quisiera - exagero un poco - cuanto más, cuanto más mira al reloj como señal de que habría que terminar= y entonces sucede una parálisis. porque se suprime todo impulso, por ejemplo el impulso a mirar al reloj.

P: sí. ah sí. --- justamente tengo miedo de de de ciertos impulsos (ríe) porque siempre salen desmesuradamente. o sea a veces me siento herida si alguien de alguna de alguna manera me dice cuatro verdades, no? y eh en ese mismo instante pienso "bueh, tiene razón ella" o "tiene razón él", okay entonces lo acepto? pero cuando yo misma lo hago, lo que naturalmente sucede, que yo también lo haga, me molesta tanto que a la vez siguiente pienso "ay no, vamos, esto no se puede hacer". digo, es lo mismo que al manejar por ejemplo. "¿alcanza todavía?" y luego uno se coloca y "¿cambio de carril ahora?" y mira al espejo y mira otra vez y se da vuelta y y y= y ve que alcanza y sin embargo se paraliza terriblemente y prefiere no cambiar de carril y hace un desvío enorme y para recién después eh desviarse= en el momento oportuno y esto esto ocurre= y luego en otra oportunidad resulta eh casi automáticamente, pero esa parálisis es realmente mucho más fuerte y, y mucho más frecuente, así que simplemente eh a pesar de haberme asegurado quizás dos veces, tres veces, "ahora sería oportuno, di algo" me quedo en silencio o digo lo contrario o hago cualquier cosa que no quiero. o que no quisiera. probablemente no pueda /. y quererlo o o o desearlo o no sé. esto es justamente lo que me vuelve loca, que no puedo simplemente querer algo! tal como me lo represento. levantarme e irme, o decir //// irme (ríe) o qué sé yo. - -- y como dije, no no no creo que uno lo aprenda. esto está simplemente en uno y; sí quizás si me dispongo a ello y me programo lo mejor que puedo para eso y eso así, pero esto también puede fallar. --- que uno mismo simplemente no crea que uno puede lograrlo. y poder quererlo. y= en el momento preciso pueda realmente querer. y para otros pasa y para mí no, qué es eso?. ----- (ruido de la calle durante la pausa)

A: siguió pensando.

P: sí pensé así entre paréntesis= como por qué estoy aquí recostada o sea bien concreto, por qué estoy recostada.

A: hm y no sentada.

P: sí. tampoco debería ver su reacción, no sé. porque esto es de algún modo como, de algún inseguro hm. así inseguro.

septiembre 11, 2003

A: sí , qué reacción? qué sé le ocurre, cuáles no debería ver?

P: (ríe) debería?

A: sí.

P: justamente no me puedo imaginar.

A: hm pero no ver lo que quisiera.

P: sí justamente pienso normalmente en una conversación, no? eh siempre hay reacciones.

A: hm y era sí quizás pensó algo sobre las reacciones. por eso dijo aquí, qué reacción por ejemplo. cuál se imagina?

P: que usted tiene?

A: sí. sí? que debería y debe! permanecer oculta.

P: (ríe) sí, eh= ahora no puedo decir ningún ejemplo concreto.

A: sí, sí. pero alguna seguramente ya se imaginó.

P: sí pero era muy difícil de identificar? es muy? yo eh quizás justamente la reacción de que usted no quiere= decir absolutamente nada, eso pensé que usted intenta eh no influenciar en absoluto, que ninguna reacción que influya

A: sea admitida.

P: - sea admitida.

A: hmhm no admitir ninguna influencia de usted!

P: no, de usted?

A: hmhm

P: o sea como que usted no muestre eh sorpresa.

A: hmhm

P: o admiración o rechazo o o eh que sé yo qué reacción podría haber tenido justamente ahora para que yo no note= que yo, / que simplemente siempre continúe sola= porque eh, siempre se esconde una pregunta en lo que digo= y eh lentamente voy sabiendo que que usted poco más poco menos no contesta sino como mucho precisa? y eh por supuesto pienso por qué lo hace. --

septiembre 11, 2003

porque este tipo de charla no aporta nunca nada, no? (ríe) cuando yo también por mi modo, por mi modo. ahora pienso por ejemplo en la clase no? cómo reacciono cuando hablan los alumnos, hay una gran diferencia. no? no sé si grande pero hay una diferencia? en todo caso= y siempre reflexiono sobre eso también? por qué es diferente, porque qué sé yo? --- porque eso me da mucha inseguridad. me pregunto realmente = ---

A: si este ordenamiento es bueno?

P: (ríe) no.

A: hm

P: no me pregunto eso sino directamente quiero saber por qué. sin hacer una valoración, simplemente quiero saber por qué. y qué fundamento tiene. no yo; y me pregunto también verdaderamente, eh me parece que esto es un modo de conversar totalmente diferente de lo acostumbrado.

A: sí pero tan especial? cuando justamente hoy el tema fue que usted eh a las reacciones; les teme en la visita.

P: (ríe)

A: y quisiera verlas y que quisiera comportarse de otro modo o como a usted le parezca, a pesar de lo que ha visto, observado y anticipado a partir de lo observado previamente.

P: no lo pude seguir hasta el final.

A: establecí un nexo con que usted no vio aquí ninguna reacción. una vez se dio vuelta un poco.

P: sí, así fue, sí.

A: y durante la visita estaba insegura a raíz de una reacción que temía y esperaba, una reacción poco amistosa de parte de ellos! por eso no podía comportarse tal como quería.

P: sí correcto, sí.

A: hm, algo de la inseguridad seguramente está aquí porque aquí también; está insegura de la reacción. porque usted no ve= no ve mi rostro o no me puede observar.

P: sí, - correcto. --

septiembre 11, 2003

A: y el común y totalmente natural reaseguro, eh que permite, por ejemplo reasegurarse si corresponde o no corresponde,

P: sí (ríe)

A: si es adecuado o no. todas esas cosas, que están incluidas en un ida y vuelta, no están dadas.

P: quedan fuera.

A: hm

P: por lo menos están muy reducidas.

A: hmhm

P: sí. muy! muy reducidas.

A: hmhm ---

P: hm= bueno, y? --

A: lo cual aumenta por ejemplo la curiosidad?

P: sí terriblemente.

A: hm -----

P: sí.

A: sí, hm --

P: ///// (ríe)

A: hasta la próxima Amalie

P: hasta la próxima.

Comentario de Merton Gill sobre la segunda sesión

El tema principal de esta sesión, además de la transferencia, es la tendencia de la paciente a excederse (to overextend), el presumible enojo vinculado con ello, sepultado bajo la disposición pasiva a adaptarse.

El analista comenta su disposición a mirar el reloj como puente hacia la transferencia, con lo cual le sugiere que el deseo de mirar el reloj está tan inhibido como sus impulsos de reasegurarse en sus deseos en los otros. Esa interpretación no es muy clara ni convincente, posiblemente porque el analista interpreta la resistencia como desplazamiento en lugar de como identificación (¿con el agresor?, H. K.). En este caso debería seguir otra interpretación según la cual la paciente teme que el analista tenga las mismas dificultades que ella para imponer su voluntad y decir puntualmente que el tiempo ha concluido; esto la expondría al peligro de excederse en el tiempo que le corresponde.

La paciente se refiere al tema de la adaptación pasiva en la transferencia mediante la observación de que le produce asombro el estar acostada en lugar de sentada. El analista - a quien los árboles le impiden ver el bosque - se pierde en el esfuerzo de obtener ideas de parte de la paciente sobre sus reacciones no verbales, en vez de explorar el sentimiento de la paciente que se declara de acuerdo con algo a pesar de no haberlo entendido o de no estar de acuerdo.

Aunque aparecen esfuerzos por explorar temas transferenciales, éstos no parecen dan en el blanco. Lo positivo es que el esfuerzo de permitir a la paciente vivenciar la relación inmediata parece ser fructífero, en la medida en que esto posibilita a la paciente hablar sobre algo que hasta ese momento estaba totalmente dejado de lado.

3.4. El Proceso de la Terapia Psicoanalítica

Horst Kächele, Almuth Schinkel, Brunhilde Schmieder, Marianne Leuzinger-Bohleber & Helmut Thomä

3.4.1 Teoría del Proceso

En tanto informante y referente de un tratamiento, el analista nunca es imparcial; no podría ser de otro modo. Tanto luego de la sesión como al término del tratamiento, fuera de la posición diádica, el analista se encuentra solo y en diálogo consigo mismo acerca de su experiencia con ese otro ser humano al que ha vivenciado a través de su propia subjetividad. Una posibilidad sería relatar esa historia; pero aquí elegimos otra forma de acceso posibilitada por el registro completo del proceso de tratamiento mediante un magnetófono.

De acuerdo con un esquema temporal preestablecido se transcribieron cinco sesiones con una distancia temporal de 25 sesiones, lo cual resultó en informes sobre 22 períodos. Sobre la base de estos protocolos verbatim, dos estudiantes de medicina realizaron una primera versión en bruto de la exposición del proceso, que luego reelaboramos y completamos.

Además de la relevancia científica de este procedimiento, esperamos que el contar con la perspectiva del tercero no participante como punto de partida de las reflexiones aporte una ganancia clínica. Más allá de lo que éste pueda verificar, por el momento alcanza con retener que se ha obtenido algo clínicamente relevante de estos protocolos verbatim: una descripción longitudinal sistemática de un proceso de tratamiento, material del cual sólo en forma excepcional disponemos. Mediante esta exposición longitudinal puede, por ejemplo, fundamentarse la tesis que formulamos en el Capítulo 9.4. del Tomo 1 de *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*, según la cual la terapia psicoanalítica es **"una terapia focal continuada, de duración indefinida y de foco cambiante"** (Thomä & Kächele 1989, p. xxx).

3.4.2 El Modelo de Proceso de Ulm⁴³

El desarrollo de la técnica de tratamiento psicoanalítico se ha caracterizado desde el comienzo por un antagonismo entre una tendencia a la unificación del método y una tendencia a la variación técnica para síndromes específicos. Así, hablando de la actividad terapéutica, Freud menciona modificaciones técnicas en fobias y neurosis obsesivas. Estas nos son impuestas "por la intelección, que poco a poco va cobrando certidumbre, de que las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse mediante una misma técnica" (Freud 1919a, p. 161). Pero en la doctrina general y especial de las neurosis aparecen teorías, en mayor o menor medida establecidas empíricamente, sobre las condiciones de formación de enfermedades psiquiátricas y psicósomáticas. Cuando diagnosticamos y efectuamos pronósticos, aplicamos este conocimiento parcial sobre qué debería suceder en el psicoanálisis de una neurosis de angustia, una anorexia nerviosa, una reacción depresiva, etc., a fin de conseguir una mejoría sintomática o una curación.

El proceso terapéutico comienza antes de la primera sesión de tratamiento. El mero acercamiento de un paciente potencial, su modo de anunciarse y de concretar una cita conforman un patrón concurrente al comienzo del tratamiento y deciden sobre el éxito de la "introducción del tratamiento". Ya aquí se plantea la cuestión de la apertura y flexibilidad del analista para organizar la situación de manera que ésta se transforme en una situación analítica. También la finalización de un proceso terapéutico sugiere la elaboración de los temas de separación y despedida de modo de lograr la liquidación adecuada de una determinada relación. Toda la diversidad que - a pesar de todas las similitudes - afecta a las situaciones de inicio y culminación constituye nuestro punto de partida central para la comprensión del proceso. Entendemos la neurosis de transferencia como presentación interaccional (Thomä & Kächele 1973) de los conflictos internos del paciente en la relación terapéutica, cuya modelación concreta es una función del proceso. Esta es única para cada día - razón por la cual el psicoanálisis puede denominarse como una ciencia histórica -, pero en un nivel de abstracción más elevado permite la identificación de patrones de evolución típicos. Las simplificaciones que esto conlleva incluyen desde luego el peligro de omitir la contribución de la ecuación personal del terapeuta y su orientación teórica en este desarrollo. Naturalmente, el que la estrategia de tratamiento orientada al síndrome sea posible de realizar depende de innumerables imponderables sobre los que el analista carece de influencia. Así,

⁴³Capítulo 9.4. del Tomo 1 de Teoría y Práctica del Psicoanálisis

ciertos acontecimientos en la vida del paciente crean nuevas situaciones que obligan a modificar la estrategia.

Por lo tanto, un modelo de proceso apropiado debe combinar la flexibilidad orientada al paciente individual con las reglas estructurantes de la tarea terapéutica. En el afán de hacer justicia a esta premisa fundamentamos nuestro modelo de proceso sobre los siguientes axiomas:

- 1) La asociación libre del paciente no lleva por sí misma al descubrimiento de los aspectos inconscientes de los conflictos.
- 2) El psicoanalista selecciona sus objetivos estratégicos de largo plazo y sus correspondientes metas tácticas de corto plazo.
- 3) Las teorías psicoanalíticas sirven a la generación de hipótesis, que deben ponerse a prueba constantemente mediante ensayo y error.
- 4) La utilidad de los medios terapéuticos se demuestra en los cambios esperados del paciente. Aquellos deben ser modificados si dichos cambios no tienen lugar.
- 5) Los mitos de uniformidad en psicoanálisis y psicoterapia conducen a autoengaños.

En esta formulación se evidencia nuestra comprensión de la terapia psicoanalítica como un proceso terapéutico guiado estratégicamente. Esta perspectiva es seguramente poco usual, en la medida en que la exhortación a la atención libremente flotante por un lado y a la asociación libre por el otro parecen expresar precisamente lo contrario. A fin de evitar una contradicción objetivamente innecesaria, habría que considerar el modo en que Freud fundamenta su recomendación de la atención libremente flotante: ésta constituye un medio eficaz con el cual se pueden corregir presupuestos teóricos y descubrir con mayor facilidad el foco de la enfermedad individual. Con ello, la atención libremente flotante y la focalización desempeñan dos funciones complementarias: alternativamente, el estado funcional de máxima ganancia de información (la atención libremente flotante) y la organización de la información obtenida desde el punto de vista pregnante en cada momento (la focalización) ocupan el primer plano en la mente del analista.

Con estas reflexiones hemos introducido en la discusión un concepto central del modelo de proceso de Ulm: el foco. Antes de ocuparnos de los múltiples significados de este concepto en la literatura psicoanalítica, quisiéramos referirnos en primer lugar a su etimología: el foco arde, y focalizar significa dirigir haces de luz hacia un punto. Al otorgar a la focalización un lugar importante en nuestra concepción de proceso no aludimos a una fijación rígida a un tema. Nuestra intención es colocar como centro de interés la limitación de la capacidad humana de recibir y elaborar la información, que no admite más que

una percepción selectiva y, como consecuencia de ello, una elaboración focalizada.

Al comienzo mencionamos que los modelos de proceso deberían posibilitar la enunciación de reglas sobre el proceso de tratamiento. Una concepción focal de proceso cumple con esta función: si bien en última instancia sólo podemos hacer justicia al suceder psicoterapéutico de cualquier orientación ideográficamente - es decir mediante la observación de cada díada individual -, hallamos en el proceso psicoanalítico temas que retornan de modo regular. Si por ejemplo un paciente habla sobre sus angustias, este tema se convierte en foco psicodinámico en tanto:

- 1) el analista pueda generar hipótesis relevantes sobre motivos inconscientes;
- 2) el analista logre guiar al paciente a través de ese tema por medio de intervenciones adecuadas;
- 3) el paciente pueda comprometerse emocional y cognitivamente con ese tema.

A la pregunta de si el foco posee en el paciente una existencia independiente de la intervención organizadora del analista debemos responder afirmativamente - al fin y al cabo el paciente formó su propia sintomatología -, y a la vez negar en lo que hace a la técnica de tratamiento. En vista del alto grado de entrelazamiento de las estructuras de motivación inconsciente, es casi imposible que exista un diagnóstico focal que no repercuta sobre la manifestación interaccional del foco (ver los hallazgos empíricos en H. Gabel et al. 1981). Los procesos cognitivos del analista, que influyen sus reacciones y su selección y que son discutidos en términos de empatía, identificación de prueba, etc. (Heimann 1969), evolucionan presumiblemente a un nivel no consciente. El analista sólo puede acceder a ellos mediante un trabajo sobre sus reacciones afectivas y cognitivas.

En el fondo, para nuestra concepción carece de trascendencia si el analista arriba en forma intuitivo - empática a su formulación del foco o si la deriva de profundas reflexiones teóricas. En cambio es decisivo que la focalización sea entendida como un proceso heurístico que debe demostrar su utilidad en el progreso del trabajo. Un indicio de una formulación de foco acertada puede hallarse en la tematización de un tema focal general - por ejemplo la angustia de separación inconsciente - en múltiples facetas. El trabajo concreto de interpretación se refiere entonces a estas diversas formas de manifestación en la vida cotidiana del paciente. De modo que dicho trabajo puede orientarse a partir de ese momento por el saber ideográfico, es decir por el conocimiento detallado del curso de tratamiento individual.

Esperamos que en el curso del trabajo sobre un foco, en el caso favorable, el manejo del mismo por parte del paciente (quizás también del analista) se modifique de manera específica. La formulación de enunciados más precisos sobre el proceso de cambio en un período dado sólo es posible si se incluyen en forma diferenciada la constelación transferencial y resistencial, la alianza de trabajo y la capacidad de insight. Si en un momento posterior vuelve a surgir el mismo foco, se plantean fundamentalmente los mismos interrogantes. Sin embargo es esperable que los progresos alcanzados previamente sigan siendo eficaces y que la elaboración pueda continuarse a un nivel superior. En síntesis, puede afirmarse que consideramos el foco creado interaccionalmente como eje central del proceso, y en consecuencia conceptualizamos la terapia psicoanalítica como una terapia focal continuada, no limitada temporalmente, cuyo foco se modifica.

En nuestra opinión, este modelo corresponde a la experiencia clínica según la cual el curso de la neurosis de transferencia es una magnitud que depende en gran medida del analista. No sólo su personalidad sino también el modelo de proceso que el analista tiene en mente influyen sobre el proceso terapéutico. Si el analista parte, por ejemplo, de la premisa de que el tratamiento debe producirse según la secuencia supuestamente natural de determinadas fases de desarrollo psicológico, estructurará la terapia de modo correspondiente. Asimismo la intensidad y la calidad de la elaboración de temas individuales depende del valor que les es atribuido en el marco de diversas concepciones de proceso. Nuestra interpretación del proceso no excluye el hecho de que la terapia transcurra conforme a leyes del desarrollo psicológico (cf. 9.3.).

Nuestra comprensión del foco como formulación de trabajo en el sentido de Balint va más allá del concepto de French, en la medida en que la entendemos como una estructura temporalmente prolongada. Desde luego, nada se opone a una formulación de foco para cada entrevista por separado. Pero desde el punto de vista de la estrategia de tratamiento es deseable la elaboración continuada de un tema basal a lo largo de períodos más extensos. De qué espacio temporal se trata aquí - un número de horas o períodos orientados según el ritmo de desarrollo del paciente - es un interrogante clínico, y debe responderse empíricamente.

Con el propósito de aclarar nuestras reflexiones acerca del proceso describiremos a continuación el curso hipotético de un tratamiento. Ya debería estar claro que el término foco denomina un punto temático central del proceso terapéutico, elaborado interaccionalmente, que resulta de la oferta del paciente y de la capacidad de comprensión del analista. Asumimos que el paciente puede efectuar en un período dado diversas ofertas, pero la generación del foco sólo se

produce a través de la actividad selectiva del analista. En lo que respecta al proceso, esperamos que el trabajo en común sobre un foco conduzca a otros puntos de contenido central, como resultados posibles a partir del trabajo realizado.

A modo de ejemplo suponemos que el paciente realiza en la fase inicial cuatro ofertas temáticas. Entendemos estas cuatro ofertas en el sentido de "nuclear conflicts" (conflictos nucleares) de French (1952, 1970) como constelaciones conflictivas infantiles que, en tanto estructuras inconscientes adquiridas en la psicogénesis, determinan la sintomatología y el carácter del paciente. El establecimiento de un número determinado de ofertas iniciales es arbitrario, en la medida en que la teoría psicoanalítica conceptualiza múltiples conflictos infantiles. De acuerdo con la dirección de nuestra atención teórica identificaremos más, menos o diferentes conflictos nucleares. Cuanto más específico el trastorno, menor debería ser el número de "nuclear conflicts" esperables, y mayor en cambio a medida que se incrementa la severidad del trastorno. En la fase diagnóstica de la primera entrevista (cf. cap. 6) el analista intenta obtener una idea preliminar - todavía independiente de sus intervenciones terapéuticas - de los posibles conflictos (punto temporal T0). Cuando en la prosecución de la primera entrevista se ensayan los primeros pasos terapéuticos (punto temporal T1), se conforma una primera constelación focal (F1), cuya utilidad debe demostrarse en la primera fase del tratamiento.

En la caracterización de contenido de esta constelación nos orientamos estrechamente por los criterios de French para la descripción del conflicto focal, quien exige datos sobre la fuente (inconsciente, estímulos infantiles), los desencadenantes (acontecimiento actual), las defensas principales y los intentos de solución. No obstante, a diferencia de French, no quisiéramos fijarnos a la indicación de un período en el cual predomine una temática focal determinada. La elaboración del primer foco da acceso en algún momento - no nos atrevemos aquí a dar mayores precisiones - a un segundo foco (F2). En nuestro ejemplo, su elaboración conduce nuevamente al primero, que, desde luego en forma cualitativamente diferente (caracterizada en forma esquemática por F1), puede desplazarse nuevamente hacia el centro del trabajo.

En el ejemplo elegido por nosotros, F1 representa el foco conformado inicialmente y fundamentado en el diagnóstico, y a la vez una línea conductora de todo el proceso. Esto corresponde a la bien fundada experiencia clínica según la cual los focos individuales están conectados entre sí y en relación a un conflicto rector. Valga como ejemplo esquemático el trastorno histérico, en el cual, en un caso simple, existe un conflicto principal en el área del vínculo edípico positivo. Sin embargo, al mismo tiempo puede implicar el área edípica

negativa (F2) así como temas conflictivos anales (F3) y orales (F4), que pueden aparecer en el trabajo como focos secundarios y que - según como se estructure el proceso analítico - también aparecerán en lo sucesivo.

Con ello seguimos una sugerencia de Luborsky (1984), quien logró demostrar empíricamente esta clasificación de temas conflictivos, y denominó la línea transferencial principal como "Core Conflictual Relationship Theme" (CCRT). Esta idea de una dinámica conflictiva que guía la terapia, teórica y prácticamente bien fundamentada, brinda también la fundamentación para un proceder focal (Balint et al. 1973; Klüwer 1985; Malan 1965; Strupp y Binder 1984) que tiene por objeto la elaboración de dicho conflicto principal; éste debería poder aprehenderse interaccionalmente en la primera entrevista (ver también Leuzinger-Bohleber 1985). Como es de imaginarse, los otros focos de nuestro ejemplo (F1, F2, F3) son retomados y elaborados en el curso del tratamiento, abriendo nuevas vías de acceso a la línea principal de transferencia F1.

Por motivos didácticos hemos elegido una presentación relativamente grosera del proceso de tratamiento. Según el objetivo que se persiga, nuestro modelo es capaz de reproducir el proceso de modo más o menos diferenciado. Recurrimos nuevamente a la metáfora del psicoanálisis como investigación de una casa: la investigación del interior de la casa en nuestro ejemplo se concentra en una habitación que, por su ubicación central, controla el acceso a los otros ambientes, pero que también puede ser controlada y explorada desde diversas habitaciones vecinas.

A la ficción del proceso psicoanalítico purista, quisiéramos oponer la concepción del proceso como una terapia focal continuada, no limitada temporalmente, cuyo foco se modifica cualitativamente. Argumentamos a favor de un modelo de proceso flexible que implique una técnica heurística, dirigida a la búsqueda, encuentro y descubrimiento de las mejores condiciones de cambio posibles para el paciente, así como a su establecimiento. Estamos convencidos de que las reglas transmitidas del proceder psicoanalítico contienen mucho de utilizable, pero esto se transforma en lo opuesto si el método es mantenido sólo en función de sí mismo. Lo mismo vale para las concepciones de proceso, cuya función es orientar; éstas son en primera instancia medios auxiliares para ordenar el trabajo propio, y facilitan el necesario entendimiento entre analistas. Pero se convierten en una amenaza para la terapia cuando devienen una realidad incuestionable y ya no se someten a un siempre necesario proceso de revisión.

3.4.3 Un metodo de descripcion sistematica

La elaboración de una descripción sistemática exige establecer puntos de vista conductores según los cuales debe compendiarse el material existente. Estos se orientan en principio según puntos de vista generales sobre la técnica de tratamiento, como los que se requieren en general para describir cualquier tratamiento; además de ello es preciso agregar puntos de vista específicos para cada caso.

En el caso en cuestión hemos seleccionado los siguientes puntos de vista:

- situación vital externa actual;
- vínculos actuales;
- áreas sintomáticas (por ejemplo vivencia del cuerpo, sexualidad, autoestima);
- vínculo con la familia en la actualidad y en el pasado;
- vínculo con el analista.

A diferencia de una presentación épica, en la que los sucesos se aprehenden en forma plástica a través de su descripción, y en la cual no es posible evitar condensaciones y extensiones temporales de los acontecimientos, en una descripción objetiva del proceso se obtienen más bien observaciones que un observador externo sólo puede extraer de los registros. Estas descripciones sólo contienen aquello que es evidente en los protocolos, aquello que se concretó en el diálogo.

3.4.3.01. Período I, Sesiones 1 a 10

La primera descripción se sustenta sobre un período de diez sesiones, de modo de obtener la suficiente amplitud para comprender las líneas conductoras.

Situación externa 1:

La paciente, de 34 años de edad, soltera, vive sola pero está estrechamente ligada a sus padres. Su desempeño como pedagoga es, considerado externamente, competente y confiable.

Sintomatología 1:

Escasa información sobre sintomatología corporal; predominan las manifestaciones sobre su situación psicosocial.

Imagen corporal 1:

Sus expresiones sobre el cuerpo se relacionan mayoritariamente con la sexualidad y la comparación con el aspecto de otras mujeres. Obviamente la vellosidad masculina, cuya vivencia la atormenta subjetivamente, caracteriza su pensar y su sentir, sobre todo en tanto es posible prever que el análisis no puede cambiar la vellosidad sino sólo su actitud hacia ella. El significado de la vellosidad se concretiza en un sueño en el cual la paciente se ofrece sexualmente a un hombre y es rechazada. En este sueño aparece una mujer con el cuerpo enteramente cubierto de vello. No obstante, puede comparar su aspecto con el de una colega gorda y salir bien librada compensando la vellosidad con la gordura.

Sexualidad 1:

La paciente recuerda que se masturbó por lo menos desde los tres hasta los seis años de edad. Desde la temprana infancia hasta después de la pubertad, bajo la influencia del tabú de la sexualidad de la iglesia y de una tía - que entonces representaba a su madre -, que prohibía estrictamente su actividad sexual, vivencia la sexualidad en forma culposa. La dependencia de las normas de la iglesia - integradas en alto grado a su superyo - representa para ella el obstáculo más importante en la vía hacia el logro de una relación heterosexual. Tanto más vehemente es la manifestación que sus intensos deseos obtienen en sus sueños.

septiembre 11, 2003

El sueño: se vivencia como una bella y sensual Madonna rafaelina desflorada por un hombre y a la vez como una madre que amamanta. El sueño fue precedido por el intento de introducir un tampón en la vagina.

La paciente desea por un lado aceptar la sexualidad, hallarla bella y poder vivirla integralmente; por otro lado se confronta con la realidad corporal de la vellosidad y tiene dudas de ser verdaderamente una mujer. Dice que en ella la sexualidad está ligada siempre con "exceso".

Autoestima 1:

Esta es esencialmente negativa. Según ella, los alumnos la consideran una "solterona". En la lucha por ser aceptada reprime correspondientemente su agresión hacia el exterior. Así, el sentimiento de no poder dominarse está cargado de angustia. Para tomar decisiones necesita de confirmación a través de la opinión de personas de autoridad, esto es en el análisis por parte del analista.

Vínculos extra - familiares 1:

La paciente se vivencia, sobre todo en las relaciones con sus colegas de trabajo, como la que siempre debe invertir, la que siempre es utilizada por otros como "tacho de basura". A su deseo de comprensión total, de alguien con quien poder conversar, se opone el sentimiento de exponerse, de desnudarse cuando uno habla de sus problemas.

Familia e historia vital 1:

Tiene un vínculo claramente ambivalente con el padre. Lo describe como una persona extremadamente sensible, con reacciones agresivas frecuentes, miedoso y cerrado. Quiere ser una hija cariñosa y preocupada por él, no lastimarlo ni agredirlo. En ello se compara con su madre, una mujer tranquila y tolerante hacia el padre. A la vez menciona claros sentimientos hostiles hacia el padre ("a los 14 años le dije 'te odio'"). Desde pequeña siente que sus hermanos no la toman en serio. En la profesión y en su sexo femenino ("sin hombre") es inferior a ellos. De niña, a menudo, asumía en lugar los hermanos el castigo de los padres. Se ve a sí misma como el "satélite" de su hermano mayor. Manifiesta admiración hacia su hermano menor, que es controlado, equilibrado y paciente. Mantiene su autonomía frente a los padres y se ocupa poco de los problemas de la casa paterna.

Psicodinámica 1:

septiembre 11, 2003

A través de las diez primeras sesiones pueden establecerse dos conflictos principales:

1. La relación con la sexualidad: la paciente no está en condiciones de tener una heterosexualidad normal; la misma está fuertemente ligada con angustia y sentimientos de culpa. Es de suponer que el hirsutismo ha repercutido reforzando la inseguridad en el rol femenino.
2. La problemática de la aceptación: se diagnostica en la paciente un sentimiento de autoestima esencialmente negativo y una angustia de aceptación hacia el entorno en las diversas áreas vitales.

3.4.3.02 Período II, Sesiones 26 a 30

Situación externa 2:

En el área profesional no ha habido modificaciones esenciales. Pocas semanas antes de esta serie de sesiones se va de vacaciones con sus padres, su tía y tío y la hija de ambos.

Sintomatología 2:

Sentimientos de culpa obsesivos en relación con las normas de la iglesia. En la paciente se genera un intenso temor de que sus necesidades y angustias sean observadas y reconocidas por el entorno.

Vellosidad 2:

En un sueño (sesión 29) la paciente debe limpiar un baño en el cual crecen plantas y musgo. Compara las plantas que debe limpiar - aunque no están "mugrientas" en absoluto - con su vello, que no puede remediar y con el cual debe convivir.

Temática de la culpa 2:

La paciente compara la postura de su tío y su prima hacia la iglesia con la propia. Su tío es religioso y se dedica mucho a la teología. Pese a ello adopta hacia la iglesia un punto de vista cada vez más progresista - liberal, con lo cual adquiere libertad de acción para su vida respecto de los principios que la iglesia representa. A pesar de su educación estricta, su prima tampoco vive oprimida por preceptos y obligaciones, lo cual es atribuible a su fuerte voluntad, que le permitió oponer resistencias a su educación.

La paciente no puede adoptar esta actitud para sí. Desarrolla odio hacia la iglesia, que se inmiscuye en su vida privada sin más. A la vez se entrega impotente a los preceptos y obligaciones y no puede dejar de torturarse con ellos.

Vínculos extra - familiares 2:

La paciente comenta que una amiga a la que conoció a través de un anuncio personal en el periódico se va de vacaciones y que por ello pasará a menudo sola la tarde y el fin de semana. Aquí expresa que es prácticamente incapaz de ir a

una reunión de gente desconocida y establecer contacto. Los otros podrían notar que está sola y que está ansiosa y desesperada por establecer contacto. Por un lado se siente aislada y dejada de lado, por el otro las miradas de su entorno penetran su intimidad y la hacen ruborizarse. Dice sentirse constantemente librada, sin protección alguna, a su entorno y que desde pequeña, sobre todo en confesión, debía "abrir su esfera más íntima". En aquel tiempo se generaron sentimientos de angustia y culpa masivos. Su negativa autoestima se vincula con sus dificultades para relacionarse y con su "deficit" en el área de los sentimientos.

Vínculo con el analista 2:

La problemática descrita se actualiza en la relación con el analista. La paciente relata un sueño en el cual ella quería trabar una relación con él; luego le parece que esto es "demasiado personal". Se siente ofendida y herida.

En el sueño ella era una muchacha 'au pair' en casa del analista. En una fiesta familiar ella buscaba con desesperación a la mujer del analista. Junto a unas viejas mujeres "resecadas" encuentra a una muchacha joven, muy bella pero distante. Como no puede aceptar a la muchacha como esposa del analista hace de ella su hija. Rivaliza con esta mujer y le envidia su juventud y su belleza. El analista le ordena limpiar el baño, donde no descubre excrementos sino plantas. Se defiende contra esta orden porque la "mugre" en el baño no es suya. Siente que el analista con su conducta le hace hundir la nariz en su propia "mugre" y además le imputa a ella la "mugre" de los otros. La relación con el analista sólo podrá realizarse cuando la "mugre", es decir la vellosidad, haya desaparecido. Se siente profundamente ofendida por el analista porque él la rechaza y le imputa su vello, que ella no puede remediar, e incluso afirma que él es "feliz".

Sigue experimentando al análisis como una situación de examen (en el sueño debía pasar una prueba ante el analista).

Familia 2:

En este período no hace sino una breve mención a la relación con su padre. Se refiere a unas vacaciones en las cuales se entendió bien con él porque su "objeto" era la madre.

En un sueño la paciente ve cómo su prima da volteretas en un prado junto con un conocido. Envidia a su prima porque ella no sufre molestias, pero a la vez la siente - al contrario de ella misma - ingenua e insensible, sobre todo en lo atinente a las relaciones sexuales.

septiembre 11, 2003

En la paciente se generan sentimientos de culpa porque al parecer su jefe tiene preferencia por ella. Rivaliza con una colega por el favor del jefe pero al mismo tiempo rehúsa temerosa cualquier tipo de preferencia.

3.4.3.03 Período III, Sesiones 51 a 55

Situación externa 3:

No hay cambios significativos.

Sintomatología 3:

Durante dos días la paciente tiene un ligero asma que atribuye a sensibilidad a los cambios del tiempo.

Vellosidad 3:

En este período la paciente no aborda en absoluto el problema de la vellosidad.

Sexualidad 3:

La paciente muestra en general una conducta muy contradictoria respecto de su sexualidad: no se ha masturbado desde hace algún tiempo y se pregunta qué hacer con la sexualidad en su estado (de soltera). Sin embargo en sueños ésta la ocupa intensamente: en un sueño se confiesa ante su hermano, un médico - monje, acerca de su vida sexual actual, en la cual tiene sensaciones agradables. Aquí admite que le agradecería tener una relación sexual con su hermano.

La contradicción se muestra también en su asociación del sueño con un suceso de sus años escolares: por un lado menciona apenas una palabra sexual vulgar (follar), pero por otro lado informa con orgullo haber dado una buena clase de educación sexual ante un grupo de alumnos.

Vínculos extra - familiares 3:

La paciente experimenta mayor independencia respecto de la opinión de los otros: otra vez puede salir a pasear sola, y vuelve a pintar.

Vínculo con el analista 3:

En este período la paciente se esfuerza por trabar una relación más estrecha con el analista. Ella también quiere escuchar, interpretar; quiere que el "especialista" responda a sus preguntas y no que calle, que el analista recuerde con precisión situaciones de sesiones anteriores. Esto se refleja en la transferencia: la paciente compara al analista con su madre, tiene miedo de que

septiembre 11, 2003

él se enoje porque ella intenta crear una conversación en otro nivel, expresar su opinión respecto de las situaciones. A la vez descubre que puede clarificar algo por sí misma, no siempre hace falta "correr" al analista.

Autoestima 3:

En comparación con su estado al comienzo de la terapia, la autoestima de la paciente se ha elevado, se siente globalmente mejor. Experimenta varias autoconfirmaciones: una alumna la acompaña un trecho en el camino a casa, ha vuelto a pintar, ha vuelto a salir sola a pasear en auto.

Familia 3:

Percibe cierta distancia en la relación con su madre, lo cual la hace sentir bien. En comparación con los padres de sus alumnos, que no instruyen en absoluto a sus hijos en el terreno sexual, su madre, a quien ella podía contarle todo, sale ganando; por otra parte su madre se horrorizó cuando su hija de 15 años utilizó inesperadamente una expresión sexual vulgar.

Entretanto ha puesto distancia hacia el hermano menor porque éste despierta en ella deseos sexuales. Se lo imagina como un amante bueno y cuidadoso. Evita esta problemática cortando el contacto.

3.4.3.04 Período IV, Sesiones 76 a 80

Situación externa 4:

La situación profesional no se ha modificado. En este período participa en una jornada en la cual también se discuten temas psicoterapéuticos. Lee con mayor intensidad libros sobre psicoterapia.

Sintomatología 4:

Sin mayores indicaciones, excepto acerca de la vivencia del cuerpo.

Vellosidad 4:

En este período no se alude a la vellosidad en forma directa. En la interpretación de dos sueños, a los cuales vuelve a referirse en este período, aparecen referencias a los genitales, concretamente a la vagina y el útero.

En el primer sueño sucede que la paciente debe subir una torre muy estrecha que conduce a su casa. Ha tenido este sueño varias veces. Las otras veces debía deslizarse luego hacia su casa a través de una abertura angosta, pero esta vez no lo logra. La torre y la pequeña abertura se interpretan como símbolo de la vagina. Las primeras reacciones de la paciente a esta interpretación son incomprensión y defensa, ya que como mujer no posee la sensación de penetrar en la vagina y no puede ver la vagina y el útero. Más adelante se hace evidente, a través de esta interpretación, su profunda inseguridad acerca de su rol femenino cuando dice que ella es "mitad hombre".

Sexualidad 4:

En relación con dicho sueño se acuerda de otro sueño, en el cual su hermano se desliza a través de un cañón de estufa. El pensamiento de que el cañón representa su vagina, de modo que ella tendría relaciones sexuales con su hermano, la confunde y atemoriza.

Vínculos 4:

La paciente discutió con su hermano, su cuñada y su dentista acerca de problemas sociales. Por lo visto defendió claramente su opinión y fue insultada por su hermano como "socialista atrasada" y por su cuñada como "envidiosa"

septiembre 11, 2003

hacia su hermano. No se dejó intimidar y calificó a su hermano y su cuñada de "fríos".

Familia 4:

La paciente dice que jamás se ha llevado bien con su hermano mayor.

En el análisis de su vínculo con el analista aborda la relación triangular madre - padre - hija. Aprecia la actitud abierta a la crítica que siempre ha tenido su madre. A la vez, en su inseguridad con la crítica hacia el analista, consulta la opinión de su madre. Comenta que su madre siempre ha aconsejado no criticar abiertamente al padre, y afrontar una situación desagradable no en forma verbal sino indirectamente. La búsqueda de ayuda y protección en el vínculo con su madre se expresa también en el modo en que interpreta el sueño mencionado: en ocasiones quiere replegarse en una cueva, en el útero materno.

Vínculos extra - familiares 4:

Especialmente a través de su profesión, la paciente toma conocimiento de la situación social de las clases bajas . Defiende sus necesidades y se indigna por la situación material y político - jurídica de estos sectores. Halla injusta la condición más favorable del sector medio intelectual respecto de los trabajadores.

Vínculo con el analista 4:

Un tema abordado extensamente en este período es la opinión de la paciente respecto del análisis. La paciente nota que llegó al análisis en forma "ingenua" e "inmaculada". A través de lecturas discute intensamente con la psicoterapia, con lo cual se ponen en evidencia fuertes dudas en relación a su conducta en el análisis. Siente que no es natural que ella deba recostarse en el diván y no vea las reacciones del analista. Compara el análisis con un juego en el cual ella siempre pierde.

La paciente expresa reproches concretos hacia el analista. Le critica que siempre se reduzca a interpretar y no le explique cómo arriba a esas interpretaciones, y que además no responda sus preguntas. En cuanto a su propia situación, describe que se ha esforzado mucho por entender los pensamientos del analista y ha buscado por su parte interpretaciones que encajen en el esquema del analista. De este modo se ha amoldado al analista y ha comenzado a tratarse a sí misma como él la trata. Por otra parte ha creado una reserva para diversos problemas que sólo le pertenecen a ella, para los

cuales quiere hallar una respuesta por sí misma, y siente la interpretación del analista como una molestia. El vínculo con el analista la "agota", sobre todo porque es unilateral. Se siente humillada y víctima. La paciente se rebela contra esta situación y está "furiosamente decidida" a defenderse contra ella.

En la sesión 79 informa un sueño en el cual está sentada en el jardín con el analista, su hija de unos ocho años y su propia madre. En el sueño el analista exhibe la reacción a su crítica que ella esperaba y temía. El está molesto y enfadado porque ella ha dicho a su hija "eres un tesoro". La paciente desconfía de la conducta "neutral" del analista, se obstina en una respuesta a su pregunta acerca de cómo entendió realmente su crítica.

Autoestima 4:

En varias sesiones la paciente está bastante confusa. Le es difícil abrirse sin reservas. Su sentimiento de autoestima se expresa sobre todo en la esfera del vínculo con el analista. Por un lado teme ser despreciada, verse impotente, ser tomada por tonta; por otra parte intenta colocarse en una posición más fuerte en el análisis. Critica al analista, se defiende contra él y le exige respuestas concretas a sus preguntas.

En el área de la identificación con el rol femenino se pone en evidencia que tiene muchas dudas respecto de su feminidad y que se siente "mitad hombre". Menciona nuevamente haberse visto forzada a desnudarse con frecuencia en el pasado (confesión, etc.) Ella puede verse desnuda en el espejo; otros en cambio, luego de una opinión inicial positiva hacia ella, se verían pronto intimidados por sus aspectos malos y negativos.

3.4.3.05 Período V, Sesiones 101 a 105

Situación externa 5:

La paciente se siente presionada por un examen en varios cursos.

Sintomatología 5:

En este período la paciente no exhibe sintomatología marcada alguna.

Vellosidad 5:

El problema del cuerpo cobra importancia mediante de un sueño: la paciente está recostada con sus hermanos en un prado, los hermanos son repentinamente niñas y tienen un busto mucho más bonito que el suyo. A través de este sueño nota la importancia que reviste para ella la comparación corporal con otros - incluso con sus alumnas.

A través de una película sobre hombres de baja estatura ahonda en el ser diferente corporalmente, ella también quisiera poder aceptarlo, poder pasar por alto los límites que supuestamente su cuerpo le impone.

Sexualidad 5:

La masturbación continúa provocando sentimientos de culpa en la paciente. Trata de luchar contra ellos buscando su "norma sexual", su propia medida. Sale a relucir su ambivalencia: al analista, que no condena su sexualidad, le reprocha por un lado que en el análisis, por cortesía, haga como si no aborreciera su actividad sexual; por otro lado le dice que él tiene una norma demasiado amplia, una excesiva tolerancia hacia ella.

El problema de una escala, de una regla de conducta había aparecido previamente al informar la opinión del confesor - "Eso no es tan grave" - cuando ella confesaba sus "pensamientos impúdicos". También allí buscaba una instancia penalizadora, no una tranquilizadora.

En el análisis cree encontrar esta instancia en la secretaria del analista. Piensa que la secretaria tipea la sesión y como mujer tiene una norma más severa, por lo tanto debería reprobarla. La idea de esta reprobación, de este saber de la secretaria, surge por primera vez en este período, pero no la molesta.

Vínculos extra - familiares 5:

Una antigua amiga juega un rol en este período; aunque es muy atractiva y encantadora, y en principio quería tener un niño sola, ha tenido que casarse un tiempo atrás. Ahora "se ha llevado un chasco" con su marido y la paciente se siente superior, se dice: "ves, esto pasa cuando una se mete con hombres".

El sentimiento de que su jefe en la escuela rechaza su análisis, de que la hace trabajar mucho - sobre todo más allá de sus obligaciones - y quiere deshacerse de ella, adquiere gran importancia para la paciente. Siente que no es tomada en serio en este punto que para ella es importante: sus problemas psíquicos, el análisis. Este sentimiento se refleja también en el vínculo con el analista.

Familia 5:

En conexión con el sueño de los hermanos retornan a su memoria una serie de recuerdos infantiles que giran en torno de su vínculo con el hermano menor. Lo ha querido mucho, aunque él siempre fue el preferido. Ella no se lo reprocha - él era mucho más lindo que ella, si bien se parecen en algunos rasgos. Por las noches frecuentemente se daban un beso, jugaban, se contaban historias. Destaca que en ello nunca hubo una seducción, pero también le resulta importante observar que era una niña muy sensual.

Vínculo con el analista 5:

El vínculo con el analista se caracteriza por la búsqueda de normas propias (ver también Sexualidad). Aquí se refleja su propia ambivalencia. Además lee trabajos del analista porque quiere saber qué clase de hombre es él. Las reacciones del analista a sus dichos juegan también un importante papel: enseguida se siente rechazada, no aceptada, y vuelve a sentir lo mismo que hacia el jefe. Por otra parte el analista es para ella "la persona más importante"; imagina sus respuestas y reacciones incluso en situaciones externas al análisis. Quiere ser independiente, pero debe constatar que al depositar su confianza en alguien se vuelve dependiente; de modo que el sentimiento de ser rechazada por el analista le parece bien. Aquí también se revela una fuerte ambivalencia: a la vez teme molestar al analista con su palabrerío.

Representaciones normativas 5:

La paciente se ha convencido de que cada persona tiene su propia norma, de modo que ella debe buscar y encontrar la propia. En ello se guía fuertemente

septiembre 11, 2003

por su contexto: el analista, la secretaria, su amiga; las normas "amplias y estrechas" con las que se encuentra le provocan inseguridad.

Autoestima 5:

En este período la paciente necesita ser confirmada por el analista, está muy insegura, sobre todo en su sexualidad; en la escuela se siente rechazada por el jefe, en el análisis por el analista. Sólo puede mostrarse superior ante su amiga.

3.4.3.06 Período VI, Sesiones 126 a 130

Situación externa 6:

Entre la cuarta y la quinta sesión de este período la paciente se toma unas largas vacaciones. Para los acontecimientos en el análisis es importante el hecho de que en el último tiempo ha leído un libro de T. Moser sobre su experiencia en el análisis didáctico.

Vellosidad 6:

En este período, la paciente habla poco sobre su cuerpo. El problema de la vellosidad recobra actualidad en conexión con el hecho de que la paciente consulta a un ginecólogo que le receta un nuevo preparado hormonal. La paciente deposita grandes esperanzas en este preparado y compara el posible éxito del tratamiento medicamentoso con el del análisis. El análisis puede modificar su postura interna hacia la vellosidad, pero no la existencia de la vellosidad en sí misma, y por esa razón le resulta insatisfactorio. La preocupa el diagnóstico del analista de hirsutismo "idiopático" y amarra a ello su sentimiento de que el analista no toma la vellosidad demasiado en serio. De ningún modo puede hacerlo, según su opinión, porque jamás ha contemplado la vellosidad con sus propios ojos.

Como consecuencia de la actualización de su vínculo con el padre la paciente constata que todo lo feo y molesto lo ha heredado de su padre. El también tiene la culpa de que ella lleve un estigma masculino como la vellosidad.

Vínculos extra - familiares 6:

En el contacto con colegas y conocidos la paciente siente que tiene inhibiciones y no puede reaccionar en forma espontánea. No puede hablar demasiado sobre sí misma, sus problemas y dificultades.

Familia 6:

El tema principal en este período es el vínculo de la paciente con su padre. Para la paciente es importante el que su padre raramente le haya demostrado verdadero afecto y en general haya ocultado sus sentimientos hacia ella. Siente que él no la comprende y que la castiga retirándole el cariño. A diferencia de lo que ocurre con sus hermanos, él ve en ella sólo cualidades negativas. Recuerda que siempre responsabilizó al padre por todo lo feo en ella, sobre todo por la

vellosidad. A la vez no puede negar al padre en ella misma, porque sin los aspectos paternos ella sería sólo "la mitad o un cuarto" de lo que es.

La paciente siente que el padre perturba su vínculo con la madre. El bienestar de la paciente en casa depende mucho de la conducta de su padre. Cuando él la atiende se siente aliviada y relajada. La inseguridad en su opinión acerca del padre y también el cómo ella desearía que el padre fuese se expresan en un sueño en el cual el padre da una conferencia científica y es alabado por los profesores.

Representaciones normativas 6:

El ideal del yo de la paciente se cristaliza en la persona de la abuela. La ve como una mujer comprensiva, bondadosa, llena de humor y espíritu emprendedor, en la cual siempre ha hallado ayuda y apoyo. Podía contrarrestar las presiones religiosas con absoluta serenidad. Para la paciente resultan fascinantes la dureza de la abuela para consigo misma y su frialdad emocional. La importancia de la abuela para su ideal del yo se torna más evidente en dos frases centrales: "En verdad sólo quiero a mi abuela" y "Me parezco a mi abuela".

Vínculo con el analista 6:

La paciente atraviesa actualmente una fase de transferencia del vínculo con el padre en la relación con el analista. A partir de una conversación con colegas la paciente pregunta al analista si quiere a todos sus hijos y sus pacientes por igual. Teme que la afección del analista pueda adquirirse con dinero y que en consecuencia no sea auténtica, y expresa el temor de que sus experiencias en la relación con el padre se repitan en el vínculo con el analista. Compara la situación de estar tendida en el diván y entregada al analista con su impotencia hacia el padre.

La paciente intenta quebrar la negación y la distancia que le impone la situación analítica llamando por teléfono a la casa del analista. A la vez espera que el analista no ceda a sus "intentos de extorsión", que no le entregue afecto en forma forzada y sin quererlo. La paciente deja en claro que tiene una gran necesidad de confirmación afectiva.

Desarrolla sentimientos de celos y rivalidad hacia una paciente del analista. Teme que el analista prefiera a la otra paciente en lugar de a ella, y que ella no esté a la altura de esta mujer. No está segura de si el analista sólo ejerce su

septiembre 11, 2003

función como terapeuta o si entraría en un juego semejante (ver también Familia).

Autoestima 6:

La autoestima de la paciente es actualmente muy fluctuante. La reactivación del vínculo con el padre contribuye a una autoestima negativa; poca confirmación y afecto, la experiencia de que los hermanos eran los preferidos.

En el conflicto de rivalidad con la paciente del analista se siente inferior en lo concerniente al aspecto físico, pero en igualdad de condiciones en cuanto a sus capacidades intelectuales.

La lectura del libro de Moser es vivenciada como un apoyo para hablar más libremente y mostrar más de sí misma en el análisis.

3.4.3.07 Período VII, Sesiones 151 a 155

Situación externa 7:

Ligero estado de ánimo depresivo. La paciente está en general deprimida y sin iniciativa. Se siente internamente fría y vacía. Quiere huir de su entorno, cortar con todo y desaparecer.

Vellosidad 7:

En relación con un sueño se abordan el cuerpo y la vellosidad. La paciente sueña que fue asesinada, un hombre la desvistió y le cortó el pelo. No tiene fantasías acerca de este sueño.

Ocupada con la cabeza del analista piensa menos en lo exterior, en el rostro, que en el contenido de la cabeza, en el pensamiento. Por el contrario la mano expresa contacto corporal, tacto, caricia.

En relación con la temática de la culpa la paciente menciona la cita bíblica "Ojo por ojo, diente por diente". Para escapar al castigo debería arrancarse los ojos y volverse ciega, porque de otro modo siempre ve algo prohibido.

Sexualidad 7:

El problema de la sexualidad femenina sólo es enunciado brevemente, aun cuando la paciente corrobora que actualmente, aunque va menos al convento que antes, frecuentemente se plantea la pregunta de si algo es femenino o no, hasta en el color del cepillo dental. Se expresan fantasías sexuales ocultas con relación al analista.

Vínculos 7:

La paciente sólo menciona a la tía como cristiana ejemplar.

Temática de la culpa 7:

La paciente padece aún sentimientos de culpa masivos que en este período son actualizados en el vínculo con el analista. La Biblia le prohíbe una relación emocional y sexual más estrecha con el analista. Tiene la sensación de que el poder decir o hacer algo prohibido significa para ella terminar con la vida. La

paciente vuelve a pensar a menudo en ir al convento y huir del conflicto relacionado con el analista, de la "lucha sin cuchillo".

Vínculo con el analista 7:

La paciente expresa su miedo de cargar demasiado al analista con sus problemas. Teme que no contenga sus deseos agresivos, que se desplome, que no lo pueda soportar. Se puede sospechar en forma subyacente la angustia ante la fuerza de sus impulsos agresivos que pueden llegar hasta la muerte, así como también la angustia de perder al analista.

El vínculo con el analista ocupa a la paciente. Su abierta crítica a las interpretaciones es un signo de su insatisfacción con la relación, más que nada en el nivel de la expresión emocional. Por ejemplo, la paciente se preocupa porque el analista se ríe demasiado poco, pone distancia en la relación con ella, es frío y duro. Siente que su "incomprensión" hacia sus sentimientos se expresa en la respuesta a sus sentimientos de culpa por los seres hambrientos de Africa: "llueve nuevamente".

La paciente tiene el intenso deseo de significar algo para el analista, de vivir en él. Imagina que le regala su reloj, que en él volvería a ser hermoso y sonaría maravillosamente cada hora para él. Al mismo tiempo le resulta difícil aceptar una relación positiva del analista como sentimiento real hacia a ella.

En su imaginación pretende abolir la distancia de la relación al precipitarse sobre el analista, tomándolo del cuello y sujetándolo con fuerza. La cabeza, el pensamiento del analista siguen ocupando a la paciente. Imagina que abre un agujero en su cabeza, se introduce en ella y la mide. Envidia al analista por su cabeza y quisiera cambiarla por la de ella.

La paciente tiene la sensación de que el dogma del analista, la "Biblia Freudiana", no es compatible con la biblia cristiana. Pero la contradicción más aguda se da entre sus pensamientos y deseos de un vínculo (sexual) estrecho con el analista, por un lado, y en la prohibición común a ambas Biblias, por el otro. Esto se expresa también en el intento de la paciente de poner sus pensamientos y necesidades en el centro y defenderlos frente a ambas Biblias. En el deseo de no sólo mirar dentro de la cabeza del analista, sino en tocarlo y acariciarlo, como también en la fantasía de yacer con el analista en un banco de la plaza, se evidencian sus necesidades corporales sexuales.

Al mismo tiempo, la paciente desarrolla un fuerte rechazo contra las interpretaciones del analista que se dirigen a sus problemas sexuales. Tiene la

septiembre 11, 2003

sensación de que el analista ya sabe exactamente "de qué se trata" y se siente "pillada" y humillada en sus rodeos y distracciones.

Autoestima 7:

La autoestima de la paciente es más bien negativa. Duda de que el analista la reconozca y que ella signifique algo para él. Siente que se le plantean exigencias con las que no puede cumplir. Pero al mismo tiempo puede criticar al analista y expresar sus deseos agresivos.

3.4.3.08 Período VIII, Sesiones 177 a 181

Situación externa 8:

Inmodificada

Vellosidad 8:

El problema de la vellosidad surge con relación a un sueño: dos hombres se quieren casar con ella. De repente está junto a la cama de uno y debe sacarse el sujetador. Trata de aclararle que tiene pelos en lugares donde otras no tienen. Se asusta y despierta. Piensa que la vellosidad constituye su gran problema y se horroriza ante la observación del analista de que ella también podría borrarlos en el sueño. Su conclusión es que él no quiere terminar de entender lo que los pelos significan para ella.

Su madre la reta por sus pelos y justifica con el hirsutismo gran parte de sus dificultades de contacto y el hecho de que aún no haya encontrado pareja.

Se acuerda que en la pubertad sentía asco a todo contacto físico y que su profesor de piano siempre le acariciaba los brazos.

Sexualidad 8:

Habla preponderantemente sobre su sexualidad en relación con el analista: tiene miedo de que él la considere frígida, fría, y por ello destaca que en el pasado era una niña muy amorosa y cariñosa (hasta la pubertad). Interpreta mal al analista, entendiendo que él dice considerarla lo opuesto de frígida; en la sesión siguiente le pregunta muy seriamente qué es lo que quiso decir con eso, ella dice que se imagina algo así como ninfómana.

Rechaza otras interpretaciones del analista según las cuales su miedo podría tener que ver además con otra cosa distinta de la vellosidad.

Vínculos 8:

La relación con la madre adquiere gran significado en este período: la paciente le reprocha haberse ocupado demasiado poco de ella, la madre es culpable de todos los problemas en su "desarrollo histérico". En realidad le desea la muerte, pero se hace fuertes autoreproches por ello. Se compara con ella: en su opinión su madre fue una muchacha joven y agraciada con muchos pretendientes; en

contraposición, ella misma fue "destinada a marisabidilla". Le molesta que, ante los reproches que ella le hace, lo único que hace su madre es quedarse quieta, sentada y casi sin reaccionar. Al mismo tiempo, se alía con la madre contra el analista. La madre ha querido incluso llamar al analista para decirle su opinión sobre el análisis de la hija. La paciente opina que la madre la comprende mucho mejor que el analista.

En este período, el padre sólo surge de manera difusa en el sueño y también de allí desaparece rápidamente. La paciente sólo se acuerda vagamente de que en realidad se lleva muy bien con él.

También surge un primo que rechaza estrictamente el análisis.

Vínculo con el analista 8:

El vínculo se caracteriza por una fuerte ambivalencia de la paciente hacia al analista; oscila entre el deseo de un gran acercamiento y un fuerte rechazo. Los deseos de aproximación se expresan en numerosos sueños en los que corre tras el analista, se vuelve cómplice de un asesinato y limpia su retrete. Manifiesta la fantasía de secuestrar a sus hijos e interrogarlos sobre la familia. Tiene mucho miedo de que él pueda considerarla frígida.

El rechazo se muestra sobre todo con relación al comportamiento del analista durante el análisis, le reprocha no entender correctamente y hacer sólo especulaciones sobre cosas que en realidad él conoce perfectamente, con lo cual es desleal. Siente los pensamientos del analista como una intervención mediante la cual se le extraería quirúrgicamente algo importante. Quiere sacarle el diagnóstico de la cabeza por la fuerza, pero no encuentra acceso. Por ello juega con el pensamiento de interrumpir el análisis. Al mismo tiempo, tiene un gran temor de que el analista quiera deshacerse de ella, tomando un puesto importante y no estando más disponible para ella.

Angustia 8:

Durante este período la paciente padece sentimientos de angustia indeterminados que sólo puede objetivar en relación con sus pelos. La angustia se expresa de manera particularmente clara en un sueño en el que repentinamente, sobre un suelo oscilante, pende al borde de un abismo.

Autoestima 8:

septiembre 11, 2003

Se siente disminuida en comparación con otros, pero subestima el hecho culpando a los demás (su madre, personas de contacto circunstancial).

3.4.3.09. Período IX, Sesiones 202 a 206

Situación externa 9:

Inmodificada

Sintomatología 9:

La paciente padece un tenesmo urinario persistente y en relación con ello una angustia masiva de daño. Al mismo tiempo se queja de inquietud y trastornos del sueño.

Cuerpo 9:

En el marco del problema principal de este período la temática corporal se concentra en las relaciones genitales, la angustia fundamentalmente la posibilidad de haberse lastimado con la masturbación. La paciente siente una presión que se localiza en la uretra y tira hacia el útero y la zona anal. Describe una sensación que le recuerda a globos de aire que explotan en el agua. En su fantasía ve dibujos médicos con músculos, tubos y vejigas. Mediante libros de anatomía busca hacerse una idea de la zona genital que ella sólo puede ver y juzgar a través del espejo.

Sexualidad - Masturbación - Temática de la culpa 9:

A través de la angustia de daño de la paciente se expresa una actitud extremadamente insegura y culposa hacia la masturbación. Teme haber hecho algo errado durante la masturbación. A la pregunta del analista de si al tocarse el genital tiene la sensación de que algo está roto, no responde explícitamente. Durante el onanismo tiene una sensación contradictoria: por un lado algo destructivo estrechamente vinculado con la culpa, por otro sensaciones positivas. Recuerda que la masturbación jugó un rol importante en la confesión, que los confesores la exprimían para que se manifestara sobre el onanismo. La fantasía de la paciente de estar en un juzgado expresa también el sentimiento de juicio y castigo. La paciente comprueba, quizás para autodisculparse, que últimamente la masturbación ya no juega el rol significativo que jugaba antes.

Temática de la angustia 9:

En cuanto al daño en la masturbación, la paciente imagina concretamente haber roto algún músculo por presión y fricción, así como los esfínteres pueden

resultar lastimados en partos difíciles. Está profundamente inhibida por esta angustia. Sufre perturbaciones laborales y trastornos del sueño. En la escuela teme que los alumnos puedan reconocer alguna mancha húmeda en sus pantalones. Tiene la sensación de que todo está mojado y de estar en medio del agua.

Vínculos extra - familiares 9:

En este período, la paciente siente que en la escuela nadie la acepta, y entre sus colegas se siente usada e incomprendida. Por un lado está ella, la vieja solterona, como un "perrito de trapo" al que todos pisan, oprimida, en parte burlada y en parte condenada; por el otro lado están las colegas, que tienen familia, hijos, cumpleaños y son admiradas por los colegas y el jefe.

Exponente de este otro lado es una colega a la que la paciente llama "princesa" y a la que simultáneamente admira, envidia y odia. La describe como una mujer atractiva, con una mezcla de "superioridad y humanidad". La competencia con esta colega se manifiesta a menudo en la relación con el jefe. Por un lado le envidia su capacidad de conquistar al jefe para sí, por el otro rechaza categóricamente sus métodos para envolverlo y debilitarlo. A consecuencia de su propio rol como excluida, sólo ve en la relación jefe - princesa que otras personas podrían verse excluidas por una relación semejante.

En la paciente surge paulatinamente un odio ciego contra toda autoridad, sobre todo contra el jefe, el analista y la princesa, reforzado por injusticias y privilegios imaginarios entre los colegas. A su modo de ver, el jefe es incapaz de solucionar los problemas en la escuela; es como su padre, débil y "cojo".

Familia 9:

La paciente pide consejo a su hermano por los malestares pero no puede contarle nada de su angustia de daño. En este período desarrolla hacia su hermano una actitud de admiración y envidia. En comparación con él se ve pequeña, fea, incompleta y dañada. Impresiona la frase "Es casi que digo, así quisiera ser".

Vínculo con el analista 9:

El vínculo de la paciente con el analista está impregnado de total confianza. El hecho de que en un momento dado el analista le brinde una explicación de su técnica es sentido como una demostración de confianza de parte de él. Tiene la sensación de que ya no necesita tanto perforar la cabeza del analista para obtener una visión de su protegido tesoro. Esto la conduce a reaccionar más

sensiblemente a las separaciones del analista, por ejemplo al final de la sesión siente que es echada y que deja de quererla.

La paciente puede hablar abiertamente sobre sus angustias de daño. Presiona al analista para que responda claramente si desde el punto de vista médico es posible que se haya lastimado mediante la masturbación. La respuesta del analista provoca primero un gran alivio y a la vez la sensación de haberlo extorsionado para obtener esta respuesta. En relación con ello recuerda a un antiguo maestro del que obtuvo de modo semejante un "muy bueno" en conducta. En la sesión siguiente se aclara que la respuesta del analista no constituye el esperado alivio sino antes bien un peligro amenazante.

Tiene la sensación de que el analista la conduce a algún lugar donde todo está permitido, porque quizás en el mundo de él no existe la culpa. La paciente oscila entre dos imágenes que teme o inconscientemente desea en la persona del analista: el rol de seductor y de juez. La escapatoria de la amenazante falta de límites en sí misma, que todo lo confunde y destruye, es la confesión, el cura que pone límites claros y que coincide con ella en su concepción de los deberes y las prohibiciones.

3.4.3.10 Período X, Sesiones 221 a 225

Situación externa 10:

En este período la paciente ha tenido un accidente de auto; a pesar de no ser culpable, esto la preocupa mucho.

Cuerpo 10:

La paciente habla de un sueño que ha tenido. Recuerda que soñó en forma muy plástica algo con sus pelos, pero el sueño fue reprimido por el fastidio que sentía.

Sexualidad 10:

Durante todo este período se desarrolla el tema castración, angustia de daño, pero simultáneamente la representación de la intromisión en su cuerpo. En la primera sesión de este período cuenta el miedo que sintió al ver una paloma tirada en el pasillo de su casa, el miedo de que se acercara volando y la lastimara, de que le picoteara los ojos. El miedo y el asco a los pájaros en particular y a los animales en general son de larga data. Tampoco podía ver dibujos de animales, gusanos, porque tenía la sensación de ser comida y mordida. En el convento, a veces tenía que pelar y cocinar gallinas, esto la asqueaba tanto que aún hoy en día no puede cocinar una gallina. El miedo de ser agredida, picoteada por la paloma, se incrementó cuando intentó expulsar al pájaro con una escoba, es decir con un arma. Es decir que para ella el peligro que la amenaza se vuelve mayor cuando intenta defenderse de él.

El ser castrada, pero también desvirgada se expresa en el sueño del accidente de autos: su auto es arrollado por un camión gigante sin que ella pueda defenderse. A continuación tiene un accidente real: un hombre mayor daña la delantera de su auto. Cuenta que vio exactamente cómo penetró en su auto con su grueso metal, rompiendo toda "la delantera". El otro auto no se dañó, sólo ella misma. Se siente culpable por haber querido este accidente y a posteriori lo siente totalmente sexual, como si el hombre la hubiera desvirgado con un enorme falo metálico. El otro aspecto de este accidente, el ser castrada (ser dañada adelante) surge en el sueño siguiente: el auto es destrozado por todos lados por muchos hombres (!). Luego dicta a esos hombres sus condiciones de restitución del daño. Cuando dice "Y también deben otorgarme una declaración de cesión absoluta", surge una risa estruendosa: "¡Puedes decir lo que quieras, tonta!". Los

hombres no quieren cederle el pene a cambio del hecho de que ella (el auto) ha sido "igualada por delante y por detrás", esto es, castrada.

Le resulta difícil aceptar esto. Los hombres tienen algo que ella no tiene, que no le dan a ella. Antes tenía grandes dificultades cuando veía un cura - por afuera eran "iguales por delante y por detrás" - pero a través de la sotana ella siempre veía el pene. Niega terminantemente esta sensación, la angustia de estar dañada. Reprime mucho de la época en la que tenía la representación de haberse dañado durante la masturbación. El analista vuelve a recordárselo, así como también que tenía miedo de que pudiera verse algo, una mancha húmeda en el pantalón o algo parecido. Ella no quiere reconocer este recuerdo.

Su deseo de castrar a los hombres, arrancarles el pene y recibirlo, es concretizado en una imagen que se le impone: en una zona indígena las madres acostumbran chupar el pene del bebé para satisfacerlos. En su fantasía esto se vuelve un morder el pene. Ya había tenido esta fantasía en una sesión anterior, pero no se animó a decirla.

En el sueño en que varios hombres dañan a su auto, también la atropella una mujer. En compensación le quita a esta mujer una casa de muñecas. No vuelve a mencionar a esta mujer en sus asociaciones. Quizás la casa de muñecas es un símbolo de niños, que la paciente fantasea como confirmación de su feminidad, como compensación por la castración. En el sueño la mujer le disputa la casa de muñecas; nuevamente se queda con las manos vacías.

Temática de la culpa 10:

La paciente tiene fuertes sentimientos de culpa por el accidente de auto, tiene la sensación de haber querido el accidente y haberlo ocasionado, y tuvo incluso la necesidad espontánea de adjudicarse toda la culpa frente a la policía.

En este período la ocupa largamente un libro de Küng, quien escribe sobre amor desinteresado; ella no se siente capaz de eso, sólo está dispuesta a dar o hacer algo si ella también recibe algo.

Familia 10:

En este período sólo habla brevemente de su familia al recordar que antes debía aparentar frente a sus hermanos que no tenía miedo a los animales.

Vínculos extra - familiares 10:

Los vínculos extra - familiares se restringen a la escuela y a todo lo relacionado con ésta. Se enoja mucho con los consejeros escolares. Uno vive debajo de su vivienda y pese a su requerimiento no la ayudó con la paloma; otro estaba sentado junto a ella en un concierto y fingió no verla ni conocerla. Se imagina que de a dos podría soportar mejor estas situaciones y que a su vez podría manejarse más libremente con esta gente. Se ofende cuando la pasan por alto, en la escuela le sucede a menudo con ciertos colegas; dice que "Ante pájaros y consejeros escolares soy impotente"; "De todas maneras los consejeros escolares son peores". También ellos la posponen, dañan "su rostro, su autoestima".

También en el sueño sus colegas la dejan de lado; se juega un juego que consiste en que uno se debe dejar matar. Ella acepta jugar si los demás participan. Se deja matar y luego ve que los otros permanecen alegremente sentados en la ronda y no piensan en dejarse matar. No hay ninguna solidaridad.

Por su lado, ella sólo puede dar en los vínculos con otros cuando ella también puede exigir, no puede amar incondicionalmente, sólo puede amar si hay afecto, no en forma desinteresada. Por eso le impresiona una película de I. Bergman, en la que el hombre le dice a la mujer "Yo te amo pero no con un amor ideal, incondicional, sino con un amor pequeño, terrenal, egoísta". Ella también trata a sus alumnas de modo diverso de acuerdo con sus inclinaciones, no puede tratar a todas igual.

Vínculo con el analista 10:

La paciente había intentado previamente quebrar la barrera entre diván y sillón analítico dándole al analista una carta. En ese momento, informa ahora, sintió algo así como una descarga eléctrica. Ya había tenido esta sensación una vez al darle unas fotos; ahora está ávida de ella. La barrera también se ve alterada en la primera sesión de este período porque es una sesión de sábado y el analista está vestido informalmente, sin corbata. Al principio estaba muy celosa de que el analista no hubiera tenido tiempo el viernes; entonces pensó que él querría estar en casa con su esposa e hijos, pero al ofrecerle una hora, le dio preferencia a ella. Ella incitó este ofrecimiento, en verdad él no habría tenido por qué ofrecerle esa hora. A pesar de ello tiene la sensación de una grave lucha entre ella y el analista; esta lucha es por el amor del analista, y se continúa con reflexiones sobre desinterés. Se pregunta si el analista continuaría el análisis si el seguro médico no autorizara más dinero. A la paciente le molesta mucho que él reciba dinero por ocuparse de ella en vez de comportarse como los buenos samaritanos que se ocupan desinteresadamente de los heridos. En verdad él se prostituye por dinero, gana su pan con las necesidades de sus pacientes. Una vez leyó un párrafo sobre psicoterapia que concluía con que psicoterapia es cuando

uno se ocupa de otro o cuando aquél de quien otro se ocupa cree que alguien se ocupa de él. De todas maneras, para ella esto significa que ella es la engañada, el cliente de la prostituta que cree que se preocupan por él, que lo aman. Cuando hay dinero en juego, ya no se trata de amor verdadero sino de poder.

En esta lucha por el amor del analista también le molesta que ella misma tuvo que ir y golpear, preguntar si no había un lugarcito libre. Nadie se ha dirigido a ella y le ha preguntado qué necesita, o ha mostrado interés por ella. Ha desplazado esta lucha a la paloma, que entonces se ha vuelto horrible.

La palabra "tratamiento" le suena como "tenerla en la mano"⁴⁴, esto tanto es más terrible cuanto que el analista no necesita su dinero, puede vivir de su sueldo y por ello el análisis es un juego para él, un hobby privado. Pero ella no cree que él sea un jugador, un adicto; más bien la "tiene en la mano" fríamente. También él la ha privado de algo, ha pasado por alto cosas que escuchó, no ha abordado cuestiones importantes que eran importantes para ella, y por eso ella no pudo avanzar. Por lo tanto, él no es diferente a otros hombres, aun cuando ha intentado muchas veces transformarse en un ser asexuado; ella tendría que constatar una y otra vez que efectivamente él "tenía algo delante", no era un sacerdote a quien sus sueños y pensamientos podían asustar. Es un hombre que la tiene en la mano, a quien le debe dar algo tal como lo han hecho sus otros pacientes; ella trata de leer en sus rostros qué fue lo que ellos han dejado.

⁴⁴ En alemán tratamiento = Behandlung, de Hand = mano (N. de T.).

3.4.3.11 Período XI, Sesiones 251 a 255

Cuerpo 11:

En este período, la actitud de la paciente hacia su cuerpo se manifiesta en distintos lugares. En la escuela, la paciente se preocupa por los problemas de un joven que sufre porque es considerablemente más pequeño que sus compañeros. Ella puede comprender fácilmente la situación de este alumno porque ella misma tiene que vivir con minusvalías corporales irremediables.

La paciente recuerda que de niña una vez preguntó a su madre si cuando una mujer está casada también debe ir desnuda a la cama. Esto muestra que el imaginar mostrarse desnuda ante otras personas ya entonces estaba ligado a gran angustia. La paciente corrobora que hoy en día ya no la perturba un cuerpo desnudo - por ejemplo el de una colega en vacaciones - y que ella misma puede mostrarse desnuda más fácilmente.

Un sueño deja en claro que la paciente espera del análisis una liberación de su timidez corporal: ve a una mujer que después del análisis ha sido liberada y es feliz, sensación que expresa bailando. Además, en el baile se manifiesta para la paciente la necesidad de ser mirada y admirada por otros.

Sexualidad 11:

La paciente ve en un sueño cómo un hombre mata de un tiro a una mujer; la escena tiene lugar en su casa, también ella debe luchar con el asesino y grita pidiendo ayuda a su padre. La paciente asocia con películas en que violan a mujeres; allí describe cómo puede vivir intensamente las sensaciones del hombre y también de la mujer. En el rol masoquista de la mujer la paciente siente la violación como "juego" sexual, contra el cual la mujer sólo aparenta defenderse, porque para ella misma posee un carácter erótico y placentero. Del rol sádico del hombre le impresiona la fuerza y la seguridad, y especialmente que esos hombres carecen del sentimiento de vergüenza.

La paciente se ve a sí misma como 'voyeur'. Le resulta molesto estar allí oculta, aprovechar de la situación sin que los participantes lo quieran. El hecho de tener observadores en el acto sexual tiene algo estimulante y al mismo tiempo algo intranquilizador para la paciente.

Temática de culpa 11:

septiembre 11, 2003

En este período la paciente vive intensamente la tensión entre sus excesivos deseos y fantasías por un lado, y lo oficialmente permitido y "aparentemente normal" por el otro. A partir de allí surge nuevamente en ella el pensamiento del convento, donde el conflicto se debilitaría porque allí las pautas son establecidas desde afuera.

Familia 11:

La paciente piensa que para ella sería un alivio saber que su madre también tiene fantasías de violación; pero esto no correspondería a su madre porque a sus ojos es una mujer casi "asexual" que no se permite excesos.

Vínculos extra - familiares 11:

La paciente relata que sus colegas le preguntaron por qué aún no está casada; esta situación le resultó embarazosa y no pudo contestar.

Vínculo con el analista 11:

En este período la relación de la paciente con el analista es ambivalente. La paciente aspira a entender mejor qué se juega en el análisis. Esto deriva de la inseguridad sobre el éxito de la terapia. En el diario lee un artículo del analista, que sólo entiende parcialmente. Tiene la sensación de estar librada a él, porque el analista ve sustancialmente mejor que ella lo que sucede en el análisis. Teme volver a olvidar cosas importantes del análisis. Duda de que el analista comprenda lo que significa vivir con un daño corporal. Tiene la sensación de que con sus preguntas el analista pasa por alto una necesidad posiblemente insoluble, que ordena sus problemas y los cataloga y con ello destruye el significado penoso que tienen para ella. La paciente se pregunta cuánto más soportará el analista el estar confrontado con cosas inmodificables y quiere evitarle el fracaso impotente. De allí surge la angustia de que el analista - por propia impotencia - pudiese interrumpir el análisis.

En este período, junto a la angustia antes descrita, se pone de manifiesto que la paciente se siente bien y protegida por el analista. Se imagina poder dormir tranquila en el análisis y desea al analista como guardián de sus sueños.

3.4.3. 12 Período XII, Sesiones 282 a 286

Situación externa 12:

La paciente se ve confrontada a una separación prolongada del analista, porque el análisis será interrumpido por dos meses debido a una estadía de investigación del analista en el extranjero.

Sintomatología 12:

Ninguna

Vellosidad - Sexualidad 12:

A través de la vellosidad se expresa en este período una gran ambivalencia frente a sus deseos sexuales: fantasea que podría ser violada. Si ello ocurriera, saldrían a relucir sus pelos, y ello le da mucha vergüenza. Por otra parte, seguramente serían una buena protección contra violaciones. Si la vellosidad desapareciera estaría totalmente librada a los deseos sexuales de los hombres, sin protección alguna. Tampoco podría poner como excusa ante sí misma "así no me quiere nadie, ni un violador"; desaparecería la protección contra sus propios deseos y fantasías sexuales.

En un sueño, la madre se come su peluca, con lo cual la madre también queda desprotegida. En este sueño la paciente tiene puesta una amplia falda roja. Recuerda que alguna vez la madre tuvo una falda así y que la llevaba puesta mientras estaba embarazada - es decir que la protección había fracasado. Ahora describe esa falda como ordinaria (la asocia con la representación "gente mundana"). Se avergüenza de la gente mundana y de la idea de ser relacionada con ella: así, tuvo mucho cuidado de que ningún conocido la viera en la calle Schülin cuando asistió a una primera entrevista como trabajadora social, porque en esa calle había habido un burdel. Se alegró de que ninguno de sus alumnos viviese cerca y la hubiese podido ver.

En otros dos sueños la ocupa el tema vello - sexualidad. Sueña que no hay que tocarse las partes donde hay pelo (allí seguramente entran en juego sus sentimientos de culpa por el onanismo - referencia al vello vergonzoso). Pero un hombre sí podía tocarla, él también "tenía un defecto", una debilidad, y en realidad no podía hacerle nada. En otro sueño se evidencia de qué defecto podría tratarse; en él, una mujer vieja y arrugada (por lo tanto con un defecto también) está junto a un hombre joven, pero que no puede penetrarla. En este sueño

septiembre 11, 2003

desarrolla una intensa angustia de que ella también podría volverse así, vieja y arrugada, sin haberse acostado nunca con un hombre. La perturba mucho su gran defecto, el vello, que sólo le permite contacto con "hombres defectuosos", es decir, contactos en los cuales la sexualidad está excluida. En lo sexual se queda con las ganas, ésta es la otra cara de su ambivalencia en este período.

Vínculos extra - familiares 12:

Sólo hace breves menciones a sus colegas: ha tenido roces con una colega que la acusó de haber hecho correr el rumor de que otra colega era lesbiana. Rechaza enérgicamente la acusación y no quiere hablar más sobre el tema. El incidente provoca enojo en la otra colega. Alumnos y padres se quejan de que es indiscreta y cínica, y de que mejora a los buenos estudiantes y abandona a los malos. Este reproche la ofende profundamente, describe minuciosamente los casos aislados para que el analista confirme que no es así.

Familia 12:

La ocupa la cuestión de la discreción sobre cosas del análisis, introducida por el analista; una vez habló exhaustivamente con la madre sobre el análisis y ahora está en conflicto cuando la madre le pregunta por él. Por un lado, lo siente como una falta de discreción, por otro lado, de vez en cuando también necesita a alguien con quien poder hablar sobre aquello que no puede decir en el análisis. Por su parte la madre comentó con una amiga que la hija se analizaba, cosa que siente como una gran indiscreción.

En un sueño se enoja mucho a causa de su padre.

Vínculo con el analista 12:

En fecha cercana, el analista se dedicará durante dos meses sólo a la investigación. Le dice a la paciente que en ese período seguramente saldrá en el diario, que recibirá una tarea honorífica que probablemente no aceptará. Ella debe guardar discreción respecto de este conocimiento. Con ello surge una nueva dimensión en la relación con el analista: él le solicita algo, ella se tiene que ocupar de un tema que el analista introduce (ver también Familia). Con el tema discreción asocia el libro de Tillmann Moser, que carece de esta discreción acerca del análisis. Opina que Moser tenía suerte porque podía escribir aquellas cosas que no podía o no quería decir en análisis.

Le resulta penoso pensar en la larga separación a la que la obliga el analista. Ha desarrollado algo así como un "sentimiento de estar colgada de las polleras" y

septiembre 11, 2003

comprueba que le faltarán mucho las tres citas fijas de la semana, las horas de sesión. No tendrá a nadie con quien hablar sobre los acontecimientos diarios que la preocupan, ya que también está sola de noche. Se siente abandonada por el "papá" y está celosa de todos con los que él estará. Se pregunta si ella misma no debiera simplemente largarse alguna vez.

Recibe un anticipo del abandono cuando el analista llega tarde a la sesión (ella se atrasó y por ello él volvió a irse). Tuvo la sensación de que él prefería deshacerse de ella. La consuela un poco pensar que sabe cosas del analista que nadie sabe: ella percibe muchas cosas a través de su voz, de su forma de escuchar. La angustia ante el abandono aparece en una sesión cuando ella dice que él se ha quedado dormido mientras ella contaba un sueño importante, y se interrumpe bruscamente. Esta debilidad, este desinterés por ella, si es que realmente él se ha quedado dormido, no podría perdonarlos. De esta forma trata de saber si la quiere o no. El ser "amada" por el analista juega un rol importante para ella; compara el comportamiento de él con el de ella frente a sus alumnos: si un curso no le agrada, también llega tarde.

3.4.3.13 Período XIII, Sesiones 300 a 304

Vellosidad 13:

En la discusión acerca de su resolución de buscar una pareja por medio de un anuncio en el diario, la paciente trata el tema de su cuerpo. Sueña que sus hermanos dicen que ha mentado porque en el anuncio no mencionó su hirsutismo. La paciente dice acerca de su vellosidad: "Algunas veces me molesta, otras me encuentro bastante aceptable". Esto muestra que en la paciente existe un sentimiento positivo de autoestima en relación con el cuerpo, pero que la vellosidad todavía puede quebrantar esta autoestima.

Familia 13:

Con relación al miedo a la reacción del analista por su búsqueda de pareja, la paciente habla sobre la situación familiar. El hecho de que su hermano haya reconocido su anuncio en el periódico refuerza en la paciente la sensación de tener que protegerse de la intromisión y el juicio de sus padres y hermanos. Del sueño mencionado se deduce que la paciente no se siente aceptada como mujer por sus hermanos.

La paciente menciona que en el último invierno ha dormido a menudo en la cama matrimonial junto a la madre y que le resultaba placentero acostarse en una cama previamente calentada por la madre.

Vínculos extra familiares 13:

La paciente se alegra porque un colega docente se muestra especialmente atento y abierto con ella; atribuye a esto su ánimo eufórico en las primeras sesiones de este período. Esto ocupa intensamente a la paciente, pero no se anima a hablar al colega porque tiene miedo de quedar desubicada.

Durante el tiempo que el analista estuvo de vacaciones la paciente se decidió a buscar pareja mediante un anuncio en el diario. A raíz de ello recibió numerosas respuestas. La paciente trata de representarse concretamente a los hombres que le han respondido y hacerse un cuadro de los mismos, pero se siente muy insegura y desconfía de la primera impresión. Sobre todo la ocupa un académico que también hace un tratamiento analítico. A raíz de una respuesta que recibió de la suegra de un hombre viudo con tres hijos, intenta imaginarse en el rol de una madre de tres hijos.

Vínculo con el analista 13:

En este período la paciente está muy enojada y agresiva con el analista. Esto puede entenderse esencialmente como la voluntad de "independizarse" del analista y por otro lado el gran temor de tener que separarse del mismo, o incluso ser rechazada por él. Esto vale sobre todo para la primera sesión de este período, que tiene lugar a la tarde, y en la que la paciente tiene la sensación de introducirse en el "claustro" privado del analista, hecho que siente muy placentero.

La paciente cuenta un cuento que la fascina y que trata de cómo una muchacha de padres pobres "conquista" a un rey y se casa con él. Contrapone a ello su situación en el análisis, donde tiene dificultad de hablar francamente algunas cosas, de desnudarse. Quisiera hablar sobre ello, "arrojarse" al análisis sin tener que tomar en consideración ni a ella misma ni al analista. La paciente tiene la sensación de que el analista no es franco y calla lo negativo, en consecuencia ella desconoce ante qué cosas el analista siente aversión por el análisis y por ella misma. En la sesión siguiente, la paciente no quiere recostarse más en el diván. Atribuye al analista haber dicho que ella intenta gustarle y no se presenta como realmente es. La paciente se siente muy impactada; haberse movido en el análisis en el nivel del querer gustar significa para ella que todo el trabajo fue inútil. Quiere pelear con el analista, a sus ojos el analista lo quiere evitar. Siente como rechazo del analista que éste sólo haga preguntas y nunca tome posición. Las agresiones de la paciente están relacionadas con un miedo masivo al rechazo. Se imagina como en el "patíbulo", rechazada y condenada a la impotencia. Recuerda haber visto alguna vez cómo una paciente salió del consultorio del analista con el rostro surcado de lágrimas.

La angustia la reacción del analista frente a su paso de buscar una pareja y piensa que ello juega un rol importante. Teme que el analista pueda rechazarlo, reprocharle su apresuramiento y el no haberle confiado un paso así, o que lo considere perturbador para el análisis. Para ella sería doloroso si en esta cuestión el analista fuese por otro carril. En la idea de que el analista estaría ofendido por lo que ella escribió en el anuncio, y le pegaría un número en cada lugar del cuerpo, se expresa su inseguridad y el miedo al veredicto de los hombres que respondieron al anuncio.

La paciente compara su dificultad para entenderse con el analista con la relación con su padre, el cual le reprocha que ella complica todo y se expresa incomprensiblemente.

Autoestima 13:

septiembre 11, 2003

Se considera como un importante paso para una autovaloración positiva el hecho de que la paciente haya decidido encontrar pareja por sí sola. La paciente muestra que durante la ausencia del analista tuvo la sensación de poder "independizarse". Pudo ir sola de vacaciones sin tener que depender de sus padres. Detrás de su postura ofensiva - agresiva frente al analista se esconde el miedo a ser rechazada por el analista, como también el sentimiento de poder oponerle algo independiente.

3.4.3.14. Período XIV, Sesiones 326 a 330

Situación externa 14:

La paciente ha publicado otro anuncio en el diario y llegan las primeras respuestas. Hace algún tiempo tiene contacto con un académico de otra ciudad que también se analiza.

Sintomatología 14:

Ninguna.

Vellosidad 14:

Sólo aparecen breves comentarios sobre el tema. La paciente sueña con un hombre brutal, calvo, que quiere tener relaciones sexuales con ella. Antes de que ella haya desvestido, él se acerca y le dice: "no combinamos". Este rechazo, esta "verdad desnuda" (calva) le resulta insoportable. La perturba mucho la contraposición 'calva - pelos propios', él le da asco. No saca conclusiones relativas a en qué medida esto tiene que ver con su propia vellosidad.

Aún no se siente vieja, no quiere tener un cuerpo viejo; contrariando el deseo de su madre se compra un "vestido osado", que nadie creía propio de ella.

Sexualidad 14:

La sexualidad sólo aparece en un sueño (ver Vellosidad), en el cual es rechazada cuando tiene deseos sexuales, rechazada sin una verdadera razón: "Ni siquiera probó si combinábamos". Este rechazo la hiere en lo más profundo, luego se acuerda de que en realidad ese hombre le resultaba asqueroso, que no lo toleraba.

Sueña que secuestran a un niño y éste para en su casa junto con el secuestrador; aquí también experimenta sentimientos de culpa y angustia.

Vínculos extra - familiares 14:

El nuevo conocido ocupa intensamente a la paciente. No obstante, teme trasladar también a esa relación los problemas que traía antes al análisis, teme que en el análisis las cosas aparenten cambiar y en realidad sólo se desplacen, que sólo en

aparición sea más independiente y autónoma. Así, quiere hacerse la superior ante el conocido, pero no lo logra.

Tiene la intensa sensación de estar siempre y en todas partes de más, de no ser aceptada, de quedar excluida. Con referencia a ello se le ocurren algunas cosas: antes, cuando salían juntos, el padre sólo presentaba a la madre y no a ella; la codirectora se expresa de modo denigratorio acerca de una colega que también está en tratamiento psicoterapéutico; en una reunión de la comunidad universitaria se siente como intrusa en un círculo cerrado, se ve a sí misma totalmente fuera de lugar y no puede hablar con los asistentes. Experimenta una intensa necesidad de participar con los demás y al mismo tiempo teme que noten esta necesidad. Por el contrario, siente como positiva la relación que tiene con sus alumnas, mejor y más libre en comparación con la que ella misma tenía con sus docentes. Incluso comprueba con orgullo que algunas ex - alumnas la saludan por la calle.

Familia 14:

La paciente también se siente rechazada y dejada de lado por sus padres, opina que la madre quiere que ella siga siendo solamente su "pequeña ratita gris": la madre tacha algunas cosas de sus dinámicos anuncios en el periódico y los transforma en un anuncio estándar. Cuando la paciente quiere regalarle flores al analista, también lo desaconseja: "Una dama no le regala flores a un caballero". Luego discute el problema de cómo entregar las flores, dónde colocarlas mejor. Al ir a comprar vestidos, la madre le aconseja uno para "una dama de 45 años", lo cual la agobia.

Se enoja mucho con su padre pues, en el pasado, muchas veces no la presentaba. Antes podía hacerse el "enfant terrible", hoy ya no puede hacerlo y se siente dejada de lado.

Vínculo con el analista 14:

También aquí es importante el ser rechazada - rechazar. La paciente se siente traicionada y rechazada por el analista en el acto de la comunidad universitaria; tiene la impresión de que la dejó plantada. Tres sesiones más tarde, ella lo deja plantado y abandona la sesión antes de tiempo, no quiere hablar más, pretende tener algo que debe solucionar por sí misma. Experimenta el mismo rechazo cuando en una sesión, en dos oportunidades, alguien golpea a la puerta. La primera vez se siente muy molesta, postergada por la gente que no quiere esperar, que no quiere leer el cartel de "Por favor no molestar". La segunda vez

quiere afirmar su lugar, soportar la competencia: "Sorry, ahora es mi turno, el hermano menor tiene que esperar".

Durante varias sesiones refiere que le gustaría traerle flores al analista, pero no sabe cómo dárselas - él podría sentirse avergonzado, ella podría sentirse avergonzada. En todo caso, algo privado entraría en el análisis. Finalmente le trae un ramo, pero él debe dejarlo, como regalo de parte de ella, en el consultorio, no llevarlo a su casa. El miedo de que el ramo sea rechazado la sigue dominando: sueña con un viejo ramo al que le faltan flores, quisiera ella misma flores; si éstas quedan con el analista, ella posee efectivamente algo de ellas. Es llamativo que al comprar el ramo la paciente confunda dos personas: el analista y el conocido de M. Repentinamente no sabe a cuál de los dos quería regalarle el ramo.

Por su parte, la paciente comienza a interpretar al analista: habla del nuevo libro de H. E. Richter y opina que el analista debe envidiar a Richter, que escribe libros tan lindos y gruesos, mientras que él sólo puede publicar sus trabajos en revistas. Le agradaría ver en él a un "padre fuerte y brillante" que también fuera capaz de algo así, pero rápidamente rechaza esta idea y la remite al reino de los sueños infantiles. Ante este padre poderoso siente también miedo: cuando abandona prematuramente la sesión, teme que el analista quiera exprimir, arrancar algo de ella, que ella no quiere.

Autoestima 14:

Se siente desplazada, empujada por el analista profundamente en su problemática, sin ayuda para volver a salir de ella. El intento de hacerse la superior con el hombre de M. fracasa, pero en una sesión lo logra con el analista: se va.

3.4.3.15. Período XV, Sesiones 351 a 355

Situación externa 15:

La paciente sigue enseñando en la escuela. Es inminente un viaje del analista a América.

Cuerpo 15:

La paciente sigue padeciendo angustia de contacto, que se manifiesta en un sueño: se espanta ante el hecho de mostrar sus pelos, de dejarse tocar, se avergüenza mucho y tiene intensos sentimientos de inferioridad cuando una amiga de la madre quiere acariciarla en la realidad. Se siente muy herida cuando un primo de ella (consciente o inconscientemente) habla sobre sus pelos; se siente profundamente ofendida. Por su parte le agrada tocar a otros - por ejemplo a un alumno pequeño - y se siente bien con ello.

Al comienzo de la terapia sintió a menudo que era desnudada por sí misma, se acercaba a sí misma como una segunda persona y se contemplaba como si llevara ropa transparente; se asustaba de su propio aspecto. Entretanto puede soñarse en un camión transparente y encontrarse atractiva, no le molesta estar junto a un hombre en el sueño, ensaya a través del sueño la posibilidad de tener un cuerpo atractivo.

La sensación de ser un hermafrodita con "pelo en pecho", de ser más hombre que mujer, se intensifica debido a un programa televisivo en el que aparece una mujer que ha cambiado de sexo. No logra imaginarse cómo esa mujer puede dejarse tocar y acariciar por hombres; cómo se las arregla con la aún existente vellosidad masculina. Hasta ahora, la paciente no tiene resuelto este problema para sí y este ex - hombre aparentemente lo logra sin problemas. Ella misma se ha sentido como hombre, como hermano entre hermanos, no puede imaginarse que un hombre, al acariciar, quiera encontrarse con pelos.

Familia 15:

En este período las relaciones familiares no juegan casi rol alguno. Sólo una vez, en el marco de la relación transferencial, la paciente recuerda que los padres no querían que saliera de vacaciones sin itinerario previsto, sino que confeccionara un programa exacto con plan de viaje y alojamiento. Además, compara al analista con su hermano menor, que a menudo simplemente callaba, pero con el que le hubiera gustado tener una relación sexual.

Un tío la compara con sus propios hijos y opina que es "una solterona", muy obediente, etc. Ella teme hacerle la vida imposible al analista⁴⁵.

Vínculos extra - familiares 15:

La paciente se siente fuertemente perturbada por la mudanza del Departamento de Psicoterapia a otro edificio: cuando estaciona allí llama más la atención, le preguntan qué hace allí, debe buscar estacionamiento en circunstancias más difíciles, etc. Todavía tiene dificultades para sentirse valorada, aceptada. En la escuela se siente muy agredida y ridiculizada porque en la puerta de su oficina figura solamente su apellido sin estar precedido por el "Señora", como en la de sus colegas. Se siente particularmente mortificada cuando por esa razón se queja al jefe y éste rápidamente olvida el asunto. Tampoco puede dominar en sueños sus dificultades para quejarse directamente: le pregunta muy irónicamente al bedel por el cartel, y éste simplemente no entiende, de manera que ella es otra vez la tonta. En la realidad logra finalmente preguntar al bedel, pero esto no cambia nada.

Sexualidad 15:

En este período la paciente no se refiere en forma directa a su sexualidad. Sólo lo trata en forma indirecta porque un colega califica el acariciar la espalda como un "contacto inapropiado". Ella dice que solamente siente la necesidad de consolar, incluso cuando acaricia a un joven "alto, vital, gigante y fuerte" que tenía dolor de muelas. En este período intenta separar nítidamente cariño y sexualidad, y ella misma sólo puede permitirse sentimientos cariñosos, pero no sexuales.

Vínculo con el analista 15:

La discusión con el analista, la relación transferencial con él, es el tema principal de este período, y todos los demás están relacionados con éste.

El inminente viaje del analista a América, es decir, el problema de ser abandonada y los reproches dominan este período. Además, la relación con el analista ha adquirido una fuerte tonalidad edípica. Para la paciente el analista se vuelve un padre poderoso, pero que sólo quiere hacer algo por los hijos carnales: fantasea con que él mismo arregló la mudanza del Departamento al Kuhberg para poder llevar con mayor facilidad a sus hijos al colegio. Y ella es quien tiene

⁴⁵ N.de T.: expresión que significa "crearle dificultades"

que padecer por ello: debe renunciar a un entorno conocido, viajar a otra parte, aceptar una habitación más incómoda y no tan acogedora y soportar el ruido de construcción. No le presta suficiente atención, del mismo modo que su propio padre nunca la llevó al colegio; ella debió ir siempre completamente sola con su alma.

El analista nunca la abandona el tiempo suficiente como para poder traerle algo nuevo en conocimientos, sabiduría. Cinco semanas le parecen demasiado poco. En realidad quisiera que él, a manera de regalo, le revelara alguna vez sus principios, le diera a conocer su saber, se saliese alguna vez de su rol y quizás también la acariciara alguna vez. Pero, en vez de eso, en un sueño él le arroja locos al cuello que la quieren ahorcar y a los que ella debe matar con un tiro; él está al lado pero se lava las manos como Pilatos mientras ella lucha con las negras pasiones que él le ha arrojado y se escapa a América dejándola sola en la lucha. El analista no le puede brindar tranquilidad interior, de otro modo no seguiría soñando cosas tan horribles; tampoco puede crear una tranquilidad exterior, cuando en una sesión fuertes ruidos provenientes de una obra en construcción irrumpen desde fuera. El pide que cesen de hacer ruido, pero de nada vale.

La relación edípica con el analista se muestra en un fuerte sentimiento de celos con respecto a su mujer. Él viaja con ella a América y le será infiel a su paciente. Está convencida de que su mujer está celosa de ella e intenta influenciar la relación del analista con su mujer, burlarse de ella, criticarla. Si la paciente pudo olvidar durante "años" a la mujer del analista, considerarla inexistente, sin vida, ahora surge muy real y se lleva a su amado padre a América. Ella queda allí como un niño y ni siquiera sabe si él la toma en serio: la trata de "Señorita" y no le dice "Señora"; ella teme hablar hasta matarlo, no poder cumplir con sus expectativas. Sólo le queda imaginárselo sin vida ni rostro, como un cristal blanco detrás de su cabeza, como alguien que nunca pudiera ruborizarse, como sí lo hacen otros analistas o pacientes - él permanece frío, sin vida.

Se siente medida con la vara del "super paciente Moser", quien fuera recompensado con el poder hablar - ella tiene que luchar por cada palabra. Para poder competir se pregunta si no debiera ella también escribir un libro sobre el análisis - así, el analista no debería vulnerar sus principios básicos. Describiría entonces la vida de él como una "imagen super paradisiaca de totalidad y tranquilidad", en la cual para él todo es fácil: puede correr las cortinas y ocuparse intensamente de una persona, también puede simplemente relajarse. Por su parte, ella tiene que luchar con muchos alumnos y padres, casi tiene que dejarse desgarrar, como por los locos en el sueño. En el análisis, él puede determinar la distancia y la dirección, cosa que ella también quisiera hacer.

septiembre 11, 2003

No quisiera estar recostada en el diván en la frialdad del analista que ha dormido allí su siestita - sólo podrá acercarse a él cuando él esté en América - entonces quisiera mudarse al edificio del Departamento. Quisiera determinar ella misma cuándo termina la sesión, por eso siempre se va unos minutos antes. De esa manera él no la echa y ella obtiene su triunfo privado, y al mismo tiempo la posibilidad de hacer un regalo y dar una alegría al analista. No toleraría pedir más tiempo, le parecería demasiado abusivo, no aguantaría ni cinco minutos que le regalen tiempo. Tampoco ha logrado en el análisis dominar el monstruo de la angustia temporal, la menciona por primera vez en este período, como si esperase de esta manera poder retener al analista, moverlo a que vuelva a ella.

Autoestima 15:

La paciente todavía puede ser herida fácilmente, como mujer no casada siente que no es tomada en serio. También ante el analista teme no poder competir con otros. Pero en un sueño se ve más positivamente, comienza a aceptar su cuerpo; en la escuela comienza a defenderse contra presuntas injusticias.

3.4.3.16. Período XVI, Sesiones 376 a 380

Situación externa 16:

Este período es interrumpido por las vacaciones navideñas después de la sesión 378.

Cuerpo 16:

En este período casi no hay referencia a la imagen corporal ni discusiones sobre el cuerpo o la velloidad. Ha sufrido un esguince, está dolorida y la han dado de baja por enfermedad. Se deja masajear por la madre como un bebé.

Sexualidad 16:

La paciente tiene una relación sexual con un hombre, la cual la ocupa. Ella no está conforme con su rol en la relación, quisiera ser más activa. Tiene la sensación de ser sólo un objeto cuando él, por ejemplo, le golpetea el muslo mientras ella tiene que manejar. Dice "No soy pacata y también quisiera poder ser activa".

Desplaza hacia la madre - a la que no debe contarle nada del asunto porque "le dolería el corazón" - sus evidentes sentimientos de culpa por tener relaciones sexuales sin estar casada. Seguramente, la madre lo condenaría. También frente al analista tiene sentimientos de culpa, él podría aburrirse con sus "historias de alcoba" que ella en realidad considera inmaduras. Por otra parte, sabe que sus colegas también hablan de "temas de alcoba", hablan de la sexualidad y en parte hablan de sus maridos de una manera que no le parece correcta, aunque ella - subraya varias veces - no es pacata.

Temática de culpa 16:

La paciente tiene fuertes sentimientos de culpa frente a la madre, ya que ésta no sabe nada acerca de sus relaciones con un hombre.

Vínculos extra - familiares 16:

Sus relaciones extra familiares se pueden dividir en dos grupos: por un lado, los vínculos con hombres, por el otro los vínculos en torno del complejo 'escuela'.

a) Vínculos con hombres:

Tiene un novio con el que también tiene relaciones sexuales. En este vínculo tiene sentimientos ambiguos, por un lado se siente bien, por otro se siente como un objeto, usada. Ilustra esto mediante el ejemplo de un paseo en que caminaron a una distancia de tres metros. A continuación viajaron juntos de vuelta, ella estaba al volante y él le tocaba el muslo. Como tenía que manejar se sentía sin comunión con él, excluida. Ella quisiera ser más activa, y ser aceptada así.

Con otro hombre joven de L. ha combinado una cita sin compromiso. A pesar de esta falta de compromiso "los pensamientos se agolpaban en su cabeza". Ese hombre le ha regalado un calendario en el que había muchas imágenes piadosas; él dice responder con ello a una carta de ella, pero ella había escrito esa carta por motivos totalmente diferentes.

A ello se agregó que en la relación surgió el tema del análisis. El hombre le había escrito al analista por una posibilidad terapéutica y había recibido en respuesta la dirección de una terapeuta. Con ello se introdujo una buena parte de análisis en la relación privada, el analista también marcaba ese aspecto de su vida.

b) Escuela

Hacia los niños en la escuela experimenta un sentimiento de armonía y comunidad que echa de menos en otras relaciones. "Sus" niños se ocupan de ella de una manera conmovedora cuando está en cama por su esguince, incluso la visitan en su casa pero se decepcionan porque justamente ella no está, ha ido a la consulta médica. En clase, los niños sienten y piensan exactamente aquello a lo que ella apunta, incluso ven en la ventana escarcha en forma de flor, que en realidad no existe.

En un sueño aparece una colega de la cual fue consejera hace un tiempo y con la que se llevaba muy bien. La madre de esta colega tenía algo en contra de esa relación. En el sueño la paciente cuelga en la casa - sin terminar - de esa madre sus propios cuadros, que a ella le agradan. Luego viene la madre, los arranca y pinta sus propios cuadros en la pared, y dice "Esta es mi casa, mi habitación y aquí van mis cuadros". Ya en vigilia, esa mujer aparece largo rato como una pesadilla oprimente, su armonía ha sido nuevamente perturbada.

Familia 16:

En la primera sesión de este período la paciente se acuerda brevemente de su hermano menor, con quien a veces sentía una gran comunidad, carecía de

inhibiciones y podía ser activa. Surge la comparación con el analista, a quien a menudo no puede acercarse.

La relación con la madre juega un importante papel. La relación sexual que lleva es el punto con el que se liga su discusión interna con la madre. Piensa que la madre no puede ser otra cosa que pacata y condenar cualquier relación sexual extra - matrimonial. Los sentimientos de culpa internalizados se muestran cuando cuenta que con gusto hablaría con su madre de esta relación, pero no lo debe hacer porque a la madre "le dolería el corazón". No se siente bien en esta trama de mentiras y piensa que si la madre fuese curiosa bien podría encontrar muchas cosas sobre ella en la casa. Quisiera despegarse de la madre, quisiera decir: "Oye, ya soy adulta", pero justamente ahora la madre la cuida, masajea y acaricia como a un bebé. Así, no puede creer que a su pregunta de si estaría en desacuerdo con que, siendo soltera, ella durmiese con un hombre, la madre diga: "No, al contrario". Esto no parece adecuado a su madre, que para ella siempre fue asexual.

Cuando la madre está en Ulm se pone en duda una sesión analítica; la madre quiere a toda costa viajar con la paciente a casa el miércoles a la mañana, de manera que la sesión del miércoles se suspendería. La paciente está dispuesta a suspender la sesión antes que hacer enojar a la madre.

Vínculo con el analista 16:

La separación provocada por las vacaciones navideñas juega un rol importante en el vínculo. Esta vez la paciente intenta escapar de "los brazos atrapantes y las redes", quiere ser ella misma "adulta", más suelta e independiente, ir con entusiasmo a las vacaciones navideñas y no estar - como antes - tres días destruida, con el ánimo por el piso. Intenta lograrlo simplemente suspendiendo la última sesión antes de las vacaciones - la madre quiere que su hija la lleve a casa en auto -. El analista le ofrece varios horarios alternativos, de manera que por último tiene que aceptar uno. En la sesión, a las ocho de la mañana, subraya varias veces que está con modorra matinal y que no sirve para nada.

A lo largo de esta sesión recuerda una sesión que el analista le había concedido en un día festivo, en la Parkstraße. Entonces todo le pareció una cita, quería salir a pasear con él. Pero inmediatamente descarta los lindos recuerdos; hoy no quiere salir a pasear. La sesión concluye con la frase: "Hoy realmente me ha perturbado" (pausa) "Le deseo Feliz Navidad!". Confrontada a la breve separación del analista a causa de las vacaciones y quizás para pasar mejor ese tiempo, plantea a modo de prueba el tema de la separación en general y el fin de análisis. Pero al hacerlo trata de establecer la atmósfera de cita, admira al

analista que hace casi cuatro años le ayuda a unir los hilos de sus fantasías y siempre vuelve a encontrar el hilo conductor. El le ha ofrecido sus sesiones siempre en forma tan precisa, que ella estuvo y está tentada de suspender alguna. Incluso fantasea con que él se podría enojar si alguna vez no lo hace. También en esta ocasión frustró su esfuerzo al "imponerle" formalmente la sesión. El no acepta sus ideas de separación, lo que la enoja mucho. En este período el analista es "Amo y Señor de la montaña, en el castillo". Ella desea que él alguna vez descienda al pueblo, que comunique su sabiduría no sólo a los "12 niños y algunos estudiantes". Pero él también debería recibir algo del pueblo, así como antes la grosería del pueblo atraía al príncipe.

En este punto se siente superior a él, "Jerónimo en la cueva", ha podido experimentar la dimensión de un mundo de sentimientos diferente, terrenal, y quisiera acercárselo a él como su guía, y en ello acercarse a él. Arriba en el Kuhberg lo siente muy distante, no puede acercarse a él y todavía debe temer que la explote, que la use como un objeto: se imagina que cada vez, al finalizar la sesión, él corre a su escritorio y anota lo que ella nuevamente le confirmó de su teoría científica. Aquí es llamativo el hecho que parece haber olvidado totalmente el grabador.

La separación es simbolizada por el cierre del estacionamiento en el Kuhberg, los 'insiders' pueden acceder a sus plazas libres durante semanas, los 'outsiders' como ella, si no tienen suerte, deben estacionar en lugares fangosos y resbalosos. Para la paciente, este estacionamiento simboliza el poder de los 'insiders', del analista, para el cual ella no es nada, que no depende de ella como ella de él. Incluso tiene miedo de aburrirlo con sus "temas de alcoba"; teme que él secretamente la descuide, la considere inmadura y mojigata, al igual que su madre que no la entiende y no la puede aceptar así como es.

Luego de las vacaciones se siente muy bien con el analista, en buenas manos, pero por ello también quiere pagarle como corresponde, teme "conseguirlo por un precio más bajo"; por un lado eso significaría haber ascendido a la serie de los "hermanos", por otro lado el no estar obligada a pagarle como corresponde heriría la autoestima de ambos. Pero cuando el analista responde a estas reflexiones, queda estupefacta, se pregunta si él es ambicioso con el dinero y de qué manera puede protegerlo y protegerse contra eso. Por otra parte, se rompe el encantamiento del "príncipe que baja de la montaña". Si ella le puede pagar por sus servicios, ya no es tan peligroso, se torna más objetivo, más real.

Comprende repentinamente la pasada lucha silenciosa del analista contra las exigencias universitarias adicionales hacia sus "hijos". Recuerda su propia

septiembre 11, 2003

indignación sobre ese tutelaje, hoy puede aceptar el comportamiento que él tuvo en aquel entonces.

3.4.3.17. Período XVII, Sesiones 401 a 404 & 406

Situación externa 17:

La paciente ha publicado un nuevo aviso en el periódico y ha recibido algunas respuestas -en su mayoría del norte de Alemania -, que la ocupan.

Cuerpo 17:

El cuerpo y el "muro de pelos" cobran mayor importancia a través de un contacto - en principio sólo postal - con un hombre de G., un artista: desea un pronto contacto personal y al mismo tiempo teme la mirada aguda del artista: será ella suficiente para él, cómo acogerá la confesión de que ella tiene vello donde otras no tienen? El temor de que él, como artista, se asuste y sienta repugnancia, la lleva a volver a ocuparse intensamente de las normas de belleza. Entra en una fuerte discusión sobre la importancia del aspecto, y siente que el suelo se abre bajo sus pies, que se derrumba todo lo que ha logrado en relación con su actitud hacia la velloidad. Sin embargo se consuela con este pensamiento: si el conocido de G puede superar el "muro de pelos", es como una piedra de toque, así como el muro del convento que ella debe atravesar.

Sexualidad 17:

La paciente recuerda que siempre fue estorbada en su sexualidad: cuando quiso recibir su primer beso, la molestó un hermano; en la casa siempre estaba rigurosamente vigilada. Por supuesto no estaba permitido expresar su mayor deseo - dormir con su hermano; el incesto está totalmente prohibido. El nuevo conocido de G. ha preguntado ahora acerca de su potencia, ella no sabe si la sexual o sólo la intelectual y tiende a pensar sólo en la intelectual.

Familia 17:

La familia en particular fue quien estorbó su desarrollo; la valoraron en forma equivocada, la reprimieron. Ahora su amado hermano menor vuelve a valorarla erróneamente. La molesta mucho dándole buenos consejos para un anuncio en el periódico que contradicen su modo de ser. El la ve como el ratón gris y ella no puede ni debe expresar su deseo incestuoso.

Los "hombres de la casa" siempre se unieron cuando se trataba de vigilarla, de dejarla en la ignorancia, rezagada detrás de los que saben. Ella no podía usar pantalones en la mesa, no le estaba permitido decidir sobre sus muñecas, que

septiembre 11, 2003

eran operadas por su hermano, no podía preguntar nada porque se tornaba objeto de burla. Sólo cuando los hermanos tenían dificultades con sus amigas podía incluirse como "parte del inventario familiar del sexo femenino" y debía estar allí para ayudar.

En este período juega un papel el contacto con un primo, al que hacía mucho tiempo que no veía y que le describe al analista desde el punto de vista del estudiante.

Vínculos extra - familiares 17:

A través del nuevo anuncio en el periódico, la paciente toma contacto postal con varios hombres, de los cuales dos le interesan especialmente. Uno, de G., es un artista fascinante que pone altas exigencias; el otro es un "sensato, seguro, tonto". Se siente en la bifurcación del camino entre un desarrollo burgués y uno más libre. Ante este último teme que no le alcancen las fuerzas, pero por otra parte tiene miedo de enterrarse en vida si se entrega ahora a una vida sensata y sólida. Por ello se alegra cuando este hombre se retira. En las cartas al otro hombre de G. intenta ser muy refinada, estar a su altura. Escribe de modo tal que sólo una persona que posea un sentido para las energías ocultas sea capaz de reconocer su verdadera potencia. También teme que no la vean como es, presentarse falsamente: sin su vellosidad y como una persona que soporta el norte. Teme que en el norte le arranquen su "marca suaba" de los huesos, que le chupen su alma suaba, su personalidad.

Tiene mucho miedo a la explosión de sus sentimientos largo tiempo encerrados, que un artista sensible probablemente pueda provocar. Así teme el primer encuentro, por el momento se conforma con el teléfono, foto y cartas.

Autoestima 17:

La autoestima es oscilante; la paciente quisiera salir de su mundo actual, que considera burgués, y entrar a otro mundo más libre. Por un lado se siente capaz de ello, pero por el otro teme ser efectivamente muy pequeño - burgués.

Vínculo con el Analista 17:

En este período el analista vuelve a recibir un ramo de flores. Este ramo contiene un fuerte simbolismo: por un lado fue pensado para G.; el analista tiene que servir de suplente. Además el ramo representa una disculpa por los pensamientos despectivos del primo y un profesor de medicina sobre el analista: el primo encuentra al analista complicado en su modo de expresarse, el profesor

de medicina considera que todo psicoanalista es un médico mentalmente perturbado. Su pensamiento de que ella misma considera al analista muy complicado y la pregunta de qué pasaría si él realmente fuera un loco que la lleva por un mal camino, es refrenado mediante el ramo de flores. Agradece al analista por haber aprendido a hacer muchas cosas que sin el análisis no hubiera realizado. A ello se puede aferrar, de modo que el suelo no se abra bajo sus pies y no se sienta como la mujer del convento a la que repentinamente alguien le dice, convincente: "Tu amado Dios no existe".

Se siente como sus flores, tiene miedo de que el analista no las cuide adecuadamente, que no les dé suficiente agua y alimento. A pesar de ello, la opinión del primo la ha fortalecido en cierta medida, le ha otorgado una superioridad frente al analista. El analista no conversa con ella en un segundo o tercer nivel, que para ella es demasiado elevado, sino que es sencillamente complicado, no se expresa con claridad. A través de esta cierta superioridad puede decir cuán importante es para ella el rostro de él, su contacto visual, su sonrisa. Ella misma puede abordar temas que antes temía.

Al final de este período el analista se convierte paulatinamente en un hombre viejo sentado al sol al frente de la casa, que lentamente comienza a echar raíces, pierde importancia como soporte y ya no tiene nada más que decir. La paciente ensaya la despedida y comprueba que todavía no se siente totalmente segura, que quisiera decidir el momento; pese a todo aún necesita del analista.

3.4.3.18 Período XVIII, Sesiones 421 a 425

Situación externa 18:

A través de un anuncio la paciente entra en contacto postal con un hombre, y quisiera establecer una relación con él.

Cuerpo 18:

En este período el cuerpo no ocupa a la paciente en forma manifiesta. En cambio aborda el tema de la vellosoidad en el siguiente contexto: la paciente se altera a propósito de un paciente del analista que aparenta ser muy seguro de sí. El hombre lleva barba y ella dice que los hombres con barba tienen algo que ocultar. En este contexto recuerda que también Peter, en la foto que ella tiene de él, lleva barba.

Sexualidad 18:

La paciente se plantea la pregunta atemorizadora de si querrá dormir con Peter cuando éste la visite y si él también querrá. Esto está relacionado con la inseguridad sobre su identidad sexual ("qué hay ahí donde se toca"). En relación con esto se acuerda de que una conocida descubrió, al parecer recién después de diez años, que su marido era travesti.

Familia 18:

En la discusión acerca de su propio rol (estar firme y mantenerse, o caerse) la paciente caracteriza a su padre y a su abuelo como personas que no pueden afirmarse, son débiles y se caen. Por el contrario, vive a la madre y a la abuela como personalidades dominantes que por todos los medios intentan siempre tener razón. Esta característica también se expresa en el vínculo actual con la madre, que establece el criterio de una buena ama de casa, determina "cómo debe hornearse una torta".

La paciente describe que especialmente en su pubertad deseó un padre fuerte, un padre como el analista; al suyo por el contrario, ella tuvo que sostenerlo siempre. Además, él nunca estaba orgulloso de ella sino sólo de los hermanos. En el análisis, la paciente puede expresar que quiere matar al padre.

septiembre 11, 2003

La paciente defiende su vida frente a la de sus hermanos. Si bien en ella todo fue más lento, ha cometido menos errores y ha reflexionado sobre muchas cosas más minuciosamente.

Vínculos extra - familiares 18:

La paciente discute su relación con Peter y el hecho de que quiere visitarla con sus niños. Le pesa la inseguridad acerca de si será aceptada y amada por él o si sólo será una más entre muchas mujeres usadas. Tampoco tiene claros sus propios sentimientos; hasta el momento no lo encuentra verdaderamente simpático. Primero reacciona agresivamente porque Peter decidió por su cuenta venir con sus hijos. A su parecer, la visita tiene lugar a costa de los chicos y de ella misma. Se solidariza con uno de los hijos de Peter quien, a su modo de ver, por un lado todavía necesita protección y por otro lado también observa y presencia muchas cosas. De esta manera también expresa que ella misma necesita seguridad y es muy sensible al trato de Peter hacia ella.

El hecho de que cuando la visita no esté a su disposición, esté "de pasada" y además la haga esperar mucho, hiere su autoestima: "Quién soy yo, yo, yo..." con quién se puede hacer algo así. "Ya le mostraré quién lleva la batuta en casa". Siente a Peter dominador, pero al mismo tiempo dice que ella se ve superior.

Vínculo con el Analista 18:

En este período el analista corporiza el deseo de la paciente de un padre fuerte, que ayuda y guía: "Siempre deseé un padre así para mí". Quiere averiguar la edad del analista. La paciente desarrolla una "gigantesca rivalidad" frente a la hija del analista, que ante sus ojos adquiere un carácter mágico - místico. Ella es "el ángel del piano", un ser de ensueño fascinante, perturbador y fuerte como la piedra en el escritorio del analista. Tiene una ventaja de inicio, la primogenitura, que los hermanos también tenían con la madre. El analista acompañó a su hija con la mano derecha; para la paciente queda como mucho la izquierda.

Temática de la angustia 18:

Junto al temor de perder la afección del analista aparece en la paciente el temor de no ser aceptada por Peter y de que los hijos de éste la hagan sentir avergonzada. Siente que ocho ojos se dirigen hacia ella. Considera al hijo mayor de Peter como un "modelo de autonomía"; teme más a su opinión que al propio Peter.

Autoestima 18:

septiembre 11, 2003

La autoestima de la paciente se refleja nuevamente en su discusión del rol femenino. En una fiesta de cumpleaños entra en contacto con el marido de una colega, al que describe como "jovencito verde" que todavía no tiene idea de la vida. Se pregunta si debe discutir con él, "luchar con la cabeza", o si se debe mostrarse en el aspecto de simpática anfitriona. Por un lado quiere demostrar sus capacidades intelectuales, por otro lado también quiere ser una mujer bonita y atractiva. Tiene la impresión de no poder ser ella misma.

En la confrontación mental con los hijos de Peter se evidencia que la paciente no se siente a la altura del rol de madre. La autoestima frente a Peter es oscilante; lo siente dominante, pero al mismo tiempo intenta consolidarse en sus derechos y ser firme.

Como mujer soltera a su edad, la paciente se siente en desventaja respecto de los hombres. Hombres de su misma edad pueden andar con una muchacha joven, sin entrar en conflicto con las normas sociales; ella debe conocer indefectiblemente a un hombre mayor que ella.

3.4.3.19 Período XIX, Sesiones 444 a 449

Situación externa 19:

Luego de un prolongado contacto postal con Peter, en este período la paciente se encuentra con él.

Cuerpo 19:

En este período, la autoestima corporal, la velloidad y las vivencias sexuales, angustias y deseos ocupan intensamente a la paciente. Quiere que Peter le acaricie el cuello y destaca que tiene un cuello muy lindo y liso y que allí es fácilmente excitable. Sin embargo evita el contacto con el cuello porque Peter podría percibir un "pelito" en el mentón. Aunque el novio le dice que debería dejarse los pelos en el cuerpo y piernas, la velloidad le sigue acarreado problemas y tiene la sensación de que él no la acaricia donde tiene vello. En este período queda claro que la velloidad es un aspecto a través del cual siempre vuelve a ponerse en duda su identidad sexual. Quisiera que Peter tuviese más pelos. Le molesta que tenga esa "piel de mujer". En realidad él es más la mujer y ella más el hombre.

La paciente identifica sus manos con las de sus padres. Tiene dos manos totalmente distintas. La mano derecha, "la peor", semeja la fea mano del padre. La mano izquierda es linda y se asemeja a las manos de la madre. No obstante subraya que en realidad el padre tiene manos muy suaves, contrariamente a las manos de la madre que son rudas como "cepillo de alambre". Su mano derecha es peligrosa, culposa y bella al mismo tiempo: con ella puede pegar, pero también tocar su cuerpo y su clítoris.

La paciente observa que a Peter le gusta mirar los pechos de otras mujeres y tiene miedo de que sus pechos no le gusten, aun cuando él le dice que son muy bonitos. Compara su apariencia con la de otras mujeres, mentalmente también con la mujer del novio. Siempre sale mal parada en la comparación.

Un problema central para la paciente es el hecho de que en la relación sexual con Peter no se excita ni tiene orgasmo. Busca distintas explicaciones. Cuando se encuentra a una cierta distancia de Peter, por ejemplo al manejar, está muy excitada. Pero en cuanto es posible una relación sexual y él desea tenerla, "ella se enfría por completo", deja de ser ella misma y se siente a kilómetros de distancia de su cuerpo. Aunque es muy cariñosa con él, tiene la sensación de abstraerse de ella misma, de abandonarse. Vive las relaciones sexuales con Peter

como si él se acostase sólo con su cuerpo, no con ella. El no es suficientemente activo, cariñoso ni sensible. En verdad, ella es el hombre y él la mujer. A la paciente la intranquiliza el hecho de que en la relación sexual habla, cae en estado de éxtasis. Se pregunta si eso es estar enamorado de sí mismo.

Describe la sensación de satisfacción de la siguiente manera: debería ser penetrada hasta el cuello, la sensación debe atravesarla, debe ser "devorada". En parte culpa a Peter por no sentir esta sensación en la relación sexual. Destaca que tiene un "clítoris muy grande" y por lo tanto todo debería ser muy sencillo. Por otra parte, duda de si su genital está bien colocado. Este se ve reforzado cuando Peter le dice que "está mal construida" y que es "demasiado grande" para él. En este contexto, la paciente relata que al comienzo Peter la lastimó en la relación sexual y que días después aún sangraba.

Desde que la paciente tiene relaciones sexuales con Peter ya no experimenta orgasmo ni siquiera con la masturbación. Ella misma lo atribuye a "cambios en su sentimiento corporal". También se pregunta si el preparado hormonal que toma provoca frigidez. Otro problema para la paciente es el hecho de que Peter también tiene relaciones sexuales con otras mujeres y todavía ama a su mujer. Esto la enoja, está celosa y también insegura con respecto al lugar que ocupa en la serie. También siente que Peter la transforma en una puta. En su cama tiene la sensación de estar "en el burdel".

Bajo grandes resistencias, la paciente relata que Peter desea que se compre ropa interior sexy. Por un lado, dice que lo encuentra adecuado, dado que ya había pensado antes en llevar medias para ocultar los vellos de las piernas. Por otro lado, se hace evidente que con ello entra en conflicto con su moral y es sacudida en su autoestima. Está obligada a recalcar que no se trata de "ropa interior de putas" sino de "ropa interior sexy". Para la paciente también representa un problema agudo la necesidad de comprar un libro sobre posiciones en la relación sexual. La paciente reconoce que si bien no intentó conscientemente sugerir a Peter una imagen pura de ella misma, e incluso habló frente a él de masturbación, de todos modos quiere verse y presentarse como "la pura".

Vínculos extra - familiares 19:

La paciente ha tomado contacto con otro hombre a través de un anuncio, más que nada para demostrar a Peter que ella también se interesa por otros hombres.

Sigue dudando del afecto de Peter. Aun cuando la visita, está ocupado en primer lugar con el divorcio de su mujer. Piensa que él no puede separarse de su mujer y que al mismo tiempo necesita varias mujeres para satisfacer sus necesidades y

compensar el rechazo por parte de la propia. Ella se siente, como una entre muchas mujeres, rebajada a objeto, transformada en un "cadáver". Esto provoca en ella desconfianza, resignación y agresión, de manera que llega a imaginarse que mata a Peter. Allí también se ve que el origen de estos sentimientos radica en la influencia de la madre, quien la había advertido sobre los hombres.

Por otra parte, busca confirmarse a sí misma en el vínculo. Se ve como "la mujer de su vida", como la única que puede darle seguridad y fuerza, y reúne una paciencia que la madre nunca pudo tener para con el padre. De acuerdo con este pensamiento, ofrece a Peter "dejarlo en paz", no verlo más hasta que se divorcie de la mujer. En el fondo, juega el rol de su vida hasta ese momento, ser "una buena y fiel camarada" y no presentar reclamos, rol del que justamente quiere salir. En contraposición, experimenta una gran necesidad de ser para Peter tan atractiva como mujer que él no quiera separarse de ella ni por un instante.

Familia 19:

En un primer momento, la paciente oculta a la madre su relación con Peter.

Sueña que dos veces toma el tren y no vuelve más a la casa. La tercera vez volvió pero no se atrevió a llamar, sino que arrojó piedras a la ventana. Le pidió a la madre que viajara con ella porque un hombre había sido asesinado de un tiro. En el camino la madre se hundió en un techo. La paciente interpreta el sueño como que ella fue "perforada" por un hombre y que a los ojos de la madre se volvió puta. La madre siempre le advirtió sobre el peligro de "arrojarse" sobre un hombre y opina que generalmente los hombres sólo usan a las mujeres.

Al margen cuenta que al ver una foto de jovencita de la madre, Peter la halló bonita, y que ella siempre había tenido orgasmos. La paciente desea intensamente dormir alguna vez con el hermano. En su imaginación debe ser el mejor y más cariñoso amante. Siente que el padre también participa en ello de alguna manera, "perturbando o estimulando".

Sexualidad 19:

Mientras la paciente describe cómo debería ser para ella la sensación del orgasmo, recuerda que vivió su primer beso de lengua como algo horroroso, horrible, prohibido. En aquel entonces pensó "esto debe ser como una relación sexual". En la confesión fue severamente castigada por un sacerdote. Luego de esta experiencia, solamente fue capaz de una relación totalmente asexual con el novio de entonces. La paciente tiene sentimientos de culpa por sus necesidades

sexuales. Se ha ensuciado, se ha vuelto una puta. La madre juega un papel importante como juez que dictamina sobre moralidad e inmoralidad.

Vínculo con el analista 19:

La paciente transfiere a su relación con el analista el rechazo que siente internamente de parte de Peter y el miedo de ser usada, decepcionada y engañada. En el análisis es posible vivenciar con facilidad su odio e impaciencia. Le reprocha al analista no interpretar un sueño con Peter que cuenta en el análisis, no decir claramente qué opina de la relación y qué debe dejar de hacer. Una vez él le dice que en realidad el tiempo trabaja a su favor y otra vez le da pruebas de que ya no tiene más tiempo. Al igual que Peter, él también oculta algo; piensa que él sabe exactamente qué errores ella comete y que no comprende por qué espera tanto y se desmerece. Lo odia, podría matarlo de un tiro.

En la sesión siguiente constata que ya no necesita odiar al analista y que por primera vez siente que es justa con él.

Autoestima 19:

En este período la autoestima de la paciente es ambivalente y se encuentra marcadamente determinada por su sentimiento corporal. A través de la experiencia de su propio cuerpo y el de su novio durante la relación sexual se siente nuevamente insegura de su identidad sexual. A la vez se torna claro que logra cada vez más aceptar su evolución, si bien ésta ha sido muy lenta. Está en condiciones de ver no sólo en ella misma sino también en Peter el origen de sus problemas sexuales, y quiere manifestar sus aspiraciones y necesidades. La paciente describe situaciones en las cuales vivencia a Peter como dominante y tiene la sensación de "descender al punto cero" y sólo a través del odio volver a encontrarse a sí misma.

En este período se hace especialmente evidente el conflicto de la paciente en torno de su representación de sí misma. Hasta ahora, su "rol vital" había sido el de camarada leal que se abstrae de sus propias necesidades. Especialmente hacia Peter adopta esta actitud. Ella misma habla de su "actitud maternal" que le pesa especialmente cuando como mujer, en su sexualidad, enfrenta a Peter. El otro rol, es decir, el de mujer bonita, atractiva y apasionada, está profundamente impregnado de sentimientos de culpa.

3.4.3.20 Período XX, Sesiones 476 a 480

Situación externa 20:

Inmodificada.

Cuerpo 20:

En adelante la discusión de la paciente acerca de su cuerpo, su sentimiento corporal y la problemática sexual se torna central. La vellosidad sólo es mencionada en forma directa cuando la paciente dice que durante la relación sexual con Peter a menudo se ha sentido inhibida porque temía que él pudiese notar el vello en su cuerpo. A veces siente su piel como una cubierta extraña de la que no se puede deshacer. Desde que fuera lastimada por Peter en la relación sexual, la paciente ya no experimenta orgasmos. Se pregunta si quizás en el largo tiempo sin relaciones sexuales "todo se ha cerrado".

Antes se imaginaba que tenía una vagina virgen, angosta y envolvente. Al mismo tiempo destaca que entonces la vagina no era importante para ella, sino sólo el clítoris. Tiene un clítoris lindo y grande, "tan grande como un árbol". Desde que fuera lastimada, se imagina que la vagina es "una boca de pescado desgarrada", un "gran hueco del que todo cae". "Es como cuando el cirujano deja la pinza en la panza, queda algo que modifica al paciente". Esta representación se contradice con el hecho que cuando se toca, la paciente encuentra como siempre una vagina estrecha; a pesar de ello ésta es la realidad de su representación corporal que la ocupa. El hecho de que tampoco tiene ningún orgasmo cuando se masturba refuerza su idea de que los genitales se modificaron físicamente. Debe haber una "barrera" entre clítoris y vagina, de forma que ya no fluye "corriente". La paciente se imagina por ejemplo que a causa del frecuente onanismo, sus labios se volvieron más largos y gruesos y ahora están obstruyendo el camino. Más adelante se hace evidente que la fantasía de la paciente de que "los labios superiores e inferiores" encierran y retienen todo está cargada con fuertes sentimientos de culpa.

La idea de la "vagina demasiado grande" se continúa en la fantasía de poder devorarse todo, de tener relaciones sexuales con muchos hombres simultáneamente, de ser tan grande que sólo puede ser llenada por el mundo entero. A esto también corresponde la idea de tener un vientre muy gordo, de ser la madre del mundo entero, de ser un demiurgo. La paciente describe el orgasmo como una sensación espacial, algo total, una sensación que la tiene que atravesar "de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba". Esta idea está estrechamente

relacionada con que su vagina debe ser llenada completamente, de que ya no alcanza con tocar el clítoris, porque imagina que el centro de la excitación está alojado mucho más profundamente en su cuerpo.

La paciente está inquieta porque ya no se excita simplemente en forma visual como antes. Agrega que teme ser ligeramente lesbiana. Quisiera saber cómo se ven otras mujeres, tocar sus cuerpos.

En ese tiempo la paciente lee el Informe Hite y se siente respaldada en general en su crítica del comportamiento sexual de los hombres. Es evidente que por regla general a los hombres sólo les interesa el acto sexual en sí mismo, sin juego previo ni posterior. Los hombres son "pobres acróbatas sexuales", su sexualidad no es pulida ni diferenciada, dependen sólo de sus instintos y sobreestiman su pene. Tienen miedo ante la ternura, sólo las mujeres les pueden enseñar la verdadera belleza de la sexualidad. Estas características de la sexualidad masculina son en su opinión un hecho inmodificable de la cultura occidental. La paciente destaca que, por el contrario, la sexualidad femenina es mucho más fuerte y diferenciada. Incluso Peter fue, como amante, apenas "promedio". Era egocéntrico, no podía ocuparse de ella y era muy poco cariñoso. En su necesidad de ternura la paciente vive la sociedad como una sociedad de "contactos visuales" en la que el contacto corporal representa un tabú.

Familia 20:

Sobre la base de su necesidad de afecto, protección y ternura, la paciente describe la situación de su familia. En su casa paterna, los sentimientos no eran vistos como algo lindo, eran minimizados, reprimidos y considerados tabú. Esta experiencia le provoca un "terrible odio" hacia a los padres. Vive como una gran decepción el que ni siquiera una vez haya podido hablar con su madre sobre sus problemas sexuales. La madre no tiene noción, está empeñada en su trabajo y no puede desear ni vivir intensamente.

Culpabiliza sobre todo al padre del hecho de haber carecido de afecto corporal y sexualidad, y de vivir recién ahora lo que otras mujeres hicieron a los veinte años. Está furiosa con él, podría abofetearlo, podría "estallar en gritos" de tan sólo verlo. El padre pertenece también al tipo de hombre que no puede satisfacer las necesidades sexuales de una mujer. La paciente tiene el intenso deseo de dormir con su hermano más joven; lo considera junto al analista como el mejor amante del mundo.

Vínculos extra - familiares 20:

La paciente ha puesto otro anuncio. Dice que entre los aspirantes hay un "profesor testarudo" y un "solterón atado a la madre". Además ha recibido desde Brasil la carta de un hombre muy buen mozo que, entre otras cosas, se parece a su hermano. Está fascinada con la idea de viajar a Río, país de cuentos, a la casa de un señor distinguido, aun cuando esta necesidad contradiga sus "convicciones republicanas". La paciente imagina que 'teje varios hilos' pero no los emplea simultáneamente en el combate. La relación con Peter sigue ocupando a la paciente. Está alejándose un poco y expresa sentimientos claramente agresivos hacia él. Pese a ello aún tiene esperanza de poder vivir con él. Piensa que para él sería bueno interesarse en la mitad de su vida por una nueva mujer. A su parecer Peter corresponde a la categoría de neuróticos atados a la madre - tal como lo expresa Fromm -, que sólo se aman a sí mismos. No está en condiciones de acercarse a los otros; la necesidad de una madre protectora ocupa el primer lugar. Esta expectativa despertó en la paciente "todos los instintos maternos", correspondía a su necesidad de poder cuidar y mimar a alguien. Todavía le interesa vivamente cómo le va a Peter y cómo se las arregla con la relación con su mujer. Quisiera viajar donde él y apoyar a ambos en la solución de sus problemas.

La paciente también recibe la visita de una ex alumna. La envidia porque ya de jovencita tiene una relación sexual con un hombre y porque obtiene lo que pide ("recibe su orgasmo en bandeja").

Vínculo con el analista 20:

La paciente cuenta que está leyendo *Die Kunst des Liebens* de Fromm. A continuación de su frase de que seguramente el analista considera esa lectura muy primitiva, describe cómo vive su situación en el análisis de acuerdo con sus necesidades actuales. Se siente como en un espacio vacío en el que es imposible "satisfacer sus necesidades elementales", en el que sobre todo está prohibido vivir toda clase de corporalidad. En ese clima, su deseo de retener al analista, aferrarse a él y largarse a llorar, se enfría de sólo pensarlo. Compara esto con la relación con el padre, que nunca pudo darle la sensación de protección y solidez.

En casa, antes de la sesión, la paciente ha deseado seducir al analista: simplemente correr las cortinas y desvestirse. Teme que el analista se horrorizaría. Se imagina que él debe ser un "amante perfecto". Internamente lo amenaza si no supera esta prueba. La paciente legitima su deseo pensando que tal vez también sería bueno para el analista comenzar una nueva relación. A pesar de las muchas restricciones, la paciente se siente protegida junto al analista. El tiene "manos cálidas", un "rostro estable, confiable", un "rostro

septiembre 11, 2003

estoy-aquí". Además, ahora puede soportar la idea de que hay otras mujeres que admiran al analista y le regalan flores.

Autoestima 20:

La autoestima de la paciente es ambivalente. Su reacción a la visita de la ex alumna deja en claro que le resulta difícil aceptar su "lenta evolución", que teme no encontrar a ningún hombre y ya no ser atractiva sexualmente. Así, se propone cambiar radicalmente su vida en el transcurso del año siguiente: quiere abandonar la escuela, mudarse y construir una vida de a dos.

La paciente todavía tiene que luchar con los sentimientos de culpa que surgen cuando recibe algo de los otros, cuando le va bien y disfruta de algo. En ese momento siente repentinamente una "barrera" en sí misma y dirige todo su esfuerzo a hacer algo bueno por el otro.

Su ofensiva crítica al comportamiento sexual de Peter y de los hombres en general expresa a la vez que está en mejores condiciones de colocar sus necesidades en primer lugar y afirmarse como mujer en su sexualidad.

3.4.3.21 Período XXI, Sesiones 502 a 506

Situación externa 21:

La paciente recibe una carta de una oficina que significa el fin del análisis. Debe presentarse ante el inspector médico.

Cuerpo 21:

En un sueño, sus pelos se vuelven raíces, se siente como una gruesa raíz con hilos que enredan y retienen a Dieter en un seto: ella posee una red de sostén, lo cual es un sentimiento agradable. Ahora acepta su vellosidad, ya no la siente como una perturbación. El problema masculino - femenino se resuelve en la fantasía de recibir un pene entre sus pechos. Esta fantasía, en realidad muy antigua para ella, sería el mayor símbolo de fecundidad, nutrir, sembrar un surco y con ello establecer un nexo con la tierra. Por la forma de su tórax puede figurarse sin problemas un pene entre sus propios pechos. Hasta ese momento no ha podido llevar a cabo esta fantasía con Dieter, aunque con él no tiene ningún tabú. Con ello sería poderosa - Dieter la admira y envidia por ser mujer, poder dar a luz, ser productiva.

En todo este período puede percibirse una aceptación del propio cuerpo y la sexualidad. También puede expresar sin temor la fantasía de acostarse con el analista como una forma diferente de terapia, no tan rígida.

Vínculos extra - familiares 21:

La relación con Dieter es importante para la paciente, aun a pesar de ella misma. Piensa constantemente en él, sabe de memoria su horario, lo extraña e incluso llora. Al comienzo de este período él es más que nada un "grandioso egoísta con arranques comunicativos". Ella no puede hacer nada contra eso, compara a otros hombres con él - "el jugador solitario" que despertó en ella una pasión por el juego. Se alegra cuando la llama, aunque sueña con niños que telefonan y son degollados. La poligamia y el egoísmo de él hacen que ella no quiera continuar con el noviazgo. Se siente usada incluso sexualmente: una vez que se negó a acostarse con él sobre un prado, porque ella quería hablar, él le dijo: "Entonces te apoyo contra el árbol".

No obstante, en el transcurso de este período descubre su propia potencia, su red de sostén, sus raíces que pueden chupar a los otros. Ve a Dieter débil y percibe una atmósfera de partida en la relación con él. Sin embargo no quiere - tal como

septiembre 11, 2003

Dieter le aconseja respecto de la terminación del análisis - simplemente desaparecer.

Padres - Familia 21:

Sólo aborda el vínculo con los padres en relación con la separación del analista: los padres esperaban que ella se entristeciera al irse de la casa para continuar sus estudios, pero ella no sintió tristeza en el momento de la partida; recién después tuvo nostalgia. Teme que el analista también espere algo diferente de la sensación de potencia ante la despedida.

Vínculo con el analista 21:

El despedirse y volverse más fuerte también cobra importancia en este vínculo. Sueña que primero debe "embromar" al analista para poder irse, antes de que él note que ella ya ha obtenido las raíces, la capacidad de continuar viviendo sola. Debe buscar su propio camino a través de un árbol hueco - la aceptación de su vagina - para poder escaparse con sus propias raíces. Luego consigue decir "Posiblemente lo aburra esto que cuento, pero es mi tiempo". Al fin de cuentas deja al analista hambriento, flaco, en su montaña, ella se ha vuelto más fuerte. Compara al analista con Dieter; el analista es más considerado, no frío, ni desprovisto de afecto y comprensión, como se ha dicho en el sueño. El temor de que su forma de despedirse decepcionara al analista - como a sus padres - es reconocido rápidamente como transferencial.

Hacia los "hermanos", que antes o después de ella se recuestan en el diván, ya no siente más celos, no siente más rivalidad. Se alegra si los otros también se sienten bien con el analista y el analista con ellos. El diván precalentado ya no le da repugnancia - puede "nadar a gusto en aguas cálidas", no se siente reprimida. Incluso la arrogancia del "silbador" ya no le molesta más.

Autoestima 21:

La paciente no padece sentimientos de culpa por sentirse fuerte y confesarse sus propias necesidades. Gracias a la sensación de tener sus propias raíces, de poder vivir eternamente, se ha incrementado su autoestima, puede aceptarse a sí misma y a su cuerpo tal como es.

3.4.3.22 Período XXII, Sesiones 510 a 517

Situación externa 22:

Se ha convenido la finalización del análisis. Se enfría la relación con Dieter, la paciente quiere terminarla. En la escuela recibió a una practicante con la que no se entiende en absoluto.

Vellosidad - Sexualidad 22:

En un sueño, la paciente ve a una mujer en el circo, que con una blusa abierta que deja ver un hermoso pecho, pedaleando en el agua, salpica repentinamente en todas direcciones. Siente mucha envidia, ella también quisiera tener un pecho tan hermoso para mostrar, quisiera ser "una acróbata erótica" que pudiera exhibirse, mostrar su desnudez como una mujer mayor con la que una vez estuvo de vacaciones. La paciente asocia el agua que salpica con clara de huevo, esperma, reproducción, se asombra de que de pronto ya no represente algo repugnante para ella. La piel bonita está ligada también con la abuela de la paciente, quien recién a los 70 años tuvo en el mentón algunos pelitos que la paciente podía arrancar. Por lo demás, la abuela no olía a nada, carecía de olor humano - como el analista.

La paciente recuerda que de niña, cuando jugaba a las muñecas con su amiga C., tenía a veces sensaciones sexuales intensas; esta amiga era también la única con la que en la infancia podía hablar sobre sexualidad. Sin embargo, nunca hubo contacto sexual.

Vínculos extra - familiares 22:

La invitación de su "enemiga mortal" C. a un encuentro de compañeros de curso despierta intensos sentimientos de odio en la paciente; quisiera pegar y patear a C., recuerda que ya con anterioridad hubiera querido apuñalarla. C. fue siempre tan autosuficiente, siempre la dominó, aun cuando de niñas eran amigas. A través del excusarse mediante una carta y los intensos sentimientos de odio que ahora puede permitirse, la paciente conquista algo más de su propia fortaleza. El hecho de que casi todas están casadas excepto ella, juega un papel importante en el rechazo del encuentro. No puede soportar esa humillación, no quiere saber más nada con esa horrible clase.

La practicante E., que se muestra abiertamente agresiva y crítica con ella, ofrece otra razón para la discusión acerca del rechazo, los sentimientos negativos y las

agresiones hacia los otros. La paciente se siente tratada en forma desleal e inferior a E., ya que ésta se niega a dar clases, la ignora y no atiende en clase. Ante la autosuficiencia de E., la paciente no logra verse a sí misma con buenos ojos, autoelogiarse - considera horrible el autoelogio. Sin embargo es importante entenderse con E. como demostración de su propio poder; cuando finalmente lo logra experimenta gran alivio.

La elaboración de la relación con Dieter corre paralela a la de la situación analítica. En la relación con Dieter la paciente está tironeada hacia dos lados: por un lado quiere romper la relación, no adaptarse tanto ni aceptar lo que colocan en ella, no desaparecer para sí misma (teme que quizás pasó algo semejante en el análisis); por otro lado, Dieter es para ella el hombre de su vida, no quisiera estar sin él, que quizás sí pueda otorgarle el lugar fijo que el analista le niega. Se ha dejado maltratar anímicamente por Dieter, se ha dejado modificar dolorosamente, ha invertido mucha paciencia, al igual que en el análisis. No obstante, el intento de alejarse de Dieter se ve dificultado por el hecho de que él se ha acercado a ella, ha vuelto a acercarse por iniciativa propia. Él la necesita como "descarga" para sus problemas, pero ella no puede modificar eso por sí sola - necesita al analista.

Familia 22:

La familia no juega ningún papel en este período; sólo surgen recuerdos infantiles que se ocupan del vínculo con el analista. La madre aparece como mujer fuerte, rozagante y vital que transmite una sensación de seguridad, aun cuando una vez depositó a la niña en la estación y se olvidó de ella. Los recuerdos anteriores hablaban de una pálida, seria, estricta e impotente madre de porcelana.

En relación con cuerpos bellos y C. aparece también la amada abuela, que tenía una piel maravillosa, sin olores, y era como incorpórea y la única en la familia que conservaba la fuerza frente a C. Cuando había peleas, todos los demás decían: "Tú debes tener la culpa"; no la apoyaban. Sólo la abuela expulsó a C. del jardín.

Menciona al padre sólo de pasada, en un sueño en el que ella utiliza un calzador - su padre había tenido un calzador similar.

Vínculo con el analista 22:

El tema del inminente fin del análisis ocupa todo el último período. La paciente comunica que sigue soñando con retretes. En el análisis quisiera "apestar sola",

ya no quiere la asistencia del analista. La paciente reflexiona acerca de cómo quisiera organizar la última sesión - lo mejor sería hacer de ella "un día totalmente normal", venir como siempre, no simplemente suspender la sesión, recostarse como siempre en el diván y no realizar ninguna síntesis. Está convencida de que ahora puede imponer sus ideas acerca de la despedida, que el analista no le impondrá las propias ni la llevará de la correa.

Su novio Dieter le dijo que, como despedida, tomara al analista en sus brazos - en lugar de eso pudo subir las escaleras de su casa con paso ligero, sin angustia. Pese a todos los pensamientos concretos acerca de la despedida, existe también otra idea sobre lo que pasaría después: tres días en la semana sin analista que le resultarían extraños, esto es, el fin de un lugar fijo, una seguridad de la que no quisiera prescindir, de la que quisiera estar segura. Para el analista, la despedida significa una sucesora que ya coloca flores en su escritorio. Ya no será visto a través de los ojos de ella, que le construirá simbólicamente un nuevo hogar, una escalera propia. Tal vez, cuando él no esté más a su disposición en forma concreta, ya no ejerza más influencia sobre ella.

En los pensamientos sobre el fin del análisis se mezclan angustia, celos y odio; debe intentar tornar al analista impotente y carente de influencia sobre ella. Tiene miedo de concluir prematuramente el análisis, como T. Moser, en cuyo libro *Gottesvergiftung* se muestra el miedo de perder un lugar fijo, de estar solo, si bien a veces el analista con su silencio refleja algo como la muerte, envenenado. También surgen celos y odio hacia los afortunados sucesores; primero los rechaza, después hace caer al analista de su castillo, en el que anteriormente tan bien integrado estaba, y lo fija a una silla, el sillón del analista, atado, abrigado, inmóvil e impotente. Lo mejor sería estrangularlo, no soltarlo nunca más. Debe transformarlo en un hombre viejo e impotente que se queda dormido durante el relato acerca de pechos femeninos.

Sabe que en algún momento el vínculo emocional con el analista se terminará, a pesar de ello intenta conservarlo a través de nuevas cosas: relata por primera vez su miedo a las escaleras empinadas, que nunca había mencionado - la escalera que conduce al analista es especialmente terrible; también dice que no le gusta ni el té ni el café porque no quiere excitarse. Mediante sus intensos sentimientos agresivos la paciente intenta independizarse del analista; ella misma interpreta mucho, también dice que no quiere ni necesita un padre confesor, que puede confortarse sola y "apestar sola". De todas maneras, ella nunca cumplió totalmente con la regla fundamental de decirlo todo. Ahora olvida los sueños que quería recordar para el análisis, pero interpreta los de los otros, lo que significa un nuevo recorte del poder del analista. Quizás dentro de 20 años le construya un monumento o escriba un libro.

septiembre 11, 2003

Ahora sólo puede comprobar que su carácter no se ha modificado por medio del análisis, no se ha vuelto otra persona ni ninguna santa. Pero la cuestión de los cambios se ha tornado irrelevante, los síndromes no han sido trabajados uno detrás del otro. En realidad el analista nunca fue un padre fuerte para ella, la inunda el odio hacia el Profesor K., que lo impidió. Quisiera tomar al analista en los brazos y protegerlo, pero él tiene a su mujer como apoyo y guía. Al principio ella era un fastidio insuperable para la paciente, luego, una fuerte mujer dominadora del analista, a la que la paciente nunca quiso parecerse. El pensamiento final de la última sesión brinda consuelo ante la separación y la partida: paciente y analista tienen la misma opinión sobre algunas cosas, de tanto en tanto se encontrarán en el pensamiento.

3.5 Foco y transferencia en el curso de un tratamiento psicoanalítico

Horst Kächele & Helmut Thomä

Introducción

En el Capítulo 9.4. del Tomo 1 de *Teoría y Práctica del Psicoanálisis* sostuvimos la tesis de que la terapia psicoanalítica puede caracterizarse como es **"una terapia focal continuada, de duración indefinida y de foco cambiante"** (Thomä & Kächele 1989, p. xxx). Esa tesis será desarrollada a continuación a través de un caso único. Dicha exposición se sustenta sobre una descripción del curso de tratamiento excepcionalmente bien documentada y sistematizada.

Foco y transferencia 1

El análisis como confesión

En las primeras sesiones predomina en la oferta de la paciente el tema del respeto y la sacrificada resignación. El desarrollo de la alianza de trabajo se inicia por lo tanto por medio de la elaboración de ejemplos, en los cuales la paciente muestra esta modalidad del vínculo objetal en el vínculo analítico en formación. El desarrollo de la transferencia es determinado claramente por el tema del secreto y el analista se coloca repetidamente en la posición de confesor.

Foco y transferencia 2

El análisis como prueba

La paciente siente el análisis como una situación de examen en la que es sopesada y percibida como "sucias": La paciente relata un sueño en el cual ella quería trabar una relación con el analista; luego le parece que esto es "demasiado personal". Se siente ofendida y herida.

En el sueño ella era una muchacha 'au pair' en casa del analista. En una fiesta familiar ella buscaba con desesperación a la mujer del analista. Junto a unas viejas mujeres "resecadas" encuentra a una muchacha joven, muy bella pero distante. Como no puede aceptar a la muchacha como esposa del analista hace de ella su hija. Rivaliza con esta mujer y le envidia su juventud y su belleza. El analista le ordena limpiar el baño, donde no descubre excrementos sino plantas.

Se defiende contra esta orden porque la "mugre" en el baño no es suya. Siente que el analista con su conducta le hace hundir la nariz en su propia "mugre" y además le imputa a ella la "mugre" de los otros. La relación con el analista sólo podrá realizarse cuando la "mugre", es decir la vellosidad, haya desaparecido. Se siente profundamente ofendida por el analista porque él la rechaza y le imputa su vello, que ella no puede remediar, e incluso afirma que él es "feliz".

Foco y transferencia 3

La mala madre

En este período la paciente se esfuerza por trabar una relación más estrecha con el analista. Ella también quiere escuchar, interpretar; quiere que el "especialista" responda a sus preguntas y no que calle, que el analista recuerde con precisión situaciones de sesiones anteriores. Esto se refleja en la transferencia: la paciente compara al analista con su madre, tiene miedo de que él se enoje porque ella intenta crear una conversación en otro nivel, expresar su opinión respecto de las situaciones. A la vez descubre que puede clarificar algo por sí misma, no siempre hace falta "correr" al analista.

Foco y transferencia 4

La oferta de sometimiento y secreta obstinación

Un tema abordado extensamente en este período es la opinión de la paciente respecto del análisis. La paciente nota que llegó al análisis en forma "ingenua" e "inmaculada". A través de lecturas discute intensamente con la psicoterapia, con lo cual se ponen en evidencia fuertes dudas en relación a su conducta en el análisis. Siente que no es natural que ella deba recostarse en el diván y no vea las reacciones del analista. Compara el análisis con un juego en el cual ella siempre pierde.

La paciente expresa reproches concretos hacia el analista. Le critica que siempre se reduzca a interpretar y no le explique cómo arriba a esas interpretaciones, y que además no responda sus preguntas. En cuanto a su propia situación, describe que se ha esforzado mucho por entender los pensamientos del analista y ha buscado por su parte interpretaciones que encajen en el esquema del analista. De este modo se ha amoldado al analista y ha comenzado a tratarse a sí misma como él la trata. Por otra parte ha creado una reserva para diversos problemas que sólo le pertenecen a ella, para los

septiembre 11, 2003

cuales quiere hallar una respuesta por sí misma, y siente la interpretación del analista como una molestia. El vínculo con el analista la "agota", sobre todo porque es unilateral. Se siente humillada y víctima. La paciente se rebela contra esta situación y está "furiosamente decidida" a defenderse contra ella.

En la sesión 79 informa un sueño en el cual está sentada en el jardín con el analista, su hija de unos ocho años y su propia madre. En el sueño el analista exhibe la reacción a su crítica que ella esperaba y temía. El está molesto y enfadado porque ella dijo a su hija "eres un tesoro".

La paciente desconfía de la conducta "neutral" del analista, se obstina en una respuesta a su pregunta acerca de cómo entendió realmente su crítica.

Foco y transferencia 5

Búsqueda de normas propias

El vínculo con el analista se caracteriza por la búsqueda de normas propias. La mirada crítica es desplazada hacia la persona de la secretaria del analista. Piensa que la secretaria tipea la sesión y como mujer tendría una norma más severa, por lo tanto debería reprobala. La idea de esta reprobación, de este saber de la secretaria, surge por primera vez en este período, pero no le molesta.

Aquí se refleja su propia ambivalencia. Además lee trabajos del analista porque quiere saber qué clase de hombre es él. Las reacciones del analista a sus dichos juegan también un importante papel: enseguida se siente rechazada, no aceptada, y vuelve a sentir lo mismo que hacia el jefe. Por otra parte el analista es para ella "la persona más importante"; imagina sus respuestas y reacciones incluso en situaciones externas al análisis. Quiere ser independiente, pero debe constatar que al depositar su confianza en alguien se vuelve dependiente; de modo que el sentimiento de ser rechazada por el analista le parece bien. Aquí también se revela una fuerte ambivalencia: a la vez teme molestar al analista con su palabrerío.

Foco y transferencia 6

El padre frustrador y la impotencia de la hija

La paciente atraviesa actualmente una fase de transferencia del vínculo con el padre en la relación con el analista. A partir de una conversación con colegas la paciente pregunta al analista si quiere a todos sus hijos y sus pacientes por igual. Teme que la afección del analista pueda adquirirse con dinero y que en consecuencia no sea auténtica, y expresa el temor de que sus experiencias en la relación con el padre se repitan en el vínculo con el analista. Compara la situación de estar tendida en el diván y entregada al analista con su impotencia hacia el padre.

La paciente intenta quebrar la negación y la distancia que le impone la situación analítica llamando por teléfono a la casa del analista. A la vez espera que el analista no ceda a sus "intentos de extorsión", que no le entregue afecto en forma forzada y sin quererlo. La paciente deja en claro que tiene una gran necesidad de confirmación afectiva.

Desarrolla sentimientos de celos y rivalidad hacia una paciente del analista. Teme que el analista prefiera a la otra paciente en lugar de a ella, y que ella no esté a la altura de esta mujer. No está segura de si el analista sólo ejerce su función como terapeuta o si entraría en un juego semejante.

Foco y transferencia 7

El padre frío y distante y el anhelo de la añoranza por la posibilidad identificatoria

La paciente expresa su miedo de cargar demasiado al analista con sus problemas. Teme que no contenga sus deseos agresivos, que se desplome, que no lo pueda soportar. Se puede sospechar en forma subyacente la angustia ante la fuerza de sus impulsos agresivos que pueden llegar hasta la muerte, así como también la angustia de perder al analista.

El vínculo con el analista ocupa a la paciente. Su abierta crítica a las interpretaciones es un signo de su insatisfacción con la relación, más que nada en el nivel de la expresión emocional. Por ejemplo, la paciente se preocupa porque el analista se ríe demasiado poco, pone distancia en la relación con ella, es frío y duro. Siente que su "incomprensión" hacia sus sentimientos se expresa en la respuesta a sus sentimientos de culpa por los seres hambrientos de Africa: "lleeve nuevamente".

La paciente tiene el intenso deseo de significar algo para el analista, de vivir en él. Imagina que le regala su reloj, que en él volvería a ser hermoso y sonaría

maravillosamente cada hora para él. Al mismo tiempo le resulta difícil aceptar una relación positiva del analista como sentimiento real hacia ella.

En su imaginación pretende abolir la distancia de la relación al precipitarse sobre el analista, tomándolo del cuello y sujetándolo con fuerza. La cabeza, el pensamiento del analista siguen ocupando a la paciente. Imagina que abre un agujero en su cabeza, se introduce en ella y la mide. Envidia al analista por su cabeza y quisiera cambiarla por la de ella.

La paciente tiene la sensación de que el dogma del analista, la "Biblia Freudiana", no es compatible con la biblia cristiana. Pero la contradicción más aguda se da entre sus pensamientos y deseos de un vínculo (sexual) estrecho con el analista, por un lado, y en la prohibición común a ambas Biblias, por el otro. Esto se expresa también en el intento de la paciente de poner sus pensamientos y necesidades en el centro y defenderlos frente a ambas Biblias. En el deseo de no sólo mirar dentro de la cabeza del analista, sino en tocarlo y acariciarlo, como también en la fantasía de yacer con el analista en un banco de la plaza, se evidencian sus necesidades corporales sexuales.

Al mismo tiempo, la paciente desarrolla un fuerte rechazo contra las interpretaciones del analista que se dirigen a sus problemas sexuales. Tiene la sensación de que el analista ya sabe exactamente "de qué se trata" y se siente "pillada" y humillada en sus rodeos y distracciones.

Foco y transferencia 8

Ambivalencia en la relación paterna: Complicidad versus rechazo

El vínculo se caracteriza por una fuerte ambivalencia de la paciente hacia el analista; oscila entre el deseo de un gran acercamiento y un fuerte rechazo. Los deseos de aproximación se expresan en numerosos sueños en los que corre tras el analista, se vuelve cómplice de un asesinato y limpia su retrete. Manifiesta la fantasía de secuestrar a sus hijos e interrogarlos sobre la familia. Tiene mucho miedo de que él pueda considerarla frígida.

El rechazo se muestra sobre todo con relación al comportamiento del analista durante el análisis, le reprocha no entender correctamente y hacer sólo especulaciones sobre cosas que en realidad él conoce perfectamente, con lo cual es desleal. Siente los pensamientos del analista como una intervención mediante la cual se le extraería quirúrgicamente algo importante. Quiere sacarle el diagnóstico de la cabeza por la fuerza, pero no encuentra acceso. Por ello juega

con el pensamiento de interrumpir el análisis. Al mismo tiempo, tiene un gran temor de que el analista quiera deshacerse de ella, tomando un puesto importante y no estando más disponible para ella.

Foco y transferencia 9

El padre como seductor o censor

El vínculo de la paciente con el analista está impregnado de total confianza. El hecho de que en un momento dado el analista le brinde una explicación de su técnica es sentido como una demostración de confianza de parte de él. Tiene la sensación de que ya no necesita tanto perforar la cabeza del analista para obtener una visión de su protegido tesoro. Esto la conduce a reaccionar más sensiblemente a las separaciones del analista, por ejemplo al final de la sesión siente que es echada y que deja de quererla.

La paciente puede hablar abiertamente sobre sus angustias de daño. Presiona al analista para que responda claramente si desde el punto de vista médico es posible que se haya lastimado mediante la masturbación. La respuesta del analista provoca primero un gran alivio y a la vez la sensación de haberlo extorsionado para obtener esta respuesta. En relación con ello recuerda a un antiguo maestro del que obtuvo de modo semejante un "muy bueno" en conducta. En la sesión siguiente se aclara que la respuesta del analista no constituye el esperado alivio sino antes bien un peligro amenazante.

Tiene la sensación de que el analista la conduce a algún lugar donde todo está permitido, porque quizás en el mundo de él no existe la culpa. La paciente oscila entre dos imágenes que teme o inconscientemente desea en la persona del analista: el rol de seductor y de juez. La escapatoria de la amenazante falta de límites en sí misma, que todo lo confunde y destruye, es la confesión, el cura que pone límites claros y que coincide con ella en su concepción de los deberes y las prohibiciones.

Foco y transferencia 10

¿Me quiere o no me quiere?

La paciente había intentado previamente quebrar la barrera entre diván y sillón analítico dándole al analista una carta. En ese momento, informa ahora, sintió algo así como una descarga eléctrica. Ya había tenido esta sensación una vez al

darle unas fotos; ahora está ávida de ella. La barrera también se ve alterada en la primera sesión de este período porque es una sesión de sábado y el analista está vestido informalmente, sin corbata. Al principio estaba muy celosa de que el analista no hubiera tenido tiempo el viernes; entonces pensó que él querría estar en casa con su esposa e hijos, pero al ofrecerle una hora, le dio preferencia a ella. Ella incitó este ofrecimiento, en verdad él no habría tenido por qué ofrecerle esa hora. A pesar de ello tiene la sensación de una grave lucha entre ella y el analista; esta lucha es por el amor del analista, y se continúa con reflexiones sobre desinterés. Se pregunta si el analista continuaría el análisis si el seguro médico no autorizara más dinero. A la paciente le molesta mucho que él reciba dinero por ocuparse de ella en vez de comportarse como los buenos samaritanos que se ocupan desinteresadamente de los heridos. En verdad él se prostituye por dinero, gana su pan con las necesidades de sus pacientes. Una vez leyó un párrafo sobre psicoterapia que concluía con que psicoterapia es cuando uno se ocupa de otro o cuando aquél de quien otro se ocupa cree que alguien se ocupa de él. De todas maneras, para ella esto significa que ella es la engañada, el cliente de la prostituta que cree que se preocupan por él, que lo aman. Cuando hay dinero en juego, ya no se trata de amor verdadero sino de poder.

En esta lucha por el amor del analista también le molesta que ella misma tuvo que ir y golpear, preguntar si no había un lugarcito libre. Nadie se ha dirigido a ella y le ha preguntado qué necesita, o ha mostrado interés por ella. Ha desplazado esta lucha a la paloma, que entonces se ha vuelto horrible.

La palabra "tratamiento" le suena como "tenerla en la mano"⁴⁶, esto tanto es más terrible cuanto que el analista no necesita su dinero, puede vivir de su sueldo y por ello el análisis es un juego para él, un hobby privado. Pero ella no cree que él sea un jugador, un adicto; más bien la "tiene en la mano" fríamente. También él la ha privado de algo, ha pasado por alto cosas que escuchó, no ha abordado cuestiones importantes que eran importantes para ella, y por eso ella no pudo avanzar. Por lo tanto, él no es diferente a otros hombres, aun cuando ha intentado muchas veces transformarse en un ser asexuado; ella tendría que constatar una y otra vez que efectivamente él "tenía algo delante", no era un sacerdote a quien sus sueños y pensamientos podían asustar. Es un hombre que la tiene en la mano, a quien le debe dar algo tal como lo han hecho sus otros pacientes; ella trata de leer en sus rostros qué fue lo que ellos han dejado.

Foco y transferencia 11

⁴⁶ En alemán tratamiento = Behandlung, de Hand = mano (N. de T.).

Tampoco el padre puede hacer de una muchacha un hijo

En este período la relación de la paciente con el analista es ambivalente. La paciente aspira a entender mejor qué se juega en el análisis. Esto deriva de la inseguridad sobre el éxito de la terapia. En el diario lee un artículo del analista, que sólo entiende parcialmente. Tiene la sensación de estar librada a él, porque el analista ve sustancialmente mejor que ella lo que sucede en el análisis. Teme volver a olvidar cosas importantes del análisis. Duda de que el analista comprenda lo que significa vivir con un daño corporal. Tiene la sensación de que con sus preguntas el analista pasa por alto una necesidad posiblemente insoluble, que ordena sus problemas y los cataloga y con ello destruye el significado penoso que tienen para ella. La paciente se pregunta cuánto más soportará el analista el estar confrontado con cosas inmodificables y quiere evitarle el fracaso impotente. De allí surge la angustia de que el analista - por propia impotencia - pudiese interrumpir el análisis.

En este período, junto a la angustia antes descrita, se pone de manifiesto que la paciente se siente bien y protegida por el analista. Se imagina poder dormir tranquila en el análisis y desea al analista como guardián de sus sueños.

Foco y transferencia 12

La sensación de estar colgada de las polleras

En fecha cercana, el analista se dedicará durante dos meses sólo a la investigación. Le dice a la paciente que en ese período seguramente saldrá en el diario, que recibirá una tarea honorífica que probablemente no aceptará. Ella debe guardar discreción respecto de este conocimiento. Con ello surge una nueva dimensión en la relación con el analista: él le solicita algo, ella se tiene que ocupar de un tema que el analista introduce (ver también Familia). Con el tema discreción asocia el libro de Tillmann Moser, que carece de esta discreción acerca del análisis. Opina que Moser tenía suerte porque podía escribir aquellas cosas que no podía o no quería decir en análisis.

Le resulta penoso pensar en la larga separación a la que la obliga el analista. Ha desarrollado algo así como un "sentimiento de estar colgada de las polleras" y comprueba que le faltarán mucho las tres citas fijas de la semana, las horas de sesión. No tendrá a nadie con quien hablar sobre los acontecimientos diarios que la preocupan, ya que también está sola de noche. Se siente abandonada por el "papá" y está celosa de todos con los que él estará. Se pregunta si ella misma no debiera simplemente largarse alguna vez.

Recibe un anticipo del abandono cuando el analista llega tarde a la sesión (ella se atrasó y por ello él volvió a irse). Tuvo la sensación de que él prefería deshacerse de ella. La consuela un poco pensar que sabe cosas del analista que nadie sabe: ella percibe muchas cosas a través de su voz, de su forma de escuchar. La angustia ante el abandono aparece en una sesión cuando ella dice que él se ha quedado dormido mientras ella contaba un sueño importante, y se interrumpe bruscamente. Esta debilidad, este desinterés por ella, si es que realmente él se ha quedado dormido, no podría perdonarlos. De esta forma trata de saber si la quiere o no. El ser "amada" por el analista juega un rol importante para ella; compara el comportamiento de él con el de ella frente a sus alumnos: si un curso no le agrada, también llega tarde.

Foco y transferencia 13

La muchacha pobre y el rey rico

En este período la paciente está muy enojada y agresiva con el analista. Esto puede entenderse esencialmente como la voluntad de "independizarse" del analista y por otro lado el gran temor de tener que separarse del mismo, o incluso ser rechazada por él. Esto vale sobre todo para la primera sesión de este período, que tiene lugar a la tarde, y en la que la paciente tiene la sensación de introducirse en el "claustro" privado del analista, hecho que siente muy placentero.

La paciente cuenta un cuento que la fascina y que trata de cómo una muchacha de padres pobres "conquista" a un rey y se casa con él. Contrapone a ello su situación en el análisis, donde tiene dificultad de hablar francamente algunas cosas, de desnudarse. Quisiera hablar sobre ello, "arrojarse" al análisis sin tener que tomar en consideración ni a ella misma ni al analista. La paciente tiene la sensación de que el analista no es franco y calla lo negativo, en consecuencia ella desconoce ante qué cosas el analista siente aversión por el análisis y por ella misma. En la sesión siguiente, la paciente no quiere recostarse más en el diván. Atribuye al analista haber dicho que ella intenta gustarle y no se presenta como realmente es. La paciente se siente muy impactada; haberse movido en el análisis en el nivel del querer gustar significa para ella que todo el trabajo fue inútil. Quiere pelear con el analista, a sus ojos el analista lo quiere evitar. Siente como rechazo del analista que éste sólo haga preguntas y nunca tome posición. Las agresiones de la paciente están relacionadas con un miedo masivo al rechazo. Se imagina como en el "patíbulo", rechazada y condenada a la

impotencia. Recuerda haber visto alguna vez cómo una paciente salió del consultorio del analista con el rostro surcado de lágrimas.

La angustia la reacción del analista frente a su paso de buscar una pareja y piensa que ello juega un rol importante. Teme que el analista pueda rechazarlo, reprocharle su apresuramiento y el no haberle confiado un paso así, o que lo considere perturbador para el análisis. Para ella sería doloroso si en esta cuestión el analista fuese por otro carril. En la idea de que el analista estaría ofendido por lo que ella escribió en el anuncio, y le pegaría un número en cada lugar del cuerpo, se expresa su inseguridad y el miedo al veredicto de los hombres que respondieron al anuncio.

La paciente compara su dificultad para entenderse con el analista con la relación con su padre, el cual le reprocha que ella complica todo y se expresa incomprensiblemente.

Foco y transferencia 14

Como tú a mí, yo a ti - El temor al rechazo

La paciente se siente traicionada y rechazada por el analista en el acto de la comunidad universitaria; tiene la impresión de que la dejó plantada. Tres sesiones más tarde, ella lo deja plantado y abandona la sesión antes de tiempo, no quiere hablar más, pretende tener algo que debe solucionar por sí misma. Experimenta el mismo rechazo cuando en una sesión, en dos oportunidades, alguien golpea a la puerta. La primera vez se siente muy molesta, postergada por la gente que no quiere esperar, que no quiere leer el cartel de "Por favor no molestar". La segunda vez quiere afirmar su lugar, soportar la competencia: "Sorry, ahora es mi turno, el hermano menor tiene que esperar".

Durante varias sesiones refiere que le gustaría traerle flores al analista, pero no sabe cómo dárselas - él podría sentirse avergonzado, ella podría sentirse avergonzada. En todo caso, algo privado entraría en el análisis. Finalmente le trae un ramo, pero él debe dejarlo, como regalo de parte de ella, en el consultorio, no llevarlo a su casa. El miedo de que el ramo sea rechazado la sigue dominando: sueña con un viejo ramo al que le faltan flores, quisiera ella misma flores; si éstas quedan con el analista, ella posee efectivamente algo de ellas. Es llamativo que al comprar el ramo la paciente confunda dos personas: el analista y el conocido de M. Repentinamente no sabe a cuál de los dos quería regalarle el ramo.

Por su parte, la paciente comienza a interpretar al analista: habla del nuevo libro de H. E. Richter y opina que el analista debe envidiar a Richter, que escribe libros tan lindos y gruesos, mientras que él sólo puede publicar sus trabajos en revistas. Le agradecería ver en él a un "padre fuerte y brillante" que también fuera capaz de algo así, pero rápidamente rechaza esta idea y la remite al reino de los sueños infantiles. Ante este padre poderoso siente también miedo: cuando abandona prematuramente la sesión, teme que el analista quiera exprimir, arrancar algo de ella, que ella no quiere.

Foco y transferencia 15

El amor impotente hacia padre poderoso y los celos hacia su mujer

La discusión con el analista, la relación transferencial con él, es el tema principal de este período, y todos los demás están relacionados con éste.

El inminente viaje del analista a América, es decir, el problema de ser abandonada y los reproches dominan este período. Además, la relación con el analista ha adquirido una fuerte tonalidad edípica. Para la paciente el analista se vuelve un padre poderoso, pero que sólo quiere hacer algo por los hijos carnales: fantasea con que él mismo arregló la mudanza del Departamento al Kuhberg para poder llevar con mayor facilidad a sus hijos al colegio. Y ella es quien tiene que padecer por ello: debe renunciar a un entorno conocido, viajar a otra parte, aceptar una habitación más incómoda y no tan acogedora y soportar el ruido de construcción. No le presta suficiente atención, del mismo modo que su propio padre nunca la llevó al colegio; ella debió ir siempre completamente sola con su alma.

El analista nunca la abandona el tiempo suficiente como para poder traerle algo nuevo en conocimientos, sabiduría. Cinco semanas le parecen demasiado poco. En realidad quisiera que él, a manera de regalo, le revelara alguna vez sus principios, le diera a conocer su saber, se saliese alguna vez de su rol y quizás también la acariciara alguna vez. Pero, en vez de eso, en un sueño él le arroja locos al cuello que la quieren ahorcar y a los que ella debe matar con un tiro; él está al lado pero se lava las manos como Pilatos mientras ella lucha con las negras pasiones que él le ha arrojado y se escapa a América dejándola sola en la lucha. El analista no le puede brindar tranquilidad interior, de otro modo no seguiría soñando cosas tan horribles; tampoco puede crear una tranquilidad exterior, cuando en una sesión fuertes ruidos provenientes de una obra en construcción irrumpen desde fuera. El pide que cesen de hacer ruido, pero de nada vale.

La relación edípica con el analista se muestra en un fuerte sentimiento de celos con respecto a su mujer. Él viaja con ella a América y le será infiel a su paciente. Está convencida de que su mujer está celosa de ella e intenta influenciar la relación del analista con su mujer, burlarse de ella, criticarla. Si la paciente pudo olvidar durante "años" a la mujer del analista, considerarla inexistente, sin vida, ahora surge muy real y se lleva a su amado padre a América. Ella queda allí como un niño y ni siquiera sabe si él la toma en serio: la trata de "Señorita" y no le dice "Señora"; ella teme hablar hasta matarlo, no poder cumplir con sus expectativas. Sólo le queda imaginárselo sin vida ni rostro, como un cristal blanco detrás de su cabeza, como alguien que nunca pudiera ruborizarse, como sí lo hacen otros analistas o pacientes - él permanece frío, sin vida.

Se siente medida con la vara del "super paciente Moser", quien fuera recompensado con el poder hablar - ella tiene que luchar por cada palabra. Para poder competir se pregunta si no debiera ella también escribir un libro sobre el análisis - así, el analista no debería vulnerar sus principios básicos. Describiría entonces la vida de él como una "imagen super paradisíaca de totalidad y tranquilidad", en la cual para él todo es fácil: puede correr las cortinas y ocuparse intensamente de una persona, también puede simplemente relajarse. Por su parte, ella tiene que luchar con muchos alumnos y padres, casi tiene que dejarse desgarrar, como por los locos en el sueño. En el análisis, él puede determinar la distancia y la dirección, cosa que ella también quisiera hacer.

No quisiera estar recostada en el diván en la frialdad del analista que ha dormido allí su siestita - sólo podrá acercarse a él cuando él esté en América - entonces quisiera mudarse al edificio del Departamento. Quisiera determinar ella misma cuándo termina la sesión, por eso siempre se va unos minutos antes. De esa manera él no la echa y ella obtiene su triunfo privado, y al mismo tiempo la posibilidad de hacer un regalo y dar una alegría al analista. No toleraría pedir más tiempo, le parecería demasiado abusivo, no aguantaría ni cinco minutos que le regalen tiempo. Tampoco ha logrado en el análisis dominar el monstruo de la angustia temporal, la menciona por primera vez en este período, como si esperase de esta manera poder retener al analista, moverlo a que vuelva a ella.

Foco y transferencia 16

Primeras ideas de separación como defensa ante el abandono

La separación provocada por las vacaciones navideñas juega un rol importante en el vínculo. Esta vez la paciente intenta escapar de "los brazos atrapantes y las

redes", quiere ser ella misma "adulta", más suelta e independiente, ir con entusiasmo a las vacaciones navideñas y no estar - como antes - tres días destruida, con el ánimo por el piso. Intenta lograrlo simplemente suspendiendo la última sesión antes de las vacaciones - la madre quiere que su hija la lleve a casa en auto -. El analista le ofrece varios horarios alternativos, de manera que por último tiene que aceptar uno. En la sesión, a las ocho de la mañana, subraya varias veces que está con modorra matinal y que no sirve para nada.

A lo largo de esta sesión recuerda una sesión que el analista le había concedido en un día festivo, en la Parkstraße. Entonces todo le pareció una cita, quería salir a pasear con él. Pero inmediatamente descarta los lindos recuerdos; hoy no quiere salir a pasear. La sesión concluye con la frase: "Hoy realmente me ha perturbado" (pausa) "Le deseo Feliz Navidad!". Confrontada a la breve separación del analista a causa de las vacaciones y quizás para pasar mejor ese tiempo, plantea a modo de prueba el tema de la separación en general y el fin de análisis. Pero al hacerlo trata de establecer la atmósfera de cita, admira al analista que hace casi cuatro años le ayuda a unir los hilos de sus fantasías y siempre vuelve a encontrar el hilo conductor. El le ha ofrecido sus sesiones siempre en forma tan precisa, que ella estuvo y está tentada de suspender alguna. Incluso fantasea con que él se podría enojar si alguna vez no lo hace. También en esta ocasión frustró su esfuerzo al "imponerle" formalmente la sesión. El no acepta sus ideas de separación, lo que la enoja mucho. En este período el analista es "Amo y Señor de la montaña, en el castillo". Ella desea que él alguna vez descienda al pueblo, que comunique su sabiduría no sólo a los "12 niños y algunos estudiantes". Pero él también debería recibir algo del pueblo, así como antes la grosería del pueblo atraía al príncipe.

En este punto se siente superior a él, "Jerónimo en la cueva", ha podido experimentar la dimensión de un mundo de sentimientos diferente, terrenal, y quisiera acercárselo a él como su guía, y en ello acercarse a él. Arriba en el Kuhberg lo siente muy distante, no puede acercarse a él y todavía debe temer que la explote, que la use como un objeto: se imagina que cada vez, al finalizar la sesión, él corre a su escritorio y anota lo que ella nuevamente le confirmó de su teoría científica. Aquí es llamativo el hecho que parece haber olvidado totalmente el grabador.

La separación es simbolizada por el cierre del estacionamiento en el Kuhberg, los 'insiders' pueden acceder a sus plazas libres durante semanas, los 'outsiders' como ella, si no tienen suerte, deben estacionar en lugares fangosos y resbalosos. Para la paciente, este estacionamiento simboliza el poder de los 'insiders', del analista, para el cual ella no es nada, que no depende de ella como ella de él. Incluso tiene miedo de aburrirlo con sus "temas de alcoba"; teme que él

secretamente la descuide, la considere inmadura y mojigata, al igual que su madre que no la entiende y no la puede aceptar así como es.

Luego de las vacaciones se siente muy bien con el analista, en buenas manos, pero por ello también quiere pagarle como corresponde, teme "conseguirlo por un precio más bajo"; por un lado eso significaría haber ascendido a la serie de los "hermanos", por otro lado el no estar obligada a pagarle como corresponde heriría la autoestima de ambos. Pero cuando el analista responde a estas reflexiones, queda estupefacta, se pregunta si él es ambicioso con el dinero y de qué manera puede protegerlo y protegerse contra eso. Por otra parte, se rompe el encantamiento del "príncipe que baja de la montaña". Si ella le puede pagar por sus servicios, ya no es tan peligroso, se torna más objetivo, más real.

Comprende repentinamente la pasada lucha silenciosa del analista contra las exigencias universitarias adicionales hacia sus "hijos". Recuerda su propia indignación sobre ese tutelaje, hoy puede aceptar el comportamiento que él tuvo en aquel entonces.

Foco y transferencia 17

Descubrimiento de su propia capacidad de crítica, reconocimiento de las falencias del analista, nuevo ensayo de despedida.

En este período el analista vuelve a recibir un ramo de flores. Este ramo contiene un fuerte simbolismo: por un lado fue pensado para G.; el analista tiene que servir de suplente. Además el ramo representa una disculpa por los pensamientos despectivos del primo y un profesor de medicina sobre el analista: el primo encuentra al analista complicado en su modo de expresarse, el profesor de medicina considera que todo psicoanalista es un médico mentalmente perturbado. Su pensamiento de que ella misma considera al analista muy complicado y la pregunta de qué pasaría si él realmente fuera un loco que la lleva por un mal camino, es refrenado mediante el ramo de flores. Agradece al analista por haber aprendido a hacer muchas cosas que sin el análisis no hubiera realizado. A ello se puede aferrar, de modo que el suelo no se abra bajo sus pies y no se sienta como la mujer del convento a la que repentinamente alguien le dice, convincente: "Tu amado Dios no existe".

Se siente como sus flores, tiene miedo de que el analista no las cuide adecuadamente, que no les dé suficiente agua y alimento. A pesar de ello, la opinión del primo la ha fortalecido en cierta medida, le ha otorgado una superioridad frente al analista. El analista no conversa con ella en un segundo o

tercer nivel, que para ella es demasiado elevado, sino que es sencillamente complicado, no se expresa con claridad. A través de esta cierta superioridad puede decir cuán importante es para ella el rostro de él, su contacto visual, su sonrisa. Ella misma puede abordar temas que antes temía.

Al final de este período el analista se convierte paulatinamente en un hombre viejo sentado al sol al frente de la casa, que lentamente comienza a echar raíces, pierde importancia como soporte y ya no tiene nada más que decir. La paciente ensaya la despedida y comprueba que todavía no se siente totalmente segura, que quisiera decidir el momento; pese a todo aún necesita del analista.

Foco y transferencia 18

La hija en la mano izquierda - Rivalidad con el primogénito por la madre

En este período el analista corporiza el deseo de la paciente de un padre fuerte, que ayuda y guía: "Siempre deseé un padre así para mí". Quiere averiguar la edad del analista. La paciente desarrolla una "gigantesca rivalidad" frente a la hija del analista, que ante sus ojos adquiere un carácter mágico - místico. Ella es "el ángel del piano", un ser de ensueño fascinante, perturbador y fuerte como la piedra en el escritorio del analista. Tiene una ventaja de inicio, la primogenitura, que los hermanos también tenían con la madre. El analista acompañó a su hija con la mano derecha; para la paciente queda como mucho la izquierda.

Foco y transferencia 19

Odio al analista generoso y comienzo del abandono de esa esperanza

La paciente transfiere a su relación con el analista el rechazo que siente internamente de parte de Peter y el miedo de ser usada, decepcionada y engañada. En el análisis es posible vivenciar con facilidad su odio e impaciencia. Le reprocha al analista no interpretar un sueño con Peter que cuenta en el análisis, no decir claramente qué opina de la relación y qué debe dejar de hacer. Una vez él le dice que en realidad el tiempo trabaja a su favor y otra vez le da pruebas de que ya no tiene más tiempo. Al igual que Peter, él también oculta algo; piensa que él sabe exactamente qué errores ella comete y que no comprende por qué espera tanto y se desmerece. Lo odia, podría matarlo de un tiro.

septiembre 11, 2003

En la sesión siguiente constata que ya no necesita odiar al analista y que por primera vez siente que es justa con él.

Foco y transferencia 20

El arte de amar es soportar amor y odio: la actitud post-ambivalente hacia el analista

La paciente cuenta que está leyendo *Die Kunst des Liebens* de Fromm. A continuación de su frase de que seguramente el analista considera esa lectura muy primitiva, describe cómo vive su situación en el análisis de acuerdo con sus necesidades actuales. Se siente como en un espacio vacío en el que es imposible "satisfacer sus necesidades elementales", en el que sobre todo está prohibido vivir toda clase de corporalidad. En ese clima, su deseo de retener al analista, aferrarse a él y largarse a llorar, se enfría de sólo pensarlo. Compara esto con la relación con el padre, que nunca pudo darle la sensación de protección y solidez.

En casa, antes de la sesión, la paciente ha deseado seducir al analista: simplemente correr las cortinas y desvestirse. Teme que el analista se horrorizaría. Se imagina que él debe ser un "amante perfecto". Internamente lo amenaza si no supera esta prueba. La paciente legitima su deseo pensando que tal vez también sería bueno para el analista comenzar una nueva relación. A pesar de las muchas restricciones, la paciente se siente protegida junto al analista. El tiene "manos cálidas", un "rostro estable, confiable", un "rostro estoy-aquí". Además, ahora puede soportar la idea de que hay otras mujeres que admiran al analista y le regalan flores.

Foco y transferencia 21

Antes de cualquier despedida, sea: la fantasía oral - agresiva de haber consumido al analista

El despedirse y volverse más fuerte también cobra importancia en este vínculo. Sueña que primero debe "embromar" al analista para poder irse, antes de que él note que ella ya ha obtenido las raíces, la capacidad de continuar viviendo sola. Debe buscar su propio camino a través de un árbol hueco - la aceptación de su vagina - para poder escaparse con sus propias raíces. Luego consigue decir "Posiblemente lo aburra esto que cuento, pero es mi tiempo". Al fin de cuentas deja al analista hambriento, flaco, en su montaña, ella se ha vuelto más fuerte. Compara al analista con Dieter; el analista es más considerado, no frío, ni

desprovisto de afecto y comprensión, como se ha dicho en el sueño. El temor de que su forma de despedirse decepcionara al analista - como a sus padres - es reconocido rápidamente como transferencial.

Hacia los "hermanos", que antes o después de ella se recuestan en el diván, ya no siente más celos, no siente más rivalidad. Se alegra si los otros también se sienten bien con el analista y el analista con ellos. El diván precalentado ya no le da repugnancia - puede "nadar a gusto en aguas cálidas", no se siente reprimida. Incluso la arrogancia del "silbador" ya no le molesta más.

Foco y transferencia 22

Sinfonía de despedida: el retorno de muchas angustias y el descubrimiento de muchos cambios

El tema del inminente fin del análisis ocupa todo el último período. La paciente comunica que sigue soñando con retretes. En el análisis quisiera "apestar sola", ya no quiere la asistencia del analista. La paciente reflexiona acerca de cómo quisiera organizar la última sesión - lo mejor sería hacer de ella "un día totalmente normal", venir como siempre, no simplemente suspender la sesión, recostarse como siempre en el diván y no realizar ninguna síntesis. Está convencida de que ahora puede imponer sus ideas acerca de la despedida, que el analista no le impondrá las propias ni la llevará de la correa.

Su novio Dieter le dijo que, como despedida, tomara al analista en sus brazos - en lugar de eso pudo subir las escaleras de su casa con paso ligero, sin angustia. Pese a todos los pensamientos concretos acerca de la despedida, existe también otra idea sobre lo que pasaría después: tres días en la semana sin analista que le resultarían extraños, esto es, el fin de un lugar fijo, una seguridad de la que no quisiera prescindir, de la que quisiera estar segura. Para el analista, la despedida significa una sucesora que ya coloca flores en su escritorio. Ya no será visto a través de los ojos de ella, que le construirá simbólicamente un nuevo hogar, una escalera propia. Tal vez, cuando él no esté más a su disposición en forma concreta, ya no ejerza más influencia sobre ella.

En los pensamientos sobre el fin del análisis se mezclan angustia, celos y odio; debe intentar tornar al analista impotente y carente de influencia sobre ella. Tiene miedo de concluir prematuramente el análisis, como T. Moser, en cuyo libro *Gottesvergiftung* se muestra el miedo de perder un lugar fijo, de estar solo, si bien a veces el analista con su silencio refleja algo como la muerte, envenenado. También surgen celos y odio hacia los afortunados sucesores;

primero los rechaza, después hace caer al analista de su castillo, en el que anteriormente tan bien integrado estaba, y lo fija a una silla, el sillón del analista, atado, abrigado, inmóvil e impotente. Lo mejor sería estrangularlo, no soltarlo nunca más. Debe transformarlo en un hombre viejo e impotente que se queda dormido durante el relato acerca de pechos femeninos.

Sabe que en algún momento el vínculo emocional con el analista se terminará, a pesar de ello intenta conservarlo a través de nuevas cosas: relata por primera vez su miedo a las escaleras empinadas, que nunca había mencionado - la escalera que conduce al analista es especialmente terrible; también dice que no le gusta ni el té ni el café porque no quiere excitarse. Mediante sus intensos sentimientos agresivos la paciente intenta independizarse del analista; ella misma interpreta mucho, también dice que no quiere ni necesita un padre confesor, que puede confortarse sola y "apestar sola". De todas maneras, ella nunca cumplió totalmente con la regla fundamental de decirlo todo. Ahora olvida los sueños que quería recordar para el análisis, pero interpreta los de los otros, lo que significa un nuevo recorte del poder del analista. Quizás dentro de 20 años le construya un monumento o escriba un libro.

Ahora sólo puede comprobar que su carácter no se ha modificado por medio del análisis, no se ha vuelto otra persona ni ninguna santa. Pero la cuestión de los cambios se ha tornado irrelevante, los síndromes no han sido trabajados uno detrás del otro. En realidad el analista nunca fue un padre fuerte para ella, la inunda el odio hacia el Profesor K., que lo impidió. Quisiera tomar al analista en los brazos y protegerlo, pero él tiene a su mujer como apoyo y guía. Al principio ella era un fastidio insuperable para la paciente, luego, una fuerte mujer dominadora del analista, a la que la paciente nunca quiso parecerse. El pensamiento final de la última sesión brinda consuelo ante la separación y la partida: paciente y analista tienen la misma opinión sobre algunas cosas, de tanto en tanto se encontrarán en el pensamiento.

3.6. Los sueños de Amalie

Horst Kächele, Ludovika Tamulionyte & Marianne Eberhardt

Según Eberhardt (1998) en las 217 sesiones transcritas pudieron identificarse 93 sesiones con sueños, con un total de 11 sueños.

Período I, Sesiones 1 a 10

En la séptima sesión la paciente comunica un sueño de abierto contenido sexual. A causa de estos sueños tiene miedo de ser anormal, y quisiera saber qué piensa de ella el terapeuta. Su respuesta reservada la lleva a silenciar un segundo sueño que también tiene contenido sexual. En lugar de ello cae en cavilaciones y autoreproches.

El significado de la velloidad se concretiza en un sueño en el cual la paciente se ofrece sexualmente a un hombre y es rechazada. En este sueño aparece una mujer con el cuerpo enteramente cubierto de vello. No obstante, puede comparar su aspecto con el de una colega gorda y salir bien librada compensando la velloidad con la gordura.

Sus intensos deseos logran irrumpir en sus sueños. Se vivencia como una bella y sensual Madonna rafaelina desflorada por un hombre y a la vez como una madre que amamanta. El sueño fue precedido por el intento de introducir un tampón en la vagina.

Período II, Sesiones 26 a 30

En un sueño (sesión 29) es una muchacha 'au pair' en casa del analista. En una fiesta familiar ella buscaba con desesperación a la mujer del analista. Junto a unas viejas mujeres "resecadas" encuentra a una muchacha joven, muy bella pero distante. Como no puede aceptar a la muchacha como esposa del analista hace de ella su hija. Rivaliza con esta mujer y le envidia su juventud y su belleza. El analista le ordena limpiar el baño, donde no descubre excrementos sino plantas. Se defiende contra esta orden porque la "mugre" en el baño no es suya. Siente que el analista con su conducta le hace hundir la nariz en su propia "mugre" y además le imputa a ella la "mugre" de los otros. La relación con el analista sólo podrá realizarse cuando la "mugre", es decir la velloidad, haya desaparecido. Se siente profundamente ofendida por el analista porque él la

rechaza y le imputa su vello, que ella no puede remediar, e incluso afirma que él es "feliz".

En un sueño la paciente ve cómo su prima da volteretas en un prado junto con un conocido. Envidia a su prima porque ella no sufre molestias, pero a la vez la siente - al contrario de ella misma - ingenua e insensible, sobre todo en lo atinente a las relaciones sexuales.

Período III, Sesiones 51 a 55

En un sueño se confiesa ante su hermano, un médico - monje, acerca de su vida sexual actual, en la cual tiene sensaciones agradables. Aquí admite que le agradecería tener una relación sexual con su hermano.

La contradicción se muestra también en su asociación del sueño con un suceso de sus años escolares: por un lado menciona apenas una palabra sexual vulgar (follar), pero por otro lado informa con orgullo haber dado una buena clase de educación sexual ante un grupo de alumnos.

Período IV, Sesiones 76 a 80

En la interpretación de dos sueños, a los cuales vuelve a referirse en este período, aparecen referencias a los genitales, concretamente a la vagina y el útero.

En el primer sueño sucede que la paciente debe subir una torre muy estrecha que conduce a su casa. Ha tenido este sueño varias veces. Las otras veces debía deslizarse luego hacia su casa a través de una abertura angosta, pero esta vez no lo logra. La torre y la pequeña abertura se interpretan como símbolo de la vagina. Las primeras reacciones de la paciente a esta interpretación son incomprensión y defensa, ya que como mujer no posee la sensación de penetrar en la vagina y no puede ver la vagina y el útero. Más adelante se hace evidente, a través de esta interpretación, su profunda inseguridad acerca de su rol femenino cuando dice que ella es "mitad hombre".

En relación con dicho sueño se acuerda de otro sueño, en el cual su hermano se desliza a través de un cañón de estufa. El pensamiento de que el cañón representa su vagina, de modo que ella tendría relaciones sexuales con su hermano, la confunde y atemoriza.

septiembre 11, 2003

En la sesión 79 informa un sueño en el cual está sentada en el jardín con el analista, su hija de unos ocho años y su propia madre. En el sueño el analista exhibe la reacción a su crítica que ella esperaba y temía. El está molesto y enfadado porque ella ha dicho a su hija "eres un tesoro".

Período V, Sesiones 101 a 105

El problema del cuerpo cobra importancia mediante de un sueño: la paciente está recostada con sus hermanos en un prado, los hermanos son repentinamente niñas y tienen un busto mucho más bonito que el suyo. A través de este sueño nota la importancia que reviste para ella la comparación corporal con otros - incluso con sus alumnas.

A través de una película sobre hombres de baja estatura ahonda en el ser diferente corporalmente, ella también quisiera poder aceptarlo, poder pasar por alto los límites que supuestamente su cuerpo le impone.

Período VI, Sesiones 126 a 130

La inseguridad en su opinión acerca del padre y también el cómo ella desearía que el padre fuese se expresan en un sueño en el cual el padre da una conferencia científica y es alabado por los profesores.

Período VII, Sesiones 151 a 155

En relación con un sueño se abordan el cuerpo y la vellosidad. La paciente sueña que fue asesinada, un hombre la desvistió y le cortó el pelo. No tiene fantasías acerca de este sueño.

Período VIII, Sesiones 177 a 181

El problema de la vellosidad surge con relación a un sueño: dos hombres se quieren casar con ella. De repente está junto a la cama de uno y debe sacarse el sujetador. Trata de aclararle que tiene pelos en lugares donde otras no tienen. Se asusta y despierta. Piensa que la vellosidad constituye su gran problema y se horroriza ante la observación del analista de que ella también podría borrarlos en el sueño. Su conclusión es que él no quiere terminar de entender lo que los pelos significan para ella.

septiembre 11, 2003

Los deseos de aproximación hacia el analista se expresan en numerosos sueños en los que corre tras de él, se vuelve cómplice de un asesinato y limpia su retrete. Manifiesta la fantasía de secuestrar a sus hijos e interrogarlos sobre la familia. Tiene mucho miedo de que él pueda considerarla frígida.

Durante este período la paciente padece sentimientos de angustia indeterminados que sólo puede objetivar en relación con sus pelos. La angustia se expresa de manera particularmente clara en un sueño en el que repentinamente, sobre un suelo oscilante, pende al borde de un abismo.

Período IX, Sesiones 202 a 206

Sin sueños

Período X, Sesiones 221 a 225

La paciente habla de un sueño que ha tenido. Recuerda que soñó en forma muy plástica algo con sus pelos, pero el sueño fue reprimido por el fastidio que sentía.

Los temas castración y angustia de daño, y el ser desvirgada se recorren en este período de tratamiento. Sueña con un accidente de auto: su auto es arrollado por un camión gigante sin que ella pueda defenderse. A continuación tiene un accidente real: un hombre mayor daña la delantera de su auto. Cuenta que vio exactamente cómo penetró en su auto con su grueso metal, rompiendo toda "la delantera". El otro auto no se dañó, sólo ella misma. Se siente culpable por haber querido este accidente y a posteriori lo siente totalmente sexual, como si el hombre la hubiera desvirgado con un enorme falo metálico. El otro aspecto de este accidente, el ser castrada (ser dañada adelante) surge en el sueño siguiente: el auto es destrozado por todos lados por muchos hombres (!). Luego dicta a esos hombres sus condiciones de restitución del daño. Cuando dice "Y también deben otorgarme una declaración de cesión absoluta", surge una risa estruendosa: "¡Puedes decir lo que quieras, tonta!". Los hombres no quieren cederle el pene a cambio del hecho de que ella (el auto) ha sido "igualada por delante y por detrás", esto es, castrada.

En el sueño en que varios hombres dañan a su auto, también la atropella una mujer. En compensación le quita a esta mujer una casa de muñecas. No vuelve a mencionar a esta mujer en sus asociaciones. Quizás la casa de muñecas es un

símbolo de niños, que la paciente fantasea como confirmación de su feminidad, como compensación por la castración. En el sueño la mujer le disputa la casa de muñecas; nuevamente se queda con las manos vacías.

Período XI, Sesiones 251 a 255

Un sueño deja en claro que la paciente espera del análisis una liberación de su timidez corporal: ve a una mujer que después del análisis ha sido liberada y es feliz, sensación que expresa bailando. Además, en el baile se manifiesta para la paciente la necesidad de ser mirada y admirada por otros.

La paciente ve en un sueño cómo un hombre mata de un tiro a una mujer; la escena tiene lugar en su casa, también ella debe luchar con el asesino y grita pidiendo ayuda a su padre. La paciente asocia con películas en que violan a mujeres; allí describe cómo puede vivir intensamente las sensaciones del hombre y también de la mujer. En el rol masoquista de la mujer la paciente siente la violación como "juego" sexual, contra el cual la mujer sólo aparenta defenderse, porque para ella misma posee un carácter erótico y placentero. Del rol sádico del hombre le impresiona la fuerza y la seguridad, y especialmente que esos hombres carecen del sentimiento de vergüenza.

La paciente se ve a sí misma como 'voyeur'. Le resulta molesto estar allí oculta, aprovechar de la situación sin que los participantes lo quieran. El hecho de tener observadores en el acto sexual tiene algo estimulante y al mismo tiempo algo intranquilizador para la paciente.

Período XII, Sesiones 282 a 286

En un sueño, la madre se come su peluca, con lo cual la madre también queda desprotegida. En este sueño la paciente tiene puesta una amplia falda roja. Recuerda que alguna vez la madre tuvo una falda así y que la llevaba puesta mientras estaba embarazada - es decir que la protección había fracasado. Ahora describe esa falda como ordinaria (la asocia con la representación "gente mundana"). Se avergüenza de la gente mundana y de la idea de ser relacionada con ella: así, tuvo mucho cuidado de que ningún conocido la viera en la calle Schülin cuando asistió a una primera entrevista como trabajadora social, porque en esa calle había habido un burdel. Se alegró de que ninguno de sus alumnos viviese cerca y la hubiese podido ver.

En otros dos sueños la ocupa el tema vello - sexualidad. Sueña que no hay que tocarse las partes donde hay pelo (allí seguramente entran en juego sus sentimientos de culpa por el onanismo - referencia al vello vergonzoso). Pero un hombre sí podía tocarla, él también "tenía un defecto", una debilidad, y en realidad no podía hacerle nada. En otro sueño se evidencia de qué defecto podría tratarse; en él, una mujer vieja y arrugada (por lo tanto con un defecto también) está junto a un hombre joven, pero que no puede penetrarla. En este sueño desarrolla una intensa angustia de que ella también podría volverse así, vieja y arrugada, sin haberse acostado nunca con un hombre. La perturba mucho su gran defecto, el vello, que sólo le permite contacto con "hombres defectuosos", es decir, contactos en los cuales la sexualidad está excluida. En lo sexual se queda con las ganas, ésta es la otra cara de su ambivalencia en este período.

Período XIII, Sesiones 300 a 304

En la discusión acerca de su resolución de buscar una pareja por medio de un anuncio en el diario, la paciente trata el tema de su cuerpo. Sueña que sus hermanos dicen que ha mentado porque en el anuncio no mencionó su hirsutismo. La paciente dice acerca de su vello: "Algunas veces me molesta, otras me encuentro bastante aceptable". Esto muestra que en la paciente existe un sentimiento positivo de autoestima en relación con el cuerpo, pero que la vello todavía puede quebrantar esta autoestima.

Período XIV, Sesiones 326 a 330

Sólo aparecen breves comentarios sobre el tema. La paciente sueña con un hombre brutal, calvo, que quiere tener relaciones sexuales con ella. Antes de que ella haya desvestido, él se acerca y le dice: "no combinamos". Este rechazo, esta "verdad desnuda" (calva) le resulta insoportable. La perturba mucho la contraposición 'calva - pelos propios', él le da asco. No saca conclusiones relativas a en qué medida esto tiene que ver con su propia vello.

La sexualidad sólo aparece en un sueño (ver Vello), en el cual es rechazada cuando tiene deseos sexuales, rechazada sin una verdadera razón: "Ni siquiera probó si combinábamos". Este rechazo la hiere en lo más profundo, luego se acuerda de que en realidad ese hombre le resultaba asqueroso, que no lo toleraba.

Sueña que secuestran a un niño y éste para en su casa junto con el secuestrador; aquí también experimenta sentimientos de culpa y angustia.

Período XV, Sesiones 351 a 355

La paciente sigue padeciendo angustia de contacto, que se manifiesta en un sueño: se espanta ante el hecho de mostrar sus pelos, de dejarse tocar, se avergüenza mucho y tiene intensos sentimientos de inferioridad cuando una amiga de la madre quiere acariciarla en la realidad.

Al comienzo de la terapia sintió a menudo que era desnudada por sí misma, se acercaba a sí misma como una segunda persona y se contemplaba como si llevara ropa transparente; se asustaba de su propio aspecto. Entretanto puede soñarse en un camisón transparente y encontrarse atractiva, no le molesta estar junto a un hombre en el sueño, ensaya a través del sueño la posibilidad de tener un cuerpo atractivo.

Un viaje del analista a América es elaborado en sueño de la siguiente manera: él le arroja locos al cuello que la quieren ahorcar y a los que ella debe matar con un tiro; él está al lado pero se lava las manos como Pilatos mientras ella lucha con las negras pasiones que él le ha arrojado y se escapa a América dejándola sola en la lucha.

En un sueño se ve más positivamente, comienza a aceptar su cuerpo.

Período XVI, Sesiones 376 a 380

En un sueño aparece una colega de la cual fue consejera hace un tiempo y con la que se llevaba muy bien. La madre de esta colega tenía algo en contra de esa relación. En el sueño la paciente cuelga en la casa - sin terminar - de esa madre sus propios cuadros, que a ella le agradan. Luego viene la madre, los arranca y pinta sus propios cuadros en la pared, y dice "Esta es mi casa, mi habitación y aquí van mis cuadros". Ya en vigilia, esa mujer aparece largo rato como una pesadilla oprimente, su armonía ha sido nuevamente perturbada.

Período XVII, Sesiones 401 a 404 & 406

Sin sueños

Período XVIII, Sesiones 421 a 425

septiembre 11, 2003

Sin sueños

Período XIX, Sesiones 444 a 449

En un primer momento, la paciente oculta a la madre su relación con Peter.

Sueña que dos veces toma el tren y no vuelve más a la casa. La tercera vez volvió pero no se atrevió a llamar, sino que arrojó piedras a la ventana. Le pidió a la madre que viajara con ella porque un hombre había sido asesinado de un tiro. En el camino la madre se hundió en un techo. La paciente interpreta el sueño como que ella fue "perforada" por un hombre y que a los ojos de la madre se volvió puta. La madre siempre le advirtió sobre el peligro de "arrojarse" sobre un hombre y opina que generalmente los hombres sólo usan a las mujeres.

La paciente transfiere a su relación con el analista el rechazo que siente internamente de parte de Peter y el miedo de ser usada, decepcionada y engañada. En el análisis es posible vivenciar con facilidad su odio e impaciencia. Le reprocha al analista no interpretar un sueño con Peter que cuenta en el análisis, no decir claramente qué opina de la relación y qué debe dejar de hacer.

Período XX, Sesiones 476 a 480

Sin sueños

Período XXI, Sesiones 502 a 506

Sueña que sus pelos se vuelven raíces, se siente como una gruesa raíz con hilos que enredan y retienen a Dieter en un seto: ella posee una red de sostén, lo cual es un sentimiento agradable. Ahora acepta su velloidad, ya no la siente como una perturbación.

El despedirse y volverse más fuerte también cobra importancia en este vínculo. Sueña que primero debe "embromar" al analista para poder irse, antes de que él note que ella ya ha obtenido las raíces, la capacidad de continuar viviendo sola. Debe buscar su propio camino a través de un árbol hueco - la aceptación de su vagina - para poder escaparse con sus propias raíces. Luego consigue decir "Posiblemente lo aburra esto que cuento, pero es mi tiempo". Al fin de cuentas deja al analista hambriento, flaco, en su montaña, ella se ha vuelto más fuerte.

septiembre 11, 2003

Compara al analista con Dieter; el analista es más considerado, no frío, ni desprovisto de afecto y comprensión, como se ha dicho en el sueño.

Período XXII, Sesiones 510 a 517

En un sueño, la paciente ve a una mujer en el circo, que con una blusa abierta que deja ver un hermoso pecho, pedaleando en el agua, salpica repentinamente en todas direcciones.

La paciente comunica que sigue soñando con retretes. En el análisis quisiera "apestar sola", ya no quiere la asistencia del analista.

Mediante sus intensos sentimientos agresivos la paciente intenta independizarse del analista; ella misma interpreta mucho, también dice que no quiere ni necesita un padre confesor, que puede confortarse sola y "apestar sola". De todas maneras, ella nunca cumplió totalmente con la regla fundamental de decirlo todo. Ahora olvida los sueños que quería recordar para el análisis, pero interpreta los de los otros, lo que significa un nuevo recorte del poder del analista. Quizás dentro de 20 años le construya un monumento o escriba un libro.

3.7. El psicoanalista como Yo auxiliar y como „representante“ en el diálogo terapéutico⁴⁷

Helmut Thomä

3.7.1 Introduction

Actualmente es preciso considerar los problemas técnicos de los tratamientos desde el punto de vista de la construcción de un vínculo contenedor. Tradicionalmente, los psicoanalistas no estaban muy empapados en este aspecto de la terapia porque se consideraba que debían comprenderlo por sí mismos pero con frecuencia no lo entendían. Con excepciones - entre las que sobresale el aporte de J. Klauber a un trabajo de Strachey - se le prestó poca atención a la relación de la interpretación con su aspecto no interpretativo del vínculo y otros componentes del tratamiento. Strachey les brindó a estos otros componentes tales como la sugestión, el tranquilizar, la catarsis, etc. un lugar importante como parte del tratamiento., tal como se desprende de la crítica citada en la presentación de H. Rosenfeld (1972) sobre la depuración de la técnica en la cual estos componentes paulatinamente recibieron un significado cada vez más secundario, en especial entre los adeptos de M. Klein.

La interpretación mutativa parece tener un efecto especial cuando se aplica de manera tal que refuerza el vínculo de trabajo como *Yo auxiliar*, es decir cuando refuerza la *identificación* del paciente con el psicoanalista. Este aspecto esencial del proceso terapéutico, que lleva a una interrupción del *circulus vitiosus* neurótico, no debería ser transmitido silenciosamente en la técnica del tratamiento. Mi señalamiento crítico representa un intento de corrección. En principio, a consecuencia de la gran influencia del aporte original de Strachey, se llegó a una nueva forma de „fanatismo interpretativo“ que Rank y Ferenczi criticaron (1925). Ambos autores se refirieron esencialmente a interpretaciones reconstructivas no transferenciales que omitían la parte emocional en el aquí y el ahora y que eran dadas sin obtener un resultado terapéutico. Strachey se ocupó profundamente de este ineficaz „fanatismo interpretativo“ y señaló que era imprescindible lo emocional en su interpretación mutativa como interpretación

⁴⁷de Thomä H (1981) Sobre la identificación del paciente con el psicoanalista y sus funciones. En: Thomä (Editor) Escritos para la práctica del psicoanálisis: Del psicoanalista espejo al psicoanalista activo. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pg.118-149; traducido par Carlos Weissmann (Buenos Aires)

transferencial en el punto decisivo de la urgencia. Al mismo tiempo observó que la mayoría de nuestras interpretaciones se juegan fuera de la transferencia (pg. 514) y por esta razón se desarrolló en la escuela de M. Klein un nuevo „fanatismo interpretativo“ que con su contenido sistémico inmanente - pero ahora referido a la „transferencia“- no puede ser discutido. Dado que al igual que Strachey, yo mismo veo en la interpretación mutativa un „arma maravillosa“ (pg. 499) me encuentro ante la realidad de que un „fanatismo interpretativo transferencial“ limita tanto la efectividad terapéutica como su posibilidad de reconocimiento. Según mi parecer, estas limitaciones están fundamentadas en que las interpretaciones transferenciales puras - por su naturaleza - están orientadas hacia el pasado y contienen la actualidad y el futuro sólo de manera indirecta. Por ello, la construcción de un vínculo de trabajo referido a la actualidad y al futuro se ve dificultada. Aquí colaboran esencialmente aquellos fundamentos a partir de los cuales el psicoanalista interpreta por fuera de la transferencia: su saber y disposición que, en el sentido de Strachey, se van desarrollando paso a paso, intermediando y poniendo a disposición del paciente su examen crítico y las eventuales consecuencias.

El psicoanalista cumple aquí una tarea humana, que no se puede reducir a madre o padre en un modo sexual específico. P. Heimann describió esta función como supletoria del Yo (Yo auxiliar) y la llevó a la vivencia histórica con la madre, describiéndola como „función materna“. Por el peligro de explicación reduccionista que implica, no quisiera declarar como maternal la función de complementación – o de Yo auxiliar- y quiero asumir solamente la característica de la *función* que especifica lo central: „El Yo auxiliar brinda al niño (al paciente, refiere H. Thomä) conceptos que el mismo no posee. La madre (el analista, refiere) enseña al niño (el paciente) nuevos conceptos, nuevos pensamientos y de esa manera lo lleva al camino del progreso“ (1978, pg. 228). Considerando este punto de vista, la función del psicoanalista consiste sobre todo en intermediar una nueva visión para poder nombrar diferentes cosas y relaciones y también interpretaciones transferenciales que adquieren su anclaje en el contexto de la relación. En este contexto también parece que se soluciona aquello que J. Klauber señaló especialmente, es decir, la denominada libidinización o catectización de las interpretaciones. Por la especial valoración de aquello que dice el psicoanalista, se pueden producir mejorías por amor al mismo, que aparentemente pueden ser adscriptas a lo que se dijo, aun cuando la modificación podría ser independiente del contenido interpretativo.

Klauber caracteriza la interpretación como una satisfacción sustitutiva: „En vez de obtener una satisfacción sexual directa, el paciente se conformó con una formulación intelectual“ (pg. 390). La primera cualidad del proceso analítico en general y de la interpretación en particular, radica en despertar una añoranza sexual. La posibilidad de una cura exitosa es equiparada a nivel inconsciente con satisfacción sexual y con la promesa de que la añoranza sexual finalmente será satisfecha. Es por ello que la interpretación se vuelve objeto sexual y cuando el paciente la libidiniza (lo que hace con frecuencia) reacciona adecuadamente a ello. Esta libidinización o carga de la interpretación conduce correctamente a la suposición de que en análisis exitosos es preciso llegar a una fijación de carga o a un desplazamiento de carga con libido neutralizada. Sobre esta carga de la interpretación también se produce un desplazamiento del interés fuera del analista: el rol de estimulación sexual que juega la interpretación, le abre al paciente el camino para introyectar la función analítica y no la persona; por otra parte el analista se puede entusiasmar más por la relación con su trabajo que con el paciente aislado. Klauber explica este proceso de carga y retiro de carga, es decir, libidinización y neutralización, como el *modus operandi* de un análisis exitoso. El retiro de carga de la persona del analista es particularmente difícil para el paciente.

Aquí quisiera plantear dos preguntas: ¿Es inevitable que aparezcan estas complicaciones? Y ¿es sostenible la explicación que da Klauber? Me parece que ambas preguntas están relacionadas en la medida en que las explicaciones dadas a los fenómenos observados en parte también los determinan. Sin duda, Klauber describe problemas que ningún psicoanalista ignora. En los hechos era inevitable que la sexualidad tomara posesión de la palabra. Pero esta suposición libidinal es cuestionable frente a la explicación de autonomía del pensamiento de la psicología del Yo. Queda reflexionar la alternativa sobre en qué medida el hablar sobre sexualidad y sensualidad, es decir, sobre los temas interhumanos dependientes que constituyen el pan cotidiano del psicoanalista, sirve a la satisfacción sustitutiva en un especial sentido de la situación (como „amor de transferencia“)...

En esta descripción no recurrí a hipótesis económico – pulsionales que están contenidas en la libidinización. Sólo en esas hipótesis me parece que subyace la aparente irremediabilidad, lo que también entraña considerar a las

interpretaciones como satisfacción sustitutiva. Las complicadas hipótesis sobre la traslación de cargas y neutralización también derivan del punto de vista económico. Hartmann, Kris y Loewenstein (1949) trataron de salvarlas cuando también hicieron objeto del arte interpretativo psicoanalítico la autonomía primaria del pensar y del hablar como fundamento racional. Estos autores derivan la autonomía a través de una complicada metáfora económico - pulsional y una pseudo explicación. ¿Qué resulta de estas reflexiones para la comprensión del fenómeno descripto? Y ¿qué interpretación alternativa hay que observar?.

Propongo buscar la alternativa en el contexto de la construcción del vínculo entre paciente y analista. En el caso concreto es entonces totalmente natural que el hablar sobre temas sexuales y las correspondientes interpretaciones transferenciales para el paciente se vuelvan „satisfacción sustitutiva“, ya que el hecho de hablar tiene *eo ipso* una relación con el acto tanto en el psicoanálisis como en la teoría del lenguaje. De esa manera también se puede apartar o sustituir la presentación escénica real. En la jerga profesional no sería problemático hablar simplemente de una libidinización si con ello no se relacionase un concepto definido de realidad económico - pulsional. Sostendría una explicación energético - biológica aparentemente plausible para la „satisfacción sustitutiva“. Si nos conformamos con esta explicación, perdemos la oportunidad de brindar un interés mayor al hablar y a su función en el contexto de la situación analítica. Por ello en la siguiente presentación será central el intercambio de ideas y su fundamentación en el diálogo psicoanalítico.

3.7.2 Recortes ejemplificadores de un tratamiento psicoanalítico

Como punto de partida mencionamos que los contenidos afectivo – cognitivos regulan el intercambio verbal dentro de la polaridad de transferencia y vínculo. La relación de interpretaciones transferenciales y no transferenciales, de contención y sugestión tienen influencia sobre qué significado contiene el medio comunicacional verbal.

Este punto de vista general lo quisiera circunscribir casuísticamente a metas especiales: se eligieron dos recortes de tratamiento, cada uno de cinco sesiones del primer tercio de un análisis; entre los recortes de tratamiento hay aproximadamente cincuenta sesiones. Para posibilitar la comprensión de estos breves episodios, brindo un esquema psicodinámico de la sintomatología, de la que surgen observaciones para la constitución de la situación terapéutica. Ambos recortes de cinco sesiones del tratamiento fueron extraídos del diálogo y señalan puntos temáticos centrales que son resumidos. Pese a la distancia temporal, ambos diálogos están relacionados dado que en ambas charlas se trata de posibilitar al paciente nuevas identificaciones a través del análisis de la transferencia. En el primer ejemplo, la „cabeza“ del analista se vuelve representante de viejos „objetos“ inconscientes y su contenido se convierte en representante de nuevas posibilidades. Se tiende a un distanciamiento por la presentación en el „objeto“, que simultáneamente es auto - representación y porque el analista pone su cabeza a disposición, pero al mismo tiempo la conserva. De este modo se convierte en ejemplo de cercanía y distancia. Es interesante observar la relación con el segundo recorte en el que se hace aún más claro qué resultado terapéutico puede surgir del insight de la interdependencia entre percepción y pensamiento proveniente del analista relativa a la continua mirada sobre su cabeza como tal.

La particular realidad de la situación psicoanalítica se constituye a través de muchos componentes: Mi disposición a brindar a la paciente la oportunidad de echar una mirada en mi pensamiento referido a ella, lleva a una modificación persistente de la comunicación entre nosotros. En ello no se puede decidir qué rol jugó la simultáneamente necesaria contención tranquilizadora de la cual brindé fundamentada información médica a la paciente.

Los recortes de tratamiento a partir de los que quiero aclarar y demostrar los temas presentados provienen del comienzo del análisis de una mujer de 35 años

concluido hace ya mucho tiempo. La finalización exitosa del tratamiento fue probada por medio de catamnesis, en la que modificación y curación fueron equivalentes y por otra parte, mediante la comparación entre comienzo y finalización de la terapia y examen posterior que son significativos en todas las dimensiones esenciales de la situación actual. Al momento de la catamnesis la paciente estaba libre de padecimientos en lo que a síntomas se refiere, al igual que al momento de la finalización del tratamiento. En el manejo de su vida la Sra. E. se siente libre de toda inhibición neurótica previa. Pudo resolver por sí misma los problemas que surgieron en su estrecha relación con un hombre difícil y complicado. Por otra parte, en su actividad profesional pudo recurrir a un comportamiento de solución de problemas con los que se había identificado durante el transcurso del tratamiento. Esta capacidad de identificación con esa función, que en primer lugar asumió representativamente el analista es, tal como señalaron Pfeffer (1963) y Schlessinger y Robbins (1974), un hallazgo positivo en exámenes posteriores en la medida en que estén correlacionados a nivel de los síntomas, las vivencias y el comportamiento. Por eso me parece indispensable realizar „mediciones de modificación“ sobre una base mayor, como sucedió en este caso y que será publicado en otra parte (H. Thomä, 1981a).

La paciente se entregó al psicoanálisis porque en los últimos años las severas limitaciones de su autoestima habían alcanzado un grado altamente depresivo. Desde su pubertad todo su desarrollo vital y su posición social como mujer estaban bajo el efecto gravitante de una „estigmatización“ viril no corregible y con la cual la Sra. E trató infructuosamente de conformarse. Aun cuando para afuera el estigma era borrable, la ayuda cosmética y otras „técnicas para la corrección de la percepción del defecto“ en el sentido de Goffman (1967) no servían para elevar su autoestima y su extrema inseguridad social. A través de un típico *Circulus vitiosus* se reforzaban mutuamente la estigmatización y los síntomas premórbidos previos: escrúpulos neurótico - obsesivos y síntomas de neurosis de angustia multiforme dificultaban las relaciones personales y operaban de modo tal que la paciente no podía establecer una relación amistosa con el otro sexo. Tomé en tratamiento a esta paciente profesionalmente capaz, culta, soltera y a pesar de su estigmatización viril, por demás femenina, porque estaba bastante seguro y esperanzado de que el contenido del significado de la estigmatización se podría modificar sustancialmente. Hablando en general partí de que el cuerpo no es nuestro destino, sino que se puede transformar en nuestro

destino de acuerdo a lo que haga la disposición de nuestro significativo otro y nosotros mismos de nuestro cuerpo. La tesis de Freud parafraseando palabras de Napoleón: „la anatomía es nuestro destino“ (S. Freud, 1910h, pg. 90), en el fondo fue limitada por el psicoanálisis y su mirada en la psicogénesis de la identidad sexual (ver H. Lichtenstein, 1961). En base a mi conocimiento teórico previo y a mi experiencia con problemas semejantes, pude hacer los siguientes supuestos: una estigmatización viril refuerza el deseo de pene, es decir, problemas de envidia del pene reactivan conflictos edípicos. Si se cumpliera el deseo de ser un hombre, el problemático esquema corporal de la paciente se vería libre de contradicciones. La pregunta ¿soy hombre o mujer? hallaría su respuesta y quedaría superada la inseguridad identificatoria que su estigmatización constantemente reforzaba: la propia imagen y su realidad corporal estarían en consonancia. Pero la fantasía inconsciente no se puede sostener en vista de la realidad corporal: un estigma viril no hace un hombre de una mujer. Soluciones regresivas de llegar a una identificación con la madre a pesar de la estigmatización masculina reviven viejos conflictos madre - hija y llevan a múltiples procesos defensivos. Todo curso afectivo y cognitivo está impregnado de profunda ambivalencia y ambigüedad de manera que por ejemplo, cuando la paciente sale de compras tiene dificultades para decidirse entre diferentes colores porque se relacionan con una cualidad „masculina“ o „femenina“.

En estos casos me parece que en el manejo de la situación psicoanalítica deben tenerse en cuenta estos problemas más que en otros casos promedio para que no se refuerce demasiado la sensación de ser diferente por la asimetría del vínculo. Porque el tema de no poder ser como los otros, es decir la pregunta por la similitud y la diferencia, de identidad y falta de identidad, brindan el marco general en el cual se presentan los problemas inconscientes. Relativamente rápido se estableció un buen vínculo de trabajo a pesar de las graves perturbaciones de la autoestima y la estima objetal. Con ello se estableció el requisito para reconocer la internalización de viejas representaciones objetales en el desarrollo de la neurosis de transferencia. Se observa la corrección en la modificación de la autoestima, en el incremento de autosuficiencia y la desaparición de los síntomas.

3.7.3 Síntesis del recorte de las cinco sesiones

La paciente padece por fuertes sentimientos de culpa que se han actualizado en la relación con el analista. La bíblica ley del Talión „Ojo por ojo, diente por diente“ se refuerza en su vivencia por sus deseos sexuales neurótico - transferenciales. El ejemplo vital histórico para el contenido de la neurosis transferencial es una fantaseada relación incestuosa con el hermano. El incremento de la tensión interna produce que la paciente cargue con el pensamiento renovado de ofrecer su vida a la iglesia en la misión o de suicidarse (en su juventud quiso ser enfermera confesional, pero luego de un período de prueba abandonó, porque el rigor piadoso se le hizo insoportable. Con su exclusión también logró una distancia con el rígido mandato bíblico). Ahora trae la „vieja“ Biblia al campo terapéutico contra el psicoanalista, con el que se encuentra en lucha hasta el cuchillo. Esta lucha se desarrolla a distintos niveles para los cuales la paciente establece una serie de semejanzas. Tiene la sensación de que el „dogma“ del analista, la „Biblia Freud“, no es compatible con su Biblia cristiana. Sin embargo, la relación sexual con el analista está prohibida en ambas Biblias. Lucha por su independencia y sus necesidades y las defiende frente a ambas Biblias. La paciente desarrolla una fuerte resistencia contra las interpretaciones del analista y tiene la sensación de que el analista sabe de antemano de qué se trata, se siente atrapada y desvalorizada con sus rodeos y distracciones. La paciente desea intensamente significar algo para el analista y vivir en él. Piensa regalarle un viejo reloj que en él sería lindo y maravilloso y marcaría cada hora para él.

Un tema que adquiere especial significado en este recorte es el mencionado interés por mi cabeza. ¿Qué surgió para que la paciente pensara en medir mi cabeza?. No es esperable que se trate de la medida para mi sombrero. ¿Pero, de qué se trata?. La Sra. E dice que pensó mucho tiempo en alguna relación semejante y que buscaba una confirmación de aquello que ya estaba en libros, en mis pensamientos, en mi cabeza. Deseaba que surgiera algo totalmente nuevo. Ella misma buscaba interpretaciones y procuraba comprender mis pensamientos. Cree que la cabeza, comparada con cualquier otro sitio, es el lugar más cercano para localizar los pensamientos. ¿Pero quién sabe lo que realmente busca la paciente?. No quisiéramos escuchar respuestas complicadas a esta pregunta y por ello me dirigí en principio a mi experiencia inmediata y desarrollé en el

septiembre 11, 2003

transcurso del intercambio de ideas con la paciente el contenido significativo de la „cabeza". Elegí el presente ejemplo casuístico porque en diversos sentidos me pareció adecuado para aprovechar mi argumentación. Mi cabeza también toma un significado sexual por procesos de desplazamiento inconsciente, pero este desplazamiento no modifica el primado de la pensada comunicación entre la paciente conmigo sobre lo que se busca como oculto en el interior de mi cabeza. La búsqueda de reconocimiento se dirige a la sexualidad. Este secreto y bien protegido tesoro es supuesto por el desplazamiento inconsciente a la cabeza (como „objeto transferencial“). El redescubrimiento del „desplazamiento“ promueve algo que para la paciente es „nuevo“.

3.7.4 Un diálogo psicoanalítico con comentario - Consideraciones a la forma de presentación

Nuevamente hago el intento de acercarme a la mostración natural de un intercambio psicoanalítico, aun cuando este intento se asemeja a la cuadratura del círculo. En comparación a nuestros anteriores esfuerzos, que se pueden encontrar en el capítulo 6, creo poder hablar acá de una mejora en el sentido que:

- 1) Las manifestaciones del paciente y del analista están aún más exactamente protocolizadas, de manera que son más fieles a lo dicho originalmente.
- 2) Las reflexiones del psicoanalista que constituyen la retaguardia de sus interpretaciones se comunican más detalladamente que antes y se presentan como „comentario acompañante“ junto a lo brevemente dicho. Este „comentario“ fue agregado luego de la interpretación expuesta y de la reacción del paciente a la misma. Es claro que no sólo estas reflexiones llevaron a que surgiera de mí la interpretación. Con el „comentario acompañante“ de ninguna manera tengo la intención de buscar el *surgimiento* de la interpretación en mí ni la búsqueda de su camino en sensaciones situacionales propias en el paciente, introspecciones, etc. - en el sentido de Arlow (1979)-. dado que a las interpretaciones que hayan surgido se las debe dotar de criterios cognitivos en la medida en que verdaderamente fueron comunicadas al paciente, tal como postula Arlow. Comento el fundamento „cognitivo“ y „racional“ de mi „producto final“, mi interpretación, y no tomo en cuenta el proceso de surgimiento y sus componentes irracionales que yacen en el inconsciente. De esta forma mi pensamiento analítico queda abierto donde comenzó. Si partimos de que el aparato perceptual del analista es manejado por su conocimiento teórico vuelto preconsciente, es muy difícil seguir el proceso de surgimiento de interpretaciones a un „comienzo“. Es así como -por ejemplo- el conocimiento teórico sobre „desplazamiento“ y también la percepción preconsciente atraviesan su intuición y se mezclan con la contratransferencia (en sentido amplio).

Puesto que el „comentario acompañante“ está orientado al „producto final“ establecido, es decir a la interpretación realmente dada, y a la manifestación posterior del paciente, surgen una serie de „acontecimientos“ interdependientes o sucesivos. Puesto que el „comentario acompañante“ se refiere a la „medida“

septiembre 11, 2003

fijada y conocida, es decir al intercambio verbal, su „espacio de juego“ es limitado.

3) huelga recordar que „la letra mata, pero el espíritu revive“: la palabra escrita sólo puede reproducir un pálido reflejo de lo vivenciado que es lo que caracteriza la relación entre paciente y analista.

Por la necesaria síntesis en algunos lugares he resumido el diálogo; por lo demás se brinda en algunos párrafos una reproducción casi textual que se señala con comillas.

Diálogo psicoanalítico

Comentario acompañante

La paciente se manifiesta contra su severo jefe, quien la criticó injustamente y ante quien no pudo responder.

A: Ud. supone que estoy sentado detrás suyo y digo „mal, mal“.

P: A veces tengo la sensación de precipitarme sobre Ud. lo agarro del cuello y lo sostengo firmemente. Luego pienso que no lo logra y repentinamente cae muerto.

A: No lo aguanto.

Este tema, en el cual la paciente en general trae su preocupación de sobreexigirme de manera que no soporto la lucha corporal es variado.

A: Ya es una lucha hasta el cuchillo.

P: Posiblemente.

Ante esto presenta reflexiones de que en otros años, antes de que llegara verdaderamente a la lucha, siempre abandonaba prematuramente y se retiraba.

P: Yo tampoco dudé de que lo correcto fuera retraerme. Luego de tanto tiempo se me impone nuevamente abandonar.

Interpretación transferencial

Suposición: P. Me adscribe „funciones superyoicas“. Esta interpretación la libera y le da valor para incorporarse (la paciente hace mucho que reconoció que soy distinto y no la critico, pero está 1. Insegura y 2. No lo debe creer porque aún tiene fuertes agresiones inconscientes contra viejos objetos.

Supongo fuertes sentimientos transferenciales y parto de la idea de que tanto la paciente como yo podemos soportar un incremento de tensión. Repito su preocupación de que no lo soportaría y formulo finalmente, „ya es una lucha hasta el cuchillo“ (esta interpretación deja abierto quien tiene el cuchillo). Con el reflejo al simbolismo fálico tengo en mente una estimulación de los deseos inconscientes.

Dosis demasiado fuerte!

La paciente reacciona con una retracción.

Suposición:

Autocastigo

A: En vez de la lucha hasta el cuchillo, retracción y autosacrificio al servicio de la misión.

P: Exactamente, poniéndome nerviosa.

A: Con lo cual estaría asegurado que quedo vivo. Por eso interrumpió mi prueba antes de tiempo.

Aún se trata de lo que aguanto, si me dejo arrastrar en su „delirio“. En otro contexto la paciente compara con un árbol y si podía llevarse algo y que... Vuelvo a esta imagen y pregunto qué se quiere llevar al romper las ramas.

P: Es su cuello, su cabeza. Con esa cabeza la tengo a menudo.

A: ¿Queda puesta?
¿Frecuentemente tiene pensamientos con mi cabeza?

P: Sí, sí, muy frecuente. De entrada lo mido en todas las direcciones.

A: Hm, es -

P: Es de lo más peculiar, de atrás a adelante y desde abajo. Creo que llevo a cabo todo un culto con su cabeza. Es demasiado cómico. En otras personas más bien veo lo que tienen puesto, increíble, sin que lo diseque.

(El tema se extiende por un largo período con algunas pausas e interjecciones (hum...) del analista)

P: Simplemente estoy desbordada. A veces me pregunto después por qué no vi una relación tan sencilla.

Aún es demasiado grande el temor a la pérdida de objeto.

Arbol del conocimiento - Agresión

Establecer comunidad como primera identificación

Su cabeza me interesa muchísimo, naturalmente también lo que hay adentro.

P: (trae un nuevo pensamiento) No sólo llevarme, quisiera entrar en esa cabeza, sobre todo introducirme.

La paciente habla en voz baja, de manera que en un principio no entendí y debo preguntar. La paciente lo aclara y trae una imagen particular. Sí, esto se dice difícilmente ante cien ojos.

P: Introducirse, se trata de introducirse y sacar.

A: Quiere tener el cuchillo para introducirse concretamente y sacar aún más..

Luego de un ir y venir hago una síntesis explicativa y digo que con el introducir y cabeza; y la lucha y el cuchillo se trata de algo muy concreto.

A: No en vano su amiga habló de cabezas reducidas.

P: Justo por eso interrumpí el pensamiento (Aproximadamente durante 10 minutos la paciente esquivó el tema).

La paciente esquivo nuevamente luego de hacer insight en su resistencia frente a una posible intensificación de la transferencia .

En varias ocasiones interrumpe con observaciones críticas a la intensificación.

Por el retiro parcial del objeto se incrementa la agresividad fálica inconsciente.

La introducción y la extracción sólo las veo en relación al tema de la lucha.

El simbolismo sexual en base a un desplazamiento de abajo para arriba se hace terapéuticamente útil a través de la inclusión de un cuento de la paciente de una sesión anterior. Contó que una mujer no dejó llegar a su amigo a una relación y lo masturbó, lo que semejó a los cazadores de cabezas y caracterizó como „reducción de cabeza“. La inconsciente intención castratoria dictada por la envidia del pene condiciona una profunda angustia sexual y tiene su paralelo en una angustia general y especial a la defloración. En el sentido de un refuerzo y perpetuación de un suceso neurótico circular, las angustias llevan nuevamente a una frustración, que la paciente se impone involuntariamente. El proceso intrapsíquico es de retracción de sus deseos sexuales y eróticos, que refuerzan los componentes agresivos y sexuales;

"por que el momento puede ser tan tonto, tan alejado. Sí, se trata de mi deseo y ansiedad, pero se vuelve complejo, me vuelvo verdaderamente mala, y si ahora todavía se agrega una cabeza y una cabeza retraída -"

Se ríe – expresa simultáneamente su pena – y enmudece. Trato de animar a la paciente: "Sabe lo que hay en su cabeza".

P: En la mía en este momento no estoy en mis casillas. Ni sé lo que pasará mañana, debo reflexionar, recién estaba en el dogma y su cabeza y si quiere para abajo (a la cabeza reducida). Lo encuentro grotesco.

La paciente luego llega a hablar de cosas externas. Describe cómo ve al analista y a sí misma, independiente de la cabeza que luego vuelve a estar en el centro en un sentido general.

A: A través de los pensamientos sobre la cabeza intenta descubrir quién es Ud. y quién soy yo.

P: A veces mido su cabeza como si quisiera torcer su cerebro.

Luego la paciente describe sus asociaciones cuando una vez vio impresa una fotografía mía.

P: Con ello descubrí otra cosa. Había muchísima envidia a su cabeza. De todas maneras ahora llego a algo, aparece siempre que pienso en el puñal y algún sueño lindo.

y de los componentes agresivos: querer tener y poseer (envidia del pene, deseo de pene).

Por eso empecé con la cabeza reducida, ya que partí del supuesto de que la paciente sería más cooperativa si el objeto envidiado quiere esquivar una relación placentera.

A: Una desvalorización en sus pensamientos, como si yo ya supiera dónde ordenar cuando expresa su envidia, es decir que ya sé de qué está envidiosa.

P: Esto se me ocurrió ahora porque Ud. mencionó las cabezas reducidas, cosa que yo no hice. Pero lo que me fascinó es esa lucha hasta el cuchillo para tomar lo nodular.

P: Sí, es lo que temí, que no lo soportara.

Es un temor muy viejo, el que no lo soporte. Mi padre jamás aguantó nada.

No se imagina lo inconsistente que encuentro a mi padre. No ha podido soportar nada.

A: Cuánto más importante se vuelve saber si mi cabeza es dura. Eso endurece la fuerza del agarrar.

P: Sí, se puede agarrar más fuerte ... y se puede, mejor dicho simplemente, pelear.

La paciente hace luego varias observaciones en esa dirección, de cuán importante es que no me deje derrumbar, y vuelve a su envidia:

"Yo soy y fui terriblemente envidiosa. A veces era tremendo".

Luego vuelve a su estudio y cómo „medía“ la cabeza de los otros. Y después introduce un nuevo pensamiento:

P: Quiero abrir un pequeño agujero en la cabeza y al continuar este tema (el analista queda mudo) introducir algo de mis pensamientos.

Se me ocurrió últimamente. Si no puedo intercambiar un poco de su dogma por el mío.

Se nota que la paciente se sintió atrapada y se siente disminuida por su propia ocurrencia, como si tuviera una intuición a qué se podría referir la envidia, un saber con el cual me habría adelantado a ella.

Sorpresivo giro – la inseguridad de la paciente, su miedo de agarrar, se formó „inespecíficamente“ junto al padre.

¿Una imagen concreta de un intercambio „espiritual“?

El pensamiento de la paciente sobre el intercambio mutuo me permite ganar otra parte de la lucha. A través de él también se expresa cuán importante me es, que ella se conserve para el

El pensamiento sobre el intercambio me facilitó decir todo esto sobre la cabeza.

A: Que se quede para poder llenar mi cabeza con sus pensamientos.

P: Ah así – y dar pensamientos verdaderamente fructíferos.

Antes de concluir la sesión la paciente vuelve a sus pensamientos y fantasías. Refiere en qué medida se sintió tironeada de aquí para allá, si tiene un futuro o debería de una u otra forma retraerse y terminar con todo.

A: Por supuesto no quiere un pequeño agujero, ni quiere poner poco, sino mucho. Hizo un tímido intento de probar la estabilidad de la cabeza con el pensamiento y el agujero grande o pequeño.

Mundo (y para mí) y que no se escape ni en un sacrificio masoquista, ni en algún servicio misionero, ni con un suicidio.

Fructificación en varios sentidos – compensación y reconocimiento de la correspondencia.

Ya al comienzo había tratado de aliviar sus graves sentimientos de culpa por su agresividad. Por ello trato nuevamente de tomarlos, señalo que sus pensamientos agresivos son proporcionales a su medida de mí. Sólo ante una fuerte estabilidad indestructible la paciente puede ganar seguridad y seguir desarrollando su agresividad. Probablemente también corresponde al tema del dogmatismo, el cual critica en lo que corresponde a su propia Biblia, así como también a la creencia a la Biblia Freud que me adscribe, pero como por otra parte brinda seguridad, el dogmatismo no puede estar demasiado conservado ni extendido.

La paciente toma mis reflexiones con breves pero pensadas observaciones.

Hago una observación más larga para que la paciente, a través de un agujero más grande, pueda mirar y tocar más, toma la misma al decir:

P: "Incluso quisiera poder pasear en su cabeza". Extiende este pensamiento y destaca que ya antes, es decir antes de la actual sesión, siempre volvía a pensar lo lindo que era descansar conmigo; tener un banco en mi cabeza, y tranquilamente menciona que yo al morir y en una retrospectiva de mi vida podría decir que había tenido un lugar de trabajo lindo, tranquilo y totalmente pacífico.

La paciente ve la entrada a una casa materna de la siguiente forma: como si la puerta estuviera ampliamente abierta y como si entonces ella se apartó de la vida. Traza un paralelo con el comienzo de la sesión, cuando la puerta estuvo abierta.

P: Entonces no tenía que perforar para entrar. Sí, entonces podía dejar la lucha afuera y Ud. podía conservar sus dogmas.

A: Hm.

P: Y entonces no pelearía con Ud.

A: Sí, pero entonces tampoco podrían fructificar mis dogmas con los suyos. En la tranquilidad todo quedaría igual, pero por su acción en mis pensamientos, en mi cabeza también quiere y puede modificar algo.

La tranquilidad y paz tiene una parte claramente regresiva, el de la absoluta evitación de la lucha por la vida.

En la sesión siguiente, luego de aproximadamente cinco minutos, la paciente vuelve sobre la cabeza y su medición y sobre la molestia que sintió cuando comencé a hablar de las cabezas reducidas.

P: Se lo dije. Porque ahora simplemente quiere deslizarse de la cabeza.

Luego describe que a penas llegó a su casa se le ocurrieron los pensamientos que tuve en el saludo previo y que luego olvidó totalmente en la sesión, fueron los siguientes:

P: Me parece que está como en los mejores años y pensé en sus genitales y en las cabezas reducidas.

Pero este pensamiento lo apartó rápidamente y desapareció del todo. "Cuando comenzó con las cabezas reducidas pensé de dónde lo saca."

Se trata luego sobre la cuestión de mi seguridad y mi dogmatismo y se aclara que la paciente vivió dogmáticamente una observación totalmente no dogmática que realicé cuando se habló sobre Freud y Jung.

Luego en trazos generales, la paciente piensa en la vida y en el momento en que en ella se acabó todo y se volvió totalmente „asceta“ y si todo ello aun podría ser revivido. Luego vuelve a la lucha y a la cabeza.

P: Tenía verdadero miedo de poder arrancarlo, y hoy pienso que está tan rígido y derecho que ni siquiera entro bien en mi cabeza. No estoy en casa, entonces cómo voy a entrar en la suya.

La paciente luego habla de una tía que a veces también era muy dura de manera que se pensaba que se estaba tratando con una muralla.

Continúa después sobre cuán blanda o dura quisiera tener la cabeza.

Sus fantasías giran alrededor de tranquilidad y obediencia, pero por otra parte está inquieta por lo que puede estar escondido en la cabeza, de manera que existe el peligro de ser devorada.

P: La pregunta acerca de cómo llega a sus pensamientos y yo a los míos (y agrega: los pensamientos están aquí para mucho).

A: Cómo se encuentran, cómo se ponen en hilera, cuán lejos se introducen, cuán amigables o inamistosos son.

P: Sí, exactamente.

A. Mhm, y sí.

P: Esto lo dijo muy chatamente.

La paciente reflexiona sobre qué es todo lo que la asusta y vuelve nuevamente a las cabezas reducidas. "De esta manera me siento fijada en la sexualidad. Este fue un salto demasiado grande".

El tema continúa en la pregunta sobre su rapidez y mi consideración a ella y su Tempo. "Pero es cierto, no se trataba sólo de su cabeza, sino del miembro".

Ostensiblemente se trata de un movimiento regresivo. La paciente no puede encontrar tranquilidad y relax, porque sus deseos sexuales se mezclan con fantasías pregenitales que retornan proyectados en el temor de ser devorada. Este componente encuentra su clara estructura y de alguna manera también su conclusión asociado a una ocurrencia posterior sobre una historia de indios, en la cual la madre obtiene placer por chupar el miembro del pequeño hijo y al hacerlo se lo arranca.

En la comparación de las cabezas y sus contenidos se trata reiteradamente de la pregunta sobre corresponder entre sí o no.

septiembre 11, 2003

La Sra. E. estaba en condiciones de diferenciar primero con un incremento y luego con desaparición de la angustia, el placer del vínculo mental del placer sexual: el diván se volvió un lugar de acuerdo sexual, el descansar en mi cabeza como símbolo de la armonía pregenital y finalmente también lugar de la comunión mental y comprensión. Esta parte se hizo más clara más adelante, tal como mostraré.

3.7.5 Síntesis de las cinco sesiones del recorte de tratamiento.

El tema de la sesión está caracterizado por la sintomatología a través de un temor al daño como reacción a una inofensiva infección urinaria. La paciente padece de una constante sensación de ganas de orinar la cual adjudica a la posibilidad de haberse dañado al masturbarse. Con la ayuda de libros de anatomía la Sra. E trata de hacerse una imagen de su zona genital. Localiza su padecer en todo el bajo vientre. Imagina haberse desgarrado algún músculo por haberse apretado y frotado del mismo modo que se puede ocasionar una lastimadura en el esfínter vesícula en partos difíciles. La paciente está muy inhibida por estos temores; sufre a causa de dificultades laborales y para dormir. Tiene miedo a que se pueda observar una mancha húmeda en su pantalón. En la autosatisfacción predominan fantasías destructivas.

A pesar del incremento de sus padecimientos, la paciente tiene una disposición confiada con respecto al analista. Espera de él una respuesta clara en cuanto a que si desde el punto de vista médico es posible que se haya dañado al masturbarse. La seguridad que le aporta el analista la tranquiliza y en principio la alivia notoriamente, pero al mismo tiempo siente haberlo chantajeado o seducido de alguna manera. De ello surgirán nuevos peligros. Teme que el analista la guíe a alguna parte donde todo esté permitido, como si en el mundo no hubiera una imagen de culpa. La paciente oscila entre dos representaciones: En el analista ve unas veces, al seductor y otras, al juez. Como desvío de la amenazante falta de límites en ella misma, lo que confundiría y estropearía todo, surge la regresión a la piadosa religiosidad que ya significaba poco para ella, puesto que a través del análisis se aflojó su vinculación con la iglesia debido a que no traía alivio a sus necesidades, sino que siempre sufría nuevas cargas por los mandatos.

El hecho de que el analista brindara en esta fase una explicación de su técnica trajo un cambio decisivo en la transferencia y en la relación. Lo siente como una demostración de confianza. Esta comunicación facilita la identificación con la función intermediadora de explicaciones del analista. Su disposición a darle participación, como especial „tesoro“, en sus pensamientos lleva la relación así como también la transferencia a un nuevo nivel. Poder ver y comprender, es decir no quedar totalmente excluida, hace innecesario perforar un agujero y la introducción agresiva en la „cabeza“ del analista; se produce entonces un acercamiento y una participación a un nivel placentero, amistoso - lúdico.

En mi pensamiento psicoanalítico esta observación no era nada especial y desde mi punto de vista era una situación totalmente banal, pero dio lugar a una nueva

septiembre 11, 2003

experiencia para la paciente. En una paratransferencia a su superior ganó un „increíble respeto“, que se refirió especialmente a los tiempos necesarios de su jefe, que no permitía aclarar una pequeña diferencia inconclusa en una charla general. (la paciente refiere „terrible temor de ser echada“). Dije como al pasar que eso se soluciona de por sí y la paciente no necesitó mayor aliento.

La paciente vivió mi manifiesta y abierta confianza como expresión de libertad, como si me hubiera liberado de alguna inhibición. Luego se elabora la cuestión de que la paciente sabía desde hacía mucho lo que pienso sobre los temas esenciales de su vida y que „podía introducirse y saber“.

3.7.6 Diálogo psicoanalítico

La paciente trajo y aclaró un problema con su superior y que se siente más libre frente a él. De modo un tanto sobrevalorado atribuye ese éxito al psicoanálisis y a mi persona. Luego se trata de la cuestión del aliento y manifesté que por su deseo de expresión del aliento se ve privada de su propio éxito. Después se trata del excesivo respeto que aún tiene.

A: - En gran medida esto se destruye de por sí.

P: - Todavía tengo un miedo terrible de ser echada (en el sentido de un mini síntoma de la paciente quien desde algún tiempo atrás, abandonaba regularmente la sesión unos minutos antes de que la misma finalizara. La multideterminación de este síntoma no nos había ocupado especialmente. Se modificó paso a paso de por sí. Entre otras cosas la paciente quería evitar que por ser despedida antes de tiempo se pudiese „anular“ todo el encuentro).

P: Para mi sorpresa la paciente pregunta: „¿Se dio cuenta de que recién dio una explicación de su técnica, cosa que raramente hace?“.

Ante la repregunta me entero de que la paciente estaba impresionada por mi indicación de que algo se destruyera de por sí. (en consideración posterior: verdaderamente la alenté al decir que varias cosas suceden de por sí y que no todo debe ser peleado).

La paciente habla luego largamente sobre cuán positiva sintió mi manifestación y que considera la misma como expresión de mi libertad.

P:- ¿No le gusta la libertad que le atribuyo?

A: Muestro mi sorpresa ante el hecho de que cree no deber introducirse en mis pensamientos ni en la motivación de mis intervenciones y reflexiones, a pesar de que los conoce hace mucho.

P: Pero que yo lo pueda expresar, lo encuentro sorprendentemente nuevo.

A: Entonces es como que mi manifestación recién aprueba que puede saber algo que sabe hace mucho y es absolutamente natural.

P: Hay más en ello, es decir la imagen que siempre tuve que Ud. cuida su tesoro. Ríe.

P: Siempre tuve la sensación ... cabeza, libro y todas esas cosas – y si Ud. mismo abre su cabeza entonces no tengo que perforarla y eso es algo, sencilla y totalmente diferente. Es una apertura o libertad que proviene de Ud. (es exagerado, pero corre en ese sentido). De alguna manera encuentro un signo de confianza si alguna vez dice: esto lo hago por esto o aquello ... Lo encuentro de cualquier manera. Surge aún otra cosa cuando lo dice Ud. y cuando lo digo yo.

A lo del libro abierto hay que agregar que en el ínterin la paciente había leído una publicación mía y otra en coautoría con mi mujer, Dra. B. Thomä. De

septiembre 11, 2003

alguna manera había adjudicado a la „Biblia Freud“ la prohibición del saber y la paciente se manifestó abiertamente asombrada por el hecho de que considerara natural su curiosidad, como así también que averiguara sobre mis antecedentes familiares; en cuanto a mi Biblia „cristiana“, ya tenía una vaga idea antes de comenzar el análisis respecto a su larga duración en relación con Schwabia.⁴⁸ Con el acceso a la confianza y a la identificación con la función comprensiva del analista se desarrollaron nuevas y más intensas fantasías transferenciales. Se produce un nuevo vínculo de trabajo continuo que se expresa en „cara estable y confiable, estoy aquí ante la cara del psicoanalista y en sus cálidas manos“.

Nota del traductor: referencia a una provincia alemana. ⁴⁸

3.7.7 La identificación con el psicoanalista como objeto transferencial y sujeto con función creadora

El título implica una diferenciación que podría ser adecuada para profundizar y esclarecer la comprensión de la colaboración casuística así como de los distintos niveles en los cuales se producen las identificaciones.

Tal como se hizo anteriormente, se puede caracterizar la meta del análisis como „el insight comprensivo y creativo“ (H. Blum, 1979, S.46; Noy, 1978) al que el paciente arriba esencialmente a través de la interpretación analítica; esta meta brinda determinación a la función del psicoanalista. Pero dado que el insight no es una meta en sí mismo, sino que sólo adquiere su legitimación del efecto curativo, el comportamiento ideal típico debe ser adecuado a la flexibilidad de la situación. Suponemos que el desarrollo del insight del paciente depende de las interpretaciones del analista. Su tarea es manejar la situación terapéutica de tal forma que las manifestaciones verbales y no verbales alcancen al paciente. A través de sus interpretaciones y como persona, el analista se vuelve modelo identificatorio, incluso en la forma en que lo entiende H. Blum. A través de estas identificaciones el paciente adquiere metas y funciones analíticas y también está en relación el desarrollo de su Yo, Superyó y Ello (H. Blum, 1979, pg. 47). Dado que el insight se establece en identificación selectiva con los puntos de vista del psicoanalista y se refieren especialmente al levantamiento de repeticiones neurótico-transferenciales, parece una meta espléndida la intermediación de comprensión (Insight): Debe producirse una situación transferencial en la cual se facilite la construcción y destrucción de la neurosis de transferencia.

En el objeto transferencial se repiten identificaciones con objetos del pasado. Por diversos motivos me parece adecuado diferenciar entre el objeto transferencial y el sujeto creativo del analista. Personas significativas del pasado se convirtieron en „representaciones de objeto“ y se ligaron a „representaciones del sí mismo“. De esta imagen y de sus efectos sobre la vivencia y comportamiento surge ese proceso que S. Freud (1900^a) caracterizó como resurgimiento de la „identidad de percepción“. Este proceso afectivo – cognitivo determina la denominada compulsión de repetición que alienta a transformar situaciones actuales con amigos y/o vecinos en el sentido de viejas imágenes. De ello resulta que en base a su disposición inconsciente el paciente adscribe al médico roles en forma típica. En la constelación neurótico-transferencial, al analista se le hace palpable cuán fuerte es la presión que ejerce el paciente para obligarlo a asumir estos roles. En el sentido del uso verbal no reflexivo el paciente quisiera al psicoanalista como tal o cual, o identificarlo como eso o aquello, es decir, poder nombrarlo para luego, por ejemplo, poder asemejarlo a

un objeto idealizado en el sentido del uso reflexivo de identificarse con ... Con este poderoso intento, manejado inconscientemente, de restablecer una identidad de percepción, la subjetividad del otro no es considerada como tal; el otro se vuelve „objeto“. En la medida en que el psicoanalista parcialmente lo permite y reconoce la discrepancia entre lo que le es adjudicado y aquello que es, gana ese espacio de juego que le facilita las interpretaciones transferenciales, tal como describió especialmente F. Mergenthaler (1978). El efecto de las interpretaciones transferenciales no radica en su vinculación con el pasado, sino en la apertura de nuevas posibilidades y puntos de vista que se hallan intermediados a través de un sujeto y su fantasía „creativa“ permitiéndole encontrar mejores posibilidades de solución para conflictos neuróticos conservadoramente sostenidos.

Por ello no alcanza con dar al psicoanalista la cualidad de „nuevo objeto“ (H. Loewald, 1960). En la terminología y teoría psicoanalítica el „objeto“ engloba al „sujeto“, pero para el desarrollo de una personología (una psicología de dos o más personas) psicoanalítica es también imprescindible devolverle al „sujeto“ su discriminación verbal, ya que el analista cumple genuinamente su función terapéutica como sujeto, aunque condicionado, porque también permite que lo tomen como „objeto“. En el modelo terapéutico freudiano formado *per analogiam* en su comparación del psicoanalista con el arqueólogo que reconstruye y con el escultor, le corresponde a la „innovación“ un peso totalmente diferente. A dichos modelos se pueden referir las persistentes controversias sobre la relación entre reconstrucción y experiencia en el aquí y el ahora que nutre una y otra vez la dirección y liderazgo de la lucha entre escuelas. De manera que en la escuela de M. Klein prácticamente no se considera el problema de la identificación con el psicoanalista como nuevo sujeto. Se elude el problema de que, mediante interpretaciones transferenciales, el psicoanalista intermedia nuevas experiencias y la irresuelta necesidad de la teoría de la técnica se constituye en virtud por el hecho de ser seguidores de la técnica pura (así lo ve M. Gill, 1979, pg. 284, quien coloca la interpretación transferencial, incluyendo la intermediación de nuevas experiencias, en el punto central de su investigación empírica).

Lampl-de Groot (1956) ha descripto diferentes aspectos de la identificación con el psicoanalista que pueden introducirse en el marco de lo esbozado. En primer lugar el analista sería para el paciente una persona significativa y de esa manera sería natural que se quiera identificar con él como con otras autoridades (me parece que esta suscripción a un nivel superficial puede provenir de la expectativa de encontrar ayuda competente). A nivel inconsciente, el analista se vuelve rápidamente un objeto transferencial significativo hecho del cual pueden surgir sorpresivas mejorías sintomáticas.

Pero estas identificaciones no deben provenir de una propuesta verbal o manipulación. Se producen más bien antes de que el paciente tome consciencia de la tolerancia y la afectuosa comprensión del analista, así como de su control sobre afectos e impulsos. En este contexto Lampl-de Groot destaca que el comportamiento del analista, sus gestos, el tono de su voz, quizás sean más importantes que las palabras que dice.

La tesis de Lampl-de Groot es que las expectativas del paciente no deben ser satisfechas y que éste no debe obtener ninguna visión de la vida personal del analista para evitar que se forme según la *imagen* del mismo, en vez de encontrar la propia; esta tesis encuentra su limitación natural en la praxis. Aquí es especialmente importante que justamente en los análisis didácticos no se observa el cumplimiento de esta tesis; éstos transcurren de modo diferente tal como muchos autores incluso Lampl-de Groot acuerdan (z. B. Balint, 1947; P. Heimann, 1954; M. Wangh, 1979). A este contexto pertenece el argumento con que Rangell (1979, pg. 102) se opone a considerar la introyección del analista como fundamento del proceso analítico. Ya que en el concepto de introyección, tal como también lo utiliza Strachey, se vincula una previa apropiación total o igualamiento en el sentido de incorporación, Rangell propone con razón que tales introyecciones deberían ser analizadas tal como las idealizaciones, caso contrario, se llegaría a que el paciente se vuelva partidario de su analista o un "adepto" de alguna de las escuelas de psicoanálisis. Con respecto a esto Rangell destaca el significado terapéutico de las *micro identificaciones* con la *función* del analista (subrayado del autor). En última instancia, se trata de cuánto y en qué medida algo es intermediado y cuán profundamente paciente y analista lo ponen a prueba.

Sin lugar a dudas, la expectativa de ayuda confirmada puede promover la „confianza original“ en el sentido de Erikson (1959) y brindar los poderosos fundamentos de aquello que Freud caracterizó como la no más analizable transferencia positiva leve. En la medida en que la relación de trabajo también tiene un componente psicogenético, éste proviene sobre todo de anteriores experiencias positivas y de la incorporación de las mismas. Tengo la impresión de que la confusión con sus raíces psicogenéticas dificultó el descubrimiento de la individualidad del vínculo de trabajo. Ello se puede observar en el largo tiempo que se ha tardado en comprender este aspecto de la relación entre paciente y analista.

A nivel de la relación de trabajo se producen las "micro identificaciones" cuando de modo parcial se cumplen mínimamente las expectativas, porque caso contrario, se produce lo opuesto: una temprana luna de miel con „curación“

rapidísima: el paciente queda fuera. Justamente la satisfacción parcial, mantener la „curiosidad“ lleva a que el paciente también pueda descubrir las formas arcaicas y patógenas de su identificación infantil.

Si el contenido y la forma de los fenómenos observables producidos con gran dependencia de las condiciones situacionales con el psicoanalista determinan la compulsión repetitiva en la transferencia neurótica, entonces la identificación con las funciones del analista intermedia la nueva experiencia de insight de relaciones inconscientes hasta ese momento desconocidas. R. Sterba (1929) destacó tempranamente la identificación en la relación terapéutica en un trabajo sobre la escisión terapéutica (1934) que a diferencia de otras publicaciones posteriores permaneció bastante desconocida: „El analista va en ayuda del Yo oprimido por los impulsos del Ello, al brindarle la posibilidad de una identificación que le da satisfacción a la prueba de realidad del Yo. Esta identificación del Yo del paciente acorde con la realidad con el analista es posibilitada por la libre consideración de la reacción afectiva directa y explicación de la situación psicológica de parte del analista, la que caracterizamos como interpretación. La propuesta de *Identificación* proviene del mismo analista. Al comienzo del tratamiento ya habla de „trabajo en común“ a desarrollar a lo largo de la cura.⁴⁹

Modalidades comúnmente utilizadas por el analista tales como: „Queremos ver nuevamente qué es lo que verdaderamente pensó – soñó- hizo“, contienen tal oferta de identificación para el Yo del paciente, si está contenida en cada „nosotros“ que el analista utiliza referido al paciente y a sí mismo. Como es conocido, esta identificación con el analista es llevada:

1. por el deseo de curación del paciente
2. por la transferencia positiva ...
3. ella, (la identificación, Ref.) finalmente se apoya en la satisfacción narcisista de *la vivencia compartida del resultado intelectual del conocimiento* en el análisis" (R. Sterba, 1929, pg. 463; Resaltado por H. Th.).

Aun cuando una determinada intensificación de la „formación del nosotros“ no deja de ser problemática, porque induce a confusiones o contradicciones y dificultan la independencia, creo que la comprensión de reglas terapéuticas psicoanalíticas en la llamada técnica clásica han provocado el entorpecimiento de la identificación con la función del psicoanalista. Entre otras razones, probablemente esto dependa de una disposición fóbica a la formación del nosotros, aun cuando ésta tenga componentes por demás racionales, es decir el

⁴⁹Hay que señalar que aquí Sterba estaba cerca del reconocimiento que la identificación no se dirige exclusivamente hacia un objeto, sino también al „trabajo en común“. Se trata por lo tanto de la misma forma de comunicación que el paciente extrae de la neurosis.

estricto punto de vista que de todas maneras durante largos trayectos la identificación no se refiere a la función porque ésta se halla indisolublemente unida a la experiencia del paciente con la persona del analista. La unión primaria de función y persona trae problemas que son solucionables, me parece, a lo largo del tratamiento, por ejemplo la asunción identificatoria como autoreflexión. En contraposición, el intento de llevar el incógnito a su máxima expresión y tramitar la función terapéutica impersonalmente fracasa por motivos antropológicos y psicoanalítico - psicogenéticos.

El que algunas manifestaciones las coloquemos en otro contexto y con ello demos una interpretación diferente implica siempre que también demos nuestro punto de vista y nos mostremos personalmente. No sólo por razones prácticas está limitada la influenciabilidad ya que desde el punto de vista psicoanalítico la identidad personal se desarrolla tanto de adentro hacia afuera como de afuera hacia adentro. Pese al rechazo de una derivación puramente socio – psicológica („de afuera hacia adentro“) se producen serias consecuencias para la comprensión del „reflejo“ interhumano de las tesis como por ejemplo las que representa Th. Luckmann (1979): "El ser humano no se vivencia a *sí mismo* sin intermediación. Sólo el medio puede experimentar al humano sin intermediación, sólo el medio ambiente se ofrece directamente a la conciencia. En las relaciones sociales el humano vivencia a otros. Estos otros le son dados directamente por su cuerpo. El cuerpo de la sociedad (en general de otros) se vuelve campo de expresión para la captación de sus procesos de conciencia. Pero en la medida en que sólo la experiencia de los otros es dirigida sobre él mismo, se refleja el otro en el humano. La capacidad del „reflejo“ mutuo es la precondition básica de que el individuo aislado forme una identidad personal" (Th. Luckmann, 1979, pg. 299). La comprensión del reflejo permite entender la metáfora freudiana del espejo en el sentido de una autoreflexión intermediada.

No deben omitirse algunas preguntas referidas a la modificada metáfora del espejo, aun cuando su respuesta exceda el marco del presente examen. Es insuficiente la explicación de la ayuda terapéutica a través de la „autoreflexión intermediada“ – referida a la metáfora especular – como manera práctica y teórica de comunicación modificante. Ya que no se trata sólo de las hasta ese momento inconscientes percepciones de „contenidos“ y de las emociones con ellos asociadas las que van a permitir intermediar al paciente. Descubrimiento y redescubrimiento se producen en una comunicación especial que permite encontrar una nueva relación consigo mismo. La relación que el psicoanalista señala de sus contenidos inconscientes implica su relación consigo, en el sentido de Tugendhat (1979) y se vuelve ejemplo del proceso de transformación, lo que también modifica la relación del paciente consigo mismo.

septiembre 11, 2003

4. Investigación del proceso psicoanalítico: Métodos y resultados

*Horst Kächele & Helmut Thomä*⁵⁰

RESUMEN: En este capítulo se exponen los logros básicos de muchos años de investigación sistemática sobre el proceso psicoanalítico. Los objetivos principales de esta investigación están relacionados con los intensos debates sobre la validación de la metodología clínica y empírica. Desde entonces, se está desarrollando la estrategia de Ulm sobre el proceso psicoanalítico de cuatro niveles de trabajo. Esta estrategia implica comenzar con muchas formulaciones de casos clínicos para pasar después a descripciones sistemáticas de segmentos seleccionados del tratamiento. A partir de allí, un nivel posterior más refinado de observación y la introducción del análisis por ordenador de los distintos textos abre un amplio conjunto de perspectivas para el estudio de los procesos psicoanalíticos, las cuales pasan a explicarse.

I. Fundamentos psicoanalíticos del programa de investigación de Ulm

Nos hallamos implicados en un proyecto a largo plazo para estudiar el terreno originario del psicoanálisis, es decir la „situación psicoanalítica“.

⁵⁰ H Kaechele & H Thomä: Psychoanalytic Process Research. Revisado por A. Ávila. Publicado en el J. of the Amer. Psycho-anal. Ass. 41 (supl. especial: Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome) [1993: 109-129.] Reproducido con permiso. Traducción castellana: Pedro Cabezuelo, revisada por Alejandro Ávila.

Estamos convencidos de que para investigar aspectos esenciales de la teoría psicoanalítica y desarrollar una teoría del proceso fundada empíricamente solamente puede usarse la investigación cuidadosa de los intercambios entre paciente y psicoanalista.

La interpretación fue el tema de nuestro primer esfuerzo por estudiar clínicamente aspectos del proceso. Thomä y Houben (1967) identificaron importantes aspectos de una técnica analítica y sus fundamentos teóricos examinando interpretaciones, y mediante el estudio de reacciones del terapeuta al estimar su eficacia terapéutica. Mientras desarrollábamos estos estudios, poco a poco nos dimos cuenta de problemas relativos a la eficacia de las interpretaciones y la verdad de las teorías. Estos problemas permanecen en el centro de polémicas actuales (Strenger, 1991). Para estudiar sistemáticamente las interpretaciones, seguimos la recomendación hecha por Isaacs (1939) y diseñamos un esquema, en 1963. Este requería que el psicoanalista encontrara interpretaciones mientras completaba el protocolo (ver Thomä y Kächele, 1992, pp. 22-23). Mientras trabajábamos en este proyecto, nos dimos cuenta de que la cuestión de la validación sólo podía ser dirigida por procesos empíricos e investigación de resultados. Todas nuestras investigaciones posteriores están basadas en los fundamentos de la metodología de caso único (Schaumburg et al., 1974) que se corresponde mejor con la máxima (de Meissner (1983) de considerar al psicoanálisis como la ciencia de la subjetividad.

Las limitaciones de los estudios basados en protocolos formalizados por el analista fueron comentadas por Spence (1986), quien señaló que los historiales analíticos se elaboran según supuestos psicodinámicos ocultos. A menudo es imposible reconocer la contribución del analista; más aún, es insuficiente para describir selectivamente sólo unas pocas interpretaciones. No hay manera de saber qué se ha omitido. Pero para las investigaciones científicas, no es bastante con confiar en la memoria del analista. Por lo tanto, los psicoanalistas presentaron grabaciones de las sesiones como un instrumento para obtener tan fielmente como fuera posible, el diálogo psicoanalítico.

Mientras esta herramienta técnica es habitual entre los psicoanalistas de mentalidad investigadora (Thomä y Kächele, 1992. p. 24), estamos de acuerdo con Colby y Stoller (1991) en que una transcripción „no es un registro de lo que ocurrió“, sino „sólo de lo que fue registrado“ (p. 42). Nuestra respuesta a esta

advertencia ha sido descubrir empíricamente qué es lo que puede reconstruirse del verdadero proceso psicoanalítico sobre la base de esas transcripciones. El principal progreso que ha deparado esta herramienta es que observadores independientes son capaces de estudiar los procesos analíticos a partir del diálogo. Además, pueden aplicarse al material métodos desarrollados en otros campos, como análisis del discurso y del contenido.

Para descubrir qué hacen los psicoanalistas, no basta con confiar en sus definiciones personales de los conceptos y cómo los aplican (Sandler, 1983; Sandler et al., 1991). El empleo que hacen los analistas de sus conceptos como herramientas interpretativas sólo puede estudiarse en la interacción analítica. Tratamos de proporcionar una descripción sistemática de lo que el analista dice y cómo los pacientes participan en el diálogo. Las grabaciones en cinta proporcionan una base de datos suficiente. No obstante, tenemos que enfrentarnos a muchos problemas epistemológicos y de metodología que conciernen a la comprobación de hipótesis extra o intraclínicas (Thomä y Kächele, 1975). A pesar de las dificultades, nos hemos convencido de que muchos de los conceptos cruciales del psicoanálisis tienen que ver con aspectos que afloran en las manifestaciones verbales. Aunque los procesos inconscientes también pueden investigarse en condiciones experimentales (Kächele et al., 1991), tratamos de conseguir validez ecológica trabajando con muestras naturales. Así, a lo largo del tratamiento, van produciéndose datos que confirman o desmienten hipótesis clínicas (Hanly, 1992).

Los modelos sobre el proceso no son una materia teórica, abstracta; de hecho son parte de la práctica diaria de cada analista. Las concepciones sobre el proceso que se transmiten de una generación de analistas a la siguiente, contienen teorías tácitas que a menudo se ponen de manifiesto sólo en términos metafóricos. Sandler (1983, p. 43) pide acertadamente que se expliciten las dimensiones propias y personales del significado de los conceptos. Si se hiciera un estudio de este tipo, nos sorprenderíamos por la diversidad de significados de „proceso psicoanalítico“ (Compton, 1990).

Hemos perfilado un modelo de proceso que está diseñado para ser lo suficientemente amplio como para incluir otros modelos de proceso basados en un „concepto focal“ (Thomä y Kächele, 1987). El enfoque hace referencia a „la importancia que se concede a la temática que se crea por interacción a

consecuencia del trabajo terapéutico, que es consecuencia del material que ofrece el paciente y los esfuerzos del analista por comprenderlo“ (pág. 350). Como los focos individuales se conectan con otros por un conflicto central, nuestro modelo puede aplicarse tanto a terapias de larga como de corta duración.

El concepto de Ulm sobre el modelo de proceso del curso del tratamiento psicoanalítico, es el resultado de nuestra confrontación con el campo de la investigación en psicoterapia, aún en desarrollo. Estamos convencidos de que la investigación de los procesos psicoanalíticos tiene que ir más allá de la perspectiva subjetiva en la que todas las posiciones teóricas son iguales en su potencia terapéutica, tal como argumenta Pulver (1987). Creemos que no se ha demostrado su conclusión de que los analistas que trabajan con orientaciones teóricas distintas obtienen resultados igualmente buenos (p. 289). Lo que necesita el psicoanálisis es evolucionar de la narrativa a la ciencia empírica contemporánea (Meyer, 1990). Necesitamos investigaciones descriptivas del proceso de interacción, de lo que pasa en el analista y en el paciente, y cómo sus fantasías inconscientes se expresan verbal y no verbalmente (ver la sección III).

Para clarificar la base interactiva de la metodología del proceso, tomamos en consideración la implicación personal del analista en el material presentado por el paciente. En lenguaje clínico, también sostenemos que la contratransferencia y la transferencia están interrelacionadas. En el lenguaje de la investigación podríamos decir que las concepciones cognitivas y afectivas del analista determinan el ámbito semántico posible para el paciente. El verdadero grado de esta implicación se hace mucho más claro con grabaciones. Han puesto de manifiesto lo que se puede fácilmente pasar por alto, es decir, que puede haber una discrepancia significativa entre el ideal profesional de uno y su rutina diaria (Kubie, 1958).

Como ha demostrado Dahl (1983), un factor selectivo opera en la percepción del psicoanalista sobre las producciones de los pacientes: la exigencia de mantener la atención flotante imposibilita la integración de las expectativas cotidianas pero puede incluso favorecer la implicación en el nivel de las expectativas inconscientes del rol (Sandler, 1976). Todos estos comentarios sobre cómo se forman los juicios y cómo seleccionan sus pruebas tienden a confirmar el carácter bipersonal de la situación analítica, donde la relación real y los asuntos transferenciales no se pueden diseccionar en qué es

real y qué es fantasía, sino que tienen que mirarse como construcciones en un espacio social (Gergen, 1985; Gill, 1991; Hoffman, 1991).

Por estos motivos en la neurosis de transferencia los conflictos intrapsíquicos se expresan al menos parcialmente en la interacción. El modo en que se desarrolla la neurosis de transferencia es función del proceso tratado diádicamente (Thomä y Kächele, 1975, 1987). Esta forma es única para cada diada terapéutica, confiriendo a cada tratamiento psicoanalítico el estatus de una historia única.

El modelo de Freud del proceso psicoanalítico, comparándolo con el juego del ajedrez, conlleva unas reglas que constituyen el juego y existen con independencia de circunstancias particulares; a fin de cuentas, el ajedrez se juega con las mismas reglas en todo el mundo. Existen pues estrategias y tácticas aplicables a las distintas fases del juego, p. ej., estrategias de apertura y de finales de juego; éstas difieren dependiendo de las técnicas individuales de cada jugador y también se van regulando interactivamente, en cuanto que el jugador individual torna nota de la presunta fortaleza de su oponente en el diseño de sus estrategias. ¿Tiene el psicoanálisis algo parecido a un conjunto fijo de reglas del juego que pueden ser especificadas aisladamente de cada situación concreta? (Thomä y Kächele, 1987, p. 215). Muchos psicoanalistas aún creen que el método psicoanalítico tiene la condición del juego del ajedrez, el cual puede determinarse aisladamente de objetivos concretos. Tal parecer puede estar justificado por las palabras de Freud acerca de la independencia de la neurosis de transferencia de la influencia del analista.

El analista... inicia un proceso, la resolución de las represiones existentes. Puede supervisar este proceso, impulsarlo, quitar obstáculos de su camino, y puede, sin duda, perturbarlo bastante. Pero en general, el proceso sigue, una vez comenzado, su propio camino, sin dejarse marcar una dirección, ni mucho menos la sucesión de los puntos que ha de ir atacando. (Freud, 1913)

El párrafo contiene muchas ambigüedades. A pesar de que las reglas se diseñaron para prevenir la interacción social entre el analista y el paciente, esa interacción es inevitable (de Swaan, 1980, p. 405). Nunca ha sido posible producir la situación social nula de una manera concreta, aunque ha llegado a ser una fantasía utópica central del psicoanálisis.

Desde nuestro punto de vista es imposible estar de acuerdo con el supuesto que a menudo se hace de que, en general, en cada proceso, la secuencia de fases se organiza en forma de un trabajo longitudinal por encima del desarrollo ontogenético (por ejemplo, el modelo del proceso de Fürstenau [1977]). En términos de las ideas establecidas anteriormente sobre la generación interactiva de un enfoque -es decir, desde la interacción entre el tema del paciente y el esquema del analista- nosotros consideramos la terapia psicoanalítica como una terapia focal sin límite de tiempo y con un enfoque variable. Más que de una naturaleza lineal, consideramos la secuencia de focos como un proceso de negociación inconsciente entre las necesidades o deseos del paciente y las posibilidades de manejarlos de su analista (Thomä y Kächele, 1987, pp. 34-65).

Nuestra investigación se ha fundamentado en un estilo descriptivo de los procesos psicoanalíticos. La mayor parte de investigaciones psicoanalíticas clínicas se han basado en informes subjetivos de una multitud de observaciones sin determinar y un procedimiento no especificado de selección (Kächele, 1986). Creemos que la investigación sistemática, sin embargo, es necesaria tanto si el psicoanálisis es considerado como una hermenéutica o como una ciencia natural. Con independencia de los hallazgos empíricos y su impacto, una aproximación sistemática tiene consecuencias muy concretas para la teoría psicoanalítica en sí. Cualquier metodología empírica conlleva una actitud crítica y presupone consideraciones funcionales. Uno tiene que preguntarse qué clase de datos empíricos hacen referencia a determinados conceptos psicoanalíticos.

II. Metodología de investigación y descubrimientos

El Banco de Textos de Ulm (BTU)

Comenzamos estableciendo una base de datos para observaciones y medidas repetidas, con independencia de las dos partes involucradas. Tomando las grabaciones de sesiones dirigidas con gran ánimo por Gill et al. (1968), se convirtieron en la vía regia para establecer el objeto de las investigaciones. En la actualidad el BTU ofrece el compendio de textos más heterogéneo reunido desde 1967 (datos verbales) sobre psicoterapia/psicoanálisis y muestras de discursos/textos de campos vecinos (Kächele y Mergenthaler, 1983; Mergenthaler, 1985). Mergenthaler (1986) desarrolló reglas para la transcripción, disponibles en inglés (Mergenthaler y Stinson, 1992)⁵¹.

En la actualidad, podemos proporcionar a los usuarios potenciales aproximadamente 40 clases de discurso, unos 1000 interlocutores distintos, y unas 5000 sesiones (ver tabla 1). Dos tercios del material ha sido suministrado como fruto de contactos científicos y proyectos de investigación conjuntos con otras instituciones. En la mayor parte de los casos estas contribuciones estaban ligadas al empleo real de los servicios del BTU. Mientras las aportaciones eran sobre todo del campo de la psicoterapia, otros usuarios eran también a menudo lingüistas que no requirieron servicios del BTU aparte de la provisión de grabaciones y transcripciones junto con recuentos de palabras y líneas. Actualmente mantenemos contactos con unas 30 instituciones en Alemania, cuatro en los Estados Unidos, dos en Suecia, dos en Suiza y uno en Austria. En conjunto los textos almacenados electrónicamente incluyen un vocabulario de 155.000 palabras alemanas y 20.000 inglesas y un total de más de diez millones de fichas.

Hasta ahora, han sido grabados total o parcialmente 22 tratamientos psicoanalíticos de ocho analistas y 22 pacientes, y se han transcrito amplias

⁵¹N. de los T.: Actualmente ya está disponible en castellano el *Protocolo de Transcripción Estándar* (Mergenthaler, Ávila, Gril y Didier, en prensa)

muestras de las sesiones grabadas. Muchos de ellos no han sido aun investigados tan sistemáticamente como los casos de Amalia X., Christian Y., Franziska X., y Gustav Y., los cuales hemos puesto en el centro de nuestros estudios multidimensionales. Los demás casos analíticos se han usado por distintos analistas y científicos de otras disciplinas para estudios clínicos, lingüísticos, filosóficos y teológicos.

Nos centramos en cuatro casos de investigación del proceso psicoanalítico, de los que se transcribieron y almacenaron en el BTU secuencias temporales sistemáticas de sesiones grabadas. Amalia X. y Christian Y. eran tratados por un analista veterano (H.T.); Franziska y Gustav fueron tratados por un analista en formación (H.K.). El clínico, por supuesto, es una figura importante en este tipo de investigación psicoanalítica, y no debe permanecer anónimo incluso si esto añade una carga extra a la grabación. Estamos convencidos de que el/la analista realiza una contribución especial en la evaluación de los hallazgos empíricos (Thomä. 1985). Sin embargo, la inclusión de terceras partes no involucradas es indispensable y crucial para la comprobación de teorías. La versión contemporánea de la tesis de Freud del vínculo inseparable consiste no sólo en el doble rol del psicoanalista como clínico e investigador, sino también en la integración de los científicos. (Thomä y Kächele, 1987. p. 370). La presencia fantaseada de terceras personas en la situación psicoanalítica tiene repercusiones en el proceso; nuestros estudios sobre este asunto dan sostén a nuestra experiencia clínica (Kächele et al., 1988). Veamos en la siguiente página la Tabla 1

Clase de texto		Número de unidades		
		Pacientes	Terapeutas	Sesiones
1	Asesoramiento	1	1	4
2	Terapia breve/focal (1 ses. semanal)	16	8	170
3	Terapia psicoanalítica (2 semanales)	29	24	170
4	Psicoanálisis	22	8	110
5	Terapia matrimonial	1*	1	2
6	Terapia familiar	32*	5	32
7	Terapia de grupo (*)			
9	Trabajo en grupo	3*	1	3
11	Psicoterapia conductual	2	1	1
12	Entrevista inicial	349	31	374
13	Informes de entrevistas iniciales	232	13	378
14	Notas de casos de psicoterapia	3	2	9
15	Notas de casos de psicoanálisis	2	1	158
18	Grupo Balint	2	1	53
19	Grupo de autoexperiencia	4	1	4
20	Sueños	2	2	123
22	Experimentación psicológica	84	5	227
23	Entrevistas amnésicas/biográficas	55	3	57
24	TAT (Test de apercepción temática)	72	6	72
25	„Narrativa“	72	6	72
26	Asesoramiento genético	29	4	29
29	Informes individuales	1	19	19
30	Informes científicos	1	40	40
32	Terapia cognitivo-conductual	1	1	20
33	Supervisión	6	5	15
34	Entrevista psiquiátrica	24	5	24
36	Entrevista familiar	2	1	1
37	Terapia interaccional de esquema analítico	1	1	28
39	Entrevista semi-estructurada	11	1	11
99	Total otras	45	8	72
	TOTAL	882	162	3.211

septiembre 11, 2003

(*) Pareja, familia, grupo

El método empírico de una Estrategia de Observación Multinivel

Nuestro objetivo era establecer protocolos para describir sistemáticamente procesos psicoanalíticos de larga duración en varias dimensiones y usar datos descriptivos para examinar hipótesis del proceso. Esto también conlleva la generación tanto de hipótesis generales del proceso como de supuestos de procesos de caso único. En la generación de hipótesis se necesita especificar, para cada paciente, qué tipo de material tiene que trabajarse para lograr el cambio en varias dimensiones de relevancia teórica específica para cada caso particular -ya sean propiedades estructurales o comportamiento (discurso) sintomático-. Al principio nuestro enfoque no incluía la grabación de mediciones externas que pudieran limitar las intrusiones en el proceso clínico (Kächele et al., 1988); en un estudio posterior en colaboración con Meyer sobre los procesos de pensamiento del analista, hemos modificado esta postura (Meyer, 1988).

Nuestra concepción metodológica consiste en una aproximación de cuatro niveles: Nivel A (estudio de casos clínicos); Nivel B (descripciones clínicas sistemáticas); Nivel C (procedimientos orientados por el juicio clínico); Nivel D (análisis de textos por ordenador). Este enfoque multinivel refleja nuestra noción de que la tensión entre el sentido clínico y la objetivación no se puede resolver creativamente con el uso de un solo enfoque.

Nivel A.- *Estudio de casos clínicos.* El estudio de casos clínicos, basados en la buena memoria o en las notas fieles del analista, satisface una importante función comunicativa dentro de la profesión. El uso de viñetas⁵² para esclarecer un punto no es un medio convincente para explicar, por ejemplo, por qué Mr. Z. en el primer tratamiento de Kohut (1979) no alcanzó los objetivos que afirmaba haber alcanzado en el segundo tratamiento. En vez de tales ejemplos, se

⁵²N. del T.: Sócrates decía que uno de los problemas para alcanzar la verdad era el de la definición. Al definir, afirmar o hacer un enunciado, muchas veces se suelen poner ejemplos, con los que se pretende (por supuesto inconscientemente) demostrar la verdad del enunciado. Error lógico, pues que se cumpla en un caso no quiere decir que se vaya a cumplir siempre. Es el problema de la inducción.

necesitaban estudios de casos preparados cuidadosamente. Bajo nuestro punto de vista, deberían publicarse más (Meyer, 1992).

Nivel B.- *Descripción clínica sistemática.* Otro importante paso inseparable al juicio clínico son las descripciones clínicas sistemáticas de puntos de vista estructurados basados en grabaciones en cinta de todo el tratamiento y transcripciones literales de muestras adecuadas (1/5 de todas las sesiones: 1-5, 26-30 (...) 501-505, etc.). Se emplean grabaciones literales de las sesiones. Este paso clínico descriptivo permite una evaluación que está bajo algunas restricciones: no sirven todas las sesiones, ya que trabajamos con una muestra temporal sistemática. No obstante, asumimos que el análisis sistemático en los primeros intervalos temporales puede captar los procesos de cambio decisivos. Preparamos un informe bastante extenso de nuestro primer caso, Christian Y., por medio de un intento colectivo del analista, un segundo analista y un psicólogo clínico, usando un debate grupal (Thomä y Kächele, 1973). Empleamos los siguientes puntos de descripción para cada una de las cinco sesiones que fueron elegidas a lo largo de la duración del tratamiento de la primera hora a la 505, a intervalos regulares de 25 sesiones: (1) situación externa del paciente y el tratamiento; (2) situación transferencial / contratransferencial; (3) vínculos del paciente con personas importantes fuera del tratamiento, perspectivas presentes y pasadas; (4) alianza de trabajo; (5) episodios importantes dentro de las cinco sesiones. Una descripción sistemática parecida se preparó para Amalia X., por dos estudiantes de medicina quienes se centraron en un estudio descriptivo de los cambios en la imagen corporal de la paciente: padecía hirsutismo como parte de sus dificultades neuróticas. (Kächele et al., 1991).

² Tras semejante esfuerzo, el material disponible puede servir para muchos propósitos. Proporciona fácil acceso a la totalidad del caso, siendo más detallado y más sistemático que un historial de un caso, los cuales tienden a ser como una novela. El registro descriptivo sistemático también delimita el progreso controlado del tratamiento. Se pueden ordenar de otro modo los datos cualitativos, concatenando todas las descripciones transferenciales una tras otra y por consiguiente obtener una certera visión del desarrollo de temas transferenciales/contratransferenciales importantes. Esta perspectiva se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2
Descripción sistemática del análisis de Amalia X:
Temas locales (transferencia)

Sesiones

1-5	El análisis como confesión
26-30	El análisis como un examen
51-55	La madre fría y mala
76-80	Sumisión y desafío secreto
101-105	Buscando sus propias reglas
116-120	El padre decepcionante y la hija indefensa
151-155	El padre frío y el deseo de identificación de la paciente
176-180	Ambivalencia en la relación con el padre
201-205	El padre como seductor o juez de normas morales
226-230	¿Él me quiere, o no?
251-255	Incluso mi padre no puede cambiarme por un niño
276-280	El sentimiento de Cenicienta
301-305	La niña pobre y el rey rico
326-330	Si me rechazas, te rechazo
351-355	El amor imposible hacia el poderoso padre, los celos
376-380	La separación para no ser abandonada

401-40 5	Descubrimiento de su capacidad de crítica
426-43 0	Sólo soy la segunda para mi madre, los primeros son los preferidos
451-45 5	Odio hacia el terapeuta otorgante
476-48 0	El arte de amar consiste en tolerar el amor y el odio
501-50 5	Ser el primero en decir adiós
513-51 7	Despedida-Sinfonía

Cuando se deseaba un acceso más rápido a la distribución de temas importantes, usamos el método de índice de temas (Simon et al, 1968). De acuerdo con ello, en el segundo caso, una lista de temas esenciales se basó en una visión general de todo el caso. Se evaluaba la presencia de cada tema, y la matriz gráfica resultante proporcionaba una buena visión de conjunto de dónde y cuándo el paciente y/o el analista hablaban acerca de ese tema.

Nivel C.- *Procedimientos guiados de juicio clínico.* Las descripciones clínicas, incluso cuando son hechas por dos o más observadores, mantienen en un nivel cualitativo la naturaleza de los datos. El paso necesario para transformar el abundante conocimiento cualitativo y sin sistematizar en afirmaciones cuantitativas apenas acaba de empezar. La herramienta para lograr esta transformación consta de una representación simple de un aspecto dimensional del concepto bajo estudio. Una escala es una versión elaborada de una distinción básica de „Sí“o „No“ que señala el principio de cualquier operación de medida (Knapp et al., 1975). Luborsky (1984) llama con acierto a estas operaciones „procedimientos guiados de juicio clínico“, los cuales concretan la capacidad del clínico para dar cuenta de datos complejos. Cuando comenzamos el proyecto, nos sentimos obligados a ir más allá de los enunciados descriptivos y trabajar en el desarrollo de procedimientos de juicio para especificar dimensiones conceptuales como la transferencia, la alianza de trabajo, ansiedades, insight

emocional, sufrimiento/agobio. En este nivel se hicieron varios estudios: (1) transferencia, ansiedad y alianza de trabajo (Kächele et al., 1975; Grunzig y Kächele, 1978); (2) modo de explicar el proceso (Kächele, 1988); (3) sufrimiento (Neudert y Hohage, 1988); (4) insight emocional (Hohage y Kübler, 1988); (5) cambios cognitivos (Leuzinger-Bohleber, 1987,1989; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 1985, 1988).

Los dos primeros se hicieron en el Caso Christian Y., el tercero, cuarto y quinto, en la Sra. Amalia X. El sexto estudio empleó cinco casos analíticos, un caso basado en un diario, y cuatro de nuestro inventario, del cual hay disponibles grandes bases de datos en forma de protocolos transcritos literalmente.

Nivel D.- *Análisis de textos por ordenador*. El cuarto nivel de nuestra investigación consiste en complementar la evaluación de los conceptos clínicos de acuerdo con un manual mediante la introducción de análisis de textos por ordenador como una herramienta para acometer los numerosos problemas que hay relacionados con los sistemas de evaluación⁵³. Desde entonces, el empleo del ordenador como herramienta ha ido evolucionado desde análisis de contenidos a análisis de textos, siendo descritos en detalle en distintos artículos (Kächele y Mergenthaler, 1983, 1984; Mergenthaler y Kächele, 1988, 1991). Los análisis de textos por ordenador se han usado en un buen número de investigaciones con material psicoanalítico: (1) tendencias transferenciales de larga duración (Kächele, 1976, 1988, 1990); (2) actividad verbal de psicoanalistas en cuatro tratamientos psicoanalíticos (Kächele, 1983); (3) redundancia en el lenguaje de pacientes y terapeutas (Kächele y Mergenthaler, 1984);(4) clasificación de temas de ansiedad (Grunzig y Kächele, 1978); (5) aspectos emocionales del lenguaje terapéutico (Wirtz y Kächele, 1983); (6) temas de ansiedad como variables del proceso psicoterapéutico (Grunzig, 1983), (7) estilo de interacción de cuatro terapeutas (Lolas et al., 1983); (8) cambio en conceptos corporales en el psicoanálisis (Schors y Kächele, 1982); (9) cambios cognitivos durante el psicoanálisis (Leuzinger-Bohleber, 1987, 1989; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 1985, 1988); (10) cambios de estructuras de

⁵³Reconocemos que la implementación de esta aproximación es por la influencia directa de los apuntes de los seminarios de Dahl's (1972, 1974) y la asistencia de Kächele al curso de verano de Spence sobre programación y lingüística computacional, desarrollado en Pisa en 1973 (ver también Spende, 1968,1969).

significado latentes en psicoanálisis (Mergenthaler y Kächele, 1985); (11) mediciones de vocabulario para la evaluación del resultado terapéutico (Holzer et al., 1992a); (12) pronombres personales en procesos psicoanalíticos (Schaumburg, 1980)

3

El núcleo de distintos estudios apunta a la riqueza del lenguaje como un dato para la evaluación de procesos de cambio durante el tratamiento. Aunque no es posible resumir los descubrimientos individuales de los estudios, nos parece evidente que esta herramienta de investigación merece que se fomente el desarrollo de la lingüística computacional -y una aplicación más amplia de los instrumentos que proporciona el BTU.

Hemos sacado en conclusión que las fases del tratamiento son identificables empíricamente. No obstante, la extensión temporal de estas fases depende de la variable en estudio. Algunas variables formales, como la actividad verbal, muestran tendencias sistemáticas a largo plazo para reflejar los cambios en la capacidad del paciente para usar el espacio analítico que se le proporciona (Kächele, 1983). Otras variables, como la medición por ordenador de temas angustiosos, muestran fluctuaciones rápidas de sesión a sesión, pero las puntuaciones medias apuntan a cambios que se correlacionan con patrones de transferencia evaluados clínicamente (Kächele, 1988). Hay otras variables que muestran un patrón cíclico en torno a una línea media que se mueve lentamente, redundante con el discurso del paciente, mientras que las redundancias del analista permanecen en un nivel estable (Kächele y Mergenthaler, 1984). Existen no obstante otras variables gramaticales, como las formas de construcción de los vocablos que presentan patrones muy idiosincrásicos dentro de cada uno de los cuatro casos analíticos, aunque todos los casos van cambiando de una voz más pasiva a otra más activa en el curso del tratamiento (Beermann, 1983). Podemos identificar patrones de asimilación de vocabulario que discriminan entre resultados del tratamiento buenos y pobres (Holzer et al.,

1992a). De forma similar, también podemos estudiar los sutiles cambios en las regulaciones interpersonales como se hace obvio por el uso de los pronombres personales (Schaumburg, 1980).

La integración de los descubrimientos de los distintos niveles de nuestro modelo de investigación exige precaución porque no hay una relación unívoca entre los distintos niveles. No obstante, sentimos que el desglose de los complejos constructos clínicos en componentes de observación más fácilmente cuantificables nos conduce a afinar en las teorías clínicas. Esto se ha demostrado en el estudio de Leuzinger-Bohleber y Kächele (1988) que demostró el cambio en varios módulos cognitivos que se derivaban del modelo de inteligencia artificial de Clippinger (1977). Recopilando los cambios en diversos planos, pudimos mostrar como pueden medirse cambios sutiles en un concepto psicoanalítico crucial: la capacidad del paciente para asociar libremente a partir de sus sueños (Leuzinger-Bohleber, 1987, 1989; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 1985, 1988).

III. Nuevas orientaciones e interrogantes.

Aunque hemos probado un buen número de formas de analizar la transferencia, queda (Kächele et al., 1990), realizamos un análisis preliminar de los datos de un caso de terapia breve (Kächele et al., 1990). Hace poco modificamos el método mediante el uso de análisis estadístico de contingencia en una muestra muy amplia de episodios de relación que permitió identificar siete „patrones de relación repetitivos“ (Dahlbender et al., 1994). Como resultado, ahora estamos preparados para hacernos

⁴N. de los T.: En la *Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia* de la Universidad de Salamanca se dispone de adaptaciones castellanas del CCRT y sus variantes.

cargo del análisis de la transferencia en casos analíticos de larga duración midiendo la distribución de contingencia de la concepción triangular de transferencia „deseo, respuesta del otro, y respuesta del self“. Basándonos en nuestro reciente trabajo, esperamos que el concepto de múltiples „patrones

centrales de relación“ sea un modelo más apropiado para el desarrollo transferencial en tratamientos a largo plazo que la noción de un único CCRT.

Paralelamente a este trabajo, continuamos trabajando en la estabilización del método FRAMES como una variación más exigente y teóricamente más satisfactoria de la metodología de principios nucleares ampliamente compartidos (Teller y Dahl, en prensa; Dahl et al., 1992). Con este enfoque, esperamos mostrar la utilidad del método FRAMES para probar la hipótesis de la congruencia estructural entre los recuerdos infantiles tempranos y los sueños durante el tratamiento psicoanalítico (Holzer et al., 1992b). Del mismo modo esperamos mejorar nuestro modelado de los focos temáticos.

La investigación sobre la contratransferencia aún está pendiente. Aunque la contratransferencia establecida ha sido identificada por correlatos lingüísticos (Dahl et al., 1978) las reacciones contratransferenciales no verbalizadas pueden ser indetectables en la cinta. Por tanto, se necesitan nuevas herramientas para grabar en cinta estas implicaciones afectivas. El estado de ánimo del analista puede ser detectable en los rasgos prosódicos de su discurso, un campo prometedor que pensamos no ha encontrado aún su metodología apropiada. Está claro que estos fenómenos sólo pueden ser abordados con ordenadores muy potentes. Mediante la grabación del diálogo estructural analítico uno es capaz de captar la temática principal y los desarrollos estructurales según surgen en el intercambio verbal. Respecto a la grabación de los procesos ocultos en las mentes del analista y el paciente durante y entre las sesiones, tenemos aún un largo camino por recorrer.

Se ha abierto una vía metodológica con el método de Meyer para capturar los sentimientos y pensamientos del analista durante las sesiones mediante informes y grabaciones inmediatas en forma de asociación libre justo después de la sesión (Meyer, 1988). También se está siguiendo esta línea de trabajo mediante entrevistas grabadas en cinta por un colega analista que revisa línea a línea. Esperamos detectar la psicología de la interpretación como una estrategia secuencial (H. König y Kächele, en preparación).

Comentarios finales

Los hallazgos de la investigación tienen que ser replicados para probar su validez. Hasta el momento, sólo tenemos constancia de los efectos de nuestras investigaciones en nuestro propio pensamiento y actuaciones psicoanalíticas y en las de aquellos que están próximos a nuestro trabajo. También es cierto que nada ha cambiado más nuestro pensamiento y actuaciones psicoanalíticas que la exposición pública a la crítica cordial y a los amigos críticos. Decimos esto para animar a otros psicoanalistas a abrir la privacidad de su trabajo clínico permitiendo que sea examinado a fondo por otros. Aconsejamos la formación de investigadores que estén también en formación como clínicos y que sean capaces de identificarse con ambas tareas (Bowlby, 1979). Hay una necesidad y una demanda de que se reforme la formación psicoanalítica (Thomä, 1993). Necesitamos analistas e investigadores con la capacidad para mantener un compromiso a largo plazo con avances necesariamente lentos. Las investigaciones sistemáticas dependen de equipos respaldados por instituciones que promueven la cooperación entre analistas en formación e investigadores con plena dedicación. La implementación de estas investigaciones sacará al psicoanálisis de su actual crisis.

5. Bibliographia

- Abel, T. (1953). *The Operation called Verstehen*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Abraham, K. (1914). *Über Einschränkungen und Umwandlungen der Schaulust bei Psychoneurotikern nebst Bemerkungen über analoge Erscheinungen in der Völkerpsychologie*. *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung*. K. Abraham. Frankfurt, Fischer.
- Abraham, K. (1924). *Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen*. Leipzig Wien Zürich, Int Psychoanal Verlag.
- Adler, A. (1927). *Studie über Minderwertigkeit von Organen*. München, Bergmann.
- Adler, A. (1928). *Die Technik der Individualpsychologie*. Band 1: *Die Kunst eine Lebens- und Krankengeschichte zu lesen*. München, Bergmann.
- Adorno, T. W., R. Dahrendorf, et al. (1969). *Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie*. Neuwied / Berlin, Luchterhand.
- Albani, C., G. Blaser, et al. (1999). *Amalia's CCRT in the beginning and at the end*. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Band 3: *Forschung*. H. Kächele and H. Thomä. Ulm, Ulm Textbank: [http://:sip.medizin.uni-ulm.de](http://sip.medizin.uni-ulm.de).
- Albert, H. (1968). *Theorie und Prognose in den Sozialwissenschaften*. *Logik der Sozialwissenschaften*. E. Topitsch. Köln, Kiepenheuer & Witsch.
- Albert, H. (1969). *Im Rücken des Positivismus? Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie*. T. W. Adorno, R. Dahrendorf, H. Pilotet al. Neuwied & Berlin, Luchterhand.
- Albert, H. (1971). *Plädoyer für kritischen Rationalismus*. München, Piper.
- Albert, H., Ed. (1972). *Theorie und Realität*. Tübingen, Mohr / Siebeck.

septiembre 11, 2003

Allport, G. (1942). "The use of personal documents in psychological science." 49.

Allport, G. W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York, Holt.

Anthony, E. L. (1974). "Rezension von F. Dolto: Dominique." @@@@@.

Anzieu, A. (1977). "Rezension von DW Winnicott: Fragment d'une analyse. Payot, Paris 1975.": 25-29.

Apel, K.-O. (1965). "Die Entfaltung der "sprachanalytischen Philosophie" und das Problem der "Geisteswissenschaften"." 72.

Apel, K. O. (1955). "Das Verstehen." *Arch Begriffsgesch* 1: 142-199.

Apel, K. O. (1966). "Wittgenstein und das Problem des hermeneutischen Verstehens." *Zeitschr. f.Theologie und Kirche* 63: @@@.

Apel, K. O. (1971). *Szientistik, Hermeneutik, Ideologiekritik*. In: *Hermeneutik und Ideologiekritik*. Frankfurt, Suhrkamp.

Appignanesi, L. and J. Forrester (1992). *Freuds Women*. London, Weidenfeld & Nicolson.

Appignanesi, L. and J. Forrester (1996). *Die Frauen Sigmund Freuds*. München, dtv.

Bachrach, H., H. Curtis, et al. (1981). "Units of observation and perspectives on the psychoanalytic process." *Brit J Med Psychol* 54: 25-33.

Balint, M. (1950). "Changing therapeutical aims and techniques in psychoanalysis." 31: 117-124.

Balint, M., P. H. Ornstein, et al. (1961). *Focal psychotherapy. An example of applied Psychoanalysis*. London, Tavistock.

Balint, M., P. H. Ornstein, et al. (1973). *Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.

Balter, L., Z. Lothane, et al. (1980). "On the analyzing instrument." *Psychoanal Q* 49: 474-504.

Barnes, M. and J. Berke (1971). Two accounts of a journey through madness (dt.: Meine Reise durch den Wahnsinn). München, Kindler.

Baumeyer, F. (1952). "Bemerkungen zur Krankengeschichte des "Kleinen Hans"." Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1: 129 - 133.

Baur, R. (1880). Individualität. zit. nach Huber HP 1973.

Beck, A. and M. Hurvich (1959). "Psychological correlates of depression. I Frequency of "masochistic" dream content in a private practice sample." Psychosom Med 21: 50-50.

Beck, A. and C. Ward (1961). "Dreams of depressed patients: Characteristic themes in manifest contents." Arch Gen Psych 5: 462-467.

Beckmann, D., H. E. Richter, et al. (1969). "Kontrolle von Psychotherapieresultaten." Psyche-Z Psychoanal -Z Psychoanal 23: 805-823.

Beigler, J. S. (1975). "A commentary on Freud's treatment of the rat man." 3: 271-285.

Bellak, L. and M. B. Smith (1956). "An experimental exploration of the psychoanalytic process." 25: 385-414.

Benjamin, J. D. (1950). "Methodological considerations in the validation and elaboration of psychoanalytical personality theory." Amer. J. Orthopsychiat. 20: 139-156.

Benjamin, J. D. (1959). Prediction and psychopathological theory. Dynamic Pathology in Childhood. L. J. E. Pavenstedt. New York, Grune & Stratton.

Berg, C. (1946). Deep analysis: The clinical study of an individual case. London, Allen & Urwin.

Bergin, A. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. A. Bergin and S. Garfield. New York, Wiley: 217-270.

Bergin, A. and H. Strupp (1972). Changing frontiers in the science of psychotherapy. New York, Aldine.

septiembre 11, 2003

Bergin, A. E. and S. L. Garfield, Eds. (1971). Handbook of psychotherapy and behaviour change. An empirical analysis, 1st edn. New York Chichester Brisbane, Wiley & Sons.

Bergmann, P. (1966). An experiment in filmed psychotherapy. Methods of research in psychotherapy. L. A. Gottschalk and H. A. Auerbach. New York, Appleton-Century-Crofts: 35-49.

Bernfeld, S. (1934). "Die Gestalttheorie." 20: 32-77.

Bernfeld, S. (1949). "Freud's scientific beginnings." Am Imago VI: 165 - 196.

Blanton, S. (1971). Diary of my analysis with Sigmund Freud. New York, Hawthorn Books.

Blatt, S. J., C. M. Bondi, et al. (1998). "When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programm." Journal of Consulting and Clinical Psychology 66: 423-428.

Bodamer, J. (1953). "Zur Entstehung der Psychiatrie als Wissenschaft im 19. Jahrhundert." 21: 11.

Boehm, F. (1923). "Rezension von Sadger: Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen auf psychoanalytischer Grundlage." Int Z Psychoanal 9: 535 - 539.

Bolland, J. and J. Sandler (1965). The Hampstead Psychoanalytic Index. A study of the psychoanalytic case material of a two-year old child. New York, Int Univ Press. dt.Die Hampstead Methode. München, Kindler.

Bonaparte, M. (1927). Der Fall Lefevre: Zur Psychoanalyse einer Mörderin. Leipzig, Zürich, München, Int Psychoanal Verlag.

Bonaparte, M. (1945). "Notes on the analytic discovery of a primal scene." 1(119-125).

Bonaparte, M. (1949). The life and work of Edgar Allen Poe. LONDON, @.

Boor, C., de (1965). Zur Psychosomatik der Allergie, besonders der Asthma bronchiale. Bern/Stuttgart, Huber/Klett.

septiembre 11, 2003

- Bormann, C. v. (1971). Die Zweideutigkeit der hermeneutischen Erfahrung. In: Hermeneutik und Ideologiekritik. Frankfurt, Suhrkamp.
- Bowlby, J. (1979). "Psychoanalysis as art and science." 6: 3 - 14.
- Brenner, C. (1939). "On the genesis of a case of paranoid dementia praecox." J Nerv Ment Dis 90: 483 - @@@.
- Breuer, J. and S. Freud (1895). Studien über Hysterie. Leipzig Wien, Deuticke.
- Brody, B. (1970). "Freud's case load." Psychotherapy: Theory, Research and Practice 7: 8-12.
- Brody, B. (1976). "Freud's case load and social class." Psychotherapy: Theory, Research and Practice 13: 196-197.
- Brückner, P. (1975). S. Freuds Privatlektüre. Köln, Horst Verlag.
- Bühler, C. (1923). Kindheit und Jugend - Gense des Bewusstseins. Leipzig.
- Bühler, K. (1927). Die Krise der Psychologie. Jena, Fischer.
- Cardinale, M. (1975). Les mots pour le dire. Paris
- Carmichael, H. T. (1966). Sound-film recording of psychoanalytic therapy: a therapist's experience and reactions. Methods of research in psychotherapy. L. A. Gottschalk and A. H. Auerbach. New York, Appleton-Centuzry-Crofts: 50-59.
- Cohe, R. (1965). Empirische Untersuchungen zur klinischen Urteilsbildung aufgrund psychologischer Tests. Forderungen an die Psychologie. F. Hardest and K. Eyferth. @@@, @@@: 139 - 152.
- Compton, A. (1972). "The study of the psychoanalytic theory of anxiety." J Am Psychoanal Ass 20: 3 - 44, 341 - 394.
- Compton, A. (1990). "Psychoanalytic process." Psychoanal Quart 59: 585-598.
- Cooke, T. and D. Campbell (1979). Quasi-Experimentation. Design and analysis issues for field settings. Boston, Houghton Mifflin.

septiembre 11, 2003

Coriat, I. (1917). "Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses." *Psychoanal Ref* 4: 209-216.

Cremerius, J. (1971). *Neurose und Genialität*. Frankfurt, **¡Error!**

Curtius, M. (1976). "Rezension von Yalom & Elkin (1975)." *Psyche-Z Psychoanal* 30: 643 - 646.

Dahl, H. (1972). *A quantitative study of psychoanalysis. Psychoanalysis and contemporary science*. R. R. Holt and E. Peterfreund. New York: 237-257.

Dahl, H., B. Rubinstein, et al. (1978). "A study of psychoanalytical clinical inference as interpretive competence and performance. Proposal to the Fund for Psychoanalytic Research." unveröffentlicht.

Dahlbender, R. W., C. Albani, et al. (1998). "Central Connected Relationship Themes CCRT: A Structural Version of the CCRT." *Psychotherapy Research* 8: 408-425.

Dahlbender, R. W., C. Albani, et al. (1998). "The Connected Central Relationship Patterns (CCRP): A Structural Version of the CCRT." *Psychotherapy Research* 8: 408-425.

Dahmer, H. (1973). *Libido und Gesellschaft*. Frankfurt, Suhrkamp.

Danto, A. C. (1965). *Analytical Philosophy of History*. Cambridge.

Deutsch, H. (1928). "Ein Frauenschicksal - George Sand." *Imago* 14: 334-357.

Devereux, G. (1951). "Some criteria for the timing of confrontations and interpretations." *Int J Psychoanal* 32: 19-24.

Dewald, P. A. (1972). *The psychoanalytic process. A case illustration*. New York London, Basic Books.

Dilthey, W. (1894). *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie*. Gesammelte Schriften. W. Dilthey. Leipzig, Teubner. 5.

Dilthey, W. (1900). *Die Entstehung der Hermeneutik*. Gesammelte Schriften. Stuttgart. Bd.5.

septiembre 11, 2003

Dilthey, W. (1924). Beiträge zum Studium der Individualität. Gesammelte Schriften 5. Leipzig, Teubner Verlag.

Dollard, J. (1935). Criteria for the life-history. New Haven, Yale University Press.

Dolto, F. (1971). Le cas Dominique. Paris, Ed du Seuil. dt. Der Fall Dominique. Frankfurt. Suhrkamp 1973.

Donnellan, G. J. (1978). "Single-subject research and psychoanalytic theory." Bull Menn Clin 42: 352-357.

Doolittle, H. (1956). Tribute to Freud. Pantheon Books. New York, Ullstein.

Dorpat, T. L. (1973). "Research on the therapeutic process." J Am Psychoal Ass 21: 168 - 181.

Dorpat, T. L. (1973). "Research on the therapeutic process. Panel report." J Am Psychoal Ass 21: 168-181.

Dreher, A. U. (1999). "Was sollte man bedenken, wenn man Übertragung messen will?" Zsch psychoanal Theorie Praxis 14: 260-283.

Dreher, S. (1998). Psychoanalytische Konzeptforschung. Stuttgart, Verlag Int Psychoanalyse.

Drews, S. (1978). Provokation und Toleranz - Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag. Frankfurt, Suhrkamp.

Dührssen, A. (1953). "Katamnestische Untersuchungen bei Patienten nach analytischer Psychotherapie." 3: 167-170.

Dührssen, A. (1962). "Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie." 8: 94-113.

Edelson, M. (1972). "Language and dreams: The interpretation of dreams revisited." 27: 203-282.

Edelson, M. (1985). "The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis." 8: 567-614.

septiembre 11, 2003

- Edelson, M. (1988). *Psychoanalysis. A Theory in Crisis*. Chicago, London, University of Chicago Press.
- Eissler, K. R. (1968). "The relation of explaining and understanding in psychoanalysis. Demonstrated by one aspekt of Freud's approach to literature." *Psychoanal Study Child* 23: 141-177.
- Eissler, K. R. (1971). "Death drive, ambivalence, and narcissism." *Psychoanal Study Child* 26: 25-78.
- Erle, J. (1979). "An approach to the study of analyzability and analysis: the course of forty consecutive cases selcted for supervised analysis." *Psychoanal Q* 48: 198-228.
- Erle, J. and D. Goldberg (1984). "Observations on the assessment of analyzability by experienced analysts." *J Am Psychoanal Ass* 32: 715-737.
- Escalona, S. (1952). "Problems in psychoanalytic research." *Int J Psychoanal* 33: @@@.
- Fäh, M. and G. Fischer, Eds. (1998). *Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. Eine krische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Giesen, Psychosozial Verlag.
- Farrell, B. A. (1961). "Can psychoanalysis be refuted?" *Inquiry* 4: 16-36.
- Farrell, B. A. (1981). *The standing of psychoanalysis*. Oxford, Oxford Univ Press.
- Fenichel, O. (1931). *Perversionen, Psychosen, Charakterstörung*. Darmstadt, Wiss Buchgemeinschaft.
- Fenichel, O. (1931). *Perversionen, Psychosen, Charakterstörung* Wissenschaftliche Buchgemeinschaft. Darmstadt.
- Fiant, v. (1983). "Reductivistic isomorphism in cognitive research." *Gestalt Theory*, 5: 30-54.
- Firestein, S. K. (1978). *Termination in psychoanalysis*. New York, Int Univ Press.

septiembre 11, 2003

Firestein, S. K. (1982). "Termination of psychoanalysis. Theoretical, clinical, and pedagogic considerations." 2: 473-497.

Fonagy, P., H. Kächele, et al., Eds. (1999). On open door review of the outcome of psychoanalysis. London, Research Committee of the International Psychoanalytic Association: <http://www.ipa.org.uk>.

French, T. M. (1952). The integration of behaviour. Vol I: Basic postulates. Chicago, Univ Chicago Press.

French, T. M. (1954). The Integration of Behavior. Vol. II: The Integrative Process in Dreams. Chicago, The University of Chicago Press.

French, T. M. (1958). The Integration of Behavior Vol III: The reintegrative process in a psychoanalytic treatment. Chicago, The University of Chicago Press.

Freud (1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse; GW Bd XI.

Freud, A. (1958). "Child Observation and prediction of development." Psychoanal Study Child 13: 92-116.

Freud A (1936). Das Ich und die Abwehrmechanismen. Wien, Int Psychoanal Verlag.

Freud A (1958). "Child observation and prediction of development." Psychoanal Study Child 13: 92-116.

Freud, S. (1893). Charcot. G.W. I: 21 - 35.

Freud, S. (1893). Charcot. G.W.I: 21-35. Frankfurt.

Freud, S. (1895d). Studien über Hysterie. GW Bd1, S 75-312.

Freud, S. (1895f). Zur Kritik der Angstneurose. GW Bd1: 357-376.

Freud, S. (1896). Zur Ätiologie der Hysterie. GW. I. Frankfurt, Fischer: 356-376.

Freud, S. (1900a). Die Traumdeutung. GW II - III: @@@.

septiembre 11, 2003

- Freud, S. (1901). Zur Psychopathologie des Alltagslebens. G. IV. Frankfurt, Fischer.
- Freud, S. (1905). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten. GW VI. Frankfurt, Fischer.
- Freud, S. (1909). Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose.
- Freud, S. (1909a). Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knabens. GW VII, 379-463.
- Freud, S. (1910a). Über Psychoanalyse. GW VIII: 1 - 60.
- Freud, S. (1911). Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. G.W.VIII: 239-320.
- Freud, S. (1912e). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW VIII: 375 - 387.
- Freud, S. (1913c). Zur Einleitung der Behandlung. GW Bd 8, S 453-478.
- Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzismus. GW X. Frankfurt, Fischer: @@@.
- Freud, S. (1914d). Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. GW Bd 10, S 43-113.
- Freud, S. (1914g). Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. GW Bd X: 125 - 136.
- Freud, S. (1915). Mitteilung eines der psychoanalytischen Theorie widersprechenden Falles von Paranoia; GW 10. Frankfurt, Fischer.
- Freud, S. (1918b). Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. GW Bd XII: 27 - 157.
- Freud, S. (1920a). Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. GW Bd XII: 269 - 301.
- Freud, S. (1920g). Jenseits des Lustprinzips. GW Bd XIII: 1 - 69.

septiembre 11, 2003

Freud, S. (1921c). Massenpsychologie und Ich-Analyse. GW Bd XIII: 71 - 161.

Freud, S. (1925d). Selbstdarstellung. GW Bd XIV: 31 - 96.

Freud, S. (1926d). Hemmung, Symptom und Angst. GW Bd XIV: 111 - 205.

Freud, S. (1926e). Die Frage der Laienanalyse. GW Bd 14, S 207-296.

Freud, S. (1930a). Das Unbehagen in der Kultur. GW Bd 14, S 419-506.

Freud, S. (1933a). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse; GW Bd XV.

Freud, S. (1937d). Konstruktionen in der Analyse. GW Bd XVI: 41 - 56.

Fürstenau, P. (1970). "Aktuelle Organisationsprobleme einer psychoanalytischen Vereinigung." Psychother med Psychol 20: 173 - 184.

Fürstenau, P. (1977). Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse. Klinische Psychologie. L. J. Pongratz. Göttingen Toronto Zürich, Hogrefe. Handbuch der Psychologie: 847-888.

Gabel, H., F. Deneke, et al. (1981). "Our focus formulations. Practicability for therapy. Content analysis and relation to outcome and other variables." Psychother Psychosom 35: 110-133.

Gadamer, H. G. (1959). Vom Zirkel des Verstehens. Festschrift für M. Heidegger. Pfullingen, Neske: 24-34.

Gadamer, H. G. (1959). "Vom Zirkel des Verstehens In: Festschrift für M. Heidegger.": 24-34.

Gadamer, H. G. (1965). Wahrheit und Methode. Anwendung einer philosophischen Hermeneutik. Tübingen, Mohr.

Gadamer, H. G. (1971). Replik. Hermeneutik und Ideologiekritik. @@@. Frankfurt, Suhrkamp: @@@.

Gadamer, H. G. (1971). Replik In: Hermeneutik und Ideologiekritik. Frankfurt, Suhrkamp.

Gadamer, H. G. (1971). Rhetorik, Hermeneutik und Ideologiekritik

septiembre 11, 2003

In: Hermeneutik und Ideologiekritik. Frankfurt, Suhrkamp.

Gardiner, M. (1971). The wolf-man. New York, Basic Books.

Gardner, R. A. (1972). "Little Hans - the most famous boy in child psychotherapy literature." Int J Child Psychotherapy 1: 24 - 50.

Garfield, S. L. and A. E. Bergin, Eds. (1978). Handbook of psychotherapy and behaviour change. An empirical analysis, 2nd edn. New York Chichester Brisbane, Wiley & Sons.

Gedo, J., M. Sabshin, et al. (1964). "<Studies on Hysteria>: a methodological evaluation." J Am Psychol Ass 12: 734-751.

Geist, W. B. and H. Kächele (1979). "Zwei Traumserien in einer psychoanalytischen Behandlung." Jb Psychoanal 11: 138-165.

Geleerd, E. (1963). "Evaluation of Melanie Klein's <Narrative of a Child Analysis>." Int J Psychoanal 44: 493-506.

Gelleerd, E. (1963). "Evaluation of Melanie Kleins "Narrative of a Child analysis"." 44: 493-513.

Gergen, K. J. (1985). "The social constructionist movement in modern psychology." Am Psychol 40: 266-275.

Giegel, H. J. (1971). Reflexion und Emanzipation. Hermeneutik und Ideologiekritik. @@@. Frankfurt, Suhrkamp: @@@.

Gill, M. M., Ed. (1967). The Collected Papers of David Rapaport. New York, Int Univ Press.

Gill, M. M. (1979). "Die Analyse der Übertragung." Forum der Psychoanalyse 9, 1993: 46-61.

Gill, M. M. (1997). Psychoanalyse im Übergang. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse.

Gill, M. M., I. Z. Hoffman, et al. (1998). Wie früh soll man die Übertragung deuten - eine Untersuchung der ersten Stunden von Amalia X. Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie Band 3 Forschung / Psychoanalytic Practice Vol. 3 Research. H. Kächele and H. Thomä. Ulm, Ulmer Textbank.

- Gill, M. M., J. Simon, et al. (1968). "Studies in audio-recorded psychoanalysis. I. General considerations." 16: 230-244.
- Glover, E. (1947). "Basic mental concepts: Their clinical and theoretical value." 16: 1.
- Glover, E. (1955). Common technical practices: A research questionnaire. The technique of psychoanalysis. E. Glover. London, Baillière Tindall & Cox.
- Glover, E. (1955). The technique of psychoanalysis. London, Baillière Tindall & Cox.
- Goldberg, A. (1978). The psychology of the self - A casebook. New York, Int Univ Press.
- Goldmann, G. S., Ed. (1966). Development in psychoanalysis at Columbia University. New York, Hafner Publishing.
- Göllner, R. (1977). "Ambulante und stationäre Psychotherapie: Ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung." Z Psychother med Psychol 27: 165.
- Göllner, R., W. Volk, et al. (1978). Analyse von Behandlungsergebnissen eines zehnjährigen Katamneseprogrammes. Stationäre Psychotherapie. F. Beese. Göttingen, Vandenhoeck & Rupprecht: @.
- Green, H. (1964). I never promised you a rosegarden. New York., dt: Ich versprach Dir nie einen Rosengarten. Kreis Verlag Stuttgart.
- Green, H. (1964). Ich versprach Dir nie einen Rosengarten. New York, Kreis Verlag Stuttgart.
- Greenson, R. R. (1960). "Empathy and its vicissitudes." Dt: (1961) Zum Problem der Empathie. Psyche-Z Psychoanal 15:142-154 41: 418-424.
- Grünzig, H. J. (1988). Time-series analysis of psychoanalytic treatment processes: Sampling problems and first findings in a single case. Psychoanalytic process research strategies. H. Dahl, H. Kächele and H. Thomä. Berlin, Springer: 213-226.

septiembre 11, 2003

- Grünzig, H. J., H. Kächele, et al. (1978). "Zur klinisch formalisierten Beurteilung von Angst, Übertragung und Arbeitsbeziehung." *Med Psychol* 4: 138-152.
- Guntrip, H. (1961). *Personality structure and human interaction*. New York, Int Univ Press.
- Guntrip, H. (1975). "My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott." 2: 145-156.
- Habermas, J. (1963). *Analytische Wissenschaftstheorie und Dialektik. Ein Nachtrag zur Kontroverse zwischen Popper und Adorno. Zeugnisse. Theodor W. Adorno zum sechzigsten Geburtstag*. Frankfurt, Europ. Verlagsanstalt: 473-501.
- Habermas, J. (1967). "Zur Logik der Sozialwissenschaften." *Beiheft* 5.
- Habermas, J. (1968). *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Habermas, J. (1969). *Gegen einen positivistisch halbierten Rationalismus*. In: Adorno (1969), 235: 235.
- Habermas, J. (1971). *Zu Gadammers 'Wahrheit und Methode'*. Hermeutik und Ideologiekritik. Frankfurt, Suhrkamp.
- Handly, C. (1992). "@@@@@@@@@@".
- Hartmann, H. (1927). *Die Grundlagen der Psychoanalyse*. Leipzig, Thieme.
- Hartmann, H. (1958). "Diskussionsbeitrag zu A. Freud." *Psychoanal Study Child* 13: 120-122.
- Harty, M. (1981). "Correlates of change and long-term outcome." *Bull Menn Clin* 45: 209-228.
- Hehlman, W. (1963). *Geschichte der Psychologie*. Stuttgart, Körner.
- Heimann, P. (1969). "Gedanken zum Erkenntnisprozeß des Psychoanalytikers." *Psyche-Z Psychoanal* 23: 2-24.
- Heimann, P. (1977). "Further observations on the analyst's cognitive process." 25: 313-333.

septiembre 11, 2003

Hempel, C. (1952). Problems of concept and theory formation in the social sciences. dt. Typologische Methoden in den Sozialwissenschaften. Logik der Sozialwissenschaften. E. Topitsch. Köln, Kiepenheuer & Witsch, 1972.

Hempel, C. (1952). Typologische Methoden in den Sozialwissenschaften. Logik der Sozialwissenschaften. E. Topitsch: @@@.

Hempel, C. (1965). Aspekts of Scientific Explanation. Glencoe, Free Press.

Hempel, C. and P. Oppenheim (1953). The Logic of Explanation. Readings in the philosophy of science. H. Feigl and M. Brodbeck. New York, Appelton: 319 - 352.

Hempel, C. G. (1952). Problems of concept and theory formation in the social sciences. Science, language, and the human rights. @. Philadelphia, University of Pennsylvania Press: 65-86.

Henseler, H. (1974). Narzißtische Krisen - Zur Psychodynamik des Selbstmords. (Narcissistic crises - On the psychodynamics of suicide). Reinbek, Rowohlt.

Heuft, G., H. Seibüchler-Engec, et al. (1996). "Langzeitoutcome ambulanter psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalysen." Forum Psychoanal 12: 342-355.

Hilgard, E. R. (1952). Experimental Approaches to Psychoanalysis. Psychoanalysis in Science. E. Pumpian-Mindlin. Stanford, Univ. Press: @@@.

Hofer, G. (1968). Der Mensch im Wahn. Basel, Karger.

Hohage, R. and H. Kächele (1998). "Emotionale Erfahrung und Übertragung - zur Bedeutung von veränderungs- relevanten Mikroereignissen." Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie Band 3 Forschung / Psychoanalytvc Practice Vol 3 Research.

Holland, N. N. (1975). "An identity for the Rat Man." 2: 157-169.

Holt, H. (1958). "Clinical and statistical prediction." J. Abnorm. Soc. Psychol. 56: 1.

- Holt, R. R. (1962). "A Critical Examination of Freuds concept of bounds vs. free cathexis." *J. Am. Psychoanal. Ass.* 10: 475-525.
- Holt, R. R. (1965). A Review of some of Freud's biological assumptions and their influence on his theories. *Psychoanalysis and Current Biological Thought*. N. S. Greenfield and W. C. Lewis. Madison, Univ. of Wisconsin Press.
- Holt, R. R. and L. Luborsky (1958a). *Personality Patterns of Psychiatrists: A Study in Selection Technique*. New York, Basic Books.
- Holt, R. R. and L. Luborsky (1958b). *Personality Patterns of Psychiatrists: A Study in Selection Techniques*. Topeka, Menninger Foundation.
- Hölzer, M., E. Mergenthaler, et al. (1996). "Vocabulary measures for the evaluation of therapy outcome: Re-studying the transcripts from the Penn Psychotherapy Project (PPP)." *Psychotherapy Research* 6: 95-108.
- Holzkamp, K. (1970). "Wissenschaftstheoretische Voraussetzungen kritisch emanzipatorischer Psychologie." *Zschr. Sozialpsychologie* 1: 5-21, 109-141.
- Hook, S. (1959). *Psychoanalysis, Scientific Method and Philosophy*. New York, Int. Univ. Press.
- Huber, H. (1973). *Psychometrische Einzelfalldiagnostik*. Weinheim, Beltz.
- Hug-Hellmuth (1920). *Das Tagebuch eines jungen Mädchens*. Wien, Psychoanal Verlag.
- Isaacs, S. (1939). "Criteria for interpretation." 20(148-160): 853-880.
- Jaspers, K. (1948). *Allgemeine Psychopathologie*, 5. Aufl. Berlin Göttingen Heidelberg, Springer.
- Jaspers, K. (1965). *Allgemeine Psychopathologie*, 8. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer.
- Jimenez, J., C. Albani, et al. (1998). Evolution of the reaction to breaks in the psychoanalytical process as an indicator of change. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Band 3 Forschung / Psychoanalytic Practice Vol. 3 Research*. H. Kächele and T. H. Ulm, Ulmer Textbank.

- Jones, E. (1960-1962). *Das Leben und Werk von Sigmund Freud, Bd I - III*. Bern, Huber.
- Kächele, H. (1976/1988). *Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozessforschung*. Ulm, PSZ-Verlag.
- Kächele, H. (1983). "Sprache im psychoanalytischen Dialog. (On the role of speech in the psychoanalytic dialogue)." *Texte - Zur Theorie und Praxis der Psychoanalyse* 3: 309-327.
- Kächele, H. (1983). Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. *Methodology in psychotherapy research*. W. Minsel and W. Herff. Frankfurt, Lang: 125-129.
- Kächele, H. (1992). Der lange Weg von der Novelle zur Einzelfallanalyse. Die Fallgeschichte. H. Stuhr and F. W. Denecke. Heidelberg, Asanger Verlag: 32-42.
- Kächele, H. (1998). Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie Band 3 Forschung / Psychoanalytic Practice Vol 3 Research*. H. Kächele and H. Thomä. Ulm, Ulmer Textbank.
- Kächele, H. (einge). "The German specimen case of psychoanalysis." *Int J Psychoanal* eingereicht.
- Kächele, H., J. Eberhardt, et al. (1999). Expressed Relationships, Dream Atmosphere & Problem Solving in Amalia's Dreams - Dream Series as Process Tool to Investigate Cognitive Changes - A Single Case Study. *Psychoanalytic Process Research Strategies II*. H. Kächele, E. Mergenthaler and R. Krause. Ulm, Ulm Textbank <http://sip.medizin.uni-ulm.de/psychotherapie/>.
- Kächele, H., W. Ehlers, et al. (1991). Experiment und Empirie in der Psychoanalyse. *Perspektiven der Psychiatrie. Forschung-Diagnostik-Therapie*. F. Schneider, M. Bartels, K. Foerster and H. Gaertner. Stuttgart Jena New York, Gustav Fischer: 129-142.
- Kächele, H., M. Hölzer, et al. (1999). The analyst's vocabulary. *Psychoanalysis on the Move: The Work of Joseph Sandler*. P. Fonagy, A. M. Cooper and R. S. Wallerstein. London, New York, Routledge: 217-229.

- Kächele, H. and E. Mergenthaler (1984). Auf dem Wege zur computerunterstützten Textanalyse in der psychotherapeutischen Prozessforschung. Psychotherapie: Makro/Mikroperspektive. U. Baumann. Göttingen, Verlag für Psychologie Dr. Hogrefe, C J: 223-239.
- Kächele, H., C. Schaumburg, et al. (1973). Eine quantitative Studie zur Bedeutung von Reden und Schweigen in der psychoanalytischen Interaktion., Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm.
- Kächele, H., C. Schaumburg, et al. (1973). "Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung." 27: 902-927.
- Kächele, H., C. Schaumburg, et al. (1974). A study of recurrent anxiety. Ulm, Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm.
- Kächele, H. and H. Thomä, Eds. (1999). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie Band 3 Forschung / Psychoanalytic Practice Vol 3 Research. Ulm, Ulmer Textbank: <http://sip.medizin.uni-ulm.de/>.
- Kächele, H. and H. Thomä, Eds. (2000). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 3 Forschung. Ulm, <http://sip.medizin.uni-ulm.de/psychotherapie/>.
- Kächele, H., H. Thomä, et al. (1975). "Veränderungen des Sprachinhaltes in einem psychoanalytischen Prozeß." Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 116: 197-228.
- Kafka, J. S. (1989). How do we change. Psychoanalysis and psychosis. A. L. Silber. Madison CT, Int Univ Press: 319-337.
- Kantrowitz, J. (1986). "The role of the patient-analyst "match" in the outcome of psychoanalysis." Annual of Psychoanalysis 14: 273-297.
- Kanzer, M. (1972). "Book review: Muriel Gardiner (ed): The Wolf-Man by the Wolf-Man. New York. Basic Books." Int J Psychoanal 53: 499-@.
- Kaplan, A. (1964). The conduct of inquiry. San Francisco, Chandler.
- Katan, M. (1949). "Schreber's delusions of the end of the world." Psychoanal Quart 18: 60 - 66.

septiembre 11, 2003

- Katan, M. (1950). "Schreber's hallucinations about the "little men"." Int J Psychoanalysis 31: 32 - 35.
- Katan, M. (1952). "Further remarks about Schreber's hallucinations." Int J Psychoanalysis 33: 429 - 432.
- Katan, M. (1953). "Schreber's pre-psychotic phase." Int J Psychoanalysis 34: 43-51.
- Katan, M. (1954). "The non-psychotic part of the personality in schizophrenia." Int J Psychoanalysis 35: 119 - 128.
- Katan, M. (1959). "Schreber's hereafter. Its building-up and its downfall." Psychoanal Study Child 14: 314 - 382.
- Keller, W., R. Westhoff, et al. (1996). "Langzeitanalysen zeigen Langzeitwirkung." @.
- Kelly, E. L. (1951). The Prediction of Performance in Clinical Psychology. Ann Arbor, Univ. of Michigan Press.
- Kelly, E. L. and D. W. Fiske (1950). "The Prediction of success in the VA training program in clinical psychology." 5: 395-406.
- Kempfski, J. v. (1952). "Zur Logik der Ordnungsbegriffe, besonders in den Sozialwissenschaften." 5: Heft 4.
- Kiesler, D. J. (1966). "Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm." 65: 110-136.
- Killingmo, B. (1992). "Issues in psychoanalytic research." Scand Psychoanal. Rev. 15: 37-57.
- Kitay, P. (1963). "Introduction to the symposium on "Re- interpretation of Schreber's case"." Int J Psychoanal 44: 191-193.
- Klauber, J. (1968). "On the Dual use of historical and scientific method in psychoanalysis." Int. J. Psychoanal. 49: 80-87.
- Klein, M. (1961). Narrative of a child analysis. London, Hogarth.

septiembre 11, 2003

- Klumpner, G. H. and A. Frank (1991). "O methods of reporting clinical material." *J Am Psychoanal Ass* 39: 537-551.
- Klumpner, G. H. and A. Frank (1991). "On methods of reporting clinical material." *J Am Psychoanal Ass* 39: 537-551.
- Knapp, P. H., R. P. Greenberg, et al. (1975). "Clinical measurement in psychoanalysis: an approach." *Psychoanal Q* 44: 404-430.
- Kohut, H. (1959). "Introspection, empathy and psychoanalysis." 7: 459-483. - Dt. in *Psyche* 25, 831-855.
- Kohut, H. (1959). "Introspection, empathy, and psychoanalysis. An examination of the relationship between mode of observation and theory." Dt: *Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Zur Beziehung zwischen Beobachtungsmethode und Theorie.* In: Kohut, H (1977) *Introspektion, Empathie und Psychoanalyse.* Suhrkamp, Frankfurt 7: 459-483.
- Kohut, H. (1979a). "The two analyses of Mr. Z." 60: 3-27.
- Kohut, H. (1979b). *Die Heilung des Selbst.* Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- König, H. (1993). *Zur Naturalisierung psychoanalytischer Prozesse,* Tübingen.
- König, H. (1996). "Gleichschwebende Aufmerksamkeit. Modelle und Theorien im Erkenntnisprozess des Analytikers." *Psyche - Z Psychoanal* 50(4): 337-375.
- Koukkou, M., M. Leuzinger-Bohleber, et al., Eds. (1998). *Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Band 1 Bestandsaufnahme.* Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Krause, R. (1982). *Psychoanalyse als dyadische Situation. Untersuchungen über das Übertragungsgeschehen in der Zweierbeziehung. Therapieforen im Dialog.* J. Howe. München, Kösel: 118-130.
- Krause, R. and P. Lütolf (1988). *Facial indicators of transference processes within psychoanalytic treatment. Psychoanalytic process research strategies.* H. Dahl, H. Kächele and H. Thomä. Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, Springer: 241-256.

septiembre 11, 2003

- Krause, R. and P. Lütolf (1989). "Mimische Indikatoren von Übertragungsvorgängen: Erste Untersuchungen." *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 18: 55-67.
- Krippendrof, K. (1980). *Content Analysis*. London:, Sage Publications.
- Kris, E. (1950). *Einleitung: Aus den Anfängen der Psychoanalyse*. S. Freud: *Aus den Anfängen der Psychoanalyse*. E. Kris. London, Imago Publishing Co: @@@.
- Kris, E. (1951). "Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy." *Psychoanal Q* 20: 15-30.
- Kubie, L. S. (1952). *Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. Psychoanalysis as science. The Hixon lectures on the scientific status of psychoanalysis*. E. Pumpian-Mindlin. New York, Basic Books: 46-124.
- Kubie, L. S. (1958). "Research into the process of supervision in psychoanalysis." 27: 226-236.
- Kuhn, T. S. (1967). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt, Suhrkamp.
- Kuiper, P. C. (1964). "Verstehende Psychologie und Psychoanalyse." 18: 15-32.
- Kuiper, P. C. (1965). "Diltheys Psychologie und ihre Beziehung zur Psychoanalyse." 19: 241-249.
- Kunz, H. (1975). *Die Erweiterung des Menschenbildes in der Psychoanalyse Sigmund Freuds. Neue Anthropologie*. H. G. Gadamer and P. Vogler. Stuttgart, Thieme.
- Lacan, J. (1959). *Dúne question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*. *Ecrits*. J. Lacan. Paris, du Seuil. 1966: @.
- Laffal, J. (1965). *Pathological and normal language*. New York, Atherton Press.
- Lamprecht, F. (1996). "Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen." *Psychother Psychosom med Psychol* 46: 283-291.

Lebovici, S. and M. Soule (1970). *La connaissance de l'enfant par la psychoanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France.

Leuzinger-Bohleber, M. (1989). *Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Springer.

Leuzinger-Bohleber, M., Ed. (1997). "...die Fähigkeit zu lieben, zu arbeiten und das Leben zu geniessen." *Zu den vielen Facetten psychoanalytischer Katamneseforschung*. Giessen, Psychosozial Verlag.

Leuzinger-Bohleber, M., W. Mertens, et al., Eds. (1998). *Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Band 2 Folgerungen für die psychoanalytische Praxis*. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse.

Leuzinger-Bohleber, M., R. Pfeifer, et al. (1998). *Wo ist das Gedächtnis geblieben? Psychoanalyse und New Cognitive Science im Dialog. Erinnernte Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog*. M. Koukkou, L.-B. M and W. Mertens. Stuttgart, Klett-Cotta.

Leuzinger-Bohleber, M., R. Pfeifer, et al. (1998). *Wo ist das Gedächtnis geblieben? Psychoanalyse und New Cognitive Science im Dialog. Erinnernte Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog*. M. Koukkou, L.-B. M and W. Mertens. Stuttgart, Klett-Cotta: 517-588.

Leuzinger-Bohleber, M. and U. Stuhr, Eds. (1997). *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung*. Giessen, Psychosozial Verlag.

Levi, L. H. (1963). *Psychological Interpretation*. New York, Holt, Reinhart and Winston.

Lewin, K. (1937). "Psychoanalysis and topological psychology." *Menninger Clin.* 1: 202-212.

Lipmann, H. (1911). "Wernicke's Einfluss auf die klinische Psychiatrie." *M Schr Psychiatr Neurol* 30: 1 - 32.

Lipton, S. (1977). "Freud's technique and the Rat Man." *Inbt J Psychoanal* 58: 255 - 274.

Little, M. (1994). *Die Analyse psychotischer Ängste*. Stuttgart, Klett-Cotta.

Loch, W. (1965b). *Voraussetzungen, Mechanismen und Grenzen des psychoanalytischen Prozesses*. Bern Stuttgart, Huber.

Loch, W. and G. Jappe (1974). "Die Konstruktion der Wirklichkeit und die Phantasien." *Psyche-Z Psychoanal* 28: 1-31.

Loewald, H. W. (1971). "On Motivation and instinct theory." *Psychoanal. Study Child* 26: 91-128.

Loewenstein, R. M. (1951). "The problem of interpretation." *Psychoanal Q* 20: 1-14.

Lorenzer, A. (1970). *Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.

Lorenzer, A. (1985). "Lorenzer, A. (1985): Das Verhältnis der Psychoanalyse zu ihren Nachbarsdisziplinen. *fragmente* 14/15. 8-22." *fragmente* 14/15: 8-22.

Lowenfeld, Y. (1975). "Rezension T. Moser: *Lehrjahre auf der Couch*." *Psyche-Z Psychoanal*: 186 - 188.

Luborsky, L., P. Crits-Christoph, et al. (1991). *Freud's transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT): Illustrations by the two specimen cases. Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. M. Horowitz. Chicago, University of Chicago Press: 167-195.

Luborsky, L., H. Graff, et al. (1973). "A clinical-quantitative examination of consensus on the concept of transference." *Arch Gen Psychiatry* 29: 69-75.

Luborsky, L. and D. Spence (1971). *Quantitative research on psychoanalytic therapy. Handbook of psychotherapy and behavior change*. A. Bergin and S. Garfield. New York, Wiley: 408-438.

MacAlpine, I. (1953). "The Schreber-Case: A contribution to schizophrenia, hypochondria and psychosomatic symptom formation." *Psychoanal Quart* 22: 328 - 371.

septiembre 11, 2003

MacAlpine, I. and R. A. Hunter, Eds. (1955). D.P. Schreber: Memoirs of my illness. London, Dawson and Sons.

MacIntyre, A. C. (1968). Das Unbewußte. Eine Begriffsanalyse. Frankfurt, Suhrkamp.

Mack-Brunswik, R. (1928). "A supplement to Freud's "History of an infantile neurosis"." Int J Psychoanal 9: 439 - @@@.

Malan, D. (1975). "Book review: Focal psychotherapy; An example of applied psychoanalysis. by M Balint, P. Ornstein and E. Balint." Int J Psychoanal. 56: 115-117.

Malan, D. H. (1963). A study of brief psychotherapy. London, Tavistock.

Malan, D. H. (1965). Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung. Bern/Stuttgart, Huber/Klett.

Marcus, S. (1974). "Freud und Dora - Roman, Geschichte, Krankengeschichte." 28: 32-79.

Mayman, M. (1973). Reflections on psychoanalytic research. Psychoanalytic research. Three approaches to the experimental study of subliminal processes. M. Mayman. New York, Int Univer Press.

McDougall, J. and S. Lebovici (1969). Dialogue with Sammy. London, Hogarth.

Meehl, P. (1973). Some methodological reflections of the difficulties of psychoanalytic research. Psychoanalytic research. Three approaches to the experimental study of subliminal processes. H. Mayman. New York, Univer Press: 104 - 117.

Meehl, P. E. (1963). Clinical Versus Statistical Prediction. Minneapolis, Univ. of Minnesota Press.

Meehl, P. E. (1983). Subjectivity in psychoanalytic inference: The nagging persistence of Wilhelm Fliess's Achensee question. Testing scientific theories. Minnesota Studies in the Philosophy of Science, Vol 10. J. Earman. Minneapolis, Univ Minnesota Press: 349-411.

Meissner, W. W. (1971). "Freud's Methodology." J. Am. Psychoanal. 19: 265-309.

- Meissner, W. W. (1983). "Values in the psychoanalytic situation." 3: 577-598.
- Meltzer, D. (1967). The psychoanalytic process. London, Heinemann.
- Meltzer, D. (1978). The Kleinian development: Part II, Richard week-by-week. Perthshire, Clunie.
- Mergenthaler, E. (1979). Das Textkorpus in der psychoanalytischen Forschung. (Text Corpora in Psychoanalytic Research). Empirische Textwissenschaft. H. Bergenholtz and B. Schäder. Königstein/Ts., Scriptor-Verlag????????
- Mergenthaler, E. (1986a). Die Transkription von Gesprächen. Ulm, Ulmer Textbank.
- Mergenthaler, E. (1986b). Das Textbankverwaltungssystem - Ein Werkzeug bei der Verarbeitung sprachlicher Daten. (The Textbank Management System - A tool for processing textual data). Statistik-Software. W. Lehmacher and A. Hörmann. Stuttgart, New York, Fischer: 271-281.
- Mergenthaler, E. and H. Kächele (1985). "Changes of latent meaning structures in psychoanalysis." Sprache und Datenverarbeitung 9: 21-28.
- Mergenthaler, E. and H. Kächele (1994). "Die Ulmer Textbank." Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 44(1): 29-35.
- Mertens, W. (1998). Einige Aspekte der psychoanalytischen Gedächtnistheorie. Erinnernte Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. M. Koukkou, L.-B. M and W. Mertens. Stuttgart, Klett-Cotta: 48-130.
- Mertens, W. (1998). Einige Aspekte der psychoanalytischen Gedächtnistheorie. Erinnernte Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. M. Koukkou, L.-B. M and W. Mertens. Stuttgart, Klett-Cotta: 48-130.
- Merton, R. D. (1968). Die Eigendynamik gesellschaftlicher Voraussagen. E. Topitsch. Köln, Kiepenueer & Witsch ????: @@@.
- Meyer, A. (1990a). Psychoanalytische Forschung für das Ende des Jahrhunderts. Empirische Forschung in der Psychoanalyse. S.-F. Institut. Frankfurt, Sigmund-Freud Institut. 10: 8-26.

septiembre 11, 2003

Meyer, A., R. Zenker, et al. (1976). "Zur faktorenanalytischen Überprüfung der infantilphasen bezogenen psychoanalytischen Charakterologie."

Meyer, A. E. (1967). "Die Interbeobachter-Übereinstimmung; ein psychologisches Methodenkriterium und seine Bedeutung in der Medizin." *Mat. Med Nordmark* 19: 196.

Meyer, A. E. (1994). "Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-Darstellung - Hoch lebe die Interaktionsgeschichte." *Z Psychosom Med Psychoanal* 40: 77-98.

Meyer, A. E. (1995). "Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-Darstellung - Hoch lebe die Interaktionsgeschichte." *Z Psychosom Med Psychoanal* 40: 77-98.

Milner, M. (1969). *The hands of the living god. An account of a psychoanalytic treatment.* London, Hogarth.

Mintz, E., G. Schmeidler, et al. (1956). "Rohrschach changes during psychoanalysis." *J Proj Techn* 20: 414-417.
20 cases compared at beginning and at end

Mitscherlich, A. and H. Vogel (1965). *Psychoanalytische Motivationstheorie.* *Handbuch der Psychologie.* H. Thomae. Göttingen. 2: 759.

Moore, G. E. (1955). *Wittgenstein's lectures in 1930-1933. Philosophical papers.* G. E. Moore. London, Allen & Unwin.

Moser, T. (1974). *Lehrjahre auf der Couch. Bruckstücke meiner Psychoanalyse.* Frankfurt, Suhrkamp.

Moser, U. (1989). "Wozu eine Theorie in der Psychoanalyse." *Zsch psychoanal Theorie Praxis* 4(2): 154-174.

Neisser, U. (1982). *Memory Observed. Remembering in Natural Contexts.* San Francisco:, W.H. Freeman.

Neudert, L. (1998). *Das Leiden als Prozessvariable und Aspekte seiner Bewältigung als Variable im psychoanalytischen Prozess.* Abteilung Psychotherapie, Ulm, Universität Ulm: 319.

septiembre 11, 2003

- Neyer, A. E. (1981). "Meyer A E (1981) Psychoanalytische Prozessforschung zwischen der Skylla der "Verkürzung" und der Charybdis der "systematischen akustischen Lücke"." Zsch.Psychosom.Med. Psychoanal. 27: 103-116.
- Niederland, W. G. (1951). "Three notes on the Schreber case." Psychoanal Quart 20: 579 - 591.
- Niederland, W. G. (1956). "River symbolism I." Psychoanal Quart 25: 469-507.
- Niederland, W. G. (1957). "River symbolism II." Psychoanal Quart 26: 50-57.
- Niederland, W. G. (1958). "Early auditory experiences, beating fantasies and primal scene." Psychoanal Study Child 13: 471 - 504.
- Niederland, W. G. (1959a). "Schreber - father and son." Psychoanal Quart 28: 152 - 169.
- Niederland, W. G. (1959b). "The "miracled up" world of Schreber's childhood." 14: 383-413.
- Niederland, W. G. (1960). "Schrebers father." J Am Psychoanal 8: 492 - 499.
- Niederland, W. G. (1963). "Further data and memorabilia pertaining to the Schreber case." Int J Psychoanal 44: 201 - 207.
- Niederland, W. G. (1963). "III. Further data and memorabilia pertaining to the Schreber case." Int J Psychoanal 44: 201-207.
- Niederland, W. G. (1974). The Schreber case. Psychoanalytic profile of a paranoid personality. New York.
- Norman, D. A., Ed. (1986). Perspectives on Cognitive Science. N.Jersey:, Lawrence.
- Nunberg, H. (1952). "Discussion of Katan's paper on Schreber's hallucinations." Int J Psychoanal 33: 454 - 456.
- Nunverg, H. (1952). "Discussion of Katan's paper on Schreber's hallucinations." Int J Psychoanal 33: 454-456.
- Opp, K. D. (1970). Methodologie der Sozialwissenschaft. Hamburg, Rowohlt.

septiembre 11, 2003

Orlinsky, D. (1990). The inter-therapy session experiences. unpubl. manuscript, University of Chicago.

Orlinsky, D. E., K. Grawe, et al. (1994). Process and outcome in psychotherapy- noch einmal. Handbook of psychotherapy and behavior change. A. E. Bergin and S. L. Garfield. New York, Wiley: 270-376.

Parker, B. (1962). My language ist me. New York, Suhrkamp.

Parker, B. (1970). Meine Sprache bin ich. Frankfurt, Suhrkamp.

Pauker, S., G. Gorry, et al. (1976). "Towards a simulation of clinical cognition." Am J Medicine 60: 981-996.

Pearson, H. J. (1968). A handbook of child psychoanalysis. New York, Suhrkamp.

Perrez, M. (1971). "Zur wissenschaftlichen Theoriebildung und zum Bewährungsproblem in der Psychoanalyse." 19: 221-242.

Perrez, M. (1972). Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? Bern Stuttgart Wien, Huber.

Popper, K. (1965). Conjectures and Refutations. London, Routledge and Kegan Paul.

Popper, K. (1968). Prognose und Prophetie in den Sozialwissenschaften. Logik der Sozialwissenschaften. E. Topitsch. Köln, Kiepenheuer & Witsch: @.

Popper, K. R. (1958). Die offene Gesellschaft und ihre Feinde. Bern, Francke.

Popper, K. R. (1969). Logik der Forschung, 3. erw Aufl. Tübingen, Mohr.

Popper, K. R. (1969 b). Das Elend des Historizismus. Tübingen, Mohr/Siebeck.

Popper, K. R. (1972). Die Zielsetzung der Erfahrungswissenschaft. H. Albert.

Pulver, S. E. (1987a). "How theory shapes technique: perspectives on a clinical study." 7: 141 - 299.

Pulver, S. E. (1987b). "Prologue to "How theory shapes technique: perspectives on a clinical study"." 7: 141-145.

- Pulver, S. E. (1987c). "Epilogue to "How theory shapes technique: perspectives on a clinical study"." 7: 289-299.
- Pumpian-Mindlin, E., Ed. (1952). Psychoanalysis as science. The Hixon lectures on the scientific status of psychoanalysis. New York,, Basic Books.
- Rad, M. v., W. Senf, et al. (1998). "Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamneseprojektes." Psychotherapie psychol. Med. 48(4): 88-100.
- Radnitzky, G. (1970). Contemporary Schools of Metascience. Göteborg, Akademieförlaget.
- Rapaport, D. (1944). The scientific methodology of psychoanalysis. The collected papers of David Rapaport. M. M. Gill. New York, Basic Books.
- Rapaport, D. (1960). Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Stuttgart, Klett.
- Rapaport, D. (1960). The structure of psychoanalytic theory. A systematizing attempt. New York, Int Univ Press.
- Rapaport, D. (1967). The collected papers of David Rapaport. New York, Basic Books.
- Rapaport, D. (1967). On the Psychoanalytic theory of motivation. The Collected Papers of David Rapaport. M. M. Gill. New York, Basic Books.
- Rapaport, D. (1970). Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Versuch einer Systematik. Stuttgart, Klett.
- Rapaport, D. and M. Gill (1959). "The points of view and assumptions of metapsychology." Int J Psychoanal 40: 153-162.
- Ricoeur, P. (1969). Die Interpretation. Ein Versuch über Freud. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Ritsert, J. (1972). Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung. Frankfurt a.M, Athenäum Verlag.

Rosenblatt, A. D. and J. T. Thickstun (1970). "The Concept of psychic energy." 51: @@@.

Rosenkötter, L. (1969). "Über Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der Psychoanalyse. (On scientific criteria in psychoanalysis)." Psyche-Z Psychoanal 23: 161-169.

Roth, A. and P. Fonagy (1996). what works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York-London, The Guilford Press.

Rudolf, G. (1981). Untersuchung und Befund bei Neurosen und Psychosomatischen Erkrankungen. Materialien zum Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befund (PSKB). Basel, Beltz.

Rudolf, G. (1991). Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie. Berlin Heidelberg New York, Springer.

Rudolf, G. (1991). Free University of Berlin: Berlin Psychotherapy Study. Psychotherapy Research. An International Review of Programmatic Studies. L. Beutler and M. Crago. Washington.

Rudolf, G. (1995). "Struktur und strukturelle Störung." Zsch. Psychosom. Med 41: 197-212.

Rudolf, G. and R. Manz (1993). "Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus der Perspektive von Patienten und Therapeuten." PPM, Psychother. Psychosom. med. Psychol. 43: 193-199.

Ryle, G. (1969). Der Begriff des Geistes. Stuttgart, Reclam.

Sadger, J. (1921). Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen auf psychoanalytischer Grundlage. Wien, @@@.

Sampson, H., J. Weiss, et al. (1972). "Defense analysis and the emergence of warded off mental contents." Arch Gen Psychiatr 26: 524 - 532.

Sandell, R. (1987a). "Assessing the effects of psychotherapy 2. A procedure for direct rating of psychotherapeutic change." Psychosom Psychother 47: 37-43.

- Sandell, R. (1987b). "Assessing the affects of psychotherapy 3. Reliability and validity of "Change after psychotherapy"." *Psychother. Psychosom.* 47: 44-52.
- Sandell, R., J. Blomberg, et al. (1997). "When reality doesn't fit the blueprint: doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program." *Psychother Research* 7: 333-344.
- Sandell, R., J. Blomberg, et al. (1998). "Repeated long-term follow-up of longterm psychotherapy and analysis." @@@@
- Sandler, J. (1976). "Countertransference and role-responsiveness." *Int Rev Psychoanal* 3: 43-47; Dt: (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche-Z Psychoanal* 30:297-305.
- Sandler, J. (1983). "Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice." *Int J Psychoanal* 64: 35-45; Dt: (1983) Die Beziehung zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. *Psyche-Z Psychoanal* 37: 577-595.
- Sandler, J. and e. al (1962). "The Classification of superego material in the Hampstead Index." *Psychoanal. Study Child* 17: 107-127.
- Sandler, J., A. Dreher, et al. (1991). "An approach to conceptual research in psychoanalysis illustrated by a consideration of psychic trauma." *Int Rev. Psycho-Anal.* 18: 133-142.
- Sargent, H. D., L. Horwitz, et al. (1968). *Prediction in psychotherapy research. Method for the transformation of clinical judgements into testable hypothesis.* New York, Int Univ Press.
- Schalmey, P. (1977). *Die Bewährung psychoanalytischer Hypothesen.* Kronberg/Ts, Scriptor.
- Schaumburg, C. (1980). *Personalpronomina im psychoanalytischen Prozess,* Dissertation Ulm.
- Schaumburg, C., H. Kächele, et al. (1973). *Untersuchungen über Interaktionsvorgänge im psychoanalytischen Prozess anhand von Personalpronomina,* Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm.

- Schaumburg, C., H. Kächele, et al. (1974). "Methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung." *Psyche - Z Psychoanal* 28: 353-374.
- Schilder, P. (1927). "Über eine Psychose nach einer Staroperation." *Int Zsch Psychoanal* 8: 35-44.
- Schlessinger, N., J. Gedo, et al. (1967). "The scientific style of Breuer and Freud in the origins of psychoanalysis." *J Am Psychoanal Ass* 15: 404 - 422.
- Schmidl, S. (1955). "The problem of scientific validation in psychoanalytic interpretation." *Int J Psychoanal* 36: 105-113.
- Schönau, W. (1968). *Sigmund Freud's Prosa. Literarische Elemente seines Stils.* Stuttgart, Metzlersche Verlagsbuchhandlung.
- Schreber, D. P. (1903). *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken.* Leipzig, Mutze.
- Scriven, M. (1959). "Explanation and prediction in evolutionary theory." *Science* 130: 477-482.
- Sears, R. R. (1943). "Survey of objective studies of psychoanalytic concepts." *Soc Science Research Council Bulletin No. 51: @@@.*
- Sechehaye, M. (1947). *La Réalisation Symbolique.* Bern, Huber dt. *Die symbolische Wunscherfüllung.* Bern, Huber.
- Sechehaye, M. (1950). *Reality lost and regained: Autobiography of a schizophrenic girl.* New York, Grune & Stratton.
- Sechehaye, M. (1974). *La Réalisation Symbolique.* Bern, Huber.
- Senf, W., H. Kordy, et al. (1984). "Indication in psychotherapy on the basis of a follow-up project." *Psychother. Psychosom* 42: 37-47.
- Shapiro, D. A., H. Harper, et al. (1994). *The high-watermark of the drug metaphor: A meta-analytic critique of process-outcome research. Reassessing psychotherapy research.* R. L. Russel. New York, Guilford: 1-35.
- Shapiro, D. A., A. Rees, et al. (1995). "Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and

- psychodynamic-interpersonal psychotherapy.” *J Con Clin Psychol* 63: 378-387.
- Shengold, L. (1971). “More about rats and rat people.” 52: 277-288.
- Sherwood, M. (1969). *The logic of explanation in psychoanalysis*. New York, Academic Press.
- Shrout, P. E. and J. L. Fleiss (1979). “Intraclass Correlations: Uses in Assessing Rater Reliability.” *Psychological Bulletin* 86: 86, 2, 420-428.
- Silberschatz, G., H. Sampson, et al. (1986b). Testing pathogenic beliefs versus seeking transference gratifications. *The psychoanalytic process: theory, clinical observation, and empirical research*. J. Weiss, S. H and a. t. M. Z. P. R. Group. New York, Guilford Press: 267-276.
- Simon, H. A. (1980). *Cognitive Science*. @, Norwood.
- Simon, J. (1968). *Psychoanalytic research and the concept of analytic work*. Appendix A: Topic Index. Fall meeting of the American Psychoanalytic Association.
- Spence, D. (1998). “Rain forest or mud field?” *Int J Psycho-Anal* 79: 643-647.
- Spence, D. P. (1968). “The processing of meaning in psychotherapy: Some links with psycholinguistics and information theory.” 13: 349-361.
- Spence, D. P. (1986). “When interpretation masquerades as explanation.” 34: 3-22.
- Spence, D. P. and M. Lugo (1972). *The role of verbal clues in clinical listening*. *Psychoanalysis and Contemporary Science*. New York, The Macmillan Company. 1: 109-131.
- Spielrein, S. (1912). “Über den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie.” *Jb Psychoanal Psychopath Forsch* 3: 329 - 400.
- Stegmüller, W. (1969). *Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und analytischen Philosophie*. Bd II: Theorie und Erfahrung. Berlin Heidelberg New York, Springer.

septiembre 11, 2003

Stekel, W. (1935). Fortschritte und Technik der Traumdeutung. Wien, Verlag für Medizin.

Stern, D. (1998). "The process of therapeutic change involving implicit knowledge:: some implications of developmental observations for adult psychotherapy." *Infant Mental Health* 19: 300-308.

Stierlin, H. (1972). "Referat von "Sprachzerstörung und Rekonstruktion " v. A. Lorenzer." *Int. J. Psychoanalysis* 53: 422-425; *Psyche* 26, 149-152.

Stoller, R. (1973). *Splitting. A case of female masculinity*. New York, Quadrangle.

Storch, A. (1922). *Das archaisch-primitive Erleben und Denken der Schizophrenen*. Berlin, Springer.

Streeck, U. (1994). *Private Theorien zum psychoanalytischen Handwerk. Subjektivität und Psychoanalyse*. W. Tress and C. Sies. Göttingen, Vandenhoeck & Rupprecht.

Streeck, U. (1994). *Psychoanalytiker interpretieren "das Gespräch, in dem die psychoanalytische Behandlung besteht"*. Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. M. Buchholz and U. Streeck. Opladen, Westdeutscher Verlag.

Strenger, C. (1991). *Between Hermeneutics and Science. An Essay on the Epistemology of Psychoanalysis*. Madison, International Universities Press.

Strotzka, H. (1978). *Fallstudien zur Psychotherapie*. München-Wien-Baltimore, Urban & Schwarzenberg.

Strupp, H. H. (1972). *Ferment in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. Success and failure in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy*. B. B. Wolman. New York, The Macmillan Company: 71-102.

Strupp, H. H., J. B. Chassan, et al. (1966). *Toward the longitudinal study of the psychotherapeutic process. Methods of research in psychotherapy*. L. A. Gottschalk and A. H. Auerbach. New York, Appleton-Century-Crofts: 361-400.

- Swaan, A., de (1978). "Zur Soziogenese des psychoanalytischen "Settings".".
Engl: (1980) On the soziogenesis of the psychoanalytic situation. *Psychoanal Contemp Thought* 3:381-413 32: 793-826.
- Swaan, A. d. (1980). "On the sociogenesis of the psychoanalytic situation."
Psychoanal Contemp Thought 3: 381-413.
- Szczepanski, J. (1974). Die biographische Methode. Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd 4 Komplexe Forschungsansätze. R. König. Stuttgart, Enke.
- Szczepanski, J. (1974). Die biograpische Methode. Handbuch der empirischen Sozialforschung. Bd 4 Komplexe Forschungsansätze. R. König. StuttgArt, Enke: @.
- Taft, J. (1933). *The dynamics of therapy*. New York, Macmillan Comp.
- Teufel, R. (1987). *Evaluation stationärer Psychotherapie*. Bericht für die Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart.
- Teufel, R., A. Bodman-Hensler, et al. (1988). "Erfolg und Mißerfolg nach stationärer Psychotherapie: Klinische Kasuistik und Gruppenstatistik." *Prax Psychother Psychosom*.
- Teufel, R. and W. Volk (1988). Erfolg und Indikation stationärer psychotherapeutischer Langzeittherapie. *Bio-psycho-soziale Medizin*. W. Ehlers, H. C. Traue and D. Czogalik. Berlin, Springer- PSZ.Drucke: 331-346.
- Thomä, H. (1958). "Exploration und Interview." *Psychoanalytische Klinik Heidelberg*.
- Thomä, H. (1961). *Anorexia nervosa, Geschichte, Klinik und Theorie der Pubertätsmagersucht*. Bern/Stuttgart, Huber/Klett.
- Thomä, H. (1967). "Konversionshysterie und weiblicher Kastrationskomplex." 21: 827-847.
- Thomä, H. (1974). "Zur Rolle des Psychoanalytikers in psychotherapeutischen Interaktionen." 28: 381-394.
- Thomä, H. (1978). Von der "biographischen Anamnese" zur "systematischen Krankengeschichte". *Provokation und Toleranz*. Alexander Mitscherlich zu

ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag. S. Drews, et al. Frankfurt am Main, Suhrkamp: 254-277.

Thomä, H. (1981). Über die Identifizierung des Patienten mit dem Psychoanalytiker und seinen Funktionen. Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. H. Thomä. Frankfurt, Suhrkamp: 122-139.

Thomä, H. (1996). "Validierung psychoanalytischer Deutungen (1965-1995)." PPM Psychother med Psychol 46(6): 234-240.

Thomä, H. (1998). The treating analyst as promoter, participant observer and object of empirical research - a personal view. Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie Band 3 / Psychoanalytic Practice. Vol. 3. H. Kächele and H. Thomä. Ulm., Ulmer Textbank:<http://sip.medizin.uni-ulm.de>.

Thomä, H. and A. Houben (1967). "Über die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen. (On the validation of psychoanalytic theories by investigating interpretative strategies)." Psyche-Z Psychoanal 21: 664-692.

Thomä, H. and H. Kächele (1975). "Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research." III: 49-119.

Thomä, H., H. Kächele, et al. (1978). Über einige Probleme und Ergebnisse der psychoanalytischen Prozessforschung. DPV Tagung Ulm.

Thomä, H., H. Kächele, et al. (1973). Psychoanalytische Verlaufsforschung, Teil B: Modell zur klinisch-empirischen Verlaufsbeschreibung, Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm.

Thomae, H. (1952). "Die biographische Methode in den anthropologischen Wissenschaften." 5: 163-177.

Thomae, H. (1968). Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie. Göttingen, Hogrefe.

Thomas, W. and F. Znaniecki (1927). The Polish Peasant in Europe and America. New York, @@@.

septiembre 11, 2003

- Thorner, H. A. (1963). "Ursache, Grund und Motiv. Ein psychoanalytischer Beitrag zum Verständnis psychosomatischer Phänomene." *Psyche-Z Psychoanal* 15: 487-493.
- Topitsch, E. (1968). *Logik der Sozialwissenschaften*. Köln, Kiepenheuer & Witsch.
- Ude, A. (1975). *Betty, Protokoll einer Kinderpsychotherapie*. Stuttgart, DVA.
- Uexküll, T. h., von (1963). *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*. Hamburg, Rowohlt.
- Vanggaard, T. (1975). "Review "Splitting" by Stoller." *Int J Psychoanal* 56: 492 - @@@.
- Waelder, R. (1962). "Psychoanalysis, scientific method and philosophy." *J Am Psychoanal Assoc* 10: 617-637.
- Waelder, R. (1966). "Über psychischen Determinismus und die Möglichkeit der Voraussage im Seelenleben." *Psyche-Z Psychoanal* 20: 5-28.
- Waelder, R. (1970). *Fortschritt und Revolution*. Stuttgart, Klett.
- Wallerstein, R. S. and H. Sampson (1971). "Issues in research in the psychoanalytic process." 52: 11-50.
- Wallerstein, R. S. and H. Sampson (1997). *Wichtige Fragen der psychoanalytischen Prozessforschung. Psychoanalyse und Psychotherapie. Herausforderungen und Lösungen für die Zukunft*. S. Schill, S. Lebovici and H. Kächele. Stuttgart, Thieme-Verlag,: 132-154.
- Weber, M. (1951). *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen.
- Wehler, U. (1971). *Psychoanalyse und Geschichte*. Köln, Kiepenheuer & Witsch.
- Weiss, J. (1971). "The emergence of new themes. A contribution to the psychoanalytic theory of therapy." 52: 459-467.
- Weiss, P. (1964). *Die Verfolgung und Ermordung Jean Paul Marats, dargestellt durch die Schauspielergemeinschaft des Hospizes zu Charenton unter Anleitung des Herrn de Sade*. Frankfurt, Suhrkamp.

- Weizsäcker, C. F. v. (1971). *Die Einheit der Natur*. München, Hanser.
- Weizsäcker, V. v. (1935). *Studien zur Pathogenese*. Leipzig, Thieme.
- Wellmer, A. (1964). *Methodologie als Erkenntnistheorie*. Frankfurt, Suhrkamp.
- White, R. (1961). "The mother-conflict in Schreber's psychosis." *Int J Psychoanal* 42: 55 - 73.
- White, R. (1963). "The Schreber case reconsidered in the light of psychosocial concepts." *Int J Psychoanal* 44: 213-221.
- Widmer-Perrenoud, M. (1975). "Rezension von E Kestemberg u S.Decobert (1972) *La faim et le corps*." *Psyche-Z Psychoanal* 29: 581-587.
- Winnicott, D. W. (1954). *Withdrawal and regression*. Collected papers: Through pediatrics to psychoanalysis. D. W. Winnicott. London, Tavistock. 10: 205-215 dt. *Psyche* 1956.
- Winnicott, D. W. (1972). *Fragment of an analysis. Tactics and techniques in psychoanalytic therapy*. P. L. Giovaccini. London, Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (1978). *Piggle. An account of the psychoanalytic treatment of a little girl*. London, Hogarth Press.
- Wisdom, J. O. (1967). "Testing an interpretation within a session." *Int J Psychoanal* 48: 44-52.
- Wisdom, J. O. (1970). *Freud and Melanie Klein. Psychology, ontology, Weltanschauung. Psychoanalysis and philosophy*. C. Hanly and M. Lazerowitz. New York, Int Univ Press: 327-362.
- Wisdom, J. O. (1972). "A graduated map of psychoanalytic theories." *Monist* 56: 376-412.
- Wittels, F. (1924). *Der Mann, die Lehre, die Schule*. Leipzig, Tal.
- Wolberg, L. R. (1945). *Hynanalysis*. New York, Grunde & Stratton.
- Wolman, B. B., Ed. (1972). *Success and failure in psychoanalysis and psychotherapy*. New York -, The Macmillan Company.

Wolpe, J. and S. Rachman (1960). Psychoanalytic evidence: A critique based on Freud's case of Little Hans. Critical essays on psychoanalysis. S. Rachman. Oxford, Pergamon: @@@.

Wortis, J. (1954). Fragments of an analysis with Freud. New York, Simon & Schuster.

Wyss, D. (1961). Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

Yalom, I. D. and G. Elkin (1974). Every day gets a little closer. A twice-told therapy. New York, Basic Books.

Zetzel, E. R. (1966). "Additional notes upon a case of obsessional neurosis: Freud 1909." 47: 123-129.

Zielke, M. (1989). "Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen: Ein sozialwissenschaftlicher Trend oder ein Weg zur Sicherstellung rationaler Entscheidungsgrundlagen." Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2: 129-131.

Zielke, M. (1993). Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Darmstadt, PVU.