

### **Cap. 3**

## **Acerca del Significado del Historial Clínico en la Investigación Clínico - Psicoanalítica<sup>1</sup>**

*Horst Kächele y Helmut Thomä*

### 3.1. Investigación Psicoanalítica

### 3.2. Los Historiales de S. Freud como Paradigma Metodológico

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

### 3.4. Del Historial Clínico al Estudio de Caso Único

### 3.5. Bibliografía

---

<sup>1</sup>Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. Jahrbuch der Psychoanalyse 12: 118-177

### 3.1. Investigación Psicoanalítica

En los últimos años se ha intensificado en todo el mundo la discusión sobre el psicoanálisis como disciplina científica. Cuanto más claro percibe la consciencia general el hecho de que el psicoanálisis como sistema psicológico influyó y seguirá influyendo notablemente tanto las profesiones psicosociales como la cultura contemporánea, más llama la atención la circunstancia de que a más de setenta años del surgimiento de este sistema teórico y práctico conceptos fundamentales del mismo todavía resulten controversiales (cf. Meehl 1973, p. 104). Sin embargo no sería exagerado caracterizar el primer intento freudiano de explicar los síntomas neuróticos de modo fundamentalmente diferente de sus contemporáneos como revolución científica. Antes de los intentos freudianos, la psiquiatría consideraba los síntomas histéricos como resultado de una “constitución degenerada”, como consecuencia de una disposición somática. La decisiva contribución de Freud al desarrollo de la investigación psicológica consistió en la elaboración de dos supuestos: los síntomas histéricos deberían considerarse primariamente como fenómenos psíquicos, aunque no necesariamente como fenómenos conscientes, y como estructuras psíquicas plenas de sentido. Tal como destaca Mayman (1973), los posturados psicologista y determinista continúan siendo los dos más importantes sobre los cuales descansa el psicoanálisis<sup>2</sup>.

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

---

<sup>2</sup> Sobre este punto cf. los dichos de Rapaport en sus poco conocidas conferencias acerca de la Metodología del Psicoanálisis (1944).

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

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

No se discute su importancia clínica, tampoco se lo cuestiona demasiado en la discusión teórica. Pero desde la lógica científica la apreciación de la combinación de investigación y terapia (Freud 1926e) es polémica en la medida en que aspira a una verificación de hipótesis. Sarnoff (1971) formula de modo preciso el punto de vista del psicólogo experimental acerca de la frecuente afirmación de que la situación psicoanalítica sería una situación quasi experimental:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las presentes indagaciones aceptan esta sugerencia y consideran los historiales clínicos de Freud en referencia a sus principios de presentación didácticos y

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

### 3.2. Los Historiales Clínicos de Freud como Paradigma Metodológico

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

Perrez analizó (1972) la presentación de la neurosis infantil del Hombre de los Lobos a nivel de la estructura lógica formal. Ambos autores contrastan la validez de los pasos argumentativos en la presentación de los casos (para lo cual dejan de lado en principio el problema de la validez del contenido). Si a Sherwood le importa más clarificar qué lógica<sup>3</sup> es adecuada en general para el psicoanálisis, Perrez sólo admite un planteo generalizador nomotético. Aquí encuentra, como era de esperar, huecos en la presentación, deducciones incompletas y esbozos de planteos explicativos en vez de explicaciones integrales en el sentido del esquema Hempel - Oppenheimer (cf. Stegmüller 1969). En mi opinión, este limitado cumplimiento de las exigencias epistemológicas se funda seguramente también en que Perrez eligió una presentación de caso como objeto de estudio. El supuesto implícito de que el historial clínico publicado encarna una imagen representativa de los hechos reales y que en consecuencia el estatus epistemológico del psicoanálisis podría determinarse por medio de la elaboración crítica de *un* historial clínico me parece problemático, puesto que no se ha investigado en forma sistemática en qué medida la presentación de casos refleja el curso del tratamiento. De manera que queda abierta la cuestión de si la incompletud de un historial clínico se origina en la propia presentación sintética, o si el material de observación en el tratamiento fue insuficiente. El

---

<sup>3</sup> El trabajo de Schalmey (1977) debía ser todavía poco conocido; éste brinda también un análisis de la lógica de argumentación y demostración en el Psicoanálisis tomando el ejemplo del caso Schreber.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los indicios de los fracasos de Freud en los trabajos experimentales en contraposición con los trabajos histológicos expositivos llevados a cabo simultáneamente retoman esta diferenciación: "La preferencia del ojo a la mano, el mirar pasivo al hacer activo, tiene dos partes: tendencia hacia uno y

distanciamiento del otro. En Freud se hallaban ambos" (Jones, 1960, p. 75). Esta disposición podría también haber motivado el distanciamiento respecto de las diversas técnicas terapéuticas activas como la electroterapia o incluso la hipnosis: "Prefería observar y escuchar confiando en que cuando por fin reconociera una neurosis la entendería realmente y dominaría las fuerzas que la hubieran causado " (p. 76). Apenas puede subestimarse la amplitud de la influencia de Charcot, que nunca se cansaba de "abogar por los derechos del trabajo puramente clínico, que consiste en ver y ordenar, contra los desbordes de la medicina teórica" (*O. C.*, 3, p. 15). Una carta a su prometida desde París<sup>4</sup> permite concluir que el pasaje de Freud de la neurología a la psicopatología puede atribuirse fundamentalmente a la influencia de Charcot. No sólo tomó de él su método clínico, sino también la rehabilitación de la histeria y de su significado para la investigación de los cuadros neuróticos:

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

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

---

<sup>4</sup> "Creo que estoy cambiando mucho y quiero contarte algunas de las cosas que influncian en mí. Charcot, que es uno de los médicos más grandes y un ser humano lúcido y genial, simplemente echa por tierra mis puntos de vista y mis intenciones. Luego de algunas lecciones salgo como de Notre Dame, con nuevas sensaciones de todo. Si en algún momento darán fruto, no lo sé, pero que ninguna otra persona influnció en forma parecida en mí, estoy seguro" (carta del 21.10.1885 a Martha Bernays. Citada según Jones, 1960, p. 222).

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

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

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

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

"En 1895 y 1896 formulé algunas tesis sobre la patogénesis de síntomas histéricos y sobre los procesos psíquicos que ocurren en la histeria. Ahora que, tras una larga

pausa, procedo a sustentarlas mediante la comunicación circunstanciada del historial de un caso y su tratamiento, no puedo ahorrarme este prólogo, tanto para justificar mi proceder en diversos sentidos cuanto para reducir a un grado razonable las expectativas que pueda despertar" (*O. C.*, 7, p. 7).

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

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

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

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

"primero, para saber si refrenda la tesis que he formulado en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905); segundo, por su eventual contribución al entendimiento de esta forma tan frecuente de enfermedad, y tercero, por ver si de ella se puede extraer algo para el esclarecimiento de la vida anímica infantil y para la crítica de nuestros propósitos educativos" (*O. C.*, 10, p. 84).

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

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

Pero dado que Freud solía destruir tanto el manuscrito como el material preparatorio en forma de notas, y además prevenía contra el comprometerse con explicaciones antes de la conclusión de un tratamiento, se dice a menudo que los historiales clínicos psicoanalíticos recién podrían surgir de la cabeza del analista - como Atenea de la cabeza de Zeus - después de finalizado el tratamiento. Aquí se parte de la base - en forma tácita - de que en la "cabeza" (o sea, el inconsciente) del analista se habría acumulado y estructurado todo el material relevante. Pero Freud prefería hacer apuntes muy precisos:



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

Vale la pena estudiar este historial clínico en detalle, ya que su construcción muestra la especial capacidad de Freud para la creación dramática del diálogo entre el lector y él mismo<sup>5</sup>. En la introducción destaca dos funciones en las "páginas que siguen": en primer lugar, las *comunicaciones fragmentarias* (el subrayado es del autor) extraídas del historial clínico de un caso de neurosis obsesiva; en segundo lugar, pero vinculadas con las primeras y sustentándose en otros casos analizados previamente, *indicaciones en forma de aforismos* (el subrayado es del autor) sobre la génesis y los mecanismos más finos de los procesos anímicos obsesivos. Freud justifica el carácter fragmentario de este historial clínico mediante una referencia a su deber médico de proteger al paciente de la curiosidad ajena, en particular en la gran ciudad. De ninguna manera debe creerse "que considero intachable y digna de imitarse esta manera de comunicación" (ib., p. 123). Asimismo el carácter aforístico de las indicaciones teóricas no debería tener una función ejemplificadora, sino que se relaciona con la confesión de Freud de que "hasta hoy no he conseguido penetrar acabadamente la compleja ensambladura de un caso *grave* de neurosis obsesiva" (ib., p. 124). A fin de poder observar mejor la estructura del historial clínico confeccionamos la siguiente tabla:

### *Introducción*

#### I. Del historial clínico

- a) La introducción del tratamiento (1. sesión)
- b) La sexualidad infantil (1. sesión)
- c) El gran temor obsesivo (2. + 3. sesión)
- d) La introducción en el entendimiento de la cura (4. sesión)

---

<sup>5</sup> Aquí se puede recordar a otros maestros clínicos, cuya habilidad didáctica sobrevive a la transposición de una presentación clínica en un libro, tal como puede valer para "Representaciones clínicas" de V. von Weizsäcker.

(Profundización, aclaración de Freud sobre las diferencias psicológicas entre consciente e inconsciente) (5. sesión)

(Otros recuerdos infantiles) (6. sesión)

(El mismo tema) (7. sesión)

- e) Algunas representaciones obsesivas y su traducción
- f) El ocasionamiento de la enfermedad
- g) El complejo paterno y la solución de la idea de las ratas (cuotas, aclaración del traductor)

## II. La teoría

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

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

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

Con estas palabras, por ejemplo, introduce la reseña crítica de la sexualidad infantil. Luego siguen anticipaciones teóricas, la explicación de lo ya sabido: "Una neurosis obsesiva completa a la que no le falta ningún elemento esencial, al mismo tiempo que el núcleo y el modelo del padecer posterior" (*idem*). La técnica de presentación de Freud consiste entonces en una oscilación entre una descripción muy minuciosa<sup>6</sup>, un breve material y un profundo acabado teórico. Esta aclaración vinculada con la teoría no sólo está al servicio de lo antedicho, sino también

---

<sup>6</sup> No casualmente debe Freud haber hecho referencia en una nota al pie de esta presentación a que las explicaciones se vinculan con el escrito de la sesión

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

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

En estas partes del tratamiento - pars pro toto - se analizan síntomas en forma ejemplar y se señala su reducción a las constelaciones causales. Estos ejemplos se introducen en un contexto general; cuando se presenta la oportunidad para ello, se discuten las fronteras y las diferencias con la histeria o se dan referencias a otros pacientes. Al mismo tiempo Freud intenta discutir la cuestión de la generalizabilidad de los mecanismos analizados:

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

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

En la segunda parte del tratamiento se invierte la relación entre práctica y teoría. Si en un principio se había interrogado a las explicaciones clínicas por su contenido teórico para terminar estableciéndolas, ahora se coloca a las reflexiones teóricas en el centro de la discusión y sólo se las ejemplifica clínicamente. De este modo se expone el significado que cobra en la construcción de la teoría psicoanalítica el decurso natural de la neurosis obsesiva, una vez abstraído del caso único y establecido. Aquí se vuelve evidente la aspiración de la teoría de hacer enunciados generalizadores que finalmente se eleven al nivel de hipótesis culturalistas e histórico - evolutivas. Partiendo del rol de "un placer de oler sepultado desde la infancia" (ib., p. 193), que también ha observado en otros enfermos neuróticos, obsesivos o histéricos, plantea Freud la pregunta de "Si la atrofia del sentido del olfato, inevitable al apartarse el ser humano del suelo, y la represión orgánica del placer de oler así establecida, no pueden contribuir en mucho a su aptitud para

contraer neurosis. Ello nos proporcionaría algún entendimiento sobre el hecho de que en un ascenso cultural tenga que ser justamente la vida sexual la víctima de la represión" (idem). Los historiales clínicos de Freud se caracterizan por un lado por llevar a cabo el análisis concreto del caso único, y por el otro por introducirse en hipótesis muy amplias que poseen toda la riqueza de las reflexiones clínicas.

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

También "De la historia de una neurosis infantil", indudablemente el más importante y minucioso de todos los historiales clínicos de Freud (1918b), se refiere a un tiempo relativamente corto del tratamiento. Luego de cuatro años de análisis sin que se produjera ningún progreso considerable (Jones 1962, p. 327) Freud le fija un término. "Y bajo la presión intransigente que aquel [plazo] significaba, cedió su resistencia, su fijación a la condición de enfermo, y el análisis brindó en un lapso incomparablemente breve todo el material que posibilitó la cancelación de sus síntomas" (*O. C.*, 17, p. 13). El esclarecimiento de la neurosis infantil que Freud describe en este trabajo proviene según sus propios dichos casi exclusivamente de estos últimos meses, desde la imposición de un término hasta la finalización del tratamiento. Freud rechazó la sugerencia del propio paciente de "escribir la historia completa de la contracción de su enfermedad, su tratamiento y curación" (*ib.*, p. 10), porque veía esta tarea como "irrealizable desde el punto de

vista técnico e inadmisiblemente socialmente" (idem). El informe fragmentario - un dejo de ironía hacia sí mismo, ya que Freud tenía presente la comparación con la amplitud de sus otros historiales clínicos - representa una combinación de historia del tratamiento y de la enfermedad, y se divide de la siguiente manera:

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

Sabido es que la meta de esta publicación era, entre otras, el combatir una nueva forma de resistencia contra los resultados del psicoanálisis, ya que C. G. Jung y A. Adler habían comenzado a hacer reinterpretaciones a un punto tal que obligaban a eliminar estas "escandalosas novedades". "El estudio de las neurosis de la infancia prueba la total ineptitud de esos superficiales o forzados intentos de reinterpretación" (ib., p. 11). El carácter polémico de esta discusión, que se hace sentir en la "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico" de Freud (1914d), es sofocado de modo evidente; en su lugar se intenta una "valoración objetiva del material analítico". En una reseña de la antología "The Wolf-Man by the Wolf-Man" (1971) Kanzer (1972) destaca que Freud, inspirado por la experiencia del sueño de los lobos, habría animado a sus discípulos a que recopilaran e informaran acerca de sueños semejantes que hicieran referencia a experiencias sexuales tempranas. Como reacción a ello se habría favorecido la observación directa y el análisis de niños. Esto podría considerarse como un hito de la metodología psicoanalítica, ya que subraya la importancia de la investigación colaborativa (Kanzer 1972, p. 419). Dado que en este historial clínico Freud destaca nuevamente la imposibilidad de encontrar "un camino que permita dar cabida de algún modo, en el relato del análisis, al convencimiento que dimana de él" (ib., p. 14), vale la pena notar este señalamiento; la metodología de la investigación psicoanalítica no está a priori fijada a la exitosa descripción de casos únicos. Los esperados complementos y descripciones de la neurosis adulta del

paciente más famoso del psicoanálisis, aportados por los informes posteriores de tratamiento sobre el Hombre de los Lobos, son decepcionantes. Los propios datos autobiográficos del Hombre de los Lobos agregan poco al esclarecimiento de aquella infancia a la que se le atribuyó tanta carga probatoria<sup>7</sup>.

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

Desde el punto de vista metodológico es más interesante discutir el cuarto historial clínico - aparecido en 1911. Las "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente" (S. Freud 1911c) se refieren a un enfermo al que Freud nunca había visto. En sentido estricto no se trata de un historial clínico<sup>8</sup>. Así, Freud parece tener que justificar esta circunstancia manifestando que "la indagación analítica de la paranoia nos ofrece dificultades de particular naturaleza a los médicos que no trabajamos en sanatorios públicos" (*ib.*, p. 11. Como las perspectivas terapéuticas se estimaban escasas, Freud, por regla general, no podía obtener suficiente material analítico para "pronunciar dictámenes analíticos" (*idem*) para la estructura de los casos. Una hábil vuelta - el recurso al saber establecido sobre la paranoia - convierte una situación desfavorable en una muy favorable:

"La indagación psicoanalítica de la paranoia sería de todo punto imposible si los enfermos no poseyeran la peculiaridad de traslucir, aunque en forma desfigurada, justamente aquello que los otros neuróticos esconden como secreto. Puesto que a los paranoicos no se los puede compeler a que venzan sus resistencias interiores, y dicen sólo lo que quieren decir, en el caso de esta afección es lícito tomar el informe escrito o el historial clínico impreso como un sustituto del conocimiento personal" (*idem*).

---

<sup>7</sup> Lebovici y Soulé (1978, p. 77ff) proveen una muy clara visión general, adecuadamente dividida en términos didácticos, sobre la estructura argumentativa en el Hombre de los Lobos.

<sup>8</sup> Cf. también el caso de Adler de la Señora R. (1928).

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

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

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

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

Numerosos autores psicoanalíticos han retomado y vuelto a utilizar el informe de Freud sobre el presidente del senado Schreber. En 1914, K. Abraham examinó un caso de huida neurótica ante la luz, que hasta ese momento no había sido elaborada en ningún lugar especial en la literatura. "Y sin embargo existe... una referencia que da una importante indicación para aclarar de la afección que nos ocupa" (Abraham 1914, p. 327). Esta última se refiere a la idea delirante de Schreber de poder soportar durante minutos la luz del sol sin encandilarse. Si en el psicótico se supone un desconocimiento delirante del peligro de encandilamiento, Abraham asume en el neurótico una angustia, un temor exagerado ante el peligro de encandilamiento.



Desde el punto de vista de la investigación histórica resulta de especial interés ver cómo se desarrolló una investigación sobre Schreber, como la de Macalpine y Hunter, que no sólo emplea los extractos de Freud de las *Memorias*. Hasta entonces el informe de Freud había sido retomado por una serie de importantes psicoanalistas y presentado como ejemplo (Abraham 1914, 1923; Bonaparte 1927; Fenichel 1931; Spielrein 1912; Storch 1922; Brenner 1939). A partir de 1945 comenzó a establecerse una investigación independiente sobre Schreber, en especial en el psicoanálisis americano a través de los trabajos de Niederland (1951, 1956, 1957, 1958, 1959a, 1959, 1960, 1963 y 1974), Katan (1949, 1950, 1952, 1953, 1954, 1959) y Nunberg (1952). En la discusión tomaron parte también algunos otros como Searles (1961), White (1961, 1963) y Kitay (1963)<sup>9</sup>. Especialmente interesante resulta el hecho de que en 1946 Franz Baumeyer, al ser designado director médico del hospital en el que Schreber estuvo internado, se topó con un novedoso y exhaustivo material, que publicó en los años siguientes (1955/56, 1970). Las de Baumeyer, junto a las de Katan y Niederland, son las aportaciones del psicoanálisis que más contribuyeron a la ulterior comprensión. Por iniciativa de J. Lacan se realizó también una traducción francesa de las *Memorias*, que se trabajaron en el seminario de su grupo. El propio Lacan presentó un análisis lingüístico estructural de la obra que favorece especialmente la comprensión del "lenguaje basal" de Schreber (Lacan 1959).

Por otra parte, el hecho de que esta obra se tornó objeto de análisis científico, incluso fuera del círculo psicoanalítico, corroboró lo fructífero de la decisión de haber elegido un historial clínico accesible a la opinión pública como punto de partida. Así, Elias Canetti dice que se trata del documento "más rico y exhaustivo que podría desearse" (1960, p. 500). Según él, de la consideración de este sistema delirante paranoico se desprende que "... de este sistema paranoico, puede afirmarse que ...: La paranoia es en sentido literal del término una *enfermedad del poder*" (en cursiva en el original, p. 516).

Mi intención al ubicar el análisis de Freud del caso Schreber al final de esta revisión de los historiales clínicos era mostrar que nos hallamos en presencia de

---

<sup>9</sup> La enumeración no es de ninguna manera exhaustiva. Otras referencias se encuentran en Niederland (1974) y en Meissner (1976).

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

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

### **3.3. La Personalidad Individual como Objeto de Investigación en las Ciencias Sociales**

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

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

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

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

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

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

Es interesante también ver cómo en el desarrollo de la ciencia psicológica la glorificación romántica del individuo es sustituida en la segunda mitad del siglo XIX. W. Wundt, un exponente representativo, postulaba que en lo que atinente a

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sólo en casos excepcionales sirve la biografía a la mera descripción de un individuo en su mundo personal. Por lo general, los interrogantes que conducen la

descripción de un historial caso implican una orientación hacia una meta determinada. En ello, según Thomae, (1952) pueden diferenciarse tres concepciones:

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

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

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

Hempel comienza por mencionar el tipo de clasificación más simple: el tipo clasificatorio. Este surge a través de la asignación de los individuos a tipificar a diferentes categorías. Los criterios que rigen esta asignación son los de completud, univocidad y exclusividad. Si bien esta forma de clasificación es muy apreciada en

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

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

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



más bien de un tipo ideal. De todas maneras puede ser útil, con fines investigativos, llevar a cabo una operacionalización de tipos extremos de determinados conceptos.

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

"Así, los tres tipos suicidas descriptos por Henseler (1974) - oral - narcisista, anal - narcisista y fálico - narcisista – son sin duda modelos de tipos ideales, ya que efectúan una división basada en fases de desarrollo definidas teóricamente. Pero también debería ser posible incluir diferencias existentes entre los tres grupos en el marco de esta derivación teórica. Los tres grupos se diferencian en el contenido de las fantasías suicidas, lo que llevaría a la asignación a uno de los tres tipos: aparentemente de modo azaroso, más bien como hallazgo colateral, también se diferencian en la edad (p. 74). La discusión de este hallazgo conduce a dos hipótesis que tienen una relevancia etiológica muy distinta; una tercera hipótesis integra ambas posibilidades: situaciones sociales específicas de la edad determinan el contenido de los temas del conflicto; pero éstos pasan al primer plano de la vivencia porque este círculo problemático se activa en virtud de la particular historia vital" (p. 176). La decisión de consolidar empíricamente el esbozo teórico recae aún hoy<sup>10</sup> sobre el autor.

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

“A continuación siguen algunos historiales clínicos relacionados entre sí por medio de una consideración de *lo típico en ellos*. La patogénesis descriptiva aparece en

---

<sup>10</sup> hoy, 1998.

primer plano; las posibilidades teóricas que surgen son tratadas sólo a título de sugerencia. Como siempre, también aquí los hechos son imprescindibles y deben ser informados sin la menor modificación. Pero un informe tal recién se vuelve científico cuando decide una pregunta, es decir cuando obtiene una consecuencia pronóstica comprobada en la práctica" (1935, p. 6, el subrayado es del referente).

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

### 3.4. Del Historial Clínico al Estudio de Caso Único

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Ver también (2.6. Figura 2)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A continuación el autor se disculpa por la "considerable" extensión del informe (aproximadamente 70 páginas), sin hacer referencia a la carencia de presentaciones exhaustivas de tratamiento a disposición para legitimar el detalle de la presente. La descripción de este tratamiento se divide en 16 apartados, de los cuales el más extenso abarca un período de 38 sesiones y el más breve uno de nueve sesiones. La discusión metódica acerca de la manera en que se produjo esta estructuración del tratamiento se reduce al señalamiento de que los segmentos del tratamiento se describen por medio de los "temas principales". Valdría la pena, sin duda, examinar en detalle los procesos de decisión (ver Knapp 1966).



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

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

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

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

A efectos de establecer una comparación, vale la pena recurrir al caso recientemente reseñado por Kohut (1979), Mr. Z., en el cual se describe el decurso de dos psicoanálisis ostensiblemente diferentes en el manejo técnico. Este caso apareció en el "International Journal" de 1979; en "La curación del sí mismo", el capítulo IV de la traducción, la versión alemana sustituye exposición del paciente X de la versión inglesa por la descripción del paciente Z. (Kohut 1979, p. 172-229). Este intercambio de pacientes no es fácil de advertir puesto que los diagramas utilizados se parecen como un huevo a otro. Si bien los datos clínicos se comunican

en forma relativamente extensa (Kohut 1979b, p. 176-215), un caso así merecería una presentación aún más detallada. Al fin y al cabo, para la afirmación que este caso pretende sostener de que "la nueva psicología es de utilidad en el campo clínico" debería ponerse a disposición documentación que permitiera una comprobación.

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

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

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

Dewald describe un tratamiento que en principio se llevó a cabo sin metas científicas. La elaboración sistemática comenzó recién al año de concluido el tratamiento. Durante el transcurso del mismo Dewald debió tomar notas detalladas, casi literales del diálogo, en las cuales también trataba de incluir los elementos no verbales de la comunicación. Es interesante observar que las "intervenciones verbales" del analista se exponen en forma separada, como si no fuera evidente que los dichos del analista forman parte del diálogo analítico.

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

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

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

Duración del tratamiento: 24 Meses = 347 horas;

Reproducción literal: 107 horas.

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

Extensión del material clínico: 656 páginas;

Extensión del texto literal: 510 páginas.

Extensión del texto sintetizado: 146 páginas.

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

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

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

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

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

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

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

Sería deseable que no sólo la técnica de tratamiento de Winnicott generara un estilo, sino también la apertura practicada por él y otros. De todas formas esta apertura parece conllevar cierto riesgo. El informe de Guntrip de sus dos análisis didácticos con Fairbairn y Winnicott se publicó recién después de su muerte (1975), y el intento por informar sobre sus "años de aprendizaje en el diván" no debía ser una empresa fácil - especialmente para los analistas vivos y jóvenes (Moser 1974, Kaiser 1996). En su reseña sobre el libro de Moser, Y. Loewenfeld (1975) explica los requerimientos especiales que deben plantearse a un informe de tratamiento profesional de ese tipo, redactado por un colega. En los informes de pacientes es más sencillo aceptar su singularidad y su particular motivación. Homenajes a Freud (Wortis 1954, Blanton 1971, Doolittle 1976) o reportes de experiencias de valor literario como los de Hannah Green (1964) y Marie Cardinal (1975) se ganan

nuestra simpatía con mayor facilidad. Los intentos de escribir en común un reporte de la experiencia, en el cual paciente y terapeuta reflexionan juntos sobre el tratamiento tienen además el valor de una pieza rara (Yalom y Elkin 1975). Mary Barnes, en *Reise durch den Wahnsinn*, un informe del Kingsley Hall, despierta dudas sobre la función terapéutica de tales informes en común (1971). Curtius habla en una reseña de un "nuevo subgénero literario: la novela de formación del paciente o la novela epistolar terapeuta - paciente" (1976, p. 64). Meyer (1995) contribuyó con un apéndice particular sobre el punto.

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

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

"el exhaustivo material de casos que hemos reunido a lo largo de los años en los seminarios sobre técnica, en su forma actual, sólo puede evaluarse científicamente de modo incompleto. Las presentaciones de caso psicoanalíticas permanecían muy a menudo en el nivel de la descripción clínica "no controlada". Queremos decir con

ello que en los informes observaciones y teoría se confunden demasiado entre sí" (1967, p. 664).

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

La exposición casuística se lleva a cabo siguiendo estrictamente la línea temática. "Los cambios decisivos para la validación de hipótesis son aquellos que se realizan a partir de interpretaciones" (p. 845). Una utilización semejante de notas de tratamiento atendiendo estrictamente a los temas se presentó en un proyecto del Grupo de Mount Zion (San Francisco) para investigar la modificación constante de las estrategias de defensa de un paciente (Weiss 1971, Sampson et al. 1972). En dichas investigaciones se analizan sólo determinados conceptos, en lugar de echarse una mirada de conjunto sobre todas las posibles líneas del curso de tratamiento. Con enfoques metodológicos de este tipo pueden ponerse a prueba hipótesis diferenciadas acerca de las fases estructurales del proceso psicoanalítico (Fürstenau 1977, Thomä et al. 1978). Para ello se torna necesario además dar otros pasos conducentes a evaluaciones clínicas formalizadas de protocolos de tratamiento, tal como mostraron Strupp et al. (1966), Dahl (1972), Kächele et al. (1975), Knapp et al. (1975), Grünzig et al. (1978). No entraré aquí en una discusión metodológica en torno de estas cuestiones, que Wallerstein y Sampson (1971) sintetizaron y que luego de varios años prosigue de modo variado. Las presentaciones de caso ligadas a la investigación conducen a una metodología del estudio de caso único, para lo cual se requeriría una propia presentación detallada (ver Schaumburg et al. 1974).

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

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



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

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

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

### 3. 5. Bibliografia

- Abraham K (1914) Über Einschränkungen und Umwandlungen der Schaulust bei den Psychoneurotikern nebst Bemerkungen über analoge Erscheinungen in der Völkerpsychologie. En: Abraham K (Hrsg) Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung. Fischer, hrg von J. Cremerius, Frankfurt, S
- Abraham K (1924) Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. Int Psychoanal Verlag, Leipzig Wien Zürich
- Adler A (1928) Die Technik der Individualpsychologie. Bergmann, München
- Allport G (1942) The use of personal documents in psychological science. New York Social Science Research Council Bulletin 49:
- Anthony EL (1974) Rezension von F. Dolto: Dominique. The analysis of an adolescent. New York 1971. *Psa Quarterly* 43: 681-684
- Anzieu A (1977) Rezension von DW Winnicott: Fragment d'une analyse. Payot, Paris 1975. *Bulletin 11 European Psychoanalytic Federation* 25-29
- Balint M (1950) Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis. *Int J Psychoanal* 31:117-124
- Balint M, Ornstein PH, Balint E (1961) Focal psychotherapy. An example of applied psychoanalysis. Tavistock, London
- Barnes M, Berke J (1971) Two accounts of a journey through madness. dt Meine Reise durch den Wahnsinn. Kindler, München
- Baumeyer F (1952) Bemerkungen zur Krankengeschichte des "Kleinen Hans". *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1:129-133
- Baur R (1880) Individualität. zit. nach Huber HP 1973.
- Beigler JS (1975) A commentary on Freud's treatment of the rat man. *Annu Psychoanal* 3:271-285
- Berg C (1946) Deep analysis: The clinical study of an individual case. Allen & Unwin, London
- Bergin A (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin A, Garfield S (Hrsg) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, S 217-270
- Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) (1971) *Handbook of psychotherapy and behaviour change. An empirical analysis*, 1st edn. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane
- Bergin AE, Strupp HH (1972) *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Aldine, New York
- Bergmann P (1966) An experiment in filmed psychotherapy. In: Gottschalk LA, Auerbach HA (Hrsg) *Methods of research in psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts, New York, S 35-49

- Bernfeld S (1949) Freud's scientific beginnings. *Am Imago* VI:165-196
- Blanton S (1971) *Diary of my analysis with S. Freud*. Harthorn Books. dt. Tagebuch meiner Analyse bei S. Freud. Frankfurt, Ullstein, New York
- Bodamer J (1953) Zur Entstehung der Psychiatrie als Wissenschaft im 19. Jahrhundert. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihre Grenzgebiete* 21:11
- Boehm F (1923) Rezension von Sadger: Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen auf psychoanalytischer Grundlage. *Int Z Psychoanal* 9:535-539
- Bolland J, Sandler J (1965) *The Hampstead Psychoanalytic Index. A study of the psychoanalytic case material of a two-year old child*. Int Univ Press. dt. Die Hampstead Methode. München, Kindler, New York
- Bonaparte M (1927) Der Fall Lefevre. Zur Psychoanalyse einer Möderin. Int Psychoanal Verlag, Leipzig-Zürich-München
- Bonaparte M (1949) *The life and work of Edgar Allen Poe.*, London
- Boor C, de (1965) *Zur Psychosomatik der Allergie, besonders der Asthma bronchiale*. Huber/Klett, Bern/Stuttgart
- Brenner C (1939) On the genesis of a case of paranoid dementia praecox. *J Nerv Ment Dis* 90:483-
- Brody B (1970) Freud's case load. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 7:8-12
- Brody B (1976) Freud's case load and social class. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 13:196-197
- Brückner P (1975) *S. Freuds Privatlektüre*. Horst Verlag, Köln
- Bühler C (1923) *KIndheit und Jiugend - Gense des Bewusstseins*. Leipzig
- Cardinale M (1975) *Les mots pour le dire*. Paris. dt. Schattenmund. Roman einer Analyse. München 1977
- Cohen R (1965) Empirische Untersuchungen zur klinischen Urteilsbildung aufgrund psychologischer Tests. In: Hardest FP, Eyferth K (Hrsg) *Forderungen an die Psychologie*, S 139-152
- Compton A (1972) The study of the psychoanalytic theory of anxiety. *J Am Psychoanal Ass* 20:3-44,341-394
- Curtius M (1976) Rezension von Yalom & Elkin (1975). *Psyche* 30:643-646
- Dahl H (1972) A quantitative study of psychoanalysis. In: Holt RR, Peterfreund E (Hrsg) *Psychoanalysis and contemporary science*. New York, S 237-257
- Dahmer H (1973) *Libido und Gesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt
- Dewald PA (1972) *The psychoanalytic process. A case illustration*. Basic Books, New York London
- Dilthey W (1924) *Beiträge zum Studium der Individualität. Gesammelte Schriften* 5. Teubner Verlag, Leipzig
- Dollard J (1935) *Criteria for the life-history*. Yale University Press, New Haven

- Dolto F (1971) *Le cas Dominique*. Ed du Seuil. dt. *Der Fall Dominique*. Frankfurt. Suhrkamp 1973, Paris
- Doolittle H (1956) *Tribute to Freud*. Pantheon Books. dt *Huldigung an Freud*. Frankfurt. Ullstein, 1976, New York
- Dorpat TL (1973) Research on the therapeutic process. Panel report. *J Am Psychoal Ass* 21:168-181
- Drews S (Hrsg) (1978) *Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag*. Suhrkamp, Frankfurt
- Edelson M (1972) Language and dreams: The interpretation of dreams revisited. *Psychoanal Study Child* 27:203-282
- Farrell BA (1981) *The standing of psychoanalysis*. Oxford Univ Press, Oxford
- Fenichel O (1931) *Perversionen, Psychosen, Charakterstörung*. Wiss Buchgemeinschaft, Darmstadt
- Firestein SK (1978) *Termination in psychoanalysis*. Int Univ Press, New York
- French TM (1952) *The integration of behaviour. Vol I: Basic postulates*. Univ Chicago Press, Chicago
- French TM (1954) *The Integration of Behavior. Vol. II: The Integrative Process in Dreams*. The University of Chicago Press, Chicago
- French TM (1958) *The Integration of Behavior Vol III: The reintegrative process in a psychoanalytic treatment*. The University of Chicago Press, Chicago
- Freud, S. (1893f). Charcot, en *Obras Completas* (Vol. 3, pp. 7-24). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895d). *Estudios sobre la histeria* (en colaboración con Breuer), en O. C. (Vol. 2). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905e [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria, en O. C. (Vol. 7, pp. 1-222). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909b). Análisis de la fobia de un niño de cinco años, en O. C. (Vol. 10, pp. 1-118). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909d). A propósito de un caso de neurosis obsesiva, en O. C. (Vol. 10, pp. 121-249). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1911c [1910]). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente, en O. C. (Vol. 12, pp. 3-76). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914d). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, en O. C. (Vol. 14, pp. 1-64). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1918b [1914]). De la historia de una neurosis infantil, en O. C. (Vol. 17, pp. 3-111). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920a). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina, en O. C. (Vol. 18, pp. 137-164). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1926e). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial, en O. C. (Vol. 20, pp. 165-234). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930a [1929]). El malestar en la cultura, en O. C. (Vol. 21, pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fürstenau P (1970) Aktuelle Organisationsprobleme einer psychoanalytischen Vereinigung. *Z Psychother med Psychol* 20:173-184
- Fürstenau P (1977) Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse. In: Pongratz LJ (Hrsg) *Klinische Psychologie*. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich, S 847-888
- Gardiner M (1971) *The wolf-man*. Basic Books, New York
- Gardner RA (1972) Little Hans - the most famous boy in child psychotherapy literature. *Int J Child Psychotherapy* 1:24-50
- Garfield SL, Bergin AE (Hrsg) (1978) *Handbook of psychotherapy and behaviour change. An empirical analysis*, 2nd edn. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane
- Gedo J, Sabshin M, Sadow L, Schlessinger N (1964) <Studies on Hysteria>: a methodological evaluation. *J Am Psychol Ass* 12:734-751
- Geist WB, Kächele H (1979) Zwei Traumserien in einer psychoanalytischen Behandlung. *Jb Psychoanal* 11:138-165
- Geleerd E (1963) Evaluation of Melanie Klein's <Narrative of a Child Analysis>. *Int J Psychoanal* 44:493-506
- Gill MM (Hrsg) (1967) *The Collected Papers of David Rapaport*. Int Univ Press, New York
- Gill MM, Simon J, Fink G, Endicott NA, Paul IH (1968) Studies in audio-recorded psychoanalysis. I. General considerations. *J Am Psychoanal Assoc* 16:230-244
- Glover E (1955) Common technical practices: A research questionnaire. In: Glover E (Hrsg) *The technique of psychoanalysis*. Baillière Tindall & Cox, London, S
- Goldberg A (1978) *The psychology of the self - A casebook*. Int Univ Press, New York
- Green H (1964) I never promised you a rosegarden. dt: Ich versprach Dir nie einen Rosengarten. Kreis Verlag Stuttgart, New York.
- Grünzig HJ, Kächele H, Thomä H (1978) Zur klinisch formalisierten Beurteilung von Angst, Übertragung und Arbeitsbeziehung. *Med Psychol* 4:138-152
- Guntrip H (1975) My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott. *Int Rev Psychoanal* 2:145-156
- Hartmann H (1927) *Die Grundlagen der Psychoanalyse*. Thieme, Leipzig
- Hehlman W (1963) *Geschichte der Psychologie*. Stuttgart, Körner
- Hempel C (1952) Problems of concept and theory formation in the social sciences. dt. Typologische Methoden in den Sozialwissenschaften. In: Topitsch E (Hrsg) *Logik der Sozialwissenschaften*. Kiepenheuer & Witsch, 1972, Köln, S
- Henseler H (1974) Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

- Hofer G (1968) *Der Mensch im Wahn*. Karger, Basel
- Holland NN (1975) An identity for the Rat Man. *Int Rev Psychoanal* 2:157-169
- Huber HP (1973) *Psychometrische Einzelfalldiagnostik*. Beltz, Weinheim
- Hug-Hellmuth (Hrsg) (1920) *Das Tagebuch eines jungen Mädchens*. Int Psychoanal Verlag, Wien
- Jaspers K (1965) *Allgemeine Psychopathologie*, 8. Aufl. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Jones E (1960) *Das Leben und Werk von Sigmund Freud*, Bd I. Huber, Bern
- Jones E (1962) *Das Leben und Werk von Sigmund Freud*, Bd II. Huber, Bern
- Kächele H (1976) *Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozessforschung*. PSZ-Verlag, Ulm
- Kächele H, Schaumburg C, Thomä H (1973) Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung. *Psyche* 27:902-927
- Kächele H, Thomä H, Schaumburg C (1975) Veränderungen des Sprachinhaltes in einem psychoanalytischen Prozeß. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 116:197-228
- Kaiser, H. (1996). *Grenzverletzung: Macht und Mißbrauch in meiner psychoanalytischen Ausbildung*, Zürich: Walter.
- Kanzer M (1972) Book review: Muriel Gardiner (ed): *The Wolf-Man by the Wolf-Man*. New York. Basic Books. *Int J Psychoanal* 53:499-
- Kaplan A (1964) *The conduct of inquiry*. Chandler, San Francisco
- Katan M (1949) Schreber's delusions of the end of the world. *Psychoanal Quart* 18:60-66
- Katan M (1950) Schreber's hallucinations about the <little men >. *Int J Psychoanalysis* 31:32-35
- Katan M (1952) Further remarks about Schreber's hallucinations. *Int J Psychoanalysis* 33:429-432
- Katan M (1953) Schreber's pre-psychotic phase. *Int J Psychoanalysis* 34:43-51
- Katan M (1954) The non-psychotic part of the personality in schizophrenia. *Int J Psychoanalysis* 35:119-128
- Katan M (1959) Schreber's hereafter. Its building-up and its downfall. *Psychoanal Study Child* 14:314-382.
- Kiesler DJ (1966) Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin* 65:110-136
- Kitay P (1963) Introduction to the symposium on "Re- interpretation of Schreber's case". *Int J Psychoanal* 44:191-193
- Klein M (1961) *Narrative of a child analysis*. Hogarth, London
- Knapp PH, Greenberg RP, Pearlman CH, Cohen M, Kantrowitz J, Sashin J (1975) *Clinical measurement in psychoanalysis: an approach*. *Psychoanal Q* 44:404-430
- Kohut H (1979a) The two analyses of Mr. Z. *Int J Psychoanal* 60:3-27
- Kohut H (1979b) *Die Heilung des Selbst*. Suhrkamp, Frankfurt am Main

- Kris E (1950) Einleitung zu : S. Freud: Aus den Anfängen der Psychoanalyse. In: Kris E (Hrsg) S. Freud: Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Imago Publishing Co, London, S
- Kubie LS (1952) Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. In: Pumpian-Mindlin E (Hrsg) Psychoanalysis as science. The Hixon lectures on the scientific status of psychoanalysis. Basic Books, New York, S 46-124
- Kuhn TS (1967) Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Suhrkamp, Frankfurt
- Kunz H (1975) Die Erweiterung des Menschenbildes in der Psychoanalyse Sigmund Freuds. In: Gadamer HG, Vogler P (Hrsg) Neue Anthropologie. Thieme, Stuttgart, S
- Lacan J (1959) D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. In: Lacan J (Hrsg) Ecrits. du Seuil. 1966, Paris, S
- Laffal J (1965) Pathological and normal language. Atherton Press, New York
- Lebovici S, Soule M (1970) La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. Presses Universitaire de France. dt. Die Persönlichkeit des Kindes. München. Kindler, Paris
- Liepmann H (1911) Wernicke's Einfluss auf die klinische Psychiatrie. Mschr Psychiatr. Neurol. 30:1-32
- Lipton S (1977) Freud's technique and the Rat Man. Inbt J Psychoanal 58:255-274
- Loch W, Jappe G (1974) Die Konstruktion der Wirklichkeit und die Phantasien. Psyche 28:1-31
- Lorenzer A (1970) Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Lowenfeld Y (1975) Rezension: T. Moser: Lehrjahre auf der Couch. Psyche 186-188
- Luborsky L, Spence D (1971) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Bergin A, Garfield S (Hrsg) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, S 408-438
- MacAlpine I, Hunter RA (1953) The Schreber-Case. A contribution to schizophrenia, hypochondria and psychosomatic symptom formation. Psychoanal Quart 22:328-371
- MacAlpine I, Hunter RA (Hrsg) (1955) D.P. Schreber: Memoirs of my illness. Dawson and Sons, London
- Mack-Brunswik R (1928) A supplement to Freud's "History of an infantile neurosis". Int J Psychoanal 9:439-
- Malan D (1975) Book review: Focal psychotherapy; An example of applied psychoanalysis. by M Balint, P. Ornstein and E. Balint. Int J Psychoanal. 56:115-117

- Marcus S (1974) Freud und Dora - Roman, Geschichte, Krankengeschichte. *Psyche* 28:32-79
- Mayman M (1973) Reflections on psychoanalytic research. In: Mayman M (Hrsg) *Psychoanalytic research. Three approaches to the experimental study of subliminal processes*. Psychol. Issues No 30. Int Univer Press, New York, S
- McDougall J, Lebovici S (1969) Dialogue with Sammy. Hogarth, London
- Meehl P (1973) Some methodological reflections of the difficulties of psychoanalytic research. In: Mayman M (Hrsg) *Psychoanalytic research. Three approaches to the experimental study of subliminal processes*. Int Univ Press, New York, S 104-117
- Meissner WW (1971) Freud's Methodology. *J. Am. Psychoanal.* 19:265-309
- Meltzer D (1967) *The psychoanalytic process*. Heinemann / Hogarth Press), London
- Meltzer D (1978) *The Kleinian development: Part II, Richard week-by-week*. Clunie, Perthshire
- Mergenthaler E (1979) Das Textkorpus in der psychoanalytischen Forschung. In: Bergenholtz H, Schaeder E (Hrsg) *Text-Corpora: Materialien für eine empirische Sprach- und Literaturwissenschaft*. Scriptor, Kronberg, S
- Meyer AE (1995) Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-darstellung -Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. *Z Psychosom Med Psychoanal* 40:77-98
- Meyer A, Zenker R, Freitag D (1976) Zur faktorenanalytischen Überprüfung der Infantilphasen bezogenen psychoanalytischen Charakterologie *Abteilung Psychosomatik, UKE Eppendorf Hamburg*
- Milner M (1969) *The hands of the living god. An account of a psychoanalytic treatment*. Hogarth, London
- Moser, T. (1974). *Lehrjahre auf der Couch. Bruckstücke meiner Psychoanalyse*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Niederland WG (1951) Three notes on the Schreber case. *Psychoanal Quart* 20:579-591
- Niederland WG (1956) River symbolism I. *Psychoanal Quart* 25:469-507
- Niederland WG (1957) River symbolism II. *Psychoanal Quart* 26:50-57
- Niederland WG (1958) Early auditory experiences, beating fantasies and primal scene. *Psychoanal Study Child* 13:471-504
- Niederland WG (1959a) Schreber/father and son. *Psychoanal Quart* 28:152-169
- Niederland WG (1959b) The "miracled up" world of Schreber's childhood. *Psychoanal Study Child* 14:383-413
- Niederland WG (1960) Schreber's father. *J Am Psychoanal Ass* 8:492-499
- Niederland WG (1963) III. Further data and memorabilia pertaining to the Schreber case. *Int J Psychoanal* 44:201-207
- Niederland WG (1974) *The Schreber case. Psychoanalytic profile of a paranoid personality*, New York. dt. (1978) Frankfurt



- Nunverg H (1952) Discussion of Katan's paper on Schreber's hallucinations. *Int J Psychoanal* 33:454-456
- Parker B (1962) *My language is me*. Basic Books. dt 1970 *Meine Sprache bin ich*. Frankfurt. Suhrkamp, New York
- Pearson HJ (1968) *A handbook of child psychoanalysis*. Basic Books. dt. (1972) *Handbook der Kinder Psychoanalyse*. Frankfurt. Suhrkamp, New York
- Perrez M (1972) *Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft?* Huber, Bern Stuttgart Wien
- Rapaport D (1944 {1967}) *The scientific methodology of psychoanalysis*. In: Gill MM (Hrsg) *The collected papers of David Rapaport*. Basic Books, New York, S
- Rapaport D (1967) *The collected papers of David Rapaport*. Basic Books, New York
- Rapaport D (1970) *Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Versuch einer Systematik*. Klett, Stuttgart
- Sadger J (1921) *Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen auf psychoanalytischer Grundlage*, Wien
- Samspon H, Weiss J, Mlodnosky L, Hause E (1972) Defense analysis and the emergence of warded off mental contents. *Arch Gen Psychiatr* 26:524-532
- Sarnoff I (1971) *Testing Freudian Concepts: An experimental approach*. Springer, New York
- Schalmey P (1977) *Die Bewährung psychoanalytischer Hypothesen*. Scriptor, Kronberg/Ts
- Schaumburg C, Kächele H, Thomä H (1974) Methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung. *Psyche* 28:353-374
- Schilder P (1927) Über eine Psychose nach einer Staroperation. *Int Zsch Psychoanal* 8:35-44
- Schlessinger N, Gedo J, Miller J, Pollock G, Sabshin M, Sadow I (1967) The scientific style of Breuer and Breud in the origins of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Ass* 15:404-422
- Schönau W (1968) *Sigmund Freud's Prosa. Literarische Elemente seines Stils*. Metzlersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart
- Schreber DP (1903) *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*. Mutze, Leipzig
- Sechehaye M (1947) *La Réalisation Symbolique*. Huber dt. *Die symbolische Wunscherfüllung*. Bern, Huber, Bern
- Sechehaye M (1950) *Reality lost and regained: Autobiography of a schizophrenic girls*. Grune & Stratton. dt. *Das Tagebuch einer Schizophrenen*. in Sechehay M (1955), New York
- Shengold L (1971) More about rats and rat people. *Int J Psychoanal* 52:277-288
- Sherwood M (1969) *The logic of explanation in psychoanalysis*. Academic Press, New York

- Spielrein S (1912) Über den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie. Jb Psychoanal Psychopath Forsch 3:329-400
- Stegmüller W (1969) Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und analytischen Philosophie. Bd I & II: Theorie und Erfahrung. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Stoller R (1973) Splitting. A case of female masculinity. Quadrangle, New York
- Storch A (1922) Das archaisch-primitive Erleben und Denken der Schizophrenen. Springer, Berlin
- Strotzka H (1978) Fallstudien zur Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
- Strupp HH, Chassan JB, Ewing JA (1966) Toward the longitudinal study of the psychotherapeutic process. In: Gottschalk LA, Auerbach AH (Hrsg) Methods of research in psychotherapy. Appleton-Century-Crofts, New York, S 361-400
- Szczepanski J (1974) Die biographische Methode. In: König R (Hrsg) Handbuch der empirischen Sozialforschung. Bd 4 Komplexe Forschungsansätze. Enke, Stuttgart
- Taft J (1933) The dynamics of therapy. MacMillan, New York
- Thomä H (1958) Exploration und Interview *Psychosomatische Klinik Heidelberg*
- Thomä H (1961) Anorexia nervosa, Geschichte, Klinik und Theorie der Pubertätsmagersucht. Huber/Klett, Bern/Stuttgart
- Thomä H (1967) Konversionshysterie und weiblicher Kastrationskomplex. Psyche 21:827-847
- Thomä H (1974) Zur Rolle des Psychoanalytikers in psychotherapeutischen Interaktionen. Psyche 28:381-394
- Thomä H (1978) Von der "biographischen Anamnese" zur "systematischen Krankengeschichte". In: Drews S, et al (Hrsg) Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 254-277
- Thomä H, Houben A (1967) Über die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen. Psyche 21:664-692
- Thomä H, Kächele H, HJ G (1978) Über einige Probleme und Ergebnisse der psychoanalytischen Prozessforschung.
- Thomae H (1952) Die biographische Methode in den anthropologischen Wissenschaften. Studium Generale 5:163-177
- Thomae H (1968) Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie. Hogrefe, Göttingen
- Thomas WI, Znaniecki F (1927) The Polish peasant in Europe and America. new ed. 1958, New York
- Ude A (1975) Betty, Protokoll einer Kinderpsychotherapie. DVA, Stuttgart
- Vanggaard T (1975) Review "Splitting" by Stoller. Int J Psychoanal 56:492-

- Wallerstein RS, Sampson H (1971) Issues in research in the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal* 52:11-50
- Weiss J (1971) The emergence of new themes. A contribution to the psychoanalytic theory of therapy. *Int J Psychoanal* 52:459-467
- Weizsäcker Vv (1935) Studien zur Pathogenese. Thieme, Leipzig
- White R (1961) The mother-conflict in Schreber's psychosis. *Int J Psychoanal* 42:55-73
- White R (1963) The Schreber case reconsidered in the light of psychosocial concepts. *Int J Psychoanal* 44:213-221
- Widmer-Perrenoud M (1975) Rezension von E Kestemberg u S.Decobert (1972) *La faim et le corps*. *Psyche* 29:581-587
- Winnicott DW (1954) Withdrawal and regression. In: Winnicott DW (Hrsg) *Collected papers: Through pediatrics to psychoanalysis*. Tavistock, London, S 205-215 dt. *Psyche* 1956
- Winnicott DW (1972) Fragment of an analysis. In: Giovaccini PL (Hrsg) *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy*. Hogarth Press, London, S
- Winnicott DW (1978) Piggie. An account of the psychoanalytic treatment of a little girl. Hogarth Press. dt. Piggie. Stuttgart. Klett-Cotta 1980, London
- Wittels F (1924) *Der Mann, die Lehre, die Schule*. Tal, Leipzig
- Wolberg LR (1945) *Hypnoanalysis*. Grune & Stratton, New York
- Wolpe J, Rachman S (1960) Psychoanalytic evidence: A critique based on Freud's case of Little Hans. In: Rachman S (Hrsg) *Critical essays on psychoanalysis*. Pergamon Press, Oxford, S
- Wortis J (1954) *Fragments of an analysis with Freud*. Simon & Schuster, New York
- Yalom ID, Elkin G (1974) *Every day gets a little closer. A twice-told therapy*. Basic Books, New York
- Zetzel ER (1966) Additional notes upon a case of obsessional neurosis: Freud 1909. *Int J Psychoanal* 47:123-129