

Kächele H, Albani C, Buchheim A, Hölzer M, Hohage R, Jimenez JP, Leuzinger-Bohleber M, Mergenthaler E, Neudert-Dreyer L, Pokorny D & Thomä L (2007) Amostra Alemã, Caso Amalia X: Estudos Empíricos. *Archivos de Psicanalyse (Brazil)*

### **Amostra Alemã, Caso Amalia X: Estudos Empíricos<sup>1</sup>**

Horst Kächele, Cornelia Albani, Anna Buchheim, Michael Hölzer, Roderich Hohage, Juan Pablo Jimenez, Marianne Leuzinger-Bohleber, Erhard Mergenthaler, Lisbeth Neudert-Dreyer & Helmut Thomä

Departamento de Medicina Psicossomática e Psicoterapia  
Universidade de Ulm  
Am Hochstraess 8  
89081 Ulm/ Germany  
e-mail:horst.kaechele@uni-ulm.de

Tradução: Clara Ester Trahtman (Porto Alegre –RS, Brasil)

---

<sup>1</sup> Kächele H, Albani C, Buchheim A, Hölzer M, Hohage R, Jiménez JP, Leuzinger-Bohleber M, Mergenthaler E, Neudert-Dreyer L, Pokorny D & Thomä H (2006a) The German Specimen Case Amalia X: Empirical Studies. *Int J Psychoanalysis* 87: 809-826

### Resumo

Este estudo nos dá a perspectiva de como o processo de pesquisa psicanalítica pode ser realizado. Este trabalho observa em detalhes o modelo do processo de pesquisa de Ulm e resume os diversos estudos empíricos que são efetuados de tratamentos em psicanálise completamente gravados em fita. Os estudos demonstram as diversas modalidades empíricas de processos de pesquisa disponíveis para objetivar o estudo do processo e o fenômeno dos resultados.

### Abstract

The paper provides a perspective on how psychoanalytic process research can be implemented. This paper sets out to detail the Ulm process research model and summarizes the manifold empirical studies that were performed on a completely tape recorded psychoanalysis. The studies demonstrate the many modalities empirical process research that are available to objectify study process and outcome phenomena.

## Apresentação

Por Clara Ester Trahtman

A tradução deste artigo justifica-se tanto pela excelência de seu conteúdo científico quanto pelo rigor metodológico que o caracteriza – um rigor, vale ressaltar, incomum em psicanálise, mas necessário. Este trabalho mostra, com competência, como é possível fazer pesquisa em psicanálise e também em psicoterapia, com embasamento científico. Além disso, esta tradução foi motivada por um sentimento de gratidão pela forma como fui recebida na Universidade de Ulm em 1993. Lá permaneci por 2 meses, plenamente integrada às atividades de pesquisa, em um saudável ambiente de abertura científica.

Horst Kächele, um dos autores, é catedrático e diretor do Departamento de Medicina Psicossomática da Universidade de Ulm e ex-presidente da (international) Sociedade de Pesquisa em Psicoterapia. Publicou vários livros e artigos sobre pesquisa em psicoterapia e psicanálise. Em particular, o terceiro volume do *Compêndio de Ulm* “Pesquisa de Um caso Clínico – Prática Psicanalítica” escrito em co-autoria com H. Thomä e J. Schachter (2007), trata do caso Amália X e do processo de pesquisa na terapia psicanalítica (entre outros tópicos) e já se encontra em fase final de tradução para o inglês. Em 2004, recebeu o prêmio Mary S. Sigourney da Associação Psicanalítica Americana, como reconhecimento de suas significativas contribuições ao campo da psicanálise.

O presente artigo enquadra-se no contexto da formação do chamado Banco de Textos de Ulm (BTU; Mergenthaler & Kächele 1988/1996). O BTU é uma base de dados psicanalítica; para formá-lo, foram gravadas e transcritas para o computador sessões de psicanálise, as quais se converteram, por um lado, em amplas amostras de tratamento e, por outro, em objeto de pesquisa.

No BTU há 40 classes de discursos, com aproximadamente 1000 interlocutores distintos e 5000 sessões de psicanálise. Em conjunto, os textos armazenados incluem um vocabulário de 155.000 palavras alemãs e 20.000 inglesas, compreendendo um total de mais de 10 milhões de fichas. Até agora, foram gravados total ou parcialmente 22 tratamentos psicanalíticos de 8 analistas e 22 pacientes. Um destes casos investigados sistematicamente foi o de Amália X. O BTU mantém contato com 30 instituições na Alemanha, 4 nos EUA, 2 na Suécia, 2 na Suíça e uma na Áustria, compartilhando conhecimento e incentivando a pesquisa.

## Introduction

Historicamente em psicanálise, a tradição oral – documentada principalmente em vinhetas clínicas – tem constituído o principal meio para transmitir os insights oriundos da situação terapêutica como um campo para a investigação orientada para o descobrimento. Quando se utilizou o termo “hora padrão” (Dahl et al., 1988) para oferecer a transcrição de uma hora de tratamento psicanalítico, ficou implícito que em psicanálise não existem apenas modelos de sonhos como cunhou Freud. Seguindo as recomendações de Wallerstein e Sampson (1971) de oferecer estudos intensivos de casos únicos para avançar em nosso campo, temos levado a cabo um exame continuado, multi-nível e colaborativo do que pode ser descrito como uma “amostra de caso”. Neste relatório apresentamos um resumo dos estudos feito no tratamento psicanalítico de nosso caso-amostra nomeado “Amália X”<sup>2</sup>. Vinhetas clínicas e um resumo psicodinâmico do caso foram apresentados no segundo volume do livro de Thomä & Kächele de terapia psicanalítica (1992), do qual citamos agora:

“Amália X (nascida em 1939) esteve em tratamento psicanalítico (517 sessões) durante o início da década de setenta, com bons resultados. Alguns anos depois ela voltou ao seu terapeuta anterior para um período curto de terapia analítica por causa de problemas com seu amante, muitos anos mais jovem que ela. Vinte e cinco anos mais tarde ela consultou um colega meu, pois a separação final deste parceiro tinha lhe causado problemas insuportáveis e ela pediu ajuda especializada novamente.

Amália X veio à psicanálise porque as restrições severas que ela sentia na sua auto-estima haviam-na tornado vulnerável à depressão nos últimos anos. Toda sua história de vida, desde a puberdade e seu papel social como mulher tinha sofrido com o estresse resultante de seu hirsutismo. Embora tenha sido possível esconder seu estigma – o crescimento viril de cabelo por toda parte de seu corpo – dos outros, os auxílios cosméticos por ela utilizados não tinham elevado sua auto-estima ou eliminado sua extrema insegurança social. Seus sentimentos de estar sendo estigmatizada e seus sintomas neuróticos, que já tinham se manifestado antes da puberdade, fortaleceram um ao outro em um círculo vicioso; dúvidas de uma neurose compulsiva e vários sintomas de ansiedade impediram seus relacionamentos pessoais e, acima de tudo, impediram a paciente de formar amizades heterossexuais mais íntimas.

Esta mulher, que tinha se esforçado muito em sua carreira, culta, solteira e feminina apesar de seu estigma, impressionou-me positivamente. O analista estava relativamente seguro e confiante de que seria possível mudar o significado que ela atribuía ao seu estigma. Em termos gerais, ele procedeu baseado no posicionamento de que nosso corpo não é nosso único destino e que a atitude que pessoas significativas e nós mesmos temos em relação aos nossos corpos pode também ser decisiva. Freud parafraseando a expressão de Napoleão de que o efeito de nossa anatomia é nosso destino deve ser modificada como

---

<sup>2</sup> 1. Para evitar qualquer ligação com a “espécime de sonhos de psicanálise” de Erikson (1954) enfatizamos desde o início que o exame do tratamento de Amália deveria ser considerado como nosso próprio estudo de caso.

consequência de insights psicanalíticos na psicogênese da identidade sexual. Papel sexual e identidade própria se originam sob a influência de fatores psicossociais, com base no sexo somático do indivíduo.

Sua experiência prévia autorizou as suposições iniciais seguintes. Um estigma viril fortalece a inveja do pênis e reativa conflitos edípicos. Se o desejo da paciente de ser um homem se tivesse materializado, sua imagem de corpo hermafrodítico se teria tornado livre de conflito.

A questão “Sou homem ou mulher?” estaria então respondida; sua insegurança com relação à sua identidade a qual era continuamente reforçada pelo seu estigma, teria sido eliminada; e a auto-imagem e realidade física estariam então em concordância. Era impossível para ela manter sua fantasia inconsciente de que ela era um homem, devido à sua genitália feminina. Um estigma viril não transforma uma mulher em um homem. Soluções regressivas, como alcançar a segurança interna apesar de seu estigma masculino identificando-se com a mãe, revitalizou velhos conflitos mãe-filha que conduziram a uma variedade de processos defensivos. Todos os seus processos afetivos e cognitivos eram marcados por ambivalência, de forma que ela tinha dificuldade, por exemplo, de decidir entre cores diferentes ao fazer compras porque ela as vinculava às qualidades masculino ou feminino” (Thomä & Kächele 1992, p.79).

As informações mais recentes sobre a técnica analítica neste caso foram apresentadas na Conferência da IPA em Nova Orleans em 2004 (published soon: Thomä & Kächele 2007) onde o caso foi discutido por um bom número de analistas de diversos campos (Wilson, 2004).

Nosso resumo destes estudos poderia ter como subtítulo a pergunta, “ Quantos aspectos tem um elefante para sete investigadores cegos que só podem tocá-lo por partes?”<sup>3</sup> Dada a escassez predominante dos dados descritivos sistemáticos nos casos de psicanálise, temos que assumir que todos os investigadores neste nível são de certo modo cegos. Os vários estudos realizados no caso de Amália X referem-se apenas a partes e aspectos que devem se integrar mais adiante para que se possa perceber os vínculos entre eles e o caso como um todo possa ser avaliado. Entretanto, de momento estamos todos cegos e não podemos afirmar que vimos o elefante em sua totalidade, da tromba até a cauda; mas para uma análise do estilo de vida do elefante é consideravelmente mais importante investigar a tromba que a cauda. O mesmo vale para os estudos empíricos analisados neste capítulo. Quanto mais alguém se perde nos mais insignificantes detalhes lingüísticos do diálogo, mais provavelmente virá a perder de vista as questões clínicas importantes; mas também é certo que um analista pode se tornar consciente de pontos cegos usando métodos de pesquisa micro-analíticos. Se é possível ou não extrair conclusões gerais a partir disto, segue uma questão em aberto. Nossa convicção inicial, que nos levou a começar este empreendimento, foi a crença de que a psicanálise – como qualquer outro campo científico-requer trabalho descritivo cuidadoso. Este passo necessário em pesquisa foi apelidado como a “fase botânica da pesquisa em psicoterapia” (Grawe, 1988).

A afirmação de Luborsky e Spence (1971) no que concerne a necessidade de amostras de casos explica de forma bastante concisa o que está em jogo aqui. “Idealmente, duas condições deveriam ser satisfeitas: O caso deveria ser claramente definido como analítico e os dados deveriam ser gravados, transcritos e indexados para maximizar a acessibilidade e

<sup>3</sup> 2. Trata-se de uma referência a uma frase de J.H.: Beadle (1878): “ Meu amigo... viu o elefante inteiro, da tromba à cauda”.

a visibilidade” (p.426). A primeira condição foi cumprida pelo fato de um número suficiente de colegas ter considerado este caso como realmente “analítico”. O analista tinha uma boa reputação na comunidade profissional, embora todos os analistas devam demonstrar suas qualidades em cada um e em todos os caso. Com base nos resultados dos estudos, também podemos afirmar retrospectivamente que o analista trabalhou de acordo com as regras psicanalíticas fundamentais. Seguir um método específico não deve ser confundido com estar de acordo com uma lei. Nós compartilhamos ponto de vista de Gabbard e Westen (2004) de que o processo deveria ser conduzido de acordo com o princípio de tentativa e erro.

Nossa atitude neste assunto permanece exclusivamente dentro da comunidade profissional.

A segunda condição formulada por Luborsky e Spence (1971) se cumpre com a utilização em nossos estudos do Banco de Textos de Ulm (Mergenthaler & Kächele, 1988) no qual foram armazenadas gravações de áudio de 517 sessões deste caso psicanalítico, à disposição para investigação por membros da comunidade científica. Ao longo de muitos anos de trabalho se transcreveu aproximadamente a metade das sessões deste caso seguindo as regras do Banco de Textos de Ulm (Mergenthaler & Stinson, 1992). A maioria de nossas investigações não teria sido possível sem estas gravações de áudio nem as transcrições textuais dos diálogos.

Os problemas associados com a gravação de sessões analíticas têm sido exaustivamente tratados por Kächele, Thomä, Ruberg e Grünzig (1988) e mais recentemente também na apresentação clínica de uma sessão de análise de Amália (Thomä & Kächele, 2007). Sem querermos ser reiterativos nestes problemas, gostaríamos de enfatizar o valor das gravações de áudio para a realização de estudos analíticos empíricos de relatos de tratamentos e para investigações interdisciplinares. A acessibilidade do diálogo psicanalítico e de seu estudo por parte de investigadores psicanalíticos em colaboração com psicólogos, linguistas, e outros estudiosos independentes reforça o fundamento interdisciplinar da psicanálise. Muito frequentemente no passado estudiosos escreveram sobre psicanálise sem ter acesso aos seus dados iniciais – uma situação que poderia se comparar com discutir as idéias filosóficas de Sócrates sem realmente ter lido os diálogos de Platão.

### O Enfoque Empírico: Uma Estratégia Observacional Multi-Nível

Nosso objetivo a longo prazo era estabelecer formas para descrever sistematicamente os diferentes aspectos e dimensões dos processos psicanalíticos, e usar os dados descritivos obtidos deste modo para examinar as hipóteses do processo. Isto implicava na geração de hipóteses gerais do processo assim como o estabelecimento de suposições processuais para um caso singular. A especificação de como deve desenvolver-se um processo psicanalítico, deve ir mais além das idéias clínicas gerais, considerando o tipo de material que produz cada paciente e as intervenções estratégicas mais adequadas para conseguir uma mudança nas dimensões de relevância teórica especificadas para cada caso particular. Embora nosso enfoque excluísse o uso de medidas não clínicas para limitar intrusões no processo clínico, foram empregados dados psicométricos independentes, pré e pós-resultados, para valorizar a efetividade do tratamento psicanalítico, que foram publicados por Thomä e Kächele (1992, cap. 9.11.2).

Nosso enfoque metodológico distingue quatro níveis de investigação de caso, cada um dos quais se ocupa de diferentes materiais estudados em níveis distintos de conceituação (Kächele & Thomä, 1993). Trata-se de: estudo de caso clínico (nível I); descrição clínica sistemática (nível II); procedimentos de juízo clínico orientado (nível III); análise de texto lingüístico auxiliado por computador (nível IV). Seguindo as recomendações de Sargent (1961) escolhemos esta estratégia de múltiplos níveis com base em nossa concepção de que a brecha entre a concepção clínica e a objetivação não pode ser superada adequadamente utilizando apenas um enfoque.

#### Nível I : Estudos de Caso Clínico

O estudo do caso clínico baseado na boa memória ou inclusive nas notas precisas de um analista representa uma importante função comunicativa dentro da profissão. Como demonstrado por Dewald (1978), esta forma de estudo de caso como ferramenta de formação tem uma aceitação geral. Surpreendentemente, estes estudos de caso, quase nunca constituíram foco de estudo científico formal. Mas justamente, este foco é necessário para demonstrar seu valor científico e, portanto sua utilidade para nossa comunidade científica (Michels, 2000). Atualmente, há um consenso cada vez maior sobre a necessidade crítica de estudos de caso cuidadosamente preparados. Como conseguir isto, é uma questão chave em permanente discussão.

Como contribuição a estas discussões, o segundo volume do Compêndio de Ulm (Thomä & Kächele 1992) contém exemplos desta forma tradicional de usar o material clínico com estudos do caso Amália X focados neste nível em: identificação com a função do analista (2.4.2); livre associação (7.2); anonimato e naturalidade (7.7); exemplos de gravação de áudio (7.8.1) e mudanças (9.11.2).

#### Nível II: Descrições Clínicas Sistemáticas

O nível das descrições clínicas sistemáticas por meio de múltiplos métodos estruturados se diferencia claramente do estudo clínico de caso, mas ainda permanece próximo do raciocínio clínico. No caso de Amália X, estes métodos se basearam nas gravações em fita cassete de todo o tratamento acompanhado de transcrições literais de uma quinta parte das sessões (e.g. 1-5, 26-30, 51-55,..., 501-505). As gravações literais das sessões podem ser utilizadas tanto pelo próprio analista para preparar um estudo clínico como por uma terceira pessoa. Este novo passo clínico-descritivo permite uma avaliação, porém com certas restrições, já que não se dispõe de todas as sessões. Trabalhar com uma amostra temporal sistemática presume que uma análise sistemática de dados dentro de intervalos definidos de tempo permite capturar os processos decisivos de mudança. Tanto o analista como outras pessoas podem levar a cabo o processo com êxito usando o mesmo material.

Utilizamos os seguintes pontos de descrição para cada bloco de cinco sessões disseminadas ao longo da duração do tratamento desde a hora 1 à 505, com intervalos regulares de 20 sessões:

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. a situação externa do paciente e o tratamento</li><li>2. a situação de transferência / contratransferência</li><li>3. relações do paciente com “objetos” importantes fora do tratamento, presentes e passados.</li></ol> |
|---|

- |   |
|---|
| <p>4. a aliança terapêutica</p> <p>5. episódios importantes no bloco de cinco sessões</p> |
|---|

Esta descrição sistemática foi elaborada inicialmente por dois estudantes de medicina e depois revisada e aperfeiçoada por psicanalistas experientes. O material disponível após este esforço considerável pode servir para múltiplos propósitos, além de constituir um grande sucesso por si mesmo (ver Kächele, Schachter & Thomä, 2007, cap.3). Permite uma fácil orientação na totalidade do caso, ao mesmo tempo em que é mais detalhado e mais sistemático que o típico histórico “estilo novela”. O registro descritivo sistemático assinala o progresso ordenado das coisas.

Pode-se reordenar os dados qualitativos (p.e., agregando todas as descrições transferenciais uma após a outra) e, portanto conseguir uma boa impressão do desenvolvimento dos aspectos fundamentais, como ilustra a seguinte tabela:

<p><b>Descrição Sistemática das Questões Transferenciais Focais em Amália X</b></p>
---

<p>001-005: A análise como confissão</p> <p>026-030: A análise como uma avaliação</p> <p>051-055: A mãe má e fria</p> <p>076-080: Submissão e desafio secreto</p> <p>101-105: Em busca de suas próprias regras</p> <p>116-120: O pai decepcionante e a filha incapaz</p> <p>151-155: O pai frio e seu desejo de identificação</p> <p>176-180: Ambivalência na relação com o pai</p> <p>201-205: O pai como sedutor ou juiz de valores morais</p> <p>226-230: Ele me ama ou não?</p> <p>251-255: Nem meu pai pode transformar-me em um menino</p> <p>276-280: O sentimento de Cinderela</p> <p>301-305: A menina pobre e o rei rico</p> <p>326-330: Se me rejeitares te rejeitarei</p> <p>351-355: O amor impotente ao poderoso pai e o ciúme</p> <p>376-380: Separação para não ser abandonada</p> <p>401-405: Descoberta de sua capacidade de criticar</p> <p>426-430: Sou só a segunda para minha mãe, primogênitos são preferidos</p> <p>451-455: Ódio em relação ao terapeuta</p> <p>476-480: A arte de amar consiste em tolerar amor e ódio</p> <p>501-505: Ser o primeiro a dizer adeus</p> <p>513-517: Sinfonia de partida</p>
---

O método de Índices de Tópicos, baseado nas obras iniciais da equipe de pesquisa de Gill (Simon et al. 1968), foi utilizado para estudar a distribuição dos temas principais durante o tratamento. A presença de cada tema foi avaliado em um formato binário (sim/não), e a matriz gráfica resultante oferece uma boa visão de quando um determinado tema foi abordado pela paciente e/ou analista durante o tratamento (Thomä et al 1982).

Nível III: Procedimentos de Juízo Clínico Orientado



Este nível metodológico consiste em juízos qualitativos e clinicamente informados emitidos por dois ou mais observadores de forma sistemática. Este enfoque mantém a natureza dos dados em um nível qualitativo ao mesmo tempo em que permite manejar estes dados com estatística paramétrica e não-paramétrica. Para realizar esta transformação, usa-se uma escala simples para representar o aspecto dimensional de qualquer conceito estudado. Esta escala, que supõe uma versão mais elaborada da distinção binária “sim/não”, indica o início de qualquer procedimento de medida. Luborsky (1984) chamou acertadamente estes “procedimentos de juízo clínico orientado” que utilizam a aptidão com que um clínico registra dados complexos. Neste nível de nosso enfoque investigador, vários estudos foram realizados na nossa amostra de caso, como segue:

- a) Mudança no insight emocional (Hohage & Kübler, 1988)
- b) Mudança na auto-estima (Neudert et al., 1987)
- c) Tipos de sofrimento subjetivo (Neudert & Hohage, 1988)
- d) Mudança nos sonhos (Leuzinger-Bohleber & Kächele, 1990)
- e) Modelo focal do processo avaliado pelo método de Tema Central do Conflito Relacional - CCRT (Albani et al., 2002)
- f) Intervalos entre as sessões e o processo analítico (Jiménez et al., 2002)
- g) O “plano inconsciente” em termos da Teoria de Controle-Domínio (Albani et al., 2000)
- h) Técnica psicanalítica avaliada pelo Método de Classificação –Q do Processo Psicoterapêutico (Albani et al., 2002).

O que segue é um resumo de cada um destes enfoques e o que aprendemos com eles ao realizar nossas investigações.

### Mudança no Insight Emocional

O conceito de insight é um dos conceitos chave no tratamento psicanalítico, embora as medidas substanciais de mudança no insight emocional sejam escassas. Hohage & Kübler (1988) construíram uma escala que diferenciava entre um acesso cognitivo (C-score) e um acesso emocional (E-score) do paciente a seu material. A isto se acrescenta uma pontuação combinada do constructo específico denominado “insight emocional” que aparece descrito no manual de Hohage (1996).

Este enfoque não só consiste em uma avaliação quantitativa do próprio insight, mas também do envolvimento cognitivo. É claro que a mudança terapêutica não se produz só com diferentes níveis de insight. Pode, no entanto, indicar um passo importante se o paciente começar a ocupar-se de si mesmo e não apenas de outras pessoas. Em tais casos, a extensão da maior experiência do paciente consigo próprio, seria um resultado relevante. A paciente Amália X, de qualquer modo, tinha mentalidade psicológica (capacidade reflexiva) e freqüentemente resolvia seus próprios pensamentos e sentimentos (pontuação C – inalterada). Mesmo assim, as mudanças em sua experiência emocional (pontuação E) foram importantes. Quando exposta ao impacto do conflito psíquico pareceu reforçar o acesso emocional a seu material, o que indica uma importante mudança terapêutica. Por exemplo, sob a pressão da iminente interrupção foi capaz de permanecer envolvida emocionalmente. Isto complementou a descoberta de elevados escores de insight.

Todavia, tem que se ter em conta que este enfoque reflete somente determinados aspectos do insight. Centrando-nos no acesso da paciente à experiência, descuidamos o conceito de insight como um aumento do autoconhecimento ou como consciência de motivos inconscientes. Não podemos descartar que mesmo que a paciente relate em uma forma a demonstrar insight, pode ser sobre assuntos irrelevantes ou extraindo conclusões equivocadas. Só se pode determinar se suas conclusões são corretas e seus pensamentos relevantes através de um juízo clínico, o qual por sua vez pode ser certo ou errado. Além disto, uma diminuição no insight emocional assim como um aumento na resistência observados no transcurso de um tratamento psicanalítico não devem ser considerados como um passo para trás. O processo psicanalítico tem mais de uma dimensão, e tornar-se mais perceptivo é apenas um de seus múltiplos objetivos. A serviço do progresso terapêutico é tipicamente necessário que os pacientes ativem conflitos e desenvolvam resistências. Só poderemos por em dúvida o efeito terapêutico quando for impossível superar estas resistências ou trabalhar os conflitos. A escala de insight emocional pode ajudar no estudo destes desenvolvimentos e portanto contribuir para a compreensão do processo terapêutico.

### Mudança na Auto-Estima

Depois que Kohut redescobriu os aspectos positivos do narcisismo, o conceito de auto-estima poderia ter sido usado como um conceito unificador para uma série de linhas de investigação, tanto dentro como fora da psicanálise. Nas pesquisas sobre personalidade, nos últimos anos, a auto-estima e uma série de conceitos relacionados estão tomando uma crescente importância, como o demonstram Cheshire e Thomä (1987). Por outro lado, sempre tem sido rechaçado como conceito clínico-psicoterapêutico na estrutura da pesquisa psicoterapêutica empírica. No entanto, é precisamente este conceito que melhor pode, em nossa opinião, criar vínculos significativos entre o processo e os resultados da pesquisa porque é uma variável igualmente relevante em ambos os domínios. Se o processo de terapia é entendido como uma aquisição gradativa de determinadas atitudes e habilidades e se os resultados se avaliam em termos de posse e disponibilidade dessas atitudes e habilidades, então os pesquisadores deveriam colher informações sobre estas características do paciente que refletem este processo de aquisição e a estabilidade de seu resultado. Daí a importância dos estudos longitudinais e de acompanhamento destas características.

Neudert, Grünzig e Thomä (1987) desenvolveram um manual para avaliar diferentes aspectos do conceito. As duas hipóteses centrais sobre as mudanças na autoestima geral se confirmaram: a autoestima positiva aumentou de forma significativa durante o curso do tratamento, embora esta tendência crescente não ocorreu no princípio do tratamento, mas somente depois das 100 primeiras sessões em que se registraram amplas flutuações. A autoestima negativa sofreu também uma diminuição contínua e significativa desde o princípio do tratamento. No entanto, as hipóteses relativas às mudanças na aceitação por parte dos outros não se confirmaram já que não houve tendências sistemáticas. Tampouco se confirmaram as hipóteses relacionadas com a incidência relativa de diferentes categorias de material antes e depois do tratamento focal. Por outro lado, realmente houve dois resultados confirmatórios para a hipótese sobre as diferenças entre correlações nas categorias: A autoestima em conexão com a homossexualidade imaginada melhorou de forma significativa como se esperava e a autoestima negativa em conexão com o auto-erotismo decresceu significativamente.

## Tipos de Sofrimento Subjetivo

Outro conceito chave da psicanálise é o sofrimento subjetivo, isto é, o sofrimento que não pode ser medido com escalas psiquiátricas convencionais, já que reflete a subjetividade do paciente. Neudert e Hohage (1988) desenvolveram um manual guia de procedimentos que delineia as formas de sofrimento nas comunicações gravadas do paciente. No estudo da paciente Amália estavam interessados nos seguintes tópicos:

- (1) Qual foi a quantidade total de sofrimento subjetivo durante o transcurso do tratamento?
- (2) Que parte do sofrimento da paciente durante a psicanálise estava relacionada com seu psicanalista? Que parte tinha outras fontes? Quais eram estas fontes?
- (3) Como o sofrimento da paciente em relação com o psicanalista mudou no transcurso do tratamento? Houve crises durante o tratamento? Caso afirmativo, o que as causou?
- (4) Que parte do sofrimento relacionado com o analista era de fato devido à sua abstinência?
- (5) Que fez o terapeuta quando se tornou o objeto de sofrimento da paciente?

Os resultados indicaram que a quantidade de sofrimento total durante o tratamento podia ser descrito como uma tendência monotônica e negativa e que a “impotência em lidar com o sofrimento” se reduziu de forma significativa durante o tratamento. Os dados demonstraram que o sofrimento relacionado com o analista era baixo em comparação com a quantidade total de sofrimento subjetivo. Entretanto, o sofrimento experimentado em relação ao analista aumentou lentamente até alcançar um pico na metade do tratamento( no Bloco 5 sessões 101-105). Aqui, o sofrimento experimentado em relação ao ambiente substituiu claramente o sofrimento da paciente com relação a si própria. Até este ponto, havia estado basicamente ocupada com suas próprias carências, inseguranças e inibições. Tendo-as superado, os dados demonstram que começou um enfrentamento com seu ambiente ainda que fosse doloroso, e o psicanalista tornou-se o primeiro objeto seguro de seus conflitos dolorosos.

Neudert e Hohage (1988) concluem: Pode-se afirmar que durante este período do tratamento o terapeuta evitou defender-se. Se houvesse demonstrado uma atitude defensiva poderia ter encoberto a crítica e o sofrimento da paciente ou teria posto em dúvida sua justificativa. E embora, não se abstivesse no sentido de acatar formalmente uma regra, tratou o princípio de abstinência de um modo funcional, isto é, contra o precedente de uma interpretação psicodinâmica específica de caso: Ser abstinente em relação a esta paciente, durante esta fase do tratamento psicanalítico, significa que o psicanalista teve que evitar – inclusive de forma indireta, através de uma interpretação – de defender-se pessoalmente” (p.240).

Evidentemente, o modo como a paciente experimentou o comportamento do analista é de crucial importância para o desenvolvimento do processo terapêutico. A este respeito, Neudert e Hohage (1988) se perguntam: Como ela respondeu a esta forma particular de abstinência do terapeuta, isto é, renunciar a ser defensivo? Por sorte, podemos obter uma resposta clara a esta pergunta examinando a última hora deste bloco, em que a paciente começa a falar sua recente percepção do psicanalista. Ela havia se queixado repetidas

vezes da forte luz diurna no novo consultório. Mas repentinamente, desde a sessão anterior as cortinas haviam sido levantadas. Ela se deu conta de que o psicanalista devia saber que isto estava planejado porém não havia mencionado quando ela se queixou da falta de cortinas. Então ficou consciente de que o fato de não haver dito era exatamente o que tornou possível experimentar com clareza o que se sente ao ser observado por alguém. E ela adquire certo insight sobre os benefícios com o fato do psicanalista lhe ter ocultado esta informação. Sente-se cômoda e liberada por sua reação tranqüila a seus ataques. Ela descreve o “impessoal” na relação terapêutica como uma proteção bem-vinda. E esta sensação sentido de “impessoalidade” se torna tão forte que repentinamente já não pode recordar exatamente a aparência pessoal de seu terapeuta.

“Por último, do ponto de vista psicanalítico, pode-se presumir que a paciente percebeu a reação tranqüila de seu psicanalista como um alívio, não só em relação aos seus ataques agressivos mas também com seus desejos de aproximação, mesmo que ainda perceba estes desejos predominantemente como ansiedades. A abstinência do analista não se manifestou como um acatamento rígido de uma regra, mas se baseava em uma correta compreensão de seus conflitos. Obviamente ele passou no seu teste, como prognosticou a teoria de Controle – Domínio de Weiss e Sampsom, reagindo com tranqüilidade ante sua crítica e seu medo de aproximar-se demasiado. A paciente reagiu de acordo com as predições da teoria: Falou de seus sentimentos de tranqüilidade” (p.240-241).

### Mudança nos Sonhos

Embora muitas das discussões sobre sonhos na prática clínica se centrem em um único sonho, é evidente que o relato de sonhos durante um tratamento psicanalítico é um dos fenômenos mais habituais. Alguns pacientes têm mais sonhos e outros menos, e os analistas diferem no quanto utilizam os sonhos oferecidos pelos pacientes. Tanto o paciente como o analista estabelecem um acordo inconsciente e não intencional sobre a relevância dos sonhos para o propósito do tratamento.

O grupo de estudo de sonhos de Ulm têm pesquisado as mudanças cognitivas com base no relato de sonhos em cinco casos de tratamento psicanalítico (Leuzinger-Bohleber & Kächele, 1988; Leuzinger-Bohleber 1989). Foram comparados sonhos da fase inicial (sessões 1 – 100) até a fase final (as últimas 100 sessões) para estabelecer o funcionamento cognitivo de cada fase usando um instrumento de análise do conteúdo. O desenvolvimento destas funções cognitivas foi estudado mais adiante no tratamento, usando todo o material de sonhos das sessões transcritas de Amália X (Kächele et al. 1999).

Para oferecer uma idéia dos achados apresentamos os resultados relativos a três questões. Em primeiro lugar, quais são as relações do que sonha com outras pessoas? Ficou claro que Amália X não mudava com respeito a suas relações sociais nos seus sonhos, o que é digno de consideração, tendo em conta que sofria de sintomas de eritrofobia (temor ao rubor facial) no início do tratamento. A segunda questão está relacionada com a atmosfera emocional global nos sonhos. Utilizou-se uma lista graduada de adjetivos e por meio de uma análise fatorial identificamos uma tendência continua desde emoções oníricas negativas a princípio a uma coloração positiva dos sonhos até o final da análise. O terceiro tema enfocava a atividade de resolução de problemas do que sonha, e observamos uma mudança contínua e sistemática que aumentava à medida que a análise avançava. Outro aspecto deste estudo foi se as mudanças observadas podiam ser modeladas como tendências lineares, e nos resultados encontramos ambos, processos

estacionários com variações de intensidade (como em sentimentos agressivos e ansiosos) e mudanças que aumentavam ou diminuíam de modo linear com o tempo.

### Modelo Focal do Processo segundo o Tema Central do Conflito Relacional

Na atualidade, o número de modelos coerentes do processo psicanalítico ainda permanece reduzido. No Modelo de Processo de Ulm (Kächele, 1988; Thomä & Kächele 1987/brazil 1992), se entende a terapia psicanalítica como uma terapia focal contínua e ilimitada temporalmente cujo foco é mutante e se desenvolve interativamente. A sequência de focos se contempla como resultado de um intercambio inconsciente entre as necessidades do paciente e os recursos do analista.

Desde o início pareceu plausível que em todas as análises surgissem certos pontos de foco temático que estariam sujeitos a mudanças no curso do trabalho analítico posterior. Temos a firme convicção de que os argumentos contra o Modelo de Processo de Ulm podem avançar bem assumindo uma teoria de Psicopatogênese Universal (Universalpsychopathogenese) (Thomä, 2004) ou aceitando a idéia da análise não tendenciosa sem objetivos ("só analisar"). Se examinarmos o assunto com atenção, até mesmo os conceitos específicos da escola de Psicopatogênese Universal criam pontos focais.

O método do Tema Central do Conflito Relacional (CCRT) concebido por Luborsky (Luborsky & Crits-Christoph, 1998) oferece um meio para tornar operacionais estes conflitos focais e centrais. Este método aponta em uma direção diferente à da determinação clínica do foco, porém neste caso uma comparação foi impossível porque o analista não definiu (antes ou depois da terapia) qual era o conflito que estava ocorrendo, nem qual era o centro de atenção, nem que sessão ou fase de sessões.

O suposto básico do método CCRT é que as narrações dos pacientes sobre experiências interpessoais contém padrões típicos interiorizados de relações sujeito-objeto. As histórias narradas na terapia refletem experiências, e por esta razão o método CCRT analisa os relatos das experiências dos pacientes nas relações ("episódios de relacionamento"). O primeiro passo é identificar os episódios de relacionamento, seguidos pela determinação de três tipos de componentes no episódio relacional: as necessidades, intenções ou desejos relacionados com o próprio sujeito (componente DS) ou com um 'objeto' (componente DO); as supostas respostas do objeto (componente RO); e as supostas respostas subseqüentes do sujeito (componente RS) com reações classificadas como positivas ou negativas.

O estudo de Albani et al. (2003) objetivava investigar a eficácia do método do Tema Central do Conflito Relacional (CCRT) para representar o curso terapêutico do tratamento psicanalítico de Amália X de acordo com o Modelo de Processo de Ulm. Os dados que avaliamos foram extraídos da primeira e da última fase da terapia (sessões 1-30 e 510-517 respectivamente), começando pelos blocos de sessão 50 de cinco sessões que se analisaram em intervalos de 50 sessões, com uma amostra final de 11 blocos e 92 sessões. Obteve-se o seguinte padrão, contando as categorias mais freqüentes durante todas as fases da terapia:

Desejo em relação ao Objeto: Os outros deveriam prestar atenção em mim.

Desejo em relação ao Sujeito: Eu quero ser autônomo.

Resposta assumida do Objeto: Não posso confiar nos outros.

Resposta assumida do Self: Estou insatisfeito, assustado.

Este padrão formou um foco central, e este foco foi trabalhado em muitas fases da terapia detalhadas no estudo. O desejo de mudança de Amália X se expressava em suas ânsias de autonomia, superando sua experiência como dependente e débil, incapaz de colocar limites e insatisfeita. Em cada uma das categorias absolutas de maior frequência manifestou-se um tema básico (“conflitos nucleares”), e cada fase da terapia mostrou os típicos grupos de categorias de CCRT que caracterizam os focos temáticos no sentido dos “conflitos focais” de French (1952) operacionalizados pelo método CCRT.

Tanto os pontos fortes como as limitações do método CCRT, tem origem nos relatos das experiências de relações do próprio paciente. Em outras palavras, as investigações se limitam às experiências de relação que o paciente tenha percebido e verbalizado. O método não oferece outra maneira de incluir material inconsciente a não ser os esquemas repetitivos que os pacientes seguem inconscientemente ao descobrir o curso de uma relação e estabelecer mecanismos de defesa. Este estudo mostrou que o método CCRT capta aspectos interpessoais do processo psicanalítico de relevância clínica do ponto de vista do paciente, apoiando o Modelo de Processo de Ulm, embora a contribuição do analista estivesse refletida somente nas narrativas do paciente relativas à sua relação com o terapeuta.

### Intervalos Entre Sessões e o Processo Analítico

Jimenez et al. (2006) examinaram a evolução das reações de Amália X aos intervalos durante o curso da análise, com a hipótese de que isto serviria como um indicador de mudança alcançado durante o processo terapêutico. O estudo foi baseado em uma amostra de 212 sessões transcritas distribuídas uniformemente durante o tratamento, e compreendeu três etapas: (1) Uma definição formal de interrupção no tratamento, determinada por meio de um histograma baseado numa ficha de atendimento. (2) Utilizando o Tópico de Temas sobre Ansiedade de Ulm, um método informatizado de análise de conteúdo verbal, foi feita uma tentativa de caracterizar as sessões correlacionadas no tempo com os vários tipos de interrupções. Este instrumento definiu o conceito “sessão de separação” que tendia a aparecer imediatamente antes dos intervalos mais prolongados, mas também aparecia de forma esporádica relacionada a intervalos mais curtos. (3) Estudou-se uma amostra de sessões de separação para respostas transferenciais por meio do CCRT. Os componentes do CCRT evoluíram de acordo com as expectativas, e resultados foram discutidos em relação à metodologia empregada e a teoria psicanalítica da terapia.

Em pacientes extremamente dependentes, uma conformação de frequência leva a uma separação entre ansiedade e reações depressivas. Os sentimentos provocados pelos intervalos dependem da contribuição do analista. A interpretação estereotipada de que as condições de todos os pacientes se deterioram durante os fins de semana, feriados ou férias, é de certo modo, uma profecia auto-cumprida. As suposições de transferência forçadas que fazem do paciente uma criança indefesa, sugando o peito de sua mãe, promovem sentimentos de passividade e total impotência. Por razões terapêuticas é vital que velhas ansiedades e sua experimentação se revivam dentro de determinados intervalos. Entretanto, é essencial não estimular o desespero do paciente mediante interpretações que poderiam provocar uma experiência de retraimento desastrosa. Os exemplos examinados neste estudo sustentam a teoria de que a correlação entre as interrupções e a depressão é um fenômeno iatrogênico que depende em grande medida da técnica de tratamento do analista.

## O Plano Inconsciente em Termos da Teoria de Controle-Domínio

Albani et al (2000) puseram a prova se a Teoria de Controle-Domínio de Weiss e Sampson (1986) era aplicável no caso de Amalia X. Os resultados deste primeiro estudo de credibilidade, na língua alemã, com o Método de Formulação de Planos demonstraram que podem ser usados com confiança em pesquisa fora dos EUA.

### Técnica Psicanalítica Avaliada pelo Método de Classificação-Q do Processo Psicoterapêutico

Albani et al. (2002) também usaram o Método de Classificação -Q do Processo Psicoterapêutico de Jones (2000) na primeira aplicação da tradução para o alemão feita pelos autores. O método demonstrou ser um instrumento confiável e relevante para descrever padrões de interação no caso de Amalia X.

Ao comparar sessões das fases iniciais e finais de uma terapia psicanalítica demonstrou-se que existiam diferenças clínicas relevantes entre ambas. Na fase inicial a interação terapêutica caracterizou-se por um tratamento intensivo e de apoio à paciente por parte do analista. Existia uma influência recíproca entre os padrões auto-acusatórios da paciente, seu constrangimento e sentimentos de baixa auto-estima e as eficazes intervenções do analista. A técnica terapêutica consistiu em esclarecimentos assim como confrontações e interpretações do comportamento durante as sessões. Isto ajudou a paciente a ser mais direta, ao explorar suas idéias e sentimentos. A descrição da fase inicial com este método apontava para o estabelecimento de uma boa aliança desde o início do tratamento. Na fase final da análise, a paciente já era capaz de expressar sentimentos agressivos. Os sentimentos de culpabilidade se reduziram drasticamente e a paciente podia falar sem problemas sobre relações amorosas difíceis. O tópico da separação foi discutido abertamente na análise, e a paciente identificou sua capacidade para trabalhar com seus sonhos expressando sua interiorização da função analítica.

### Nível IV: Análise de Textos Lingüístico Auxiliado por Computador

Foram realizadas investigações sistemáticas sobre a especial natureza conversacional da técnica psicanalítica usando materiais da amostra de caso Ulm. Koerfer e Neumann (1982) focaram a transição, as vezes dolorosa do paciente, do discurso de todo dia para o discurso psicanalítico. Este e outros achados neste campo de análise do discurso apóiam a formulação básica de nossa “filosofia” da terapia psicanalítica: Oferecer tanta linguagem corrente quanto seja necessária para satisfazer as necessidades de segurança do paciente, e oferecer todo o discurso psicanalítico que seja viável para estimular a exploração dos significados inconscientes em dimensões intrapsíquicas e interpessoais (Thomä & Kächele, 1992, cap.7.1).

Seguindo as idéias de Schafer (1976) sobre a linguagem de ação, Beerman (1983) estudou o uso de diferentes variações sintáticas na voz ativa e passiva formuladas por Amália X durante o tratamento. Kächele (1983) investigou as estratégias conversacionais do analista, centrando-se em primeiro lugar, em seu envolvimento verbal, demonstrando que em um processo analítico que se desenvolve produtivamente (como era o caso de Amália X) não havia correlação entre a quantidade de participação verbal do paciente e do analista. A atividade verbal do analista diminuiu de forma continuada ao longo da análise,

refletindo o reconhecimento do analista de seu paciente ser a cada vez mais capaz de desenvolver seu próprio espaço verbal.

Um estudo posterior de Kächele et al. (1999) fez distinção entre os aspectos formais e substanciais do vocabulário do analista (o termo “vocabulário” refere-se ao número de diferentes palavras ou ‘tipos’ utilizados pelo falante). A medida dos tipos é interessante, porque as palavras representam conceitos e a terapia pode ser considerada como um intercâmbio de conceitos que envolve a assimilação de novos materiais e a adaptação de esquemas prévios. Assim, o vocabulário do analista, no início da análise, provavelmente dará forma e refletirá o mundo empírico do paciente, e durante a análise sua evolução correrá paralela, ou ao menos refletirá em parte, os processos conceituais e de aprendizagem emocional que estão acontecendo.

Para explorar isto, examinamos o vocabulário característico do analista na fase de abertura da análise de Amália X, centrando-nos especificamente na parte do vocabulário que ele introduziu ativamente nos diálogos (em vez de seguir a linha da paciente). Baseando-nos na frequência de aparição dos tipos, descobrimos que o analista, nas primeiras 18 sessões, enfatizou caracteristicamente quatro classes de substantivos em suas intervenções: substantivos técnicos que formavam parte de sua tarefa de convidar a paciente a participar da análise; substantivos emocionais que formavam parte da técnica do analista para intensificar emoções; substantivos sexuais relacionados com o corpo que se referiam ao desconforto auto-conceito sexual da paciente; e uns poucos substantivos temáticos que refletiam aspectos da situação vital da paciente relatados nas primeiras sessões.

Para aprofundar nossa compreensão, submetemos o uso da palavra “sonho” a um exame mais exaustivo. No início da análise, o paciente aprende que o diálogo analítico é algo fora do comum na medida em que o analista pode realçar algo, como um estilo de intervenção. Como a palavra “sonho” era uma parte predominante do vocabulário característico do analista em comparação com a paciente, concluímos que o analista tentou intensificar a curiosidade do paciente sobre os sonhos como um tipo especial de material relatado.

Continuando nossos estudos auxiliados por computador, Hölzer et al. (2007) recentemente identificaram uma estratégia interpretativa básica em quatro casos de tratamento psicanalítico, incluindo o de Amália X, nos quais os analistas deram ênfase às emoções. O estudo revisou trabalhos prévios utilizando análise informatizada de vocabulário baseados na teoria da emoção de Dahl (1991), e então passou a avaliar uma descoberta de investigações prévias em quatro tratamentos psicanalíticos de longa duração no Banco de Casos de Ulm. O estudo confirmou que em todos os quatro tratamentos podia-se demonstrar uma mudança sistemática, ainda que em diferentes graus, de “ME-emoções” negativas para “IT-emoções” negativas. Esta descoberta coloca em evidência a noção básica Freudiana de que as queixas auto-referenciais tem que transformar-se em atividades relativas ao objeto.

Por último porém não menos importante, nossa equipe, utilizando a metodologia de Emoção-Abstração do Modelo de Ciclos de Mergenthaler (1996) também estudou a sessão 152 da paciente Amália, que havia sido objeto da apresentação de um caso clínico (Mergenthaler, 2002). Este enfoque trabalhando em nível microscópico de interações, momento a momento, permite diretamente um processo de feedback nas frutíferas discussões clínicas que tem sido o tema de muitas contribuições ao material desta sessão.



## Resumo Final

Em vista da escassez de estudos empírico-clínicos rigorosos de casos psicanalíticos (Kächele, Schachter & Thomä 2007, cap.3), acreditamos que o trabalho do grupo de pesquisa de Ulm constitui um grande êxito, em primeiro lugar porque demonstra que pode ser feito, e em segundo lugar mostra como pode ser feito, contando com suficiente dedicação e apoio institucional. O tratamento psicanalítico pode ser objeto de uma pesquisa objetiva e com uma metodologia sofisticada, que conduza a achados e descobertas que o analista (que está tratando do paciente) não pode fazer por si só. A perspectiva clínica do analista é essencial porém está sempre limitada por seu papel de observador participante do processo analítico. Além disto, a pesquisa sistemática formal abre o caminho para entendimentos independentes dos mecanismos de mudança em psicanálise.

O estudo de nossa amostra de caso, não só sustenta a teoria de que este tratamento analítico conduziu a mudanças consideráveis em muitos aspectos do funcionamento cognitivo e emocional da paciente, mas também demonstra a utilidade das técnicas de investigação micro-analíticas que ajudam a identificar e conceituar os processos de mudança. A quantidade de dimensões descritivas que são possíveis e necessárias para descrever estas mudanças não é pequena. Contudo, pode-se extrair com certeza uma conclusão do estudo de nossa amostra de caso, que os processos de mudança existem e podem ser demonstrados com métodos de pesquisa que são válidos e confiáveis. Tanto os processos de mudança em psicanálise, como as capacidades psicológicas básicas da paciente têm lugar ao longo de todo o caminho e normalmente, ainda que não sempre, se dá o caso de podermos descrevê-las em termos de tendências lineares ao longo do continuum do tratamento.

Os achados da pesquisa devem ser replicados para provar sua validade. Até o momento, só estamos seguros dos efeitos concretos de nossas investigações sobre nossa própria prática e concepção da psicanálise e das pessoas relacionadas com nosso trabalho. Nada tem mudado mais nossa concepção e prática da psicanálise que a exposição pública a críticas amistosas e amigos críticos. Retomando o exemplo do elefante e os sete cegos que investigavam suas várias partes, chegamos à seguinte conclusão: Para o clínico existem resultados relevantes e pouco relevantes. Dizemos isto para animar outros psicanalistas a abrirem a privacidade de seu trabalho clínico na tentativa de melhorá-lo, permitindo que outros membros da comunidade científica analisem cuidadosamente seu trabalho. Com este propósito recomendamos a formação de pesquisadores que tenham uma experiência clínica e a formação de clínicos que tenham uma experiência como pesquisadores, de modo que possam apreender a identificar-se tanto com as tarefas clínicas como de pesquisa. Necessitamos analistas e pesquisadores que possam comprometer-se a longo prazo para conseguir um progresso lento porém cumulativo. As investigações sistemáticas dependem de equipes apoiadas por instituições, como nosso departamento de Ulm, que promove a cooperação entre analistas em formação e pesquisadores de tempo integral. A implementação destas pesquisas ajudará os psicanalistas a superarem de forma criativa esta crise contemporânea.

## Bibliografia:

1. Albani C, Pokorny D, Blaser G, König S, Thomä H, Kächele H (2003). Study of a psychoanalytic process using the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method according to the Ulm Process Model. *European Psychotherapy* 4:11–32.
2. Albani C, Volkart R, Humbel J, Blaser G, Geyer, Kächele H (2000). Die Methode der Plan-Formulierung: Eine exemplarische deutschsprachige Anwendung zur "Control Mastery Theory" von Joseph Weiss. *Psychother Psych Med* 50:470–471.
3. Albani C, Blaser G, Jacobs U, Jones E, Thomä H, Kächele H (2002). Amalia X's psychoanalytic therapy in the light of Jones's Psychotherapy Process Q-Sort. In: Outcomes of psychoanalytic treatments. Perspectives for therapists and researchers. Leuzinger-Bohleber M, Target M, editors. London, Philadelphia: Whurr Publishers. p. 294–302.
4. Beadle, J H (1878) *Western Wilds*.
5. Beermann S (1983). Linguistische Analyse psychoanalytischer Therapiedialoge unter besonderer Berücksichtigung passivischer Sprechmuster. Diplomarbeit. Hamburg.
6. Cheshire NM, Thomä, H editors (1987). *Self, symptoms and psychotherapy*. New York Chichester: Wiley.
7. Dahl H (1991). The key to understanding change: emotions as appetitive wishes and beliefs about their fulfillment. In: *Emotion, Psychopathology und Change*. Safran J, Greenberg L, editors, New York, Guilford.
8. Dahl H, Kächele H, Thomä, H editors (1988) *Psychoanalytic process research strategies* Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer.
9. Dewald PA (1978). The psychoanalytic process in adult patients. *The Psychoanalytic Study Child*, 33:323–331.
10. Erikson EH (1954). The dream specimen of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2:556.
11. Freud S (1912d) Freud S (1912d) On the universal tendency to debasement in the sphere of love. SE XI: 231-238
12. French TM (1952). *The integration of behaviour*. Vol. 1: Basic Postulates. Chicago: Univ Chicago Press.
13. Gabbard G, Westen D (2003). Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* 84: 823–42.
14. Glover E, Brierley M (1940). *An investigation of the technique of psycho-analysis*. London: Baillière, Tindall, Cox.
15. Grawe K (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 17: 4–5.
16. Hölzer M, Dahl H, Kächele H. (2007). A basic interpretative strategy in psychoanalytic treatments. Paper submitted for publication.
17. Hohage R (1986) *Empirische Untersuchungen zur Theorie der emotionalen Einsicht*. Abteilung Psychotherapie, Habilitationsschrift. Universität Ulm.
18. Hohage R, Kübler JC (1988). The emotional insight rating scale. In: *Psychoanalytic process research strategies*, Dahl H, Kächele H, Thomä H, editors. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer. p. 243–55.

19. Jimenez JP, Pokorny D, Kächele H (2006) The psychoanalytic Loss-Separation Model (LSM): Evolution of the reaction to breaks in the psychoanalytical process as an indicator of change. *Int J Psychotherapy* 10: 22-34
20. Jones E (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy* Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
21. Kächele H (1983). Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. In: *Methodology in psychotherapy research, Proceedings of the 1st European. Conference on Psychotherapy Research*, Minsel WR, Herff W, editors. Frankfurt: Lang. p. 125–29.
21. Kächele H (1988). Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 69: 65–73.
22. Kächele H. (2000). Casos modelo en investigación psicoanalítica. In: *Proceso psicoanalítico: herramientas, metodos y resultados*, Berro I, Hagelin A, Pelegrino C, editors. Buenos Aires: Asociacion Psicoanalítica Internacional. p. 257–270.
23. Kächele H, Eberhardt J, Leuzinger-Bohleber M (1999). Expressed relationships, dream atmosphere and problem solving in Amalia's dreams – Dream series as process tool to investigate cognitive changes. A single case study. In: *Psychoanalytic Process Research Strategies II*, Kächele H, Mergenthaler E, Krause R, editors. Ulm: <http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher.html>.
24. Kächele H, Hölzer M, Mergenthaler, E. (1999) The analyst's vocabulary. In: *Psychoanalytic on the move: The work of Joseph Sandler*. Fonagy P. Cooper AM, Wallerstein RS editors. London, New York: Routledge. p. 217-29.
25. Kächele H, Thomä H (1993). Psychoanalytic process research: Methods and achievements. *J Am Psychoanal Assoc* 41: 109–129 Suppl.
26. Kächele H, Schachter J, Thomä H, editors (2007). *From Psychoanalytic Narrative to Single Case Research (Psychoanalytic Practice Vol 3)*. The Analytic Press, Northvale NJ
27. Kächele H, Thomä H, Ruberg W, Grünzig HJ (1988). Audio-Recordings of the Psychoanalytic Dialogue: Scientific, Clinical and Ethical Problems. In: *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Dahl H, Kächele H, Thomä H, editors. Berlin: Springer, p. 179–94.
28. Koerfer A, Neumann C (1982). Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung der Patienten in einen "ungewöhnlichen" Diskurstyp. In: *Psychoanalyse als Gespräch Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Flader D, Grodzicki WD, Schröter K, editors Frankfurt: Suhrkamp. p. 96–137.
29. Leuzinger-Bohleber M (1989) Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Band 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
30. Leuzinger-Bohleber M, Kächele H (1988). From Calvin to Freud: Using an artificial intelligence model to investigate cognitive changes during psychoanalysis. In: *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Dahl H, Kächele H, Thomä H, editors. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer. p. 291–306.
31. Luborsky L (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
32. Luborsky L, Crits-Christoph P (1998). *Understanding transference*. New York: Basic Books 2nd edition.

33. Luborsky L, Spence D (1971). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Handbook of psychotherapy and behavior change, Bergin A, Garfield S, editors. New York: Wiley. p. 408–438.
34. Mergenthaler, E (1996). “Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 1306-1315.
35. Mergenthaler, E (2002). Psychoanalytische Prozessforschung: Emotions-/Abstraktions-Muster und das Therapeutische Zyklusmodell zur Untersuchung von Veränderungsprozessen. In: *Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften*, P. Giampieri-Deutsch, editor. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer. p. 301-315.
36. Mergenthaler E, Kächele H (1988). The Ulm Textbank management system: A tool for psychotherapy research. In: *Psychoanalytic Process Research Strategies*, Dahl H, Kächele H, Thomä H, editors. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer. p.195–212; (1996) O Banco de Textos de Ulm. In *Psicanálise Hoje: Uma Revolução do Olhar.* : Campos Pellanda N M, Cabral Pellanda L E, editors. Editoria Vozes, Petrópolis, p. 357-367
37. Mergenthaler E, Stinson CH (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research* 2:125–142.
38. Michels R (2000). The Case History. *J Am Psychoanal Ass* 48:355–375.
39. Neudert L, Grünzig HJ, Thomä H (1987). Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In: *Self, symptoms and psychotherapy*. Cheshire NM, Thomä H, editors. New York, Chichester: Wiley and Sons. p. 243–265.
40. Neudert L, Hohage R (1988). Different types of suffering during a psychoanalysis. In: *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Dahl H, Kächele H, Thomä H, editors. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. p. 227–241.
41. Sargent H (1961). Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry* 24:93–108.
42. Simon J (1968). Psychoanalytic research and the concept of analytic work. Department of Psychiatry, Brookdale Hospital Center, Brooklyn.
43. Thomä H, Mergenthaler E, Kächele H (1982). The Topic-Index Method for systematic process description. Heidelberg: Dep Psychosomatic Medicine.
44. Thomä, H (2005). Psychoanalysts without a specific professional identity – an utopian dream? *Int. Forum of Psychoanalysis*, 13, 213-236.
45. Thomä H, Kächele H (1987). *Psychoanalytic Practice*. Vol.1: Principles. Berlin: Springer; paperback (1994) New York: Aronson; (1992) *Teoria e prática da psicanálise 1: Fundamentos teórico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
46. Thomä H, Kächele H (1992). *Psychoanalytic Practice*. Vol. 2: Clinical Studies. Berlin: Springer; paperback (1994) New York: Aronson
47. Thomä H, Kächele H (2007). Comparative psychoanalysis on the basis of a new form of treatment report: The case Amalia X. *Psychoanal Inq*, in press.
48. Wallerstein RS, Sampson H (1971). Issues in research in the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal* 52:11–50.
49. Weiss J, Sampson H, et al. editors. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press.
50. Wilson A (2004) Multiple approaches to a single case: Conclusions. *Int J Psychoanal* 85: 1269-1271.