

1 Historiales clínicos e informes de tratamiento

Consideraciones previas

La crisis de la teoría del psicoanálisis, que destacamos en el capítulo primero del primer tomo, tiene también efectos inevitables en la práctica. Además, en los últimos años ha quedado en evidencia que la aplicación a la terapia psicoanalítica de perspectivas teóricas orientadas a la acción, trae consigo una nueva valoración de muchos conceptos relevantes para la práctica. En especial, es esencial hacer la diferencia entre la teoría de la génesis, esto es, la explicación causal de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas, y la teoría del cambio terapéutico.

En el encabezamiento "historiales clínicos e informes de tratamiento", se mantiene la tensión que caracteriza la relación entre teoría de la génesis y teoría del cambio en la obra de Freud.

Nuestro camino de vuelta a Freud nos conduce, en la primera sección de este capítulo, a despedirnos de la idea de que sus historiales clínicos cogen ambos cabos de esta tensión de manera satisfactoria para la ciencia. A la famosa afirmación de la unión inseparable le hace mucha falta una nueva versión. Si se toma en serio la significación que tiene la teoría del trauma acumulativo para la estructuración de la situación terapéutica, es decir, si se considera que la configuración de ésta puede contribuir a una repetición y, por ende, a un reforzamiento del trauma original, se abre un prometedor nuevo comienzo para la fundamentación de la terapia psicoanalítica.

En el intento de aplicar criterios científicos a la redacción de historiales clínicos y de informes de tratamiento, se hace necesario ensayar distintas formas de presentación. Desde hace cerca de treinta años estamos abocados, con muchos otros analistas, en la empresa de transmitir el diálogo psicoanalítico de la manera más fiel posible. En este capítulo, en las secciones 1.2 y 1.3, señalamos las estaciones intermedias de un recorrido que en los capítulos posteriores

ilustramos a través de ejemplos. Entretanto, nos hemos topado con tierras vírgenes. Las grabaciones magnetofónicas han hecho actualmente posible acercarse bastante al diálogo psico-analítico y hacerlo confiablemente accesible para un tercero. A causa de la significación de este medio técnico para la formación, perfeccionamiento e investigación, en la sección 1.4 familiarizaremos al lector con una controversia que se arrastra desde hace ya tiempo, y a cuya superación esperamos contribuir con los ejemplos que presentamos en la sección 7.8.

1.1 De vuelta a Freud con la vista en el futuro.

Los historiales clínicos constituyen una introducción especialmente buena a la obra de Freud. Jones destaca que el caso Dora -el primero de los historiales clínicos ejemplares después de Estudios sobre la histeria-,

[sirvió] por años como modelo para los candidatos de psicoanálisis, y aunque desde entonces nuestros conocimientos han progresado bastante, su lectura, aún hoy en día, es igualmente interesante como antes. Para mí, fue el primero de los trabajos postneurológicos de Freud con cuya publicación me topé, y recuerdo bien lo profundamente que me impresionaron la evidente intuición y la observación de los más mínimos detalles. He ahí un hombre quien no sólo escuchaba con pre-cisión cada palabra de su paciente, sino uno para quien cada jota de una expresión era igualmente determinante y presuponía un contexto, del mismo modo que un fenómeno físico (1962, pp.306s).

Es aún más interesante que Erikson (1962) haya hecho evidentes, precisamente en este caso, serias debilidades en la concepción etiológica y terapéutica (véase tomo 1, 8.6). Su discurso como presidente de la Asociación Psicoanalítica Americana marcó el inicio de una crítica creciente, tanto a las explicaciones etiológicas de Freud en los historiales clínicos, como también a su técnica en los informes de tratamiento. En vista de la marea ascendente de publicaciones referentes al tema, Arlow (1982) manifestó su extrañeza sobre esta ligazón a objetos pasados. De manera breve y concisa, recomendó que nos despidiéramos de las amistades juveniles, que entonces prestaron un buen servicio, que las dejáramos gozar de un merecido descanso y que pasáramos a preocuparnos de problemas actuales.

Por de pronto, es sin duda esencial, no sólo dar el finiquito a las amistades de juventud con Ana O., con Juanito, con Dora, con el presidente del senado Schreber, con el hombre de las ratas y con el hombre de los lobos, sino también el cómo, esto es, bajo qué condiciones, se llegue a cada una de estas conclusiones. El ins-tituto de formación es quien hace de intermediario en estas amistades, y a través de ellas familiariza a los candidatos con la obra de Freud, como terapeuta, científico y escritor.

Al escribir este libro hemos vuelto a nuestras amistades de juventud y hemos profundizado en algunos de los grandes historiales clínicos de Freud. Aun cuando sea también cierto aquello de que lecturas repetidas ofrecen nuevos descubrimien-tos, sólo con algunas reservas de interpretación podemos estar de acuerdo con el llamamiento de Lacan (1975, p.39): "Volver a Freud". En el camino de vuelta no volvemos a encontrar a nuestras amigas y amigos de juventud con la misma figura que tenían entonces, cuando nos salieron al encuentro, cuando nos entusiasmos con Katharina o con Juanito. La luz bajo la cual hemos visto los historiales clíni-cos de Freud ha sido cada vez algo distinta y, debe decirse, a menudo nos ha pre-ocupado poco la manera cómo el autor mismo entendió su texto. Finalmente, no fue sólo Freud quien nos introdujo en el amor al psicoanálisis, sino también lo hi-cieron padres espirituales, que hacían propaganda a su propia manera de ver las co-sas. ¿En quién podemos entonces confiar en nuestra vuelta a Freud, de tal modo que las ideas se infundan de nueva vida y que apunten hacia el futuro, como, por ejemplo, se lo representan Arlow y Brenner (1988), y también Michels (1988), en sus recomendaciones para reformar la formación psicoanalítica?

En vista de la magnitud de la obra y de la tarea propuesta, se debe decidir qué partes pertenecen al pasado, y no confiarse en un solo individuo -aunque tenga la significación de Rapaport (1960), quien se atrevió a denunciar la supuesta longevi-dad de conceptos psicoanalíticos esenciales-. ¿A qué intermediario debemos pues dirigirnos en esta tarea hermenéutica? Aunque Hermes no haya sido el padre etimo-lógico de la hermenéutica, participó sin embargo como mensajero y traductor entre dioses y hombres en el intercambio y transformación de este mundo, no dejando en esto nunca de lado su ganancia personal. Lo mismo sucede con los intérpretes, cuando se esfuerzan en hacer justicia a la obra de Freud sin perder de vista sus propios intereses. No sólo los psicoanalistas prácticos viven, literalmente, de la herencia de Freud. Lo mismo vale para muchos autores que hacen de este legado el objeto de sus críticas.

¿Qué pasa con la apropiación como una forma especial de traducción? Desde que Brandt (1977) aplicó el juego de palabras "traduttore: traditore" a la Standard Edi-tion, Strachey se convirtió, de "traductor", en un "traidor" y, desde

que apareció el provocador libro de Bettelheim (1982), cundió la inseguridad. La difícil situación en que quedaron los psicoanalistas angloamericanos, que confiaban en la Standard Edition, después de las críticas hechas a la traducción de Strachey por Bettelheim (1982), Brandt (1961, 1972, 1977), Brull (1975), Ornston (1982, 1985a, b), Ma-hony (1987) y Junker (1987), no podría haber sido mejor descrita que con el irónico encabezamiento de Wilson (1987): ¿Inventó Strachey a Freud? La respuesta cae por su propio peso.

La crítica injustificada, y muy exagerada, a la admirable obra de Strachey ha desplazado en los últimos años la discusión hacia puntos secundarios y distraído la atención de las verdaderas razones de la crisis del psicoanálisis. Por consiguiente, es más que ingenuo querer solucionar con la ayuda de una nueva traducción la crisis originada por la crítica a la Standard Edition. Junto a la comprobación de fallas y errores de sentido, sobre los que muchos autores han llamado adecuadamente la atención, en la crítica a la Standard Edition se trata de la pregunta hermenéutica acerca de la distorsión de la obra por la traducción de Strachey. En comparación con ésta, la comprobación de fallas en traducciones de sentido es cosa sencilla. Las dificultades son más fundamentales, desde el momento en que la hermenéutica, es decir, la doctrina de la exégesis de textos, no nos ofrece ninguna regla a la que podamos agarrarnos, al modo de una cuerda segura durante un difícil escalamiento de montaña. Con Schleiermacher partimos de la base de que es posible, por lo menos, "colocarse parejamente en los lados objetivo y subjetivo del autor" ([1838] 1977, p.94). Esta "nivelación con el autor" es uno de los requisitos para la exégesis de un texto y para, finalmente, poder entender mejor que el autor mismo el objeto del texto (véase Hirsch 1976, pp.37ss; además, tomo 1, p.24). Schleiermacher planteó así la tarea : "primero, entender el discurso tan bien como su autor, después mejor que él" (p.94). Cada lectura enriquece nuestros conocimientos previos y nos coloca en una situación para entender mejor. Schleiermacher agrega: "sólo frente a lo trivial nos contentamos con lo entendido de golpe" (p.95).

Es algo muy natural que al leer los informes de tratamiento de Freud apliquemos nuestras propias experiencias como medida de comparación, lo que hace que a lo largo del tiempo vaya creciendo la seguridad de entender el objeto del psicoanálisis mejor que su propio fundador. El incremento en conocimientos acerca del objeto, en nuestro caso en conocimientos técnicos, se alimenta desde muchas fuentes. La confrontación crítica con los informes terapéuticos de Freud ha creado una distancia que hace que hoy en día miremos a nuestras amistades juveniles de entonces con otros ojos. A través de ello se han estimulado las experiencias propias, de modo que psicoanalistas creativos han conquistado

aspectos nuevos y distintos del ob-jeto, con lo que se han conseguido cambios en la terapia y en la teoría.

Con la mirada puesta en muchos psicoanalistas y en otros intérpretes de Freud, a quienes mucho debemos en nuestros estudios de Freud, quisiéramos animar al lector a identificarse, sin compromiso, con nuestra exégesis. Con los dos volúmenes de este libro, creemos haber cerrado un amplio círculo en torno a los fundamentos de la teoría psicoanalítica y a su eficacia como terapia, de tal modo de haber fundado un sólido punto de partida. En el intento de entender la crisis actual del psicoanálisis a partir de la obra de Freud y de su recepción por el movimiento psicoanalítico y, más aún, todo esto contra el fondo de la historia de las ideas, es mucho lo que se pone en juego. Puesto que somos conscientes de que se trata de un problema de gran trascendencia, hemos vacilado largamente antes de comprimir nuestra exégesis en pocas frases. La gran idea de Freud fue reunir en una unión inseparable (Junktim) el método interpretativo inventado por él -como influjo terapéutico sobre pacientes aquejados de dolencias psíquicas-, con la investigación de las conexiones causales, esto es, con la génesis de las enfermedades psíquicas y psicósomáticas.

Sin embargo, si para la verificación de las conexiones causales se exige que los datos sean independientes de la influencia que ejerce el terapeuta, la terapia destruye la ciencia. Por otro lado, en tanto se exija esta independencia al investigador, creyendo poder abstenerse de cualquier tipo de sugestión y así poder llegar a datos libres de contaminación sólo a través de interpretaciones, se arruina la terapia, sin ganancia para la teoría explicativa. Pues, obviamente, el analista que interpreta influencia la terapia a su manera, aun cuando sus interpretaciones aparezcan orientadas sólo a llamar por su nombre los aspectos inconscientes y hasta ahora desconocidos de la conducta del paciente, y a hacerlos accesibles la reflexión.

De este modo, la unión inseparable de Freud contiene un dilema que pasó en gran parte desapercibido, porque su tenor sugiere que la observancia de las reglas sirve de igual manera a la terapia y a la investigación. La magia de esta sentencia tuvo por muchos decenios una fuerza tranquilizadora y, aparentemente, solucionaba simultáneamente los problemas terapéuticos y científicos del psicoanálisis.

Con la contraposición entre historiales clínicos e informes de tratamiento, es posible ver de manera ejemplar que la reconstrucción científica de la génesis de las enfermedades psíquicas y psicósomáticas (en el historial clínico) sigue otros criterios que la exposición de informes de tratamiento, que tienen como objetivo fundamentar la teoría de la terapia y las condiciones para la curación. En la sección 10.5 del tomo primero fundamentamos en detalle las

consecuencias que tiene el desacoplar la unión inseparable y liberar al analista de una permanente sobreexigencia.

Repetimos la frase final del tomo primero: la teoría de la técnica de Freud exige distinguir "los siguientes componentes independientes: curación, obtención de nuevas hipótesis, prueba de las hipótesis, exactitud de las explicaciones, y utilidad del conocimiento" (p.428).

En relación con la teoría de la terapia y su prueba, hacemos totalmente nuestra la opinión de Lorenzer:

El comprender y entender psicoanalíticos se aplican al cambio en los designios prácticos para el dolor del paciente; la teoría psicoanalítica pone en conceptos estas experiencias dolorosas y el trato con el dolor. El psicoanálisis es pues una teoría de la actitud terapéutica frente al dolor (1986, p.17; la cursiva es nuestra).

Si aceptamos que el objeto de conocimiento del psicoanálisis es el ser humano que sufre, no basta asentar este objeto entre la sociología y la neurofisiología, pues en este caso se precisa la colaboración de todas las ciencias que tengan algo que decir sobre el ser doliente. En psicoanálisis, no sólo la investigación interdisciplinaria va de mal en peor, sino que muchos psicoanalistas han levantado el argumento de-fensivo del carácter "flotante" del psicoanálisis, del hecho de que éste no deja casi ningún terreno científico vecino sin tocar. El psicoanálisis no se sienta entre las sillas ni tampoco flota sobre ellas; con mucha menor razón se puede pretender hacer de la metapsicología un techo universal que cubra el conjunto de las aplicaciones del método psicoanalítico. En vez de eso, de lo que se trata es de lograr una posición metodológica propia para luego cooperar con los vecinos, que como psicólogos, sociólogos, filósofos, lingüistas, etc., trabajan en temas relevantes para el psicoanálisis. De la definición de Lorenzer se colige, por ejemplo, que sería importante llegar a métodos adecuados para la determinación de los cambios. Tales indagaciones pertenecen a la teoría de la terapia, que, a su vez, plantea otras preguntas que la teoría de la etiología de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas.

Nuestro estudio de las fuentes nos ha convencido de que Freud luchó toda su vida con el dilema anteriormente descrito, cuya solución está aún pendiente. Son muchas las cosas que se pueden descubrir en la obra de Freud, por eso volvemos siempre enriquecidos del reencuentro con ella. Sin embargo, la ventaja que Freud mismo le otorga al cumplimiento de la unión inseparable nos parece totalmente insuficiente en lo que atañe a la investigación que tiene por objeto la verificación de las hipótesis. Durante decenios, la práctica se ha llevado a cabo de una manera que estanca las posibilidades terapéuticas y científicas del método psicoanalítico. Para las teorías explicativas fue más que

desgraciado que se las casara con la metapsico-logía. De este matrimonio resultaron muchos constructos de pseudociencia natural, que han dificultado la exploración de nexos causales que tienen que ver con la teoría explicativa del psicoanálisis. Nos parece convincente la interpretación de Grünbaum de que la exploración de conexiones causales en la génesis de enfermedades psíquicas y psicosomáticas no está unida a puntos de vista metapsicológicos. Es claro que la investigación causal no puede consistir en transportar fenómenos clínicos a una terminología metapsicológica. Fara y Cundo (1983, pp.54s) han demostrado en un ingenioso estudio que en todas las obras de Freud se mezclan distintos planteamientos, aun cuando la proporción de la mezcla entre los modelos metapsicológicos y el arte interpretativo, esto es, la hermenéutica, sea distinta cada vez.

En el primer tomo hemos explicado en detalle que, probablemente, fue el monismo materialista de Freud, que marcó la metapsicología, el que provocó errores y confusiones. Con la afirmación de que Freud sucumbió bajo un "automalentendido cientificista", Habermas no sólo desestimó, a través del encadenamiento poco feliz con la metapsicología, la significación de la investigación causal en psicoanálisis, sino que además gravó la práctica terapéutica con una hipoteca que hemos detallado en otra parte (Thomä y cols., 1976), hipoteca que ha sido incluso aumentada por Lorenzer. Por medio de un cambio en la denominación, estos influyentes autores han colocado el vino viejo en odres nuevos provistos de impresionantes etiquetas. Los puntos de vista metapsicológicos, bajo el alero de la metahermenéutica o de la hermenéutica profunda, no sólo siguen viviendo, sino que, por primera vez en la historia del psicoanálisis, pueden ahora influir en la práctica sin que se note; y esto porque son traídos a colación directamente en conexión con el proceso interpretativo. Ni Habermas ni Lorenzer parecen haberse dado cuenta que gran parte de la metapsicología vuelve así a su punto de partida, es decir, a las "hipótesis neurofisiológicas" de aquel entonces que Freud "psicologizó", para decirlo en el lenguaje de Bartels (1976).

La verdad es que frente al "automalentendido" es ahora necesario hacer algunas diferenciaciones. No todos los casos de ignorancia de un autor son del mismo tipo. Freud no podía tener un cuadro claro de todas las implicaciones de la aplicación terapéutica y científica del método inventado por él. En esa medida, su obra sufre el mismo destino de todos los descubridores y autores de un rango digno de ser registrado por la historia de las ideas, cual es que los investigadores que lo siguen captan mejor algunas cosas que el fundador, descubridor o autor mismo. En cuanto nos hemos podido familiarizar con la literatura pertinente, no existe argumentación convincente que justifique la subversiva tesis del

automalentendido. El mismo Habermas debe admitir que el analista se apoya en sus interpretaciones sobre teorías explicativas.

Es especialmente urgente introducir los puntos de vista de las ciencias sociales en la investigación psicoanalítica, algo en lo que también hacemos hincapié en la introducción al capítulo 2. Con ello, el psicoanálisis podría conseguir una fundamentación científica que le permitiría salir de la polarización entre arte interpretativo y explicación. En todo caso, nosotros nos contamos dentro de los hermeneutas para quienes la validación de sus interpretaciones constituye el precepto máximo. Hablamos de una tecnología hermenéutica autónoma porque queremos destacar que el arte interpretativo psicoanalítico está obligado a la validación, que también debe considerar la pregunta de las conexiones causales. En el mismo sentido argumenta Hirsch (1967, 1976), cuyo entendimiento de la hermenéutica está marcado por un sobrio pragmatismo. Es sorprendente que la obra de Hirsch haya sido hasta el momento apenas tomada en cuenta en la literatura angloamericana por los autores que se inscriben dentro de la orientación hermenéutica. Tan sólo Rubovits-Seitz (1986) ha aceptado recientemente que Hirsch representa una concepción hermenéutica muy exigente con la fundamentación de las interpretaciones.

En resumen, se podría decir que la nueva versión de la unión inseparable no sólo es útil a la investigación, sino que también posibilita innovaciones en la práctica psicoanalítica. El descubrimiento de nuevos aspectos de la transferencia y de la contratransferencia es ya un efecto acompañante de la comprensión psicosocial de la situación analítica. Hacer diferenciaciones claras no es sólo algo esencial para la investigación cuya meta es la verificación de hipótesis, de importancia creciente en nuestros días, sino también adecuado para allanar el camino a nuevas hipótesis. El aserto de Freud de la unión inseparable pertenece a una fase de casi todos los tratamientos en la que analistas ocurrentes descubren conexiones psíquicas. Hoy en día es mucho más difícil descubrir algo verdaderamente nuevo, y formularlo de tal manera que las exigencias actuales de la investigación en verificación de hipótesis puedan ser satisfechas.

Se necesitan esfuerzos conjuntos para llevar el paradigma de Freud a una fase de ciencia normal. Por cierto, no se puede esperar que los filósofos solucionen nuestros problemas empíricos. No obstante, no nos cabe la menor duda de que el estudio de diálogos psicoanalíticos extensos hecho por filósofos tendría efectos más provechosos que la crítica epistemológica a la obra de Freud. Sin menoscabo de la significación de la autorreflexión en la terapia, después de la lectura de algunos protocolos de sesiones grabadas magnetofónicamente, Habermas no habría hecho del psicoanálisis apenas algo más que una pura ciencia de la reflexión. A su vez, Ricoeur podría comprobar que los

psicoanalistas también observan. Finalmente, Grünbaum podría verse confirmado en su idea de que los psicoanalistas buscan conexiones causales relevantes, y habría quizás incluso descubierto que los psicoanalistas hoy en día, al partir de los factores que mantienen los síntomas tantean en el pasado con más cuidado que el mismo Freud. Por otro lado, la opinión de Grünbaum de que el influjo del analista conduce a una contaminación inextricable de los datos, no se sostiene. Los diálogos presentados en este tomo permiten distinguir, por ejemplo, distintos grados de sugestión. La verdad es que aún falta dar los pasos exigidos por Meehl (1983) en el registro del gran espectro que va desde la manipulación hasta la sugestión, en el sentido de sugerencia, pasando por la persuasión burda. Por su parte, en la técnica interpretativa analítica los aspectos sugestivos se hacen objeto de reflexión conjunta, con el fin de neutralizar las dependencias. Es sorprendente que Grünbaum (1985) no haya llamado la atención sobre tales útiles aplicaciones de su indagación epistemológica sobre el concepto de placebo. Y esto porque él demuestra que el entendimiento de los factores eficaces característicos e incidentales, en su relación con el conjunto de síntomas cuyo cambio constituye la meta (Zielsyndrom) de la terapia, depende de la correspondiente teoría de la terapia. Sin querer retomar la discusión del primer tomo (cap. 8) sobre los medios inespecíficos y específicos, generales y especiales, quisiéramos sólo señalar que Strupp (1973, p.35) y Thomä (1981, p.35) han mostrado cuán dependiente de la situación es el valor que toma la influencia. Por eso, las clasificaciones clínicas confiables y válidas de los factores característicos e incidentales son difíciles, aunque no imposibles. Por último, creemos que la lectura de los diálogos presentados en este volumen puede también contribuir a sacar la discusión sobre teoría de la ciencia del terreno de las simplificaciones.

Freud (1933a, p.140) calificó el tratamiento de pacientes como la patria de origen del psicoanálisis. De ella proviene el método terapéutico interpretativo que, a diferencia de la hermenéutica teológica y de las ciencias del espíritu (Szondi 1975), investiga sistemáticamente la vida anímica inconsciente de pacientes que llegan al analista con la esperanza de una cesación de sus padecimientos. La existencia de metas terapéuticas distingue esencialmente la hermenéutica psicoanalítica de otras disciplinas hermenéuticas. La interpretación de las obras de arte habitualmente no les causa daño, y los artistas fallecidos pueden, como máximo, re-volcarse metafóricamente en sus tumbas si no logran reconocerse en esa interpretación. Las interpretaciones psicoanalíticas se entrometen en los destinos humanos. Los pacientes buscan ayuda a causa de sus síntomas y la pregunta por la mejoría o la curación es

esencial. Las diferentes exégesis no tocan a un texto y éstos tampoco pueden alegar por ellos mismos.

Por esta razón, el analista no sólo debe justificar su acción terapéutica en el caso individual, sino también tiene la obligación de estar continuamente probando la solidez de sus representaciones teóricas sobre el inconsciente y sobre las vivencias y las conductas humanas. A diferencia de la hermenéutica de la teología y de las ciencias del espíritu, el fundador del psicoanálisis unió el arte interpretativo terapéutico a teorías explicativas. Freud postuló la relevancia causal de su teoría de la psicogénesis, y sentó la exigencia de diferenciar el origen y el curso de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas de acuerdo con condiciones necesarias y suficientes. En el caso de reconstrucciones deducidas con posterioridad (*nachträglich*) se trata de "posdicciones". Por esto, la significación del punto de vista introducido por Freud de la "retroactividad" (*Nachträglichkeit*; véase nota en la página 110) ha sido en gran medida subvalorado, como lo mostramos en las secciones 3.3 y 6.3.

Sin lugar a dudas, de lo que se trata en el diálogo analítico es de las palabras. Sin embargo, estas palabras significan algo, y no exclusivamente algo con sentido o algo lingüístico. Las acepciones de "nexo o conexión", "relación", "síntesis", etc., responden en la obra de Freud, en el sentido del uso lingüístico científico de entonces, del término "explicar". Por ejemplo, en atención a las condiciones de constitución del sueño manifiesto, Freud (1900a, p.627) habló de un "nexo ajustado a ley" con los pensamientos oníricos latentes. En primer lugar, lo que buscaba era aclarar las conexiones causales. En esto, Freud se equivocó en relación con la prueba empírica en el caso individual y, en conjunto, subestimó el problema de la investigación que busca verificar las hipótesis.

La práctica psicoanalítica está sometida a la investigación procesal y de resultados. Las teorías explicatorias de Freud surgieron de la práctica terapéutica, las que a su vez influyeron retroactivamente, y con eficacia, el método psicoanalítico interpretativo. De ahí proviene la repetida corrección de la doctrina interpretativa psicoanalítica. En cuanto ésta se apoya en teorías explicativas, las interpretaciones se transforman en falsas si es que han sido deducidas de elementos de la teoría que han sido contradichos. Si se consideran, por ejemplo, los resultados de la investigación actual sobre epidemiología y sobre la interacción madre-hijo, muchos supuestos de la teoría (doctrina) general y especial de las neurosis se transforman en cuestionables (Lichtenberg 1983). En especial, emprender la revisión de la teoría de la terapia ha llegado a ser algo indispensable.

En esta revisión de la técnica podemos partir de suposiciones que Freud descuidó. En atención a ello, hemos dado a esta sección el encabezamiento

especial de "de vuelta a Freud con la vista en el futuro". Según Freud, "el análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría tramitada su tarea" (Freud 1937c, p.251). Si esta afirmación se refiere a la situación terapéutica, y no exclusivamente a la capacidad alcanzada por el paciente de arreglárselas con las dificultades cotidianas sin síntomas, podemos entonces formular la siguiente tesis general: situaciones favorables en la situación terapéutica son aquellas que posibilitan al paciente transformar el padecimiento pasivo del trauma patógeno originario en un obrar activo. Con esto generalizamos la teoría del trauma de Freud, en cuyo centro se encuentra la vivencia de desamparo (véase en el primer tomo, 8.7), por lo menos desde el trabajo *Inhibición, síntoma y angustia* (1926d):

"El yo, que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una reproducción morigerada de éste, con la esperanza de poder guiar de manera autónoma su decurso. Sabemos que el niño [igual que el paciente adulto] adopta igual comportamiento frente a todas las vivencias penosas para él, reproduciéndolas en el juego [y en la transferencia]; con esta modalidad de tránsito de la pasividad a la actividad procura dominar psíquicamente sus impresiones vitales" (Freud 1926d, p.156; los agregados son nuestros). Es posible generalizar aún más esta tesis: "A través del tránsito de la pasividad a la actividad [el ser humano] busca dominar psíquicamente sus impresiones vitales" (G. Klein 1976, pp.259ss). Klein ha demostrado convincentemente, en base a argumentos sacados de la psicología cognitiva y de la psicología de los afectos, cómo se llega a la compulsión neurótica o psicótica a la repetición descrita por Freud. Así es como se refuerza el sentimiento de desamparo pasivo y como se dificulta, de manera ininterrumpida, el dominio de las condiciones obsoletas generadoras de angustia: Las expectativas inconscientes actúan como filtro perceptivo, en el sentido de profecías negativas autocumplidas, de tal suerte que, o no se logran tener experiencias positivas, o las vivencias favorables se extinguen vaciándolas de significado. Por este procedimiento, antiguas privaciones, castigos o humillaciones (en resumen: todas las vivencias traumáticas), no sólo se conservan, sino que se acumulan, se suman, en la vida diaria y, en los cursos terapéuticos desfavorables, se llegan incluso a reforzar. Ampliando a todo el ciclo vital la teoría de Khan (1963) del traumatismo acumulativo, creemos hacer justicia a la psicogénesis como un proceso ininterrumpido.

En muchas personas, la historia vital se configura a partir de razones inconscientes de una manera tal, que las expectativas se confirman llegándose continuamente a nuevas situaciones traumáticas. Por ejemplo, los paranoicos celosos y perseguidos proyectan hacia afuera aquello que no quieren percibir en sí

mismos, "pero no proyectan en el aire, por así decir, ni allí donde no hay nada semejante ..., y en su 'delirio de relación' (Beziehungswahn) aprovechan los mínimos indicios que les ofrecen esos otros, extraños" (Freud 1922b, p.220).

En su obra más tardía, Freud subraya la significación fundamental de tales procesos:

El yo fortalecido del adulto sigue defendiéndose de unos peligros que ya no existen en la realidad objetiva, y aun se ve esforzado a rebuscar aquellas situaciones de la realidad que puedan servir como sustitutos aproximados del peligro originario, a fin de justificar su aferramiento a los modos habituales de reacción. Bien se entiende, pues, que los mecanismos de defensa, mediante una enajenación respecto del mundo exterior, que gana más y más terreno, y mediante un debilitamiento per-manente del yo, preparen y favorezcan el estallido de la neurosis" (Freud 1937c, p.240, la cursiva es nuestra).

En ese proceso, los síntomas pueden llegar a investirse de contenidos nuevos. Este antiquísimo conocimiento de Freud (1895d, p.148) fue fundamentado, en particular, por el concepto de Hartmann (1939) del cambio de función, pero su relevancia técnica no ha sido sistemáticamente elaborada. Por esto, en la sección 4.4 del primer tomo, destacamos de manera especial cómo los síntomas se mantienen, en un proceso circular que se refuerza a sí mismo. Así, a lo largo del tiempo se puede llegar a situaciones de desamparo y desesperanza cuyo contenido puede estar muy alejado de los traumas originarios. Como un claro indicio de este proceso, se puede señalar la susceptibilidad aumentada que crece a partir de la sensibilidad para ciertos estímulos, aunque también para estímulos totalmente inespecíficos. Finalmente, los sucesos que desde afuera aparecen como triviales pueden llegar a tener consecuencias drásticas para personas hipersensibles, y la susceptibilidad neurótica carga especialmente las relaciones humanas.

En base a las repeticiones recién descritas en el sentido de un entendimiento ampliado de la teoría del trauma, es posible afirmar que también en la terapia se puede llegar a humillaciones que deben ser tomadas muy en serio. Estas se dan a pesar de los esfuerzos del analista en crear una atmósfera amigable. Más aún, creer que se pueden crear condiciones constantes para un crecimiento psíquico inalterado, como en un tipo de incubadora psicoanalítica, puede incluso llegar a tener efectos desfavorables. Pues por el mero establecimiento del encuadre (setting), y a través de los malentendidos inevitables, se originan humillaciones cuyo efecto será más traumático mientras menos sean llamadas por su nombre,

menos reconocidas y menos interpretadas (véase tomo primero, cap. 7 y sección 8.4).

Durante largo tiempo permaneció sin ser reconocida la extensión del efecto traumático de las transferencias, que no sólo trae consigo repeticiones de antiguas des-ilusiones edípicas o preedípicas, sino que también toca el presente del paciente adulto con capacidad de ejercicio sexual. Es probable que la razón de por qué los efectos traumáticos de la transferencia hayan sido descubiertos tan tarde, sea que la teoría de la frustración parecía justificarla. En el congreso de Budapest (1987), Thomä hizo enérgico hincapié, en una conferencia no publicada, en el traumatismo en la transferencia como efecto secundario no deseado. En ese momento era aún desconocido que Ferenczi (1988) había confiado a su diario, en 1932, descubrimientos de gran calado. Él describió el modo como las actitudes profesionales y las reglas psicoanalíticas pueden llegar a tener efectos traumáticos, y con ello reactivar antiguos traumas a cuya superación debiera llevar el análisis. Nosotros sacamos otras consecuencias que las de Ferenczi del redescubrimiento del traumatismo como componente de la situación analítica. Creemos que la disposición a hacer participar al paciente del proceso interpretativo y, eventualmente, también de la contratransferencia, ayuda a superar nuevos y antiguos traumas. La ampliación hecha por Balint, en el contexto de la psicología de dos y más personas, de las definiciones de Freud del desamparo como la característica de la situación traumática, va más allá de los microtraumas antiterapéuticos no deseados en los tratamientos. Sería de una significación primerísima poder comprobar que este problema técnico básico ha sido la causa de las polarizaciones entre las escuelas: por un lado el analista reflectante a quien en apariencia nada puede herir u ofender, y, por el otro, el analista cariñoso que, ofreciéndose como objeto, trata de compensar la carencia. Después de que Weiss y Sampson (1986) refutaron experimentalmente la teoría de la frustración en favor de una teoría del dominio (control and mastery), empezó una nueva era. Ahora, la tarea pendiente es ponderar con toda decisión las posibilidades que están a disposición del analista para contrarrestar los continuos agravios motivados por el análisis de la transferencia, con sus efectos desfavorables sobre los sentimientos de autoestima y de seguridad en sí mismo. Un primer paso en este sentido lo dieron Klauber (1987), al enfatizar la espontaneidad como antídoto para el traumatismo en la transferencia, y Cremerius (1981), con su detallada valoración de la significación terapéutica de la naturalidad en la práctica de Freud.

El alcance de los efectos desfavorables sobre la eficacia terapéutica de la introducción de la teoría de la frustración, al servicio de un fetichismo

pseudocientífico, puede apreciarse en la técnica de la psicología del sí mismo de Kohut. Kohut cree

que el reconocimiento que un paciente experimenta con motivo de reflexiones narcisistas debe ser ofrecido manteniendo el analista la abstinencia y la neutralidad. El aferrarse a un concepto de neutralidad mal entendido le quita de tal modo la base emocional a la confirmación y al estímulo, tan esenciales desde el punto de vista terapéutico, que el sentimiento de autoestima se debilita en vez de reforzarse. Por lo demás, de acuerdo con la teoría del "objeto-sí mismo" la confirmación no debe-ría venir de un "otro significativo", sino representar una especie de autoconfirma-ción narcisista, en la reflexión del propio sí mismo.

En la nueva era de la terapia psicoanalítica seguirá disminuyendo el miedo a que los reconocimientos conduzcan a seducciones edípicas o a cumplimientos de deseos incestuosos. Reconocimientos genuinos disminuirán considerablemente el efecto traumático de la transferencia y mejorarán esencialmente la eficacia terapéutica del psicoanálisis. La pregunta de cómo el analista logra crear en su consultorio las condiciones más favorables para los cambios terapéuticos, atraviesa, como hilo conductor, todos los capítulos de este libro. En esto se trata de promover al pa-ciente de tal manera que pueda superar y dominar antiguas y nuevas situaciones de desamparo. El concepto de la reelaboración de conflictos se subordina a la teoría ampliada del dominio. Si los mecanismos de defensa contra la angustia se conci-ben desde el punto de vista de la superación en el aquí y ahora, se pueden despren-der de la teoría psicoanalítica de la angustia, que recapitulamos en la sección 9.1, posibilidades terapéuticas hasta ahora descuidadas.

1.2 Historiales clínicos

Con la publicación de sus historiales clínicos, Freud buscó demostrar la conexión entre enfermedad e historia vital. En esto, llegó a la conclusión de que la génesis de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas debe entenderse en el sentido de las series complementarias. En la génesis y cronificación de los trastornos neuróticos deben concurrir muchos factores. La tolerancia de una persona en fases vitales críticas depende de sus disposiciones, adquiridas a través de influencias marcadoras y de conflictos en la niñez y en la adolescencia, sobre un terreno de factores congé-nitos. Debido a que la diferenciación psicosexual experimenta su organización bá-sica durante los conflictos edípicos, y a causa de la importancia elemental de la asunción de los respectivos roles sexuales psicosociales -que se viven subjetiva-mente como sentimientos de

identidad vinculados al sexo-, los conflictos edípicos son de gran trascendencia para la historia vital. Que estos conflictos desaparezcan y cómo lo hagan, o que se estructuren como complejo -el que puede ser diagnosticado en base a vivencias y comportamientos típicos-, depende a su vez de distintas constelaciones socioculturales y familiares. No en último lugar, la salida que toman los posteriores intentos de solución de problemas, está codeterminada por la historia previa.

La sobredeterminación de los síntomas, y la observación bien fundamentada de que con el tiempo se agregan condiciones adicionales que pueden mantener procesos patológicos, tiene también una notable contrapartida terapéutica: La sobredeterminación posibilita, especialmente en momentos críticos de un desarrollo vital, o en la génesis misma de los síntomas, intervenciones terapéuticas eficaces que se pueden generalizar a la red de condiciones que mantienen los síntomas. Estos efectos que van más allá del foco se dan a partir de la sobredeterminación en la etiología de las neurosis. Con esto, Freud entiende "que su génesis [de las neurosis] está sobredeterminada, es preciso que varios factores se conjuguen para ello" (1985d, p.270; cursiva en el original). Por sobredeterminación o determinación múltiple, no debe entenderse que cada condición, o cada causa particular, por sí misma, pueda motivar un suceso, o producir un acto fallido, un lapsus linguae o un síntoma. Aquello que W. Wundt describió para los trastornos del habla, y que Freud (1901b, p.63) cogió en el concepto de la sobredeterminación, es más bien la concurrencia de varios motivos. En relación con la génesis de las enfermedades psíquicas y psicósomáticas, el supuesto de la sobredeterminación exige una jerarquía y una diferenciación entre los factores necesarios y los suficientes. Conforme a ello, se debe partir de la posibilidad de que los factores causales puedan combinarse de las maneras más diversas -necesarios, suficientes, necesarios particulares, necesarios generales, suficientes generales, etc. La discusión entablada por Eagle (1973) y Rubinstei (1973) en conexión con el libro de Sherwood (1969) La lógica de la explicación psicoanalítica, muestra que Freud sustentaba una teoría de la causalidad excelentemente bien fundamentada desde el punto de vista filosófico. En este lugar es pertinente especificar cómo Freud, en una de sus primeras publicaciones, trató de establecer los conceptos que rigen las complicadas constelaciones etiológicas en la patología de las neurosis:

a) Condición, b) causa específica, c) causa concurrente, y, como término no equi-valente al anterior, d) ocasionamiento o causa desencadenante.

Como condiciones se definen los factores que de estar ellos ausentes el efecto nunca se produce, pero son incapaces de generarlo por sí solos, no

importa cuán grande sea la escala en que estén presentes. Para aquel efecto necesitan todavía de la causa específica.

Como causa específica rige aquella que no está ausente en ningún caso de realización del efecto y que poseyendo una cantidad o intensidad proporcionadas basta para alcanzarlo, con sólo que estén cumplidas las condiciones.

Como causas concurrentes es lícito concebir aquellos factores que ni es preciso que estén presentes en todos los casos, ni son capaces de producir el efecto por sí solos, no importa cuál sea la escala de su acción, y que junto con las condiciones y la causa específica cooperan para el cumplimiento de la ecuación etiológica.

La particularidad de las causas concurrentes o auxiliares parece clara, pero, ¿cómo distinguir entre condiciones y causas específicas, puesto que unas y otras son indispensables, al par que ninguna de ellas basta por sí sola para la causación?

He aquí el procedimiento que parece permitir una decisión: entre las "causas necesarias" se hallan varias que se repiten también en las ecuaciones etiológicas de muchos otros efectos, y por eso no denotan un nexo particular con el efecto singular; ahora bien, una de estas causas se contrapone a las demás por el hecho de no hallársela en ninguna otra fórmula etiológica, o hallarse en muy pocas, y entonces posee títulos para llamarse causa específica del efecto en cuestión. Además, condiciones y causas específicas se separan con particular nitidez en los casos en que las condiciones poseen el carácter de unos estados existentes de antiguo y poco mudables, mientras que la causa específica corresponde a un factor de reciente injerencia (Freud 1895f, pp.134s; cursiva en el original).

Estos cuatro factores deben concurrir para que se dé una "ecuación etiológica" completa. La complejidad de las causas le plantea al investigador una difícil tarea, porque las distintas condiciones suficientes o necesarias pueden estar unidas entre sí o pueden sustituirse mutuamente. Una excepción a esto lo constituye la causa específica que, en presencia de una cierta predisposición, es por sí sola suficiente. El contexto de la cita de Freud muestra que el modelo para este tipo de nexo entre causa y efecto es el agente patógeno específico de las enfermedades infecciosas, que puede ser deducido por los patólogos en base a cambios histológicos especiales, igualmente específicos (tuberculosis, lúes, etc.). En las enfermedades psíquicas y psicosomáticas, la disposición a reaccionar, adquirida biográficamente, tiene -como condición necesaria-, una significación especial en comparación con el "estímulo" externo, como factor

desencadenante. Por esta razón, los primeros dos factores (condiciones y causa específica) juegan un gran papel en el modelo científico explicativo de Freud. Volveremos a tratar este problema en la discusión de la hipótesis de la especificidad en medicina psicosomática (cap. 9.7). En este punto, hay que hacer notar que, en relación con los historiales clínicos de Freud, este modelo explicativo se ha demostrado sumamente fructífero, aun cuando hoy en día debamos dudar de la validez de muchos supuestos causales particulares. No es la lógica del esquema causal lo que ha sido refutado, sino que son las conexiones descubiertas en casos individuales las que han demostrado ser falsas o las que deben ser relativizadas. No hay que perder de vista esta diferenciación cuando se trata de ocuparse críticamente de los amores de juventud y de despedirse de ellos. El amor al método puede llegar a ser mucho más vasto, y transformarse en amor a la verdad. En el modelo de las series complementarias, Freud se conectó con las teorías causales de Hume y Mill (Eimer 1987). La relación mutua entre los factores implica que las intervenciones terapéuticas pueden propagarse a través de la red de condiciones existente.

Al modelo causal de Freud de la génesis de las enfermedades psíquicas corresponde una concepción determinada de la terapia. Si se quiere encontrar soluciones a los problemas de las conformaciones vitales posteriores y descubrir nexos "entre los quehaceres humanos más diferentes" (Freud 1933a, p.145) puede ser necesario "descender hasta los estratos más profundos y primitivos del desarrollo anímico" (Freud 1918b, p.11; véase también en el tomo primero, 10.2).

Los historiales clínicos de Freud son reconstrucciones que parten de la singularidad actual de un ser humano, para buscar en el pasado las raíces y las causas típicas de los síntomas. En el terreno de los síntomas psíquicos y psicosomáticos pareciera que el tiempo se hubiera detenido, que el pasado fuera presente. El fóbico tiene hoy miedo de un objeto totalmente inofensivo, de la misma manera que hace 10 o 20 años, y los pensamientos obsesivos y las compulsiones se repiten como rituales sin variación a través de años.

Los síntomas neuróticos están incorporados de tal manera en la biografía, que el conocimiento de ésta es indispensable si se quiere entender la patogenia individual. "Tales historiales clínicos pretenden que se los aprecie como psiquiátricos, pero en una cosa aventajan a éstos: el íntimo vínculo entre historia del padecimiento y síntomas patológicos ..." (Freud 1895d, p.174).

El historial clínico del "hombre de los lobos", publicado por Freud en 1918 bajo el título de *De la historia de una neurosis infantil*, tiene una significación especial. Sobre este paciente solo se ha publicado una extensa bibliografía especializada, que ya en 1984 alcanzaba cerca de los 150 títulos (Mahony 1984).

A pesar de las muchas reservas frente a la validación de las explicaciones psicoanalíticas, Perrez (1972) llega a la conclusión de que la presentación del hombre de los lobos es, sin lugar a dudas, un intento grandioso de aclarar, a través de una narración, el enigma que este caso ponía. La denominación de "narración", introducida por Farrell (1961), hace honor a un aspecto de los historiales clínicos que Freud menciona más bien con cierto malestar, a saber, que éstos se leen como novelas breves (Freud 1895d). Freud buscaba el prestigio como autor científico y le preocupaba que a sus descripciones de los destinos humanos les pudiera faltar "el sello de serie-dad que lleva estampado lo científico" (p.174). La otorgación del premio Goethe honró al escritor, cuyo estilo ha atraído a muchos estudiosos (Schönau 1968), des-de Muschg (1930) hasta Mahony (1987).

A nuestro entender, el interés especial de los historiales clínicos consiste en que todas las descripciones sirven al fin de hacer plausible el trasfondo del pensar y del actuar del paciente, para poder presentar esquemas explicativos histórico-genéticos:

El que el análisis de una presentación casuística de Freud muestre claramente que a él no le interesaba simplemente describir la historia de una neurosis, tiene una significación fundamental. Lo que buscaba en primera línea era explicar, y, evi-dentemente, en el sentido de una explicación histórico-genética. La explicación histórico-genética busca no sólo describir cadenas de acontecimientos, sino mos-trar por qué un estado conduce al siguiente. Por esta razón hace uso de ciertas leyes de probabilidad, aunque, en el caso de las narrativas freudianas, no siempre de manera muy manifiesta (Perrez 1972, p.98; cursiva en el original).

No importando la insuficiencia de la etiología para aclarar un caso individual, o lo poco satisfactoria que pueda ser la validación de las probabilidades y de las leyes estadísticas, es posible afirmar de manera general que los esquemas inconscientes de las vivencias y de las conductas se forman a través de un largo tiempo. Es por eso que, además del peligro de que se formen estereotipias de experiencias negati-vas, existen, también permanentemente, muchas oportunidades de que los contex-tos motivacionales cambien a propósito de vivencias favorables. La conversación de Freud con Katharina, la muchacha que consultó de pasada al "doctor" en un lugar de los Alpes, a lo mejor le abrió a ésta nuevos caminos. No deja de sor-prender que la "consulta de pasillo" que Katharina le hizo a Freud permita formarse una idea especialmente precisa sobre

el estilo de conducción de Freud en las entrevistas diagnóstico-terapéuticas (Argelander 1978).

La singularidad de cada biografía vincula el método psicoanalítico, como terapia, a la presentación e investigación casuística (Edelson 1985). Los intereses científicos se dirigen a la generalización de los hallazgos. Por esta razón, en el hombre de los lobos, Freud destaca que para obtener generalizaciones relativas a la patología supuesta, se requieren numerosos casos analizados bien y en profundidad (1918b, p.96).

Puesto que la intención primaria de los historiales clínicos de Freud es servir la reconstrucción de la psicogénesis, es decir, documentar las causas reprimidas inconscientes de la formación de síntomas, la descripción de la técnica de tratamiento ocupa un lugar secundario. En los historiales clínicos, las reglas técnicas no se discuten en relación específica con el caso. Freud menciona más bien fragmentaria-mente lo que en las sesiones correspondientes sintió, pensó, interpretó o de alguna manera hizo.

Freud hace una diferencia entre historial clínico, a veces también llamado historia de la enfermedad, e historial de tratamiento. Hacemos nuestra esta diferenciación, prefiriendo, eso sí, la denominación de informe de tratamiento, en consideración a los distintos tipos de documentación existentes. Freud mismo llamó tem-*pranamente* la atención sobre las dificultades que encuentra la adecuada redacción de un informe.

Estas dificultades son muy grandes para el médico que cotidianamente tiene que realizar seis u ocho tratamientos psicoterapéuticos y no puede tomar notas durante la sesión misma, 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 (Freud 1905e, p.9).

Se trata de Dora, cuyo historial clínico y terapéutico será descrito en Fragmento de análisis de un caso de histeria. Dos circunstancias vinieron en auxilio de Freud en la redacción de este informe: "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 que pudieron proporcionarme un apoyo seguro para la trama de interpretaciones y recuerdos que se urdió desde ahí" (Freud 1905e, p.9).

El historial clínico mismo, es decir, el núcleo de la publicación, Freud la puso por escrito sólo después de la terminación de la cura, basándose en su memoria,

con lo que demostró tener un alto grado de confianza en ella. El historial de trata-miento, según las propias palabras de Freud, quedó incompleto.

En efecto, en general no expuse el trabajo interpretativo a que fue preciso someter las ocurrencias y comunicaciones de la enferma, sino meramente sus resultados. Por tanto, y aparte de los sueños, la técnica del trabajo analítico sólo fue mos-trada en unos pocos lugares. Es que en este historial clínico me interesaba poner de relieve el determinismo de los síntomas y el edificio íntimo de la neurosis; si al mismo tiempo hubiera intentado cumplir también las otras tareas, se habría producido una inextricable confusión. Para la fundamentación de las reglas técni-cas, halladas las más de las veces por vía empírica, sin duda habría que reunir el material de muchos historiales de tratamiento (1905e, pp.11s; la cursiva es nuestra).

Freud no le dió a esta reducción un peso especial porque en la terapia, que sólo duró tres meses, la transferencia no fue verbalizada. En todos los casos publicados por Freud se encuentra un predominio similar del historial clínico en perjuicio del historial de tratamiento.

Las razones que tuvo Freud para colocar la génesis de los síntomas neuróticos en el centro de sus historiales clínicos publicados, se basan en la concepción de que a través del esclarecimiento de la génesis y por el aumento en la comprensión se crean las mejores condiciones para las intervenciones terapéuticas. Una cita repre-sentativa dice así: "Queremos aquello a que se aspira en general en la ciencia: una comprensión de los fenómenos, el establecimiento de una concatenación entre ellos y, como objetivo último, en los casos en que sea posible, ampliar nuestro poder sobre ellos" (Freud 1916-17; p.91).

Greenson (1973, p.17) es de la opinión de que de los historiales clínicos no se aprende cómo el analista puede establecer las mejores condiciones para el cambio terapéutico. En esto son importantes los cinco escritos técnicos. La singular posi-ción de Freud hace que hasta el día de hoy tenga repercusiones el que no haya entre-gado una presentación sinóptica de su técnica como teoría y práctica. Los historia-les clínicos fueron paradigmáticos para las teorías psicoanalíticas sobre las condi-ciones de la génesis, y en este sentido han sido recibidas, por ejemplo, por Sher-wood (1969), Gardiner (1971), Níderland (1959), Perrez (1972), Schalmey (1977), Mahony (1984, 1986). Lo que Freud quiso fue más bien fijar las reglas de inves-tigación para el esclarecimiento de la génesis, y no tanto aquellas que garantizan al paciente las condiciones de cambio necesarias y suficientes (véase además, tomo primero 7.1 y 10.5).

Al comienzo de la terapia, la neurosis se convierte en neurosis de transferencia, no importando cuán profundamente esté enraizada la primera en la biografía y en el historial clínico (véase tomo primero 2.4). Aun cuando este concepto no comprende un fenómeno que pueda ser satisfactoriamente definido, como lo postulan renombrados analistas en la controversia publicada por London y Rosenblatt (1987), sigue siendo seguro que el analista contribuye de manera importante al tipo de transferencia. En este sentido, se llegan a desarrollar incluso "neurosis de transferencia" específicas para las distintas escuelas psicoanalíticas. Estas contradicen la idea de Freud de que la neurosis de transferencia se despliega por la mera observancia de las reglas técnicas. La ampliación de la teoría de la transferencia y de la contratransferencia sigue al reconocimiento de la influencia ejercida por el analista. Estos desarrollos se facilitaron gracias a que en los últimos años se hizo posible tener acceso a la práctica de Freud, lo que profundizó la comprensión de los historiales clínicos reconstruidos por él, y también amplió el conocimiento del manejo que él hacía de las reglas técnicas en los tratamientos.

En la sección 1.1 del tomo primero afirmamos que la creciente bibliografía sobre la práctica de Freud (Cremerius 1981b; Beigler 1975; Kanzer y Glenn 1980) ha hecho posible la revisión crítica de la historia de la técnica psicoanalítica. La verdad es que sería ingenuo buscar la solución de los problemas actuales en la identificación con el Freud natural y humano que en caso de necesidad daba de comer a los pacientes, o les prestaba o regalaba dinero.

Una característica de los historiales clínicos freudianos es que, por un lado, cumplen con analizar concretamente el caso individual y, por el otro, contienen hipótesis de gran alcance cuyo objetivo es simplificar y poner en relación causal toda la riqueza de las observaciones clínicas.

Según Jones (1960), el método nosográfico de Charcot tuvo efectos importantes sobre la meta que Freud se puso en la reconstrucción de la génesis y curso de las enfermedades psicógenas. Las reglas técnicas no fueron investigadas en primer lugar en el aspecto de si creaban o no las mejores condiciones para el cambio terapéutico. Con sus recomendaciones técnicas, Freud estaba más interesado en poner los fundamentos científicos del método psicoanalítico: "Tenemos el derecho, más aún, el deber, de cultivar la investigación sin mirar por un efecto útil inmediato. Al final -no sabemos dónde ni cuándo- cada partícula de saber se traspondrá en un poder hacer, también en un poder hacer terapéutico" (Freud 1916-17, p.234). Las

reglas estatuidas por Freud debían asegurar la objetividad de los hallazgos y reducir al máximo posible la influencia del analista sobre los datos. La

documentación de los fenómenos observados en el diálogo se orientaba a las comunicaciones del pa-ciente recogidas en el historial clínico en relación con su supuesta relevancia cau-sal. El material se configura a partir del método, en fidelidad con la tesis funda-mental:

El psicoanálisis no se caracteriza en cuanto ciencia por el material que trata, sino por la técnica con que trabaja. Sin violentar su naturaleza, es posible aplicarlo tanto a la historia de la cultura, a la ciencia de la religión y a la mitología, como a la doctrina de las neurosis. No se propone ni alcanza otra cosa que descubrir lo inconsciente en la vida del alma (Freud 1916-17, p.354).

La verdad es que hay una gran diferencia en aplicar el método psicoanalítico a la historia de la cultura o ejercerlo como oficio terapéutico, pues el paciente viene al analista con la expectativa de mejoría y curación de su padecimiento. Con su tera-pia el analista asume además una responsabilidad que no se da en la interpretación de la mitología o en otras aplicaciones del método psicoanalítico. Pero, ante todo, el paciente es un testigo crítico del quehacer de su analista.

1.3 Informes de tratamiento

En la metamorfosis de los historiales clínicos en informes de tratamiento, el diálo-go entre paciente y analista se desplaza al primer plano. Con la protocolización del diálogo, a través de la puesta en relieve selectiva de puntos esenciales, éste gana el más alto interés. La incitante presentación de Freud del hombre de las ratas, que fue recientemente interpretada por Mahony (1986) desde el punto de vista de las ciencias del lenguaje, debe su riqueza en detalles a las notas diarias que Freud acos-tumbraba escribir de memoria por las tardes. Los protocolos del hombre de las ratas fueron dados a la publicidad por primera vez en 1955, en el volumen 10 de la Standard Edition (AE vol. 10, pp.203-249).

Cuando Zetzel, a propósito de la preparación de una ponencia, no recurrió a los Collected Papers sino a la Standard Edition, encontró los protocolos restantes de Freud, hasta entonces en gran medida desconocidos. Estos son reveladores, espe-cialmente en lo que se refiere a la técnica de tratamiento usada por él, pero también entregan importantes agregados sobre la historia de la formación de los síntomas. En las notas de Freud se encuentran más de 40 alusiones a una relación madre-hijo altamente ambivalente, que en el historial clínico publicado en 1909 no fueron consideradas adecuadamente (Zetzel 1966). El mismo Freud

apunta: "Tras mencionarle yo las condiciones [se refiere a las condiciones del tratamiento, que Freud menciona al final de la primera entrevista; nota de J.P. Jiménez], dice que debe hablar con su madre" (Freud 1955a, p.199). En el historial clínico no se menciona esta importante reacción del paciente.

Desde que este protocolo llegó a conocerse, Shengold (1971) y Holland (1975), además de los autores ya citados, han reinterpretado el historial clínico del hombre de las ratas.

Como todos los psicoanalistas, también Freud protocolizó de manera selectiva, esto es, de acuerdo con hilos conductores, haciendo una selección a partir de sus notas. Freud quería ilustrar de manera ejemplar conexiones y cursos típicos de la vida psíquica.

Los apuntes de Freud sobre el hombre de las ratas han causado sensación, porque el fundador del psicoanálisis no se atuvo ceñidamente, ni entonces ni más tarde, a aquellas recomendaciones técnicas que finalmente fueron recogidas en el sistema de reglas psicoanalítico. Sin embargo, como ya explicamos al comienzo, y como lo fundamentamos en el primer tomo, la verdad es que la solución de los problemas técnicos no se encuentra en la vuelta al estilo de conducción de tratamiento no ortodoxo de Freud.

Un profundo signo de cambio lo vemos en el hecho de que, por la protocolización de trozos de tratamiento, de variable extensión, se ha ido poniendo más atención al proceso de conocimiento diádico. Este cambio en el estilo de los informes, al que han contribuido psicoanalistas eminentes de todas las orientaciones, es la expresión de una transformación en la manera de pensar que le otorga autonomía no sólo a la teoría de la técnica, sino también a su verificación en la práctica analítica.

Para escribir de manera convincente un historial clínico en el sentido de una reconstrucción de las condiciones genéticas, se deben satisfacer otros criterios que para la presentación de un informe de tratamiento. El punto central de los informes de tratamiento es la constatación de los cambios y de las condiciones que los introdujeron. En ello, Freud debió conformarse con diferenciaciones gruesas que dejaron a la investigación posterior mucho por aclarar. Mirados desde el punto de vista actual, los historiales clínicos de Freud no son modelos vigentes para la reconstrucción de las condiciones genéticas, ni tampoco son apropiados como paradigma para la toma de protocolos de tratamientos psicoanalíticos. La tarea de crear las condiciones favorables para el cambio, como también para investigar sus efectos, es demasiado vasta. Para una investigación etiológica centrada en la verificación de hipótesis se deben mostrar resultados que van más allá de las posibilidades de un analista individual. Bajo

la impresión de la crítica de Grünbaum (1984), Edelson (1986) diseñó un modelo ideal para escribir hoy en día un historial clínico y un informe de tratamiento de modo de satisfacer las exigencias de la verificación de hipótesis. Sin embargo, hasta el momento no se ha entregado ningún ejemplo práctico.

No existe ningún historial clínico de Freud que no permita al lector echar algún vistazo a su técnica. Aunque el punto central de los historiales clínicos freudianos sea la reconstrucción de la historia de la génesis de las distintas neurosis, con la meta de encontrar leyes generales, Freud también ofrece ejemplos de intervenciones terapéuticas, incluso literalmente. Para la lectura de los historiales clínicos de Freud recomendamos recurrir a las correspondientes introducciones críticas que ofrece la bibliografía especializada.

El desarrollo postfreudiano de los historiales clínicos y de los informes de tratamiento se caracteriza consistentemente por un aumento cuantitativo, demostrable, de informes casuísticos extensos (Kächele 1981). La tendencia de muchos analistas de hacer accesible a los lectores su propia práctica, es inequívocamente creciente de los últimos años, lo que ha permitido que las discusiones críticas dentro de la co-munidad psicoanalítica se lleven a cabo sobre bases más objetivas.

En la literatura psicoanalítica siguen predominando las llamadas "viñetas", cuya acepción inglesa es definida en el diccionario Webster en términos de hermetismo, sutileza y exquisitez (véase también Thomä y Hohage 1981; en castellano, "vi-ñeta" es un término originalmente usado en imprenta para designar los dibujos que adornan los comienzos o finales de libros o capítulos [nota de J.P. Jiménez]). Estas viñetas están al servicio de la ilustración de determinadas conexiones psicodinámicas.

En comparación con este punto esencial, las consecuencias técnicas, es decir el quehacer terapéutico del analista, es desplazado a un segundo lugar. La mayoría de las viñetas se refieren a trozos de la psicogénesis y sirven como ejemplos para la ilustración de una reconstrucción genética circunscrita. Greenson (1973, p.15) criticó antiguas obras psicoanalíticas estándares, como por ejemplo, las de Sharpe (1930), Fenichel (1941), Glover (1955), Menninger y Holzman (1977), porque en sus libros de texto apenas se describe como el analista trabaja realmente, esto es, lo que él siente, piensa y hace.

Es por eso que existen suficientes razones para quejarse, como lo hace Spillius (1983) en su revisión crítica de los nuevos desarrollos de la técnica kleiniana, de la falta de informes de tratamientos que sean representativos de lo que hacen los analistas que dan el tono en lo que a técnica se refiere. En todas partes, son los candidatos los primeros en rendir informes de casos, a propósito de su aceptación en la comunidad profesional, los que a causa de su naturaleza llena

de compro-misos son de dudoso valor, como Spillius lo ha destacado correctamente. Hay excepciones que confirman este estado de cosas, y no quisiéramos dejar pasar la oportunidad de resaltar algunos ejemplos.

Poco antes de su muerte, M. Klein terminó la redacción de un extenso informe, publicado en 1961, de un análisis que duró 4 meses (el año 1941), de un muchacho de 10 años, a quien dio el nombre de Ricardo:

En la presentación del siguiente caso, me propongo distintas metas. En primer lugar, quisiera ilustrar mi técnica más detalladamente de como lo hiciera antes. Las extensas notas que hice permiten al lector observar cómo las interpretaciones encuentran su confirmación en el material subsecuente. El desarrollo del análisis día tras día y la continuidad de él, son evidentes (1961, p.15).

Casi no hay un informe de tratamiento en el que los supuestos teóricos del analista sean tan claramente visibles, en su función determinante del quehacer, como en esta presentación casuística, que reproduce detalladamente cada una de las 93 sesiones. Junto a los comentarios de Geleerd (1963), y de Segal y Meltzer (1963), existe además un detenido estudio de Meltzer (1978) que contiene una detallada revisión del proceso.

Igualmente póstumo es el extenso informe casuístico de Winnicott (1972), que apareció como Fragmento de un análisis en un libro colectivo editado por Giovacchini (1972). En vista de los problemas planteados en este capítulo, ya solo la prehistoria de este informe es digna de ser mencionada.

En 1954, Winnicott dictó una conferencia sobre el tratamiento de un hombre esquizoide que en el análisis pasaba por estados de ensimismamiento. La versión escrita de la conferencia contenía la siguiente indicación: "Casualmente hice un informe literal sobre los últimos cuatro meses de esta parte [de la terapia], que está a disposición de quien desee controlar el trabajo hecho hasta ahora con el paciente" (1956, p.207).

La naturaleza dialogal del intercambio de ideas entre este paciente y Winnicott desconcertó a la analista francesa A. Anzieu (1977, p.28), porque el gozo en interpretar de Winnicott no permitía enterarse de las palabras del paciente. En el área de influencia de Lacan, los analistas son a menudo extremadamente silenciosos, lo que ha sido criticado, entre otros, por Lang (1986). A la verdad, no existe ningún estudio clínico hecho por Lacan mismo y faltan totalmente investigaciones empíricas, en especial en el campo lingüístico, que arrojen luz sobre sus tesis particulares. De la transcripción de una entrevista diagnóstica hecha por Lacan (1980) a un paciente psicótico, es poco lo que se puede deducir

de su estilo de conducción de tratamiento; los síntomas psicopatológicos del paciente fueron explorados al modo tradicional, a través de un permanente preguntar.

En esto contrasta la presentación hecha por Dewald (1972) de un proceso psicoanalítico, que se apoya, al igual que lo hace Wurmser (1987), en protocolos toma-dos simultáneamente con ayuda de taquigrafía. Esta presentación suministró a Lip-ton (1982) una base de primer orden para criticar la técnica usada por Dewald (véase además tomo primero, cap.9).

Un ejemplo modelo facilita además una discusión, que Pulver (1987) editó bajo el título de *Cómo da forma la teoría a la técnica: perspectivas sobre un estudio clínico* (How theory shapes technique: perspectives on a clinical study). Base de la discusión son los apuntes que hizo el analista (Silverman), en los que, durante 3 sesiones, protocolizó sus pensamientos y emociones junto a las interpretaciones dadas y las reacciones del paciente. Este material clínico fue discutido por 10 analistas, representantes eminentes de distintas orientaciones psicoanalíticas. Shane (1987) y Pulver (1987) resumen el resultado de la discusión en la que, natural-mente, cada uno partió de su manera personal de ver las cosas. El analista tratante, Silverman, se inscribe dentro de la corriente representada por la teoría estructural.

Después de una primera evaluación del material, hecha por Brenner (teoría estructural), Burland (psicología evolutiva según Mahler), Goldberg (psicología del self) y Mason (perspectiva kleiniana), Shane (1987) constata con resignación:

Primeramente, no hemos venido a comprobar que cada uno de los participantes en la discusión encuentra dignos de destacar en el paciente aquellos rasgos diagnósticos que pueden ser mejor explicados por su marco de referencia particular. [...] En resumen, yo diría que la diversidad de opiniones en relación al diagnóstico y a la dinámica del paciente de Silverman debiera sugerir que la propia posición teórica prima sobre otras consideraciones. Las presentaciones demuestran ampliamente que cada teoría puede sonar ampliamente convincente, lo que hace casi imposible un juicio absoluto, e inevitable la elección personal (Shane 1987, pp.199, 205).

También Schwaber (1987, p.262) muestra convincentemente la influencia, a menudo directamente deformadora, que tienen los modelos aplicados por los miembros de la mesa redonda, y esto ya en la recolección de los datos. Por esta razón, aboga por una aplicación adecuada de las preconcepciones teóricas.

La ciencia moderna nos enseña que la participación del observador es un elemento esencial y fascinante de los datos. No estoy argumentando a favor de una orientación sin teoría, aun en el caso de que fuera posible. Más bien, propongo que reconozcamos que, no importando la teoría de nuestra elección, corremos el riesgo de usarla para cerrar la investigación en forma prematura, en vez de proseguirla de modo que alcancemos respuestas en vez de plantear nuevas preguntas. [...] Nuestros modelos no son meros objetos de intercambio, sólo un asunto de preferencia personal. Debemos buscar aquel modelo que explique mejor los datos y que expanda de mejor manera nuestro campo perceptivo (Schwaber 1987, pp.274, 275).

Estas miradas críticas sobre un tratamiento en marcha esclarecen la diversidad de problemas que se hacen evidentes cuando se recurre a la colaboración de un tercero no participante, sea éste un especialista, un científico de otra disciplina o, simplemente, un lego. Es entonces palmario que lo que a Pulver (1987) le preocupa especialmente es el asunto de la protocolización de las sesiones.

Pulver saluda con entusiasmo la franqueza del analista en la presentación de su informe. Es notable que, en los hechos, se siga haciendo merecedor de reconocimiento especial el que un analista trate de dejar constancia precisa en su protocolo -elaborado durante o después de la sesión- de lo que el paciente comunica y de lo que el mismo sintió, pensó y dijo, sabiendo muy bien que este protocolo será la base para una discusión con colegas de otras escuelas y orientaciones psicoanalíticas. Hay muchas razones que explican por qué los analistas lentamente muestran una mayor disposición a dejar que los colegas vean sus cartas. Sin lugar a dudas, el psicoanálisis está pasando por una etapa de desmitologización y de desencanto, a la que él mismo de manera importante ha contribuido, y de la que trata sin embargo de librarse. Freud se transformó en una figura mítica. Por eso, no es casualidad que el gran público se muestre precisamente ávido por todo lo que comuniquen antiguos analizados de Freud. De este modo, la pregunta retórica que Momigliano planteó en el título de su trabajo ¿Fue Freud un freudiano?, recibe una clara respuesta: "Freud no fue un freudiano ortodoxo" (Momigliano 1987).

El temor por la publicidad ha disminuido tanto en los últimos decenios, que también analizados, pacientes o aspirantes a analistas en análisis didáctico, informan de alguna u otra forma sobre sus tratamientos (D. Anzieu 1986; Guntrip 1975). Junto a los muy conocidos relatos y diarios de Anais Nin, Marie Cardinale, Hannah Green, Erica Jong, Dörte von Drigalski y Tilmann Moser, han aparecido publicaciones conjuntas de informes de tratamientos que se han originado independientemente unos de otros, como, por ejemplo, la hecha por

Yalom y Elkin (1974). Aquí se toma en serio el aforismo: *Audiatur et altera pars*, esto es, "que también se oiga a la otra parte". Reducir tales fragmentos autobiográficos, de diferente calidad literaria, a afrentas sufridas, a una transferencia negativa no elaborada, o a un exceso de exhibicionismo o narcisismo, es tomar las cosas muy a la ligera.

La investigación empírica sistemática en psicoterapia contribuye también, y de manera creciente, a los cambios de clima interior que han iniciado un proceso de desmistificación en psicoanálisis (véase, por ejemplo, Masling 1982, 1986; Dahl y cols., 1988). Le damos un gran valor a los nuevos cambios que se producirán a través de ella. Pues, a pesar de los estudios catamnéticos existentes (véase 9.1), en la literatura clínica se sigue argumentando de manera relativamente ingenua. Así, en la publicación de Pulver, citada poco antes, se da por sentado que analistas especialmente experimentados y de gran reputación, pueden ser igualmente exitosos a pesar de tener opiniones distintas frente a un caso dado. La verdad es que las sesiones presentadas por Silverman fueron tomadas de un tratamiento de curso claramente desfavorable, de modo que debe pensarse que fue la consideración entre colegas la que no hizo posible que en las sesiones protocolizadas se investigaran los factores curativos. En realidad, es todavía poco claro cuáles de entre las condiciones curativas generales y especiales, que han sido validadas por la investigación en resultados terapéuticos (Kächele 1988), deben ser satisfechas en el caso individual, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, para llegar a mejorías o curaciones sustanciales. Es así como podría ser que la eficacia de las distintas terapias psicodinámicas se deba más a las semejanzas y afinidades en relación a una actitud básica, que a las diferencias en el contenido de las interpretaciones. Joseph (1979) entrega una lista de algunos de estos supuestos básicos, que incluye procesos inconscientes, resistencia, transferencia, asociación libre, la inferencia genética de problemas, los esfuerzos terapéuticos para entender e interpretar, y la suposición de conflictos. Pulver va aún más allá, al calificar las diferencias de opinión entre los arguyentes más como aparentes que reales.

Los terapeutas pueden estar diciendo esencialmente lo mismo al paciente, aunque con palabras distintas. Tan pronto como los pacientes se acostumbran a las palabras de sus terapeutas, se sienten entendidos de hecho. Por ejemplo, esta paciente podría sentir que su inefable sentimiento de carencia fue entendido por un kleiniano que le habló de envidia del pene, por un psicólogo del sí mismo (self) que lo hizo de su sensación de fragmentación, y por un teórico estructural que le mencionó su sentimiento de castración. Ella podría lograr conocimientos (insight) sobre sí misma que, aunque formulados en una variedad de lenguajes,

son variaciones metafóricas sobre las mismas verdades básicas (Pulver 1987, p.298; cursiva en el original).

De manera semejante ha argumentado Joseph (1984), cuando llama la atención so-bre las conexiones inconscientes; por ejemplo, un diálogo sobre angustia y pérdida toca tanto la angustia de separación preedípica como la angustia de castración. De hecho muchas vivencias vienen a la mente a propósito de la palabra clave "pér-di-da", las que pueden ser parientes entre ellas, sin dejar de pertenecer a la vez a grupos diferentes. Por eso, con seguridad, la narrativa que se origina en un trata-miento no es indiferente o arbitraria (Spence 1982, 1983; Eagle 1984). Es cierta-mente esencial que ambas personas comprometidas, paciente y analista, se pongan ocasionalmente de acuerdo sobre el estado de cosas. Pues de ningún modo se trata de inventar un "juego de palabras" arbitrario que, como metáfora universal, se co-necte con todo. Finalmente, el paciente quiere ser sanado de sus defectos. Lo que busca es, no sólo conocer sus conflictos específicos y sus raíces inconscientes, si-no, además, poder dominarlos. No en último lugar, también terceras personas pue-den constatar empíricamente si los cambios introducidos fueron exitosos o no.

Eagle (1988) ha señalado convincentemente que los fenómenos emergentes en la situación psicoanalítica pueden contribuir de manera especial a la teoría de la terapia, esto es,

...al entendimiento de la relación entre operaciones e intervenciones y la aparición o no aparición de determinados cambios específicos. Considero una ironía que los autores psicoanalíticos usen los datos clínicos casi para cualquier fin, excepto para aquel que son más adecuados: para la evaluación y el entendimiento del cambio a través de la terapia (1988, p.209).

Desde un punto de vista actual, nada más el carácter incompleto de los resúmenes de procesos terapéuticos los hace problemáticos para efectos de demostración cien-tífica. Al mismo tiempo, el carácter de incompleto les es inherente. Con todo, hoy en día es posible cumplir con una exigencia esencial, a saber, que la documen-tación se debe detallar, al menos en el nivel de observación donde se alcanzan las generalizaciones. El esquema de historial clínico introducido por Mitscherlich constituye un intento temprano en esta dirección, aun cuando no fuera aplicado muchas veces (Thomä 1954, 1957, 1961, 1978; de Boor 1965). En él, la exigen-cia de fundamentar la abstracción clasificatoria y la formación de conceptos era parte esencial. De manera semejante, el índice de Hampstead buscó hacer posible la aclaración de conceptos psicoanalíticos centrales a través de una documentación sistemática

(Sandler 1962). El historial clínico sistemático tuvo un alto valor como modelo, pues estimuló la reflexión en la fase de la pregunta por la especificidad y facilitó la comparación a través de la sistematización. En el esquema se preveían desarrollos futuros, de los cuales quisiéramos nombrar sólo aquellos que conocimos de cerca o que fueron más tarde puestos en práctica por nosotros. A través de la adopción del esquema de entrevista de la clínica Tavistock, Mitscherlich puso de relieve que la significación de la relación médico-paciente para el diagnóstico y la terapia, es también importante para la documentación. En la descripción de los cursos terapéuticos, el lugar central lo ocupan los cambios sintomáticos en relación con las intervenciones del analista. Bernfeld (1941) estudió de manera original el tema de la validez científica y del contenido de verdad de las interpretaciones, en especial los aspectos técnicos de la interpretación, partiendo de la pregunta de cuándo debe interpretarse. Este problema fue recogido en la década de los cincuenta por las publicaciones de Glover (1952), Kubie (1952) y Schmidl (1955).

Las investigaciones sobre acciones interpretativas, llevadas a cabo en la clínica de psicósomática de la universidad de Heidelberg en cooperación con el instituto Sigmund Freud de Francfort -instituciones dirigidas en aquel entonces por A. Mitscherlich-, tuvieron la ambiciosa meta de validar la teoría que se encuentra en la base del actuar terapéutico del analista. De los seminarios técnicos llevados a cabo por Balint surgieron sugerencias esenciales que le daban a las reflexiones del analista, que anteceden a la interpretación dada, la misma significación que a la reacción del paciente.

Para hacer justicia a la diversidad de reflexiones que suceden durante la atención parejamente flotante, Balint recomendaba fijarse, en la ojeada retrospectiva de la sesión, también en lo que fue meramente pensado. Un importante paso intermedio lo constituye la protocolización de todo aquello que el analista ponderó junto a las intervenciones efectivamente realizadas, y de las comunicaciones acerca del con-texto emocional y racional de la génesis de las interpretaciones. Por intermedio de esta forma de tomar notas se hizo evidente lo esencial que es hacer participar al paciente de los pensamientos que configuran el trasfondo de las intervenciones o interpretaciones del analista. En esto se trata de una antigua experiencia clínica, que ya Freud (1940a, p.178) había puesto de manifiesto. El subraya que al paciente hay que hacerlo consabedor de las construcciones, esto es, de la génesis y de la fundamentación de las interpretaciones que le afectan. De acuerdo con los testimonios actuales, Freud efectivamente familiarizaba en detalle a sus pacientes con el tras-fondo de pensamiento, es decir, con el contexto de las interpretaciones dadas.

Según Freud, en no pocos casos el análisis se descompone en dos fases separadas:

En una primera fase, el médico se procura los conocimientos necesarios acerca del paciente, lo familiariza con las premisas y postulados del análisis y desenvuelve ante él la construcción de la génesis de sus sufrimientos, para la cual se cree habilitado por el material que le brindó el análisis. En una segunda fase, es el pa-ciente mismo el que se adueña del material que se le expuso, trabaja con él y, de lo que hay en su interior de supuestamente reprimido, recuerda lo que puede recordar e intenta recuperar lo otro en una suerte de reanimación. Haciéndolo, puede corroborar las postulaciones del médico, completarlas y enmendarlas. Sólo durante este trabajo, por el vencimiento de resistencias, experimenta el cambio interior que se pretende alcanzar y adquiere las convicciones que lo hacen independiente de la autoridad médica (Freud 1920a, pp.145s).

El peligro de intelectualización que aquí aparece puede ser evitado a través del tipo de conducción del diálogo. La fundamentación del contexto intelectual de las inter-pretaciones tiene, en general, un gran eco afectivo por parte del paciente. Estas informaciones adicionales dan al paciente la posibilidad de enfrentarse críticamente con el mundo intelectual del analista. El margen de libertad de decisión del paciente se verá aumentado por la adopción de las visiones del analista y el misterioso rol de éste se hará más transparente. Además, la investigación más precisa de todo aquello que se entiende por identificación del paciente con las funciones del analista (véase 2.4) depende de una documentación detallada de los procesos de intercambio.

A través de la investigación de las acciones interpretativas, Thomä y Houben (1967) trataron de seguir la pista tanto a aspectos esenciales de la técnica de los analistas y de su fundamentación teórica correspondiente, como también -a través del registro de las reacciones del paciente- a la eficacia terapéutica. El problema de la eficacia terapéutica de las interpretaciones y de la verdad de las teorías se nos fue aclarando lentamente a lo largo de estas investigaciones.

En base a una proposición de Isaacs (1939), hicimos un esquema de informe para la investigación sistemática de las acciones interpretativas. El esquema requiere del psicoanalista que toma el protocolo, señalar la posición de las interpretaciones da-das, entre los polos de observación y de teoría, como también describir las reaccio-nes del paciente. Los períodos del tratamiento se segmentan según los siguientes puntos:

- a) Asociaciones, comportamientos, sueños del paciente, que han llevado al analista a considerar para la reelaboración una temática determinada en un período dado (hipótesis psicodinámica).
- b) Reflexiones teóricas y técnicas del analista que anteceden a las interpretaciones individuales.
- c) Meta buscada por la interpretación.
- d) Formulación de la interpretación.
- e) Reacción inmediata del paciente.
- f) Todas las demás interpretaciones del analista y las reacciones del paciente (asociaciones, comportamientos, sueños, cambios en el humor y el estado emocional, etc.), que parecen ser relevantes para el tema en reelaboración.
- g) ¿Hasta qué punto se alcanzó la meta planteada?
- h) Indicaciones sobre trozos de material que no están en armonía con las hipótesis.

Durante el desarrollo de este proyecto, se fue haciendo cada vez más claro que la pregunta por la validación se mueve en el complejo campo de la investigación en proceso y resultados, investigación que en aquel entonces superaba ampliamente nuestras posibilidades. Sin embargo, el esquema sigue siendo útil para proveer información esencial para la discusión clínica. Para el analista tratante es enormemente fructífero protocolizar su pensar y actuar terapéuticos, de modo que se facilite o posibilite a un tercero una perspectiva alternativa. En el capítulo 8 ofrecemos un ejemplo al respecto. Para llevar adelante la investigación clínica, y para poder asegurar mejor la práctica psicoanalítica desde el punto de vista científico, se necesitan procedimientos de esclarecimiento que hemos resumido en especial en el capítulo 10 del tomo primero sobre los fundamentos.

En razón de nuestro interés especial en el efecto de las interpretaciones, en aquel entonces descuidamos en los protocolos el aspecto de la relación. La pérdida del contexto emocional, que configura el trasfondo, hace que las interpretaciones y reacciones aparezcan mucho más intelectuales de lo que en realidad fueron. Vivencia e insight, interpretación y relación, aspectos verbales y no verbales del diálogo, están en relación recíproca (Thomä 1983a, véase también tomo primero, 8.6). En la formación de las interpretaciones y en su reconstrucción, también se toca la profundidad de la contratransferencia. Sobre eso es más fácil hablar que escribir.

En las dos experiencias de redacción de informes de tratamiento que ilustramos a modo de ejemplos, se trata de lograr una reproducción lo más fiel posible de lo que el analista siente, piensa y hace en presencia del paciente. Ya Glover (1955)

le dió un valor especial al protocolo que el analista toma de lo que el paciente dijo. Como lo ha criticado Spence (1986), muchas de las llamadas narrativas son construidas por el analista de acuerdo con puntos de vista psicodinámicos, disfrazados de narraciones típicas, sin que el aporte del analista pueda reconocerse suficiente-mente, en especial en lo que se refiere al curso y al resultado.

El desarrollo bosquejado condujo finalmente a la construcción de un punto de partida más seguro para la investigación en proceso y resultados, y también para el perfeccionamiento, por la introducción de grabaciones magnetofónicas de análisis (Thomä y Rosenkötter 1970; Kächele y cols. 1973). Casi 30 años después de la introducción del historial clínico sistemático, el estudio sistemático del caso individual se muestra como el procedimiento adecuado para esta época. La metodología de tales estudios se encuentra desde hace algún tiempo en el centro de la discusión (Bromley 1986; Petermann 1982). A través del estudio del caso individual se pueden satisfacer las exigencias actuales que plantea la investigación que busca verificar hipótesis en psicoanálisis (Weiss y Sampson 1986; Neudert y cols. 1987).

1.4 Tras la pista del diálogo: grabaciones magnetofónicas y transcripción

Es adecuado considerar cuidadosamente la aplicación de medios técnicos auxiliares, pues, si bien por medio de grabaciones magnetofónicas se registra el diálogo completo, no es menos cierto que los pensamientos y las emociones que quedan sin ser dichas, o que copan de estados de ánimo y afectos el espacio sin palabra, escapan a este "tercer oído" técnico. Estaría de más hacer expresamente hincapié en este punto si es que en las discusiones no se diera a esta carencia un peso tan importante. De todos modos, a través de la lectura de transcripciones y, más aún, por la escucha de la grabación del diálogo original, que constituye la música, se puede escuchar mucho más que por medio de las publicaciones que se apoyan en apuntes. La toma de protocolos durante la sesión puede distraer la atención. Las anotaciones que se hacen después de la sesión, que Freud recomendó, conducen a una selección de mayor envergadura. En la elección de los fenómenos descritos, el analista se deja guiar por sus puntos de vista teóricos subjetivos, y ¡quién reconoce con agrado que sus expectativas y suposiciones han sido contradichas! No sólo los pacientes extraen alegría de vivir y esperanza del saberse confirmado. La investigación en verificación de hipótesis abruma a los psicoterapeutas, porque éstos deben poner en duda las

convicciones que se han alcanzado a través del trabajo clínico (Bowlby 1982). Por esta razón, compartimos con gusto esta tarea con colaboradores científicos que no participan directamente en la terapia.

El autor principal de este libro comenzó las grabaciones magnetofónicas de tratamientos con la toma de posesión de la cátedra de psicoterapia en Ulm, en 1967. En los años subsiguientes, y gracias al trabajo de grabar muchas terapias, hecho por él y por algunos de sus colaboradores, se constituyó un fondo de protocolos de tratamientos psicoanalíticos que, como Banco de textos de Ulm (Ulmer Textbank), está entretanto a disposición de numerosos científicos en el país y en el extranjero (Mergenthaler 1986).

Nos tomó años el proceso de aprender a apreciar los enormes efectos favorables en la propia práctica de la escucha de diálogos y de la lectura de protocolos literales, hasta que todos nuestros escrúpulos anteriores se resolvieran. La lucha por introducir medios técnicos auxiliares en la sesión analítica fue comenzada en 1933 por E. Zinn (Shakow y Rapaport 1964, p.138). La verdad es que ésta aún no ha terminado, aunque en el congreso psicoanalítico de Helsinski (1982), McLaughlin por lo menos aludió, por primera vez de manera positiva, a las posibilidades que se abren para la formación analítica y para la práctica con la grabación magnetofónica de análisis.

A diferencia de la escuela de C. Rogers, en psicoanálisis esta variedad de posibilidades no fue tomada en cuenta por largo tiempo y por diferentes razones. En el centro de muchos escrúpulos está la preocupación de que la presencia de una grabadora actúe de la misma manera que la presencia de un oyente: el paciente "callaría tan pronto notara la presencia de un solo testigo que le fuera indiferente" (Freud 1916-17, p.15). En la actualidad, y desde hace mucho tiempo, es sabido que los pacientes, con pocas excepciones, dan su consentimiento voluntario para que las conversaciones sean grabadas para la discusión en círculos de especialistas o para la investigación científica. No es infrecuente que los pacientes esperen, con razón, una ganancia terapéutica del hecho de que diferentes analistas se ocupen de manera especial de su caso. A decir verdad, el primer consentimiento del paciente, y su motivación, es sólo un aspecto del problema; el otro aspecto, y decisivo, lo constituye la pregunta por los efectos de la grabación sobre el proceso psicoanalítico. Ya que, en el peor de los casos, es imposible tratar un paciente dos veces, una vez con y otra vez sin grabación simultánea, no se puede comparar entre dos procesos psicoanalíticos del mismo paciente. Sin embargo, entretanto se ha hecho posible argumentar en base a un gran número de psicoanálisis grabados, en los que no se han dado a conocer efectos negativos sistemáticos. Ya que nosotros no hacemos uso del procedimiento llamado de playback, que consiste en hacer escuchar la gra-

bación al paciente, remitimos al lector a una publicación de Robbins (1988). Según éste, en especial los pacientes gravemente perturbados logran una "objetivación del sí mismo" (Stern 1970), terapéuticamente eficaz, cuando escuchan la con-versación grabada y pueden elaborar la experiencia de hacerlo.

Consideramos la grabación de la conversación, una vez acordada, como elemento permanente del encuadre, sobre cuyo trasfondo será interpretado todo lo que sucede. Se entiende que el paciente puede revocar su consentimiento para la grabación magnetofónica. A este respecto, en la sección 7.5 de este volumen, entregamos ejemplos casuísticos que muestran que no sólo es posible, sino también muy fructífero cuando tales incidentes se investigan, precisamente, siguiendo el método psicoanalítico. Del mismo modo, en nuestra experiencia y de acuerdo con la bibliografía pertinente, el proceso psicoanalítico toma habitualmente un curso en el que, al final, las posibles significaciones inconscientes se van diluyendo, de la misma manera como sucede con el yacer en el diván. A modo de ejemplo, las funciones superyoicas pueden atribuirse a la grabadora y ser proyectadas en la secretaria (como madre que castiga), sólo en la medida de la virulencia de las expectativas de castigo. Igualmente, las fantasías grandiosas pueden ser depositadas en un texto sólo en la medida de las expectativas angustiosas o placenteras frente a la publicidad, en cuanto tales deseos sean conflictivos.

Bajo una mejor luz, y después de la necesaria reelaboración, lo que al inicio pareció singular y personalmente dramático, se verá mucho más simple y más humano. Aún así, ningún texto de diálogo psicoanalítico es superficial, si bien muchos lectores manifiestan, con sorpresa, lo poco que les dice un simple texto. Por esta razón, ocasionalmente se tiene dudas de si acaso la utilización de protocolos literales aporta algo realmente nuevo. En todo caso, el analista tratante frecuentemente se sorprende al escuchar su propia voz o al tener que concluir de las transcripciones cuán lejos están sus interpretaciones del ideal de los libros de texto que dice que éstas deben ser "claras y distintas" (*clare et distincte*).

Son muchos los problemas que un analista debe superar cuando entrega a sus colegas información sobre su práctica, en este caso el diálogo transcrito. Pues, con mayor o menor indulgencia, éstos confirman algo que tampoco puede escapar a la autoevaluación: que entre el ideal del yo profesional y la realidad existen considerables discrepancias. No puede haber ninguna duda: ¡la grabadora es un receptor neutral que no deja nada sin oír ni tampoco selecciona! L. Kubie, con quien el autor principal supervisó con gran provecho en base a grabaciones, describe en la cita siguiente las dolorosas experiencias que un

analista debe soportar cuando es confrontado directamente con lo que dijo en la situación analítica:

Cuando, por primera vez, un estudiante de psiquiatría, o un analista experimentado, se escucha participando en una entrevista o en una sesión terapéutica, la experiencia es siempre sorprendente e iluminadora. Se oye hablando como si fuera el eco del paciente, o escucha como lo domina con la voz, o como habla mucho más despacio que éste. O se escucha jugando al balancín con el paciente: fuerte cuando el paciente es suave y suave cuando éste habla fuerte. O, con sorpresa y desaliento, en su voz descubre un dejo de ironía o sarcasmo no intencional, o impaciencia u hostilidad, o quizás una solicitud demasiado tierna y una calidez seductora. U oye por primera vez los ruidos que, al modo de tics, él mismo produce y con los cuales da puntuación e interrumpe el flujo de pensamientos del paciente. De datos como éstos, el terapeuta y todo el grupo aprenden mucho acerca de ellos mismos, sobre el proceso de intercambio con pacientes y sobre lo que este proceso evoca en ellos, en la forma de patrones de comportamientos verbales automáticos y por eso difíciles de describir.

De este modo, psiquiatras y analistas aprenden a observar y a respetar los sutiles trucos del olvidar y del falso recordar, a los que se inclina la mente humana. En un seminario, un joven psiquiatra refirió que en una entrevista anterior su paciente, en un momento determinado, había pedido desconectar la grabadora mientras comunicara un material especialmente doloroso. El grupo discutió las posibles razones de este pedido, en base al conocimiento del paciente adquirido en seminarios previos. Luego, para confirmar la exactitud de nuestra reconstrucción especulativa, se le solicitó al psiquiatra que hiciera oír al grupo los cinco minutos de entrevista que habían precedido a la interrupción y luego unos cinco a diez minutos después de que la grabación había sido reanudada. Para asombro del joven psiquiatra y del grupo entero, al oír la grabación descubrimos que había sido éste y no el paciente quien había sugerido que la grabación podría ser interrumpida. El joven psiquiatra no tenía el más mínimo recuerdo de su participación en esto. Más aún, al escuchar el habla vacilante del paciente, su cambio en el ritmo y en la intensidad, el tono alterado y la entrada de la voz, se nos aclaró que el joven psiquiatra, de manera totalmente intuitiva, había hecho algo sensato: había evaluado correctamente la creciente tensión en el paciente y percibido su necesidad de un gesto de consideración especial y de privacidad. El resultado fue que la relación con el paciente se fortaleció, hasta el punto de que el psiquiatra ahora pudo recordar que había sido el paciente quien, después de una interrupción relativamente breve, había sugerido reasumir la

grabación, y quien, después de que la grabadora había sido reconectada, había continuado discutiendo francamente y sin ningún embarazo el material que anteriormente lo había puesto susceptible. Las iluminadoras implicaciones de este episodio, tanto para la información misma como para la transferencia y la contratransferencia, suministraron al grupo material de reflexión y discusión para el resto del seminario. Sin grabadora, este material no habría podido ser estudiado (Kubie 1958, pp.233s).

Es difícil eludir la significación de este relato. El abre un contexto de descubrimiento que ilumina el permanente peligro que está latente en la abreviación de informes condensados.

A menudo, las transcripciones impresionan como pobres en comparación con los recuerdos que el analista tiene de la sesión y que vuelven a la vida inmediatamente al leer el texto. Así, el rico contexto cognitivo y emocional suministra vida a las comunicaciones individuales de paciente y analista; comunicaciones que pueden ser deducidas de las frases dichas sólo después de que éstas son incorporadas en un relato. Con ayuda de su imaginación y de su propia experiencia, el lector ajeno sólo alcanza a vislumbrar el contexto y el trasfondo multifacético que vuelve a tomar vida en el analista tratante cuando éste lee la transcripción de una sesión. Las presentaciones casuísticas tradicionales, que habitualmente son mucho más pobres en datos, adquieren este enriquecimiento a través de las ilustraciones narrativas del autor. Es probable que incluso las generalizaciones, es decir, la aplicación de conceptos abstractos, contribuyan a que el lector sienta familiar el relato. El concepto aplicado es espontáneamente llenado con el punto de vista con que el lector lo vincula. Si, por ejemplo, un informe trata de trauma o de oralidad, se origina entonces una tensión con la comprensión que cada uno tiene sobre estos y otros conceptos, tensión que ya por sí sola se presta para entrar en un diálogo aprobatorio o en desacuerdo con el autor.

Los transcriptos no comentados son una materia especialmente desacostumbrada con la que, también nosotros, sólo lentamente pudimos familiarizarnos. Si, a pesar de todo, se profundiza en estos diálogos, si el lector se ejercita en textos propios y ajenos, entonces, al ir captando las secuencias, una cantidad de conocimientos se hacen accesibles. Por ejemplo, se aclara cómo el paciente entendió una pregunta del analista, si acaso ésta fue sentida como un estímulo o como un reproche. Pues sólo cuando el paciente sigue la regla fundamental, y dice todo lo que se le ocurre, se puede comprobar cómo entendió la pregunta. Así, de los protocolos textuales se puede al menos concluir que el tono hace la música, y de qué manera. Si inmediatamente después de la sesión el analista resume en palabras sus sentimientos no dichos, en relación a una secuencia

determinada o a la sesión completa, o si es adicionalmente interrogado por otro sobre el transcripto, el trasfondo emocional puede ser sondeado de manera más segura.

Además, las transcripciones hacen posible la investigación de los procesos de saca de conclusiones que finalmente desembocan en interpretaciones. Terceras personas pueden hacer conjeturas sobre el trasfondo motivacional y sobre las metas que contiene una interpretación determinada, que serán más fiables si se consideran secuencias completas en un transcripto. La técnica de investigación del "pensar en voz alta", con la que Meyer (1981, 1988) ha explorado los procesos de saca de conclusiones de tres analistas, conduce aún más allá. En resumen, a través de la escucha de la grabación magnetofónica es posible acercarse de manera especial a la situación original.

En la lectura de manuscritos completos de análisis, no sólo faltan las pausas silenciosas, que para ambos participantes pueden ser muy elocuentes, sino también la descripción de la atmósfera, que es transmitida directa o indirectamente en las presentaciones orales en los seminarios técnicos. Nos preguntamos por qué razón un músico, con solo leer la partitura, puede escuchar la melodía con más facilidad que un analista llenar con vida la transcripción de una sesión.

Sandler y Sandler caracterizan como una "importante tarea para los investigadores futuros el explicar por qué al leer sesiones transcritas de otros analistas se tiene a menudo la impresión de que en realidad se trata de pésimos analistas". Suavizando esta afirmación, agregan que esta reacción es demasiado frecuente como para corresponder a la realidad, pues no puede ser que tantos analistas sean en realidad tan malos (1984, p.396). Esta afirmación es un desafío para una ampliación de la muestra. Por lo visto, hasta ahora sólo los malos analistas están dispuestos a poner sobre la mesa los hechos desnudos, en la forma de transcripciones incorruptas. Con este libro contribuimos de manera importante a hacer más grande la muestra, hasta ahora pequeña, y, naturalmente, esperamos no caer bajo el veredicto de mala calidad. Y esto, porque aún los ejemplos más malos pueden tener una función útil e incentivar a analistas renombrados a hacerlo mejor, presentando para la discusión transcripciones ejemplares de diálogos propios. Quien aprende busca modelos. Los grandes maestros de nuestro tiempo no deben dejar pasar la oportunidad de tomar la delantera como buenos ejemplos. Ciertamente, la última palabra no la tienen los hechos desnudos del intercambio verbal. Además, mediante la codificación de entonaciones y otras comunicaciones no verbales en los transcriptos, es posible representar mejor los afectos, que en los resúmenes de las publicaciones

tradicionales. En todo caso, se necesita de ejercicio para apropiarse de los textos de diálogos psicoanalíticos así anotados.

Las grabaciones con video son indispensables para la verificación de ciertas hipótesis, por ejemplo, para la investigación de expresiones afectivas en la mímica y la entonación (Fonagy 1983), de los gestos y de la expresividad total en la postura y el movimiento, es decir, para la investigación del lenguaje corporal (Krause y Lütolf 1988). Naturalmente, no tiene sentido filmar diálogos sin hipótesis previas claras y sin un método definido de evaluación; por esto, las películas de un análisis que fueron filmadas en el NIMH (National Institute of Mental Health, Washington), desaparecieron en la bodega y fueron entretanto destruidas.

Para registrar la comunicación averbal en la postura y el movimiento, cuya significación fue destacada por Deutsch en varios trabajos (1949, 1952), no existe hasta el momento, tampoco para el uso clínico, un medio menos costoso que la toma de videos de los pacientes que, por yacer en el diván, están limitados en su movimiento. McLaughlin (1987) anotó los movimientos del paciente en el diván a través de signos simples en el protocolo.

De acuerdo con nuestra experiencia, los diálogos psicoanalíticos transcritos ganan en fuerza expositiva en la medida en que el lector se compenetre de ellos, permitiéndole así que el trasfondo tome vida, de tal modo de identificarse con los participantes y, por así decir, tomar parte en la puesta en escena. Con todo, no se borra la diferencia entre la situación in vivo y la in vitro: cuando el analista tratante vuelve a leer sus interpretaciones, los recuerdos agregan dimensiones esenciales. Es algo muy diferente leer un drama de Shakespeare, participar de su puesta en escena desde la sala, o darle forma como director e intérprete. El lector de este tomo se verá frecuentemente confrontado con trozos de protocolos literales; le pedimos que haga el intento imaginativo de ampliar el escenario del texto. Creemos que la mayoría de los diálogos pueden estimular identificaciones variadas e imaginativas y con ello abrir camino a interpretaciones también variadas. A pesar de todo, la diferencia entre quien produce un texto y quien lo recibe, se mantiene.

Los llamados hechos desnudos, los datos brutos, están ya investidos por teorías personales, sobre cuya base el observador ilumina el hecho individual otorgándole una significación. Esta ininterrumpida atribución de significados hace que la discusión sobre la captación de hechos brutos aparezca tan problemática. Lo mismo se puede decir de la doctrina de las sensaciones puras, que William James caracterizó como modelo de falacia psicológica (the psychologist's fallacy). Claro está que existen los hechos "duros", que se llegan a

experimentar de manera especial cuando se cree poder echarse al saco una ley de la naturaleza. El dolor que se experimenta después de una caída, que se rige por la ley de la gravedad y no por el pensamiento mágico de la invulnerabilidad, puede servir como ejemplo de lo que sin más se puede clasificar dentro de lo que Freud entendía por el principio de realidad. La tensión que surge entre el reconocimiento de lo transferido y la significación literal permite al analista captar las dimensiones profundas del texto. Desde luego, aquí también se aplica el proverbio bíblico: "quien busca, encuentra". Como ayuda para la mejor comprensión, complementamos el diálogo a través de comentarios y reflexiones.

El estudio detallado de los protocolos literales abre nuevos caminos para la formación y el perfeccionamiento (Thomä y Rosenkötter 1970). En base a tales protocolos, las supervisiones pueden ser estructuradas de manera fructífera, en especial en vista de los pasos técnicos y de la adquisición de puntos de vista alternativos. Por esta razón, dedicamos a este tema una sección especial (10.1).

Lejos de nosotros está el plantear que las grabaciones magnetofónicas deban transformarse en rutina. Nuestra opinión es más bien de que ellas posibilitan ciertas experiencias de aprendizaje que de otra manera son difíciles de adquirir. Lo más importante de todo es que el analista tratante puede ganar de este modo un cuadro más adecuado de su proceder terapéutico concreto. En base a protocolos de sesiones hechos retrospectivamente, esta posibilidad se ve muy limitada, además por razones que vienen de la psicología de la memoria. Esta limitación tiene un carácter sistemático, pues en la toma de protocolos se deslizan omisiones que siguen una regularidad, como se sabe desde las meritorias investigaciones de Covner (1942) y Rogers (1942). En las supervisiones actuales, el supervisor trata de descubrir motivos para la ceguera del candidato, aun cuando éstos a menudo están, por razones inconscientes, cuidadosamente encubiertos. Las variadas maneras de proceder que se pueden observar en los participantes de un seminario de supervisión, la tendencia a leer a contrapelo el informe del presentador para lograr lecturas alternativas del mismo, hablan a favor de que esta opinión está muy extendida.

Una vez que se ha expuesto a la confrontación con la grabadora, y después de haber superado las muchas e inevitables heridas narcisistas que de regla se originan al comparar la realidad de su proceder con sus representaciones ideales, el analista estará en condiciones de prestar una atención indivisa. Ya no se distraerá pensando en lo que debe escribir, si acaso lo hará después de la sesión, o si tomará notas de algunas palabras claves durante la misma. La subjetividad del analista se libera de la responsabilidad de tener que cumplir con una función científica junto a la labor terapéutica. En todo caso, la tarea del libre mirar

retrospectivo después de la sesión de análisis no puede ser reemplazada por las grabaciones magnetofónicas. El registro del "monólogo interno" (Heimann 1969), como reflexión sobre el proceso terapéutico después de la sesión, queda en pie como una tarea independiente. La mirada retrospectiva sobre la propia experiencia, y las reflexiones que reflejan la labor de procesamiento -que desde hace muchos años investigamos junto a A.E. Meyer (Meyer 1981, 1988; Kächele 1985)- constituye un campo independiente en el que los informes libres tienen una función irrenunciable.

Al mirar hacia atrás, se puede constatar que la introducción de las grabaciones magnetofónicas en los tratamientos psicoanalíticos se vincula con el comienzo de un tipo de repaso (*Aufarbeitung*) del proceso terapéutico más cercano al nivel en que se da el fenómeno. Este medio técnico simple sigue siendo discutido por los analistas. A decir verdad, todos los psicoanalistas activamente comprometidos en investigación están de acuerdo en que las grabaciones han llegado a ser un instrumento importante de investigación (por ejemplo, Gill y cols. 1968; Luborsky y Spence 1978; Gill y Hoffman 1982). La crítica desde las propias filas a la metodología de investigación comenzó en los años cincuenta (Kubie 1952), y al principio no fue tomada muy en serio. Así, Glover (1952) se quejó de la falta de control en el registro de datos. Shakow (1960) caracterizó la visión, derivada de la afirmación de la unión inseparable de Freud de que el analista es per se un investigador, como un "ingenuo malentendido del proceso de investigación". La unión inseparable se hace posible sólo después de la introducción de las grabaciones magnetofónicas, en tanto se incorpore al analista tratante, con su teoría personal y su aplicación práctica, en el planteamiento de las hipótesis. Es en este planteamiento de hipótesis, en especial en relación con la verificación de las mismas, donde la participación de terceros independientes es esencial. Stoller pone en duda la pretensión del método psicoanalítico como método científico mientras falte un elemento esencial, presente en todas las disciplinas reconocidas como científicas.

En tanto nuestros datos no sean accesibles a terceros, nuestras conclusiones no pueden ser comprobadas por nadie. Eso no significa que un analista no pueda hacer ningún descubrimiento, el método científico es sólo uno de los caminos para este fin. Pero sí significa que el proceso de la verificación es muy frágil [...] Temo que no podremos ser tomados muy en serio mientras no documentemos nuestro trabajo más claramente (Stoller 1979, p.XVI).

Ya que el psicoanálisis con razón insiste en la situación clínica como el lugar central para el registro de los datos necesarios para el desarrollo de la teoría,

debe lograrse un mejoramiento del método de observación, mejoramiento que no excluye al analista como observador participante, sino que le entrega un medio para controlar sus "observaciones". Gill y cols. (1968) recomendaron la separación de las funciones de clínico e investigador y la introducción de procedimientos de observación adicionales.

Aun la impresionante capacidad del mismo Freud de poner ejemplos por escrito "por la tarde, después de terminar el trabajo y de memoria", no está libre de selección y de olvido, y no representa una fundamentación suficiente para afirmar que cualquier analista es capaz de registrar de memoria sus observaciones para uso científico. Necesitamos una forma de apoyo a la memoria a través del registro externo de datos, aun cuando confiemos en la eficiencia de la memoria inconsciente. Gill y cols. (1968) han señalado que la capacidad para recordar relaciones es muy irregular. Es probablemente imposible calibrar esta capacidad mnémica hasta hacerla corresponder con un método mecánico de registro. La formación psicoanalítica, en especial el análisis didáctico, fomenta más un tipo de apercepción y de selección ligado a la escuela correspondiente, que una percepción amplia y homogéneamente abierta.

Bajo el influjo de la psicología cognitiva, en el último tiempo se han propuesto modelos que señalan lo complejo que es la constitución en el analista de las configuraciones de memoria específicas para cada paciente -llamadas por Peterfreund (1983) "modelos de trabajo"- (véase también Moser y cols. 1981; Teller y Dahl 1986; Pfeifer y Leuzinger-Bohleber 1986; Meyer 1988). Los planteamientos existentes sugieren que hay que contar con una gran variabilidad en los procesos de representación, de almacenamiento y de evocación, variabilidad que depende de la personalidad de cada analista.

No sólo la experiencia clínica muestra que la manera de escuchar propuesta por Freud fomenta la percepción de los procesos inconscientes; existen también investigaciones experimentales que subrayan el valor heurístico de la escucha no dirigida por la atención (Spence y Lugo 1972). De lo que ahora se trata no es de una mera transformación de la toma exclusivamente subjetiva de protocolos. Lo que sugerimos es simplemente reconocer que este tipo de protocolos tiene sólo un alcance limitado en lo que a hipótesis de investigación se refiere. Cuando el clínico está ocupado con un planteamiento de hipótesis determinado, debe también ampliar sus posibilidades de observación si es que quiere poder hacer afirmaciones sistemáticas. Este es precisamente el punto que toca la introducción de la grabadora en la situación de tratamiento. Este medio técnico -como muchos otros- influye a paciente y analista. Sin embargo, lo mismo es válido para la presentación del caso de control en los seminarios casuísticos, como también para los efectos de los destinos de vida del analista y del

paciente. La perspectiva de las ciencias sociales para entender el intercambio bipersonal, lleva a reflexionar críticamente la influencia ejercida por el psicoanalista. Somos de la opinión de que la investigación llevada hasta el seno de la situación analítica beneficia de manera directa también al paciente, pues, de las preguntas que toda investigación plantea, el analista puede extraer muchas su-gerencias.

De este modo deben ser tomadas nuestras reflexiones anteriores, a fin de que el lector se prepare mejor para la lectura de los transcriptos. Estamos acostumbrados a que los hechos se nos presenten a la luz de teorías. En contraste, las transcrip-ciones ofrecen una impresión unidimensional: las interpretaciones del analista y las respuestas del paciente no reflejan por sí solas las estructuras latentes de per-cepción y de pensamiento. Aunque es verdad que las interpretaciones típicas trai-cionan la pertenencia a una escuela determinada, no es menos cierto que no po-demos meter en un mismo saco los enunciados del analista y su teoría. En las composiciones tradicionales, los fenómenos se reúnen en una sola figura psico-dinámica, que satisface a la vez distintas necesidades. En una buena composición no se plantea la pregunta de si acaso los aportes del paciente fueron dejados en su forma original o si se introdujeron como un todo global sólo después de la ela-boración interpretativa. La exigencia de control de los procesos cognitivos y el requerimiento de exactitud de una configuración psicodinámica, así como la posi-bilidad de descomponerla en sus partes, conduce de vuelta a la situación original en el consultorio, de la que un transcripto es ciertamente sólo un reflejo. Con todo, con ellos es posible acercarse bastante a lo que los analistas hacen, de modo de estar en condiciones de llenar los requisitos actuales de la investigación de la práctica psicoanalítica. Pues hasta esa práctica nos conduce la tesis de Sandler de que el psicoanálisis es lo que los psicoanalistas hacen.

Antes de cerrar este capítulo debemos todavía mencionar algunas otras circuns-tancias simples. Es bastante cansador leer la transcripción de una sesión de trata-miento sin ningún retoque en la redacción. La pérdida en precisión lingüística que de este modo se produce, se recupera en ganancia didáctica. Si se quiere que los textos inviten al lector clínico a participar en el proceso que se expone, éstos deben alcanzar una cierta forma desde el punto de vista del lenguaje.

Los complejos procesos de relación pueden ser comunicados por escrito sólo de manera aproximativa. La argumentación seguida hasta ahora señala la forma de toma de protocolos que preferimos. No obstante, también recurrimos a los apuntes tomados por los analistas y a los protocolos que surgen de ellos. En beneficio de mantener clara la idea central renunciamos de regla a introducciones biográficas extensas. Quisiéramos demostrar que los principios

básicos de la acción terapéutica pueden también ser ilustrados sin el recurso a minuciosos prólogos biográficos. La reflexión teórica y la experiencia terapéutica demuestran que, al menos en el terreno de los síntomas, las estructuras causales de sentido permanecen inalteradas a lo largo del tiempo. Los clisés que subyacen a la compulsión a la repetición se mantienen. Por esta razón, para poder entender procesos que se despliegan en el aquí y en el ahora, no es siempre necesario recurrir al detalle de los precedentes biográficos.