

Aspectos clínicos y científicos del modelo de proceso psicoanalítico de Ulm*

Horst Kächele

Al considerar el proceso terapéutico (es decir el camino completo que recorren juntos el paciente y el analista entre la entrevista inicial y la terminación) el conjunto de sucesos que ocurren en el camino deben ser dejados de lado y puestos en un trasfondo. La función y los problemas de los modelos de proceso en psicoanálisis deben ser abordados desde el punto de vista de las funciones de control implícitas o explícitas que cumplen en la implementación de los objetivos del analista. Por esta razón, la discusión de los modelos de proceso no es un tema abstracto o teórico. Estos modelos son -de hecho- con mayor o menor grado de elaboración, parte del trabajo diario de todo psicoanalista. Las conceptualizaciones sobre el proceso que han pasado de una generación de analistas a la próxima, a menudo expresada sólo en términos metafóricos, contiene teorías no dichas, y Sandler (1983) tiene por lo tanto razón al reclamar que la dimensión privada del significado de los conceptos sea explicitada. "La investigación debería dirigirse hacia el hacer explícitos los conceptos implícitos de los psicoanalistas y se sugiere que de este proceso surgirá un acelerado desarrollo de la teoría. Los aspectos esenciales de dicha teoría deben ser los que se relacionen al trabajo que el psicoanalista tiene que hacer y por lo tanto su principal énfasis debe estar en la clínica" (página 43).

Comenzaré con algunas consideraciones generales conectadas a la génesis del modelo de proceso de la Universidad de Ulm. La concepción de este modelo es el resultado de nuestra confrontación con el campo creciente de la investigación en psicoterapia -cuyos inicios se remontan a la formación de la Sociedad de Investigación en Psicoterapia (S.P.R.) en 1968 por parte de Howard y Orlinsky-, en el cual el desarrollo de un modelo de hecho ocupa la posición a ser asumida por los abordajes empíricos y teóricos posteriores, cuyo volumen se vuelve discernible sólo cuando se construye el modelo en sí mismo.

* Reproducido con permiso del International Journal of Psychoanalysis.
Traducción del inglés: Denise Defey.

Los comienzos del modelo de proceso de Ulm datan de un proyecto de los años 1967-68, período en el que Thomä llevaba a cabo un análisis que era monitorizado sesión a sesión por otro analista igualmente bien entrenado. En este proyecto ambos encontraron que a pesar de que a menudo podían estar de acuerdo sobre el material presentado por el paciente, frecuentemente diferían sobre los pasos terapéuticos apropiados, a la luz del material que iba apareciendo. Aún si las diferencias personales obvias entre los dos analistas son dejadas de lado, permanecen impactantes diferencias en el análisis de las conexiones relevantes en el uso de los esquemas explicatorios disponibles. Esto es así aún en el caso de este estudio, en que ambos analistas habían sido entrenados en el mismo instituto de psicoanálisis, y por lo tanto se podía suponer que tenían modelos explicatorios similares, asimilados como parte de su identidad analítica. Veinte años más tarde, un número reciente de una revista psicoanalítica (*Psychoanalytic Inquiry*, 7 (2), 1987) toma la cuestión de “como la teoría modela la técnica” presentando la interpretación de un material clínico desde siete perspectivas como punto de partida. El epílogo del editor, oficialmente reconoce ahora lo que ha sido tema de investigaciones durante por lo menos dos décadas: “Una conclusión ineludible emerge claramente de este estudio: la orientación teórica de un analista tiene un marcado impacto en su modo de pensar sobre sus pacientes y en el modo en que trabaja con ellos. Esta conclusión hace surgir un tema igualmente impactante. ¿Cómo pueden clínicos que piensan y se comportan tan diferente, obtener resultados analíticos igualmente buenos?” (Pulver, 1987, p. 289).

Poniendo de lado el tema de los resultados igualmente buenos, pienso que lo que necesitamos son investigaciones sobre el proceso de interacción entre las teorías privadas y los datos clínicos provistos por el paciente. Por lo tanto, estoy actualmente involucrado en un proyecto con un colega (H. König, de Tübingen) en el cual las sesiones psicoanalíticas registradas por mí son inicialmente naturalizadas (en el sentido de la palabra que le da Spence) por mi comentario complementario o “revisión de la sesión” como lo describe Meyer (1981-1988; ver también Kächele 1985). Este material de asociación libre es entonces trabajado intensamente por él en base a transcripciones textuales y a la revisión de la sesión que también es registrada en audio. El, independientemente reconstruye el curso de la sesión y unos pocos días después de ésta me hace ciertas preguntas muy específicas. En el proceso, me es requerida una explicación completa de mi estrategia de intervención. Encontramos, que trabajando solamente en base a la versión desgrabada, él también puede llegar a una reconstrucción alternativa del proceso terapéutico que es teóricamente convincente para mí, dada su competencia psicoanalítica normativa comparada con mi punto de vista privilegiado sobre el material.

Después de esta discusión podemos determinar la importancia relativa en el modelo actual de trabajo (working model) del analista (para usar un término introducido por Bowlby y re-introducido por Peterfreund (1983)) como un conocimiento biográfico previo sobre el paciente y su tratamiento hasta ese punto, por un lado, y de un abordaje teórico general, por el otro.

La distinción que hace Spence (1982) entre la competencia privilegiada y la normativa -es decir entre el conocimiento terapéutico sesgado del analista al estar involucrado en el proceso, y el conocimiento especializado, aparentemente desapegado de un tercer observador no involucrado en el proceso terapéutico- resulta ser todavía demasiado simple y demasiado idealista a medida que el así llamado participante externo, que no se involucra en el proceso, tiende a involucrarse de hecho cada vez más, creyendo que provee las mejores ideas y se convence que es él y solo él el que sabe la verdad sobre el paciente. Esto puede ser rápidamente observado en el artículo ya mencionado, editado por Pulver.

Un ejemplo de la necesidad de ser diferentes entre analistas fue ya provista por el famoso estudio de consenso realizado por Seitz (1966). Los estudios de este tipo regularmente fracasan cuando formas más complejas de material analítico son discutidas; de modo inverso en el caso de material extractado y relativamente libre de un contexto, extraído de transcripciones textuales, se puede obtener un acuerdo perfectamente satisfactorio si los evaluadores tienen una competencia normativa igual, como pudimos mostrar en un estudio sobre consenso (Thomá y cols., 1976).

En la explicación de los fundamentos interactivos del abordaje de proceso, el tema no es sólo que nosotros reaccionamos en forma diferente al mismo material -porque una psicología social de los juicios clínicos ya cubriría mucho, como Beckmann (1974) mostró en su investigación de la autopercepción y la percepción de otros del paciente y del analista- también se trata de dar lugar al involucramiento personal del analista en el material que es presentado por el paciente. En este sentido, Dahl y colaboradores (1978) en una propuesta al Fondo para Investigaciones del Psicoanálisis describieron un estudio del fenómeno de evidencia subjetiva en la formación del juicio del analista. En dos grupos de analistas pidieron a cada uno de los analistas participantes que enviaran material de sesiones. Todos tenían que marcar los pasajes del material en relación al grado de evidencia que sentían respecto a una hipótesis psicodinámica particular, que era diseñada por el analista que enviaba el material. La cuantificación del grado de evidencia para este material consistentemente mostraba que el analista tratante siempre era el más convencido de la calidad de su evidencia (Dahl, 1983). Desde mi punto de vista, esto demuestra que un factor de selección opera en la actitud perceptiva del analista cuando se maneja con las producciones del paciente. La exigencia de ejercer una atención flotante pareja excluye solamente la integración de lo que son las expectativas de

cada día; puede incluso estimular un cierre interaccional al nivel de las expectativas inconscientes de rol, como Sandler (1976) ha destacado.

Estos múltiples comentarios sobre la formación del juicio y la evidencia, apuntan a la confirmación de la comprensión bi-personal de la situación analítica, donde los temas de relación real y de transferencia no están disecados a lo largo de la línea de lo que es real y lo que es fantasía, sino que tienen que ser mirados como construcciones en un espacio social.

Por estas razones consideramos las neurosis de transferencia como una representación interaccional de los conflictos intrapsíquicos del paciente en la relación terapéutica, siendo la forma concreta que asume la función de un proceso negociado en forma diádica (Thomä y Kächele, 1975-1987). Esta forma es única a cada diada terapéutica por las razones establecidas, confirmando inicialmente a cada tratamiento psicoanalítico el status de una historia singular. Sin importar cuán trivial esta afirmación puede ser, debe ser contrastada con otras descripciones de modelo de tratamiento, las cuales desde nuestro punto de vista prestan insuficiente atención a esta singularidad histórica.

Antes de entrar en mayores detalles me gustaría agregar en forma breve más ejemplos de la concepción del modelo para ilustrar el rango de alcance de este abordaje. Es muy útil comenzar con las referencias a los modelos de Freud, es decir, a sus tipificaciones del proceso psicoanalítico como todos los conocemos y los valoramos. Su comparación con el juego de ajedrez, y particularmente con la apertura del mismo, implica reglas que constituyen el juego y existen independientemente de circunstancias particulares. Después de todo, el ajedrez es jugado con las mismas reglas en todo el mundo. Luego hay estrategias y tácticas aplicables a las diferentes fases del juego, tales como estrategias de apertura y de cierre, etc. Estas difieren de acuerdo a las técnicas individuales de cada jugador y también son reguladas interactivamente en la situación diádica, en el hecho de que el jugador individual toma en cuenta la supuesta fortaleza de su oponente al desarrollar sus estrategias. ¿Tiene el psicoanálisis algo así como un dispositivo de reglas fijas que pueden ser especificadas aisladamente de cada situación concreta? Muchos psicoanalistas todavía creen que el método psicoanalítico tiene este status.

Tal concepción del modelo psicoanalítico podría ser justificada por la referencia de Freud a la independencia orgánica de la neurosis y su despliegue en la transferencia, de la cual el rol del analista pudiera derivarse. "El pone en movimiento un proceso; el de resolver las represiones existentes. El puede supervisarlos, llevarlos adelante, remover obstáculos en el camino y puede indudablemente viciarlos en gran parte. Pero en forma general, una vez que comienza, toma su propio camino y no permite que se marque ni la dirección ni el orden en el que surgen los temas" (Freud, 1913, p. 130).

Esta concepción orgánica del despliegue de la neurosis de transferencia, encuentra un eco contemporáneo en Fűrnestau (1977), que también presenta una concepción de proceso bajo el título de “Estructura Evolutiva del Tratamiento Psicoanalítico Individual no focalizado”, en el cual dos procesos de tratamiento que se superponen determinan el trabajo psicoanalítico: “1) El proceso de una normalización y estructuración gradual del self con fases repetidas de intensas recaídas que toma la forma estructural de crisis regresivas y comportamiento sustitutivo-soportativo por parte del analista. 2) El proceso de un despliegue progresivo, y la correspondiente elaboración de las fijaciones existentes bajo la forma de análisis de la transferencia y la resistencia” (Fűrnestau, 1977).

La primera dimensión de proceso constituye la maduración del Yo y su contenido está probablemente determinado en forma sustancial por los factores terapéuticos indicados en la investigación en psicoterapia, como las condiciones comunes de ayuda y favorecedoras que implica toda psicoterapia, pese a que sólo hay muy escasa evidencia sistemática para esta idea. Una notable excepción es representada por el estudio de Menninger (Kernberg y cols., 1972; Wallerstein, 1985, pág. 729). El segundo aspecto del proceso incluye dos partes descritas por Fűrnestau como “la elaboración del patrón existente del vínculo y la construcción de un nuevo patrón de relación”, en el cual los conceptos específicamente psicoanalíticos de terapia están contenidos. El proceso en su globalidad integra entonces siete fases que se despliegan en una linealidad ontogénica.

Cuando se describen estos modelos es necesario aclarar si son modelos típicos, ideales, que deben ser entendidos normativamente, y por lo tanto ya asumen un carácter teórico, o si son modelos empíricos que inicialmente describen y luego inductivamente generalizan. Su función reproductiva no debe ser comprendida como un planteo de que la imagen debe parecerse al original tanto como sea posible. Para ser precisos es asunto de especificar en un modelo la analogía funcional, estructural o de comportamiento a ser definida en avance, la cual luego será reproducida o imitada. Lo que el abordaje de Fűrnestau tiene en común con nuestro punto de vista es el uso de fases dentro del tratamiento, que pueden ser organizadas alrededor de un campo temático definible. Donde nosotros nos apartaríamos de esta concepción es en la naturaleza algorítmica de su modelo; donde él propone una secuencia fija de siete fases, nosotros estaríamos más cerca de una instancia heurística, para tomar la definición de Peterfreund. Cada trabajo de graduación realizado por un candidato a analista muestra tales estructuras de fases, y sería un campo interesante de investigación en sí mismo analizar los procesos de etiquetamiento clínico con sus nombres más o menos imaginativos. Después de todo, en mi opinión, la nomenclatura usada para las varias fases del tratamiento refleja un proceso de condensación que tiene lugar en el analista, en el cual él trata

de poner juntos los principios conductores de su actividad terapéutica bajo la forma de una categoría.

Estamos en menor grado de acuerdo con la suposición de Fűrnestau de que, en general, en cada proceso la secuencia de fases está organizada a lo largo de un trabajo lineal que sigue un desarrollo ontogénico. En términos de las ideas que se describen arriba sobre la generación interactiva de un foco, es decir, de la interacción entre el tema del paciente y la perspectiva del analista, miramos la terapia psicoanalítica como una terapia focal sin limitación de tiempo y con un foco cambiante. Más que una linealidad natural, consideramos la secuencia de focos como el resultado de un proceso de negociación inconsciente entre las necesidades o deseos del paciente y las posibilidades que tiene el analista de manejarlos.

Antes de dirigirnos a otros aspectos estratégicos y tácticos de esta concepción del proceso psicoanalítico, me gustaría plantear un ejemplo clínico muy condensado, simplemente para destacar lo antojadizo de un abordaje ontogénico no lineal y no natural, de lo que es un proceso psicoanalítico.

Veamos pues la formulación de un caso en términos de trabajo focal (Kächele, 1987). La primer fase de un tratamiento psicoanalítico de una mujer profesional de treinta años, estuvo dedicada a trabajar las experiencias reales desencadenantes de graves crisis depresivas que estallaron a consecuencia de una cantidad de desilusiones que habían sacudido su autoestima. En esta fase, la paciente conscientemente negaba algún tipo de compromiso afectivo con el analista como persona.

La segunda fase del tratamiento -después de sobreponerse a su necesidad defensiva de terminar con el sentimiento de una exitosa remoción de los síntomas- se enfocó manifiestamente sobre la relación con su padre, quien se había comportado en forma seductora con ella en su pubertad; el analista era objeto en la transferencia de su desvalorización del mundo masculino. Al mismo tiempo comenzó a experimentar el consultorio del terapeuta como algo que era de su propiedad.

La tercera fase estuvo caracterizada por la repetición de su relación idealizadora con su abuelo en la transferencia, habiendo sido el abuelo una persona que proveía a la paciente con una sensación de seguridad en su infancia, mientras que el padre y la madre resultaron haber provisto relaciones muy inestables que dependían de que ella se portara bien.

La cuarta fase se refería al pasado nazi de su padre; esta fase se concentró en la elaboración de fantasías destructivas que habitaban en ella, y en la defensa frente a estas fantasías en la transferencia. La elaboración de la fantasía atormentadora de las atrocidades que su padre pudiera haber cometido como oficial de las SS y

su real preocupación en ese momento del tratamiento por la injusticia del régimen de SS, condujeron a la quinta fase.

En la quinta fase ella pudo percibir mi -hasta ese momento supuesta- no confiabilidad emocional como una repetición de la madre temprana y expresaba el deseo de poder sentarse cara a cara conmigo y reducir la frecuencia a una sesión por semana. “Sólo puedo estudiar lo que está sucediendo en usted a través de su rostro. Mientras usted se siente atrás mío nunca voy a estar muy segura de si realmente me está escuchando”. De hecho, ella inmediatamente percibía y reaccionaba a cualquier reacción de rechazo que yo pudiera parecer manifestar. Pude tolerar lo que era para mí una fase muy difícil de contratransferencia negativa, contra una niña irritable y provocativa, gracias a que pude recordar lo que ya se había logrado.

La sexta fase tenía que ver explícitamente con temas vinculados a la terminación, que traían de nuevo el peligro de perder el nuevo “objeto” nuevamente, e implicaban trabajar nuevamente sobre temas de separación que caracterizaron sus experiencias tempranas en la vida.

El tema de la desconfianza básica en la relación terapéutica había sido pospuesto por esta paciente por mucho tiempo, durante el cual ella trabajaba sobre otros temas.

El resultado de cada parte del trabajo determina de hecho qué tema puede abordarse posteriormente. La emergencia de un nuevo tema no puede ser predicha de antemano en términos de cuál es el tema que viene después; esto depende de la historia conjunta de la vida. Nuestro modelo de proceso no se basa en reglas, pero da lugar a esta negociación interpersonal no conscientemente controlada sobre lo que es posible entre dos personas en el encuadre terapéutico. Las experiencias de cambio de analista, a veces intencionales pero más a menudo impuestas al paciente, ya sea por un trabajo analítico improductivo y frustrante, o por algún cambio inesperado en la vida del analista, apuntan a este aspecto.

El modelo de proceso tampoco distingue entre el análisis completo e incompleto sino que toma la dialéctica del análisis terminable e interminable seriamente, al punto que el proceso llega a una detención cuando nada importante ocurre ya para ninguna de las dos partes, o cuando las ideas del paciente lo apartan del análisis y lo hacen volver a su vida autónoma.

A diferencia de un abordaje como puede ser el de Fűrnestau (1977) o por cierto Kohut (1984) nuestra concepción de proceso no intenta modelar un proceso caracterizado como ideal, sino que busca promover una visión de proceso que trata de abarcar el espectro completo de terapias basadas en la teoría psicoanalítica. Por esta razón, la información sobre tiempo y espacio, sobre teoría terapéutica y

heurística, son también parte de este modelo de proceso, aún si no basamos nuestros objetivos de proceso en una concepción sintomática estrecha, fijada solamente por convención; sí pedimos que el objeto se ancle en modos de comportamiento, que puedan ser especificados de una forma u otra. Estos pueden ser y de hecho son cambiados durante un proceso, aunque sea solamente como resultado del mismo; sin embargo, la relación entre medios y fines permanece en un lugar central en la técnica psicoanalítica, lo cual nosotros miramos como una tecnología hermenéutica. Podemos adoptar la atractiva metáfora de proceso que usan von Blarer y Broghe (1983) diciendo que “el camino es el objetivo”, si el camino conduce del planeamiento de los problemas a su solución. Por lo tanto, planteamos una técnica orientada heurísticamente que involucre buscar, hallar y descubrir, y cuyo objetivo es crear las mejores condiciones posibles para el cambio.

Hasta este punto me he limitado al nivel teórico de la discusión pura, involucrando los aspectos clínicos y teóricos. Ahora quisiera abordar los aspectos empírico-sistemáticos. A pesar de que las teorías de proceso deberían a largo plazo estar apoyadas empíricamente en el psicoanálisis, así como en otros campos de las intervenciones humanas, de hecho son en la actualidad usadas en un grado mucho mayor como instrumentos de revisión crítica de la teoría. Un objetivo para nada secundario, del texto “Teoría y Práctica del Psicoanálisis” de Thomä y yo mismo (1987) es iniciar una discusión abierta sobre temas que son usualmente abordados sólo en una forma estrictamente codificada, y han sido de hecho practicados en forma diferente por un tiempo muy prolongado. En este sentido el modelo de proceso de Ulm es en sí mismo una técnica heurística. Después de todo, tiene como objetivo sugerir la manera en que los procesos psicoanalíticos son actualmente concebidos y practicados.

Nuestro punto de partida es un continuum de los varios métodos que están compuestos de elementos cuyas combinaciones generan las diferentes formas de terapia. El examen del continuum de los procesos terapéuticos que existe en la realidad entre los polos del macro y el microproceso, revela fronteras fluidas en el campo macro, las cuales conforman el así llamado psicoanálisis propiamente dicho, la psicoterapia analítica y la psicoterapia breve en los campos de las terapias individuales. Las descripciones genéricas son invocadas inmediatamente después de introducir el concepto de proceso analítico, un criterio que no puede ser especificado desde el afuera en base a las variables que se vinculan al encuadre. Por ejemplo, el ampliamente discutido caso de Dewald (1972) fue descrito por dos de tres analistas didactas de la Asociación Psicoanalítica Americana como psicoanálisis, pero por el tercero sólo como terapia psicoanalítica. Aún el uso del diván de ninguna manera garantiza ya el atributo de psicoanalítico para un proceso que existe en virtud del funcionamiento de la transferencia y la contratransferencia

(Rangell, 1981). Los modelos de proceso en un nivel micro, como están formulados por ejemplo por Von Zeppelin (1987) usando el sistema de regulación cognitiva-afectiva para los procesos intrapsíquicos, y el modelo de regulación interactiva, (propuesto por Mosser y cols., 1981) plantean la validez de todos los abordajes orientados psicoanalíticamente.

En su uso del concepto de foco, el modelo de proceso de Ulm primariamente apunta a un nivel medio de descripción. El concepto de foco es semánticamente bastante poco claro, ya que también hablamos de enfocar y podemos estar refiriéndonos a procesos relativamente cortos. El concepto de foco introducido por French (1952) formaba parte de su análisis cognitivamente orientado de los sueños; fue tomado por Seitz (1966) en el estudio de consenso ya mencionado, en el cual French también participaba. Aquí, el foco pasó a ser visto como el mínimo común múltiple, lo cual fue entendido clínicamente como el concepto de transferencia prevalente. Una concepción interactiva orientada al proceso de un foco que va cristalizando a lo largo del trabajo se desarrolló luego en el taller de terapia focal desarrollado por Malan (1963, pág. 272). Nuestra concepción del foco se vincula a una estructura que se extiende por un período más largo de tiempo y que involucra una secuencia más extensa de sesiones. Hemos estado trabajando durante mucho tiempo sobre la identificación empírica de tales estructuras. Un número de métodos de diferentes niveles de abstracción del proceso clínico son usados para este propósito.

Me gustaría discutir brevemente dos abordajes empíricos: primero, quisiera recordar la estrategia de evaluación de Dahl (1983) del índice de temas del terapeuta, y segundo, presentaré algunos resultados que se relacionan con la identificación empírica de fases, en base a la evaluación clínica sistemática de la primera mitad de un caso analítico. Una tercera estrategia, basada en un análisis de texto realizado con la ayuda de un computador, será mencionada simplemente como una apertura a abordajes aún más sofisticados en la investigación del proceso psicoanalítico.

Indice de temas

Para la determinación de estructuras temáticas es necesario asegurarse de qué se está hablando. Un abordaje inicial conveniente podría ser usar las notas de proceso del terapeuta; sin embargo, una observación más exacta debería basarse en la evaluación de registros de video o audio, por parte de un observador no involucrado en el proceso. Dahl introdujo el método del Índice de Temas para la investigación en el proceso psicoanalítico en trabajos fermentales en 1972 y 1974

(ver Dahl, 1983, para una presentación resumida). Estas fueron una fuente importante de mis propias ideas sobre cómo organizar un modelo de trabajo de la investigación de proceso orientada hacia el foco.

Parecía obvio organizar la investigación de este tipo a lo largo de polos que se extendían desde la tradicional historia de casos a métodos muy formalizados correspondientes a abordajes cualitativos, y a métodos cuantitativos muy meticulosos. El método del índice de temas asume que los patrones de trabajo temáticos pueden ser representados por análisis configuracionales de los padrones estadísticos de temas simples, los cuales son parte de la conversación. Usando el conocimiento de experto del terapeuta sobre su paciente, "el analista había identificado cincuenta y ocho variables de interés específico en el caso y había codificado la presencia de cada una de éstas en la transcripción abreviada de trescientas sesenta y tres sesiones" (Dahl, 1983, pág. 42). Con la técnica estadística de análisis factorial, Dahl pudo extraer la variabilidad común entre varios de estos temas clínicos unitarios, los cuales están entonces representados como organizaciones matemáticas descriptivas llamadas factores. Los seis factores podían ser luego nombrados tomando en cuenta los temas centrales. La representación gráfica describe el tipo de información que resulta de este procedimiento. La riqueza descriptiva del estudio clínico de un caso ha sido reemplazada por la precisión cuantitativa que permite ahora la determinación de fases y focos.

Nosotros al principio usamos este abordaje para un estudio descriptivo comparativo de los temas de una paciente y su analista a lo largo del curso de un tratamiento psicoanalítico. No el analista, sino dos estudiantes de Medicina extrajeron de la transcripción textual de las sesiones la presencia o ausencia de temas. Estudiaron para ello veintidós bloques de cinco sesiones cada uno, parejamente distribuidos a lo largo de todo el curso del tratamiento y los evaluaron de un modo simple. La gráfica resultante es un mapa de eventos temáticos y puede ser usada para el propósito de mapear descriptivamente la expansión de los focos.

Ahora estamos usando este abordaje para una descripción sistemática más refinada de una terapia analítica breve video-registrada, usando nuevamente un observador externo que registra la presencia o ausencia de los temas preestablecidos cada diez minutos. De este modo surge una telaraña finamente tejida de veintinueve bloques de cinco sesiones con un índice de diez temas.

La técnica de resumen para las interrelaciones de los diversos temas es un asunto todavía abierto, en la medida que el abordaje correlacional de Dahl implica que las correlaciones entre las variables permanecen estables a lo largo del tiempo, mientras que la técnica psicoanalítica tiene el objetivo explícito de cambiar las conexiones entre temas, de modo que otros modelos estadísticos tienen que ser

invocados tales como los modelos de Markov para el análisis de la interconexión de las secuencias temáticas.

Otro abordaje para identificar áreas focales podría ser realizado por un análisis continuo de las sesiones, usando el método de C.C.R.T.¹ de Luborsky. Las primeras experiencias con el C.C.R.T. como medida de proceso para identificación de focos están aplicadas sobre un caso de corta duración. El objetivo aquí será investigar qué ramificaciones de la formulación de deseos pueden hallarse a lo largo de veintinueve sesiones y hasta qué grado éstas se relacionan con los temas focales clínicamente formulados.

Nuestro segundo abordaje de la identificación de focos consiste en la aplicación de evaluaciones en escala de conceptos clínicos, las cuales hemos descrito en detalle en otro trabajo (Kächele, 1986). La base de nuestro estudio consistía en once bloques de cinco sesiones seleccionadas a intervalos de cincuenta sesiones. Las características del tratamiento fueron discutidas mediante el análisis sistemático del proceso en base a estos períodos de cinco sesiones. Esta discusión clínica conjunta por parte del grupo de investigación, había estado precedida por una clasificación de las cincuenta y cinco sesiones, en orden asignado al azar, de acuerdo con los siguientes conceptos clínicos relevantes, los cuales tenían que ser evaluados en relación a su intensidad y grado de conciencia.

- Transferencia positiva
- Transferencia negativa
- Angustia de separación
- Angustia de castración
- Angustia de culpa
- Angustia de vergüenza
- Angustia difusa
- Insight
- Alianza de trabajo

La evaluación de esta escala clínica guiada por tres jueces, estando el terapeuta entre ellos, fue realizada por análisis estadísticos dirigidos a cinco factores.

1. Sigla de "Tema Central de Conflicto Relacional".

- Factor 1:** Alianza de trabajo (evaluadas por los jueces B y C).
- Factor 2:** Transferencia positiva como defensa contra la angustia de separación.
- Factor 3:** Angustia difusa con transferencia agresiva.
- Factor 4:** Alianza de trabajo, evaluada por el analista.
- Factor 5:** Angustia de culpa y vergüenza.

En base a nuestros conocimientos clínicos exactos y la comprensión del curso de tratamiento logrado hasta ese punto por parte del grupo de investigación en el estudio de descripción sistemática, formulamos tentativamente cuatro fases del tratamiento vinculadas a diferentes focos:

- Fase 1:** (sesiones 1 a 5, 51 a 55 y 101 a 105): mantenimiento de la defensa.
- Fase 2:** (sesiones 151 a 155, 201 a 205): intensificación y acceso a la conciencia de la relación de objeto positiva en la transferencia.
- Fase 3:** (sesiones 251 a 255, 301 a 305, 351 a 355): alternancia de la transferencia adhesiva pre-genital positiva y el distanciamiento agresivo en la transferencia.
- Fase 4:** (sesiones 401 a 405, 451 a 455, 501 a 505): Consolidación de la transferencia agresiva.

La fase 1 se caracteriza por una actitud amistosa por parte del paciente, quien aborda el proceso analítico con gran interés y aparentemente buenas defensas, tal como se juzga desde el intercambio verbal que ocurre dentro de las sesiones. El problema de la separación emerge sólo incipientemente en la transferencia. La transferencia agresiva es predominantemente inconsciente y no muy intensa; los sentimientos de culpa y vergüenza alternan en su intensidad.

La fase 2 se caracteriza predominantemente por la movilización del problema de separación en la situación analítica. Los aspectos agresivos de la transferencia se manifiestan sólo en sesiones individuales.

En la fase 3, el objetivo terapéutico de reactivar en la transferencia los impulsos agresivos que subyacen a las severas angustias es logrado por primera vez. Al mismo tiempo, la alternancia con la posición adhesiva simbiótica es impactante.

En la fase 4 vemos una perceptible declinación de la relación de objeto amistosa y conciliadora, la cual es reemplazada por una transferencia agresiva negativa y analmente teñida.

Deberá anotarse que este estudio fue realizado cuando el tratamiento no estaba todavía completo, de modo que fases posteriores es de esperar que ocurran cuando el curso total del análisis que dura alrededor de mil doscientas sesiones sea estudiado. Las formulaciones de foco derivadas de la clínica fueron luego

chequeadas por un algoritmo formal, usando los cinco factores de la investigación por escalas; un procedimiento llamado análisis discriminante fue usado para calcular un número de funciones lineales por medio de las cuales las sesiones que pertenecen a las cuatro fases, pueden ser chequeadas para determinar si las sesiones individuales han sido asignadas a una de las cuatro fases en base a los cinco valores de factor sólo por azar o si la asignación es significativa. Sin entrar en los detalles del procedimiento estadístico (ver el programa de computación biomédica, 1973, pág. 221), es importante comprender algo de su lógica: cada una de las cincuenta y cinco horas es asignada por este método de análisis discriminante a una de las cuatro fases, es decir, la combinación lineal de los cinco factores usados da un valor de asignación para cada sesión individual así proveyendo una base empírica para la discusión de la homogeneidad de las fases en el nivel de las sesiones.

Resumiendo los resultados de este procedimiento de clasificación por la siguiente matriz de clasificación se demuestra la relativa homogeneidad de cada una de las cuatro fases en términos de sesiones asignadas a ella.

Matriz de clasificación					
-Función discriminante-					
Fase	1	2	3	4	N _{sesiones}
1	12	0	2	1	15
2	2	6	1	1	10
3	3	4	5	3	15
4	5	1	0	9	15

Los cuatro tipos definidos por la función discriminante 1 a 4, que son basadas en una evaluación conjunta de los cinco factores representantes, corresponden clínicamente a los esquemas focales que hemos desarrollado desde nuestra discusión clínica conjunta. Con la excepción de la fase 3 hallamos un tipo dominante de sesión en cada fase; el resultado de la fase 3 claramente indica que los cuatro tipos de sesiones están espaciados a lo largo de la fase, indicando que no hay una preferencia temática estable. Un paso más allá en nuestra búsqueda de

desarrollar una herramienta descriptiva para la identificación de fases determinadas focalmente en los tratamientos analíticos, fue la conexión de evaluaciones derivadas desde la clínica por medio de procedimientos objetivos de juicio controlado y sistemático de conceptos clínico relevantes, con la herramienta del análisis de contenidos asistida por computadora. Sin entrar tampoco en los detalles de este procedimiento (Mergenthaler, 1985; Kächele, 1986) quisiéramos establecer que el intento empírico de evaluar las teorías de proceso necesita herramientas descriptivas que sean capaces de manejar la gran cantidad de datos involucrados en tal tarea. Estamos convencidos que la investigación del proceso analítico tiene que comenzar por la experiencia clínica, la cual luego -al introducir nuevas herramientas observacionales- puede ser chequeada para evaluar su grado de adecuación. Una vez que hemos hallado la posibilidad de ir más allá de la descripción clínica, podemos estar en una posición mejor para decidir en cuál modelo de proceso encajan mejor los datos. Luego, el tema de cuál puede ser la relación entre las varias fases del tratamiento puede ser resuelto.

Bibliografía

- BECKMANN, D. (1974): *De Analytiker und sein Patient*. Bern: Huber Verlag.
- BLARER, A. von & BROGLE, I. (1983): *Der Weg ist das Ziel. Zur Theorie und Metatheorie der psychoanalytischen Technik*. In Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse, ed. S.O. Hoffmann. Frankfurt: Fischer, pp. 77-85.
- DAHL, H. (1983): *On the definition and measurement of wishes*. In Empirical Studies of Psychoanalytical Theories, ed. J. Masling. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- DAHL, H.; RUBINSTEIN, B. & TELLER, V. (1978): *A study of psychoanalytical clinical inference as interpretive competence and performance*. Proporsal to the Fund for Psychoanalytic Research.
- DEWALD, P. (1972): *The Psychoanalytic Process. A Case Illustration*. New York: Basic Books.
- FRENCH, T.M. (1952): *The Integration of Behaviour*, Volume 1: Basic Postulates. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- FREUD, S. (1913): *On beginning the treatment*. S.E. 12.
- FÜRSTENAU, P. (1977): *Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse*. In Klinische Psychologie, Handbuch der Psychologie, ed. L.F. Pongratz Göttingen: Hogrefe, pp. 847-888.
- KÄCHELE, H. (1985): *Zwischen Skylla und Charybdis - Erfahrungen mit dem Liegungsrückblick*. Psychother. Med. Psychol. 35: 306-309.
- KÄCHELE, H. (1986): *Die maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozessforschung*, Ulm: PSZ-Verlag.

- KÄCHELE, H. (1987): *Ist das Glück ein Ziel psychoanalytischer Behandlung?* Forum der psychoanalyse, 3: 83-99.
- KERNBERG, O.F. et al (1972): *Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the menninger Foundation's Psychotherapy Research Project.* Bulln. Menninger Clinic, 36: 1 - 275.
- KOHUT, H. (1984): *How does Analysis Cure?* Chicago: Univ. Chicago Press.
- MALAN, D.H. (1963): *A Study of Brief psychotherapy.* London: Tavistock.
- MERGENTHALER, E. (1985): *Textbank Systems: Computer Science in Psychoanalysis.* Heidelberg: Springer Verlag.
- MEYER, A.E. (1981): *Psychoanalytische Prozessforschung zwischen der Skylla der "Verkürzung" und der Charybdis der "systematischen akustischen Lücke".* Z. Psychosom. Med. Psychoanal., 27: 103-116.
- MEYER, A.E. (1988): *How analystis tick: Studies with the retroreport.* In Psychoanalytic Process Research Strategies, ed. H. Dahl & H. Kächele. Heidelberg: Springer Verlag.
- MOSSER, U.; ZEPPELIN, I. von & SCHNEIDER, W. (1981): *Objektbeziehungen, Affekte und Abwehrprozesse. Aspekte eine Regulierungstheorie mentaler Prozesse.* Berichte der interdisziplinären Konfliktforschungsstelle der Universität Zürich, N° 9.
- PETERFREUND, E. (1983): *The Process of Psychoanalytic Therapy: Models and Strategies.* Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- PULVER, S.E. (1987): *Epilogue.* Psychoanal. Inq., 7: 289-299.
- RANGELL, L. (1981): *Psychoanalysis and dynamic psychotherapy. Similarities and differences twenty-five years later.* Psychoanal. Q., 50: 665-693.
- SANDLER, J. (1976): *Countertransference and role-responsiveness.* Int. Rev. Psychoanal., 3: 43-47.
- SANDLER, J. (1983): *Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice.* Int. J. Psychoanal., 64: 35-45.
- SEITZ, P. (1966): *The consensus problem in psychoanalysis.* In Methods of Research in Psychotherapy, ed. L.A. Gottschalk & A. H. Auerbach, New York: Appleton Century Crofts, pp. 209-225.
- SPENCE, D. (1982): *Narrative Truth and Historical Truth. Meaning and Interpretation in Psychoanalysis.* New York: Norton.
- THOMÄ, H. et al (1976): *Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse.* Psyche, 30: 978-1027.
- THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1975): *Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research.* Annual Psychoanal., 3: 49-119.
- THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1987): *Psychoanalytic Practice, Volume 1: Principles.* Hedelberg: Springer Verlag.
- WALLERSTEIN, R.S. (1985): *Forty-two Lives in Treatment. A study of Psychoanalysis and Psychotherapy.* New York: The Guilford Press.
- ZEPPELIN, I. von (1987): *A process model of psychoanalytic therapy.* In The Self and its Symptoms, ed. N. Cheshire & H. Thomä. New York: Wiley.

Psicoterapia Focal

Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos

Denise Defey, Juan Hebert Elizalde, Jorge Rivera

(Compiladores)

Raquel Baráibar

Ricardo Bernardi

Reiner W. Dahlbender

Denise Defey

Juan Hebert Elizalde

Héctor Fiorini

Gabriele Frevert

Angel Ginés

Juan Pablo Jiménez

Horst Kächele

Gabriela Montado

Jorge Rivera

Loreley Sarro

Sabine Skneckenburger

Foto de tapa: *Arq. Eduardo Defey*

© Editorial Roca Viva
Banri S.A.
Pedro Bustamante 1673 bis
Montevideo - Uruguay

ISBN: 9974-46-004-2