

## Single case research in psychoanalysis: Estudio empírico del Caso Amalia X<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.*

Históricamente en psicoanálisis, la tradición oral – recogida principalmente en viñetas clínicas- ha constituido el principal medio para transmitir los *insights* generados por la situación terapéutica como un campo para la investigación orientada al descubrimiento. Cuando se utilizó el término “hora muestra” (Dahl et al., 1988) para ofrecer la transcripción de una hora de tratamiento psicoanalítico, quedaba implícito que en psicoanálisis no sólo hay muestras de sueños, como lo acuñó Freud. Siguiendo las recomendaciones de Wallerstein y Sampson (1971) de ofrecer estudios intensivos de casos únicos para avanzar en nuestro campo, hemos llevado a cabo un examen continuado, multi-nivel y colaborativo de lo que se debería describir como una “muestra de caso”. En este capítulo presentamos el más reciente resumen de los estudios realizados en el tratamiento psicoanalítico de nuestro caso, la sujeto llamada “Amalia X”.<sup>2</sup>

El informe más reciente sobre la técnica analítica en este caso se presentó en la conferencia de IPA en Nueva Orleans en 2004 (Thomä &

---

<sup>1</sup> Publicado por primera vez en *Internacional Journal of Psychoanalysis* 87: 809-826 (2006). Este artículo es un resumen de los capítulos 5 y 6 del libro “*Psychoanalytische Therapie, Band 3: Forschung*”, Thomä & Kächele: (2006). **Traducción: Yolanda López del Hoyo (Salamanca-Ulm)**

<sup>2</sup> Para evitar cualquier confusión con la “muestra de sueños de psicoanálisis” de Erikson (1954) ponemos el énfasis desde el principio en que el examen del tratamiento de Amalia debe considerarse como nuestra propia muestra de caso.

Kächele 2007, in press), en la que un buen número de analistas procedentes de diversos campos discutieron el caso (Wilson, 2004).

Nuestro resumen de estos estudios podría llevar como subtítulo la pregunta, “¿Cuántos aspectos tiene un elefante para siete investigadores ciegos que sólo pueden tocarlo por partes?”<sup>3</sup> Dada la pobreza predominante de los datos descriptivos sistemáticos en los casos de psicoanálisis, tenemos que asumir que todos los investigadores en este nivel son en cierto modo ciegos. Los diferentes estudios llevados a cabo en el caso de Amalia X se refieren sólo a partes y aspectos que se deben integrar más adelante para poder percibir los vínculos entre ellos y así el caso como un todo. Sin embargo, de momento estamos todos ciegos y no podemos afirmar que hemos contemplado al elefante en su totalidad, desde la trompa a la cola. Sin embargo, para realizar un análisis del modo de vida del elefante, se considera más importante investigar la trompa que la cola. Este ejemplo se puede aplicar a los estudios empíricos analizados en este capítulo. Cuanto más nos perdamos en los más insignificantes detalles lingüísticos del diálogo será más probable que perdamos de vista las cuestiones clínicas importantes. Aunque también es cierto que un analista puede ser consciente de los puntos sensibles usando métodos de investigación micro-analíticos. Si se pueden o no extraer conclusiones generales a partir de esto sigue siendo una cuestión abierta. Nuestro punto de partida, que nos llevo a comenzar esta empresa, fue la creencia de que el psicoanálisis, al igual que cualquier otro campo científico, requiere un cuidadoso trabajo descriptivo. Este paso, necesario en la investigación, fue puesto en duda y ridiculizado como la “fase botánica de la investigación en psicoterapia” (Grawe, 1988).

---

<sup>3</sup> Se trata de una referencia a una frase de J. H.: Beadle (1878): “Mi amigo... ha visto el elefante entero, desde la trompa a la cola”.

La afirmación de Luborsky y Spence (1971) concerniente a las necesidades de muestras de casos explica de forma bastante concisa lo que está aquí en juego. “En teoría, se deben dar dos condiciones: El caso debe ser definido claramente como analítico, y los datos deben ser grabados, transcritos e indexados para maximizar la accesibilidad y la visibilidad” (p.426). La primera condición se ha cumplido en virtud del hecho de que un número suficiente de colegas ha considerado este caso como realmente “analítico”. El analista tenía una gran reputación entre la comunidad profesional, aunque todos los analistas deben demostrar sus cualidades en cada caso. Basándonos en los resultados de los estudios, también podemos afirmar retrospectivamente que el analista trabajó de acuerdo a las reglas psicoanalíticas fundamentales. Seguir un método específico no debe confundirse con estar de acuerdo con una ley. Nosotros compartimos el punto de vista de Gabbard y Westen (2004), en el que el proceso se debe conducir de acuerdo al principio de ensayo y error. Nuestra actitud en este asunto se queda exclusivamente dentro de la comunidad profesional.

La segunda condición formulada por Luborsky y Spence (1971) se cumple con la utilización en nuestro estudio del Banco de Casos de Ulm (Mergenthaler & Kächele, 1988), en el que se almacenan grabaciones de audio de 517 sesiones de este caso psicoanalítico, a disposición de investigadores y miembros de la comunidad científica. Tras muchos años de trabajo se transcribieron aproximadamente la mitad de las sesiones de este caso siguiendo las reglas del Banco de Casos de Ulm (Mergenthaler & Stinson, 1992). La mayoría de nuestras investigaciones no se podrían haber llevado a cabo sin estas grabaciones de audio ni las transcripciones textuales de los diálogos.

Los problemas asociados con la grabación de sesiones analíticas han sido exhaustivamente tratados por Kächele et al. (1988), y más recientemente también en la presentación clínica de una sesión del análisis

de Amalia (Thomä & Kächele, 2007). Sin querer ser reiterativos en estos problemas, nos gustaría enfatizar el valor de las grabaciones de audio para la realización de estudios analíticos empíricos de informes de tratamientos y para las investigaciones interdisciplinarias. La accesibilidad del dialogo psicoanalítico y de su estudio por parte de investigadores psicoanalíticos en colaboración con psicólogos, lingüistas y otros expertos independientes refuerza el fundamento interdisciplinar del psicoanálisis. En el pasado, los expertos escribían muy a menudo sobre el psicoanálisis sin tener acceso a sus datos iniciales – una situación que se podría comparar con discutir las ideas filosóficas de Sócrates sin haberse leído los diálogos de Platón.

### **El Enfoque Empírico: Una Estrategia Observacional Multi-Nivel.**

Nuestro objetivo a largo plazo era establecer formas para describir sistemáticamente los diferentes aspectos y dimensiones de los procesos psicoanalíticos, y usar los datos descriptivos obtenidos de este modo para examinar las hipótesis del proceso. Esto implicaba la generación de hipótesis generales del proceso así como el establecimiento de suposiciones procesuales para este caso singular. Especificar como debe desarrollarse un proceso psicoanalítico tiene que ir más allá de las ideas clínicas generales, considerando el tipo de material que produce cada paciente y las intervenciones estratégicas más adecuadas para conseguir un cambio en las dimensiones de relevancia teórica especificadas para cada caso particular. Aunque nuestro enfoque excluía el uso de medidas no-clínicas para limitar las intrusiones en el proceso clínico, se emplearon datos psicométricos independientes pre/post resultados para valorar la efectividad del tratamiento psicoanalítico, que fueron publicados por Thomä y Kächele (1990, cap. 9.11.2).

Nuestro enfoque metodológico distingue cuatro niveles de investigación de caso, cada uno de los cuales se ocupa de diferentes materiales estudiados en distintos niveles de conceptualización (Kächele & Thöma, 1993). Se trata de: estudio del caso clínico (nivel I); descripción clínica sistemática (nivel II); procedimientos de juicio clínico guiados (nivel III); análisis de textos lingüístico y asistido por ordenador (nivel IV). Siguiendo las recomendaciones de Sargent (1961), elegimos esta estrategia a múltiples niveles basada en nuestra concepción de que la brecha entre la comprensión clínica y la objetivación no se puede superar utilizando un solo enfoque.

#### Nivel I: Estudios de Caso Clínico

El estudio del caso clínico basado en la buena memoria o incluso en las precisas notas del proceso de un analista representa una importante función comunicativa en la profesión. Como demostró Dewald (1978), esta forma de estudio de caso como herramienta de formación tiene una aceptación general. Sorprendentemente, estos estudios de caso casi nunca han constituido el centro del estudio científico formal, algo necesario para demostrar su valor científico y por tanto su utilidad a nuestra comunidad científica (Michels, 2000). En la actualidad, cada vez hay un mayor consenso acerca de la necesidad crítica de estudios de caso cuidadosamente preparados. Cómo se pueden conseguir es todavía una cuestión clave en permanente discusión.

Contribuyendo a estas discusiones, el segundo volumen del Ulm textbook (Thöma & Kächele 1992) contiene ejemplos de esta forma tradicional de usar los materiales clínicos con estudios del caso de Amalia X centrados en este nivel: identificación con la función del analista (2.4.2); asociación libre (7.2); anonimato y naturalidad (7.7); ejemplos de grabaciones de audio (7.8.1); y cambios (9.11.2).

## Nivel II: Descripciones Clínicas Sistemáticas

El nivel de las descripciones clínicas sistemáticas por medio de múltiples métodos estructurados se diferencia claramente del estudio clínico del caso, pero se mantiene cercano al razonamiento clínico. En el caso de Amalia X, estos métodos se han basado en las grabaciones en cassette del tratamiento completo, acompañadas de transcripciones literales de una quinta parte de las sesiones (e.g. 1-5, 26-30, 51-55,..., 501-505). Las grabaciones literales de las sesiones las puede utilizar tanto el propio analista para preparar un estudio clínico como una tercera persona. Este nuevo paso clínico-descriptivo permite una evaluación pero con ciertas restricciones, ya que no se dispone de todas las sesiones. Trabajar con una muestra temporal sistemática implica que un análisis de los datos sistemático dentro de unos intervalos fijados de tiempo permite recoger los procesos de cambio decisivos. Tanto el analista como otras personas pueden llevar a cabo el proceso con éxito usando el mismo material.

Utilizamos los siguientes puntos de descripción para cada bloque de cinco sesiones diseminados a lo largo de la duración total del tratamiento desde la hora 1 a la 505 con intervalos regulares de 20 sesiones:

1. la situación externa del paciente y el tratamiento
2. la situación de transferencia/contratransferencia
3. relaciones del paciente con ‘objetos’ importantes fuera del tratamiento, presentes y pasados.
4. la alianza de trabajo
5. episodios importantes en el bloque de cinco sesiones

Dos estudiantes en prácticas elaboraron en principio la descripción sistemática que después fue revisada y perfeccionada por dos expertos psicoanalistas. El material disponible después este gran esfuerzo puede servir a múltiples propósitos, además de constituir un gran logro por sí mismo (ver cap. 4). Permite una fácil orientación en la totalidad del caso, al mismo tiempo que es más detallado y más sistemático que el típico historial “estilo novela”. El registro descriptivo sistemático señala el progreso ordenado de cosas. Se pueden reordenar los datos cualitativos (p.e., agregando todas las descripciones transferenciales una tras otra) y por

lo tanto conseguir una buena impresión del desarrollo de los aspectos fundamentales, como lo ilustra la siguiente tabla:

#### Descripción Sistemática de las Cuestiones Transferenciales Focales en Amalia X

001-005: El análisis como confesión

026-030: El análisis como examen

051-055: La madre mala y fría

076-080: Sumisión y desafío secreto

101-105: En busca de su autodomínio

116-120: El padre decepcionante y la hermana impotente

151-155: El padre frío y su deseo de identificación

176-180: Ambivalencia en la relación con el padre

201-205: El padre como seductor o juez de valores morales

226-230: ¿Me quiere o no me quiere?

251-255: Incluso mi padre no puede convertirme en chico

276-280: El sentimiento de Cenicienta

301-305: La chica pobre y el rey rico

326-330: Si me rechazas te rechazaré

351-355: El amor impotente al poderoso padre, y los celos

376-380: Separación por no ser abandonada

401-405: Descubrimiento de su capacidad de crítica

426-430: Soy solo la segunda para mi madre, el hermano mayor es siempre el favorito

451-455: Odio hacia el terapeuta

476-480: El arte de amar consiste en tolerar amor y odio

501-505: Sé el primero en decir adiós

513-517: Sinfonía de partida

El método de Índice de Términos, basado en las primeras obras del equipo de investigación de Gill (Simon et al. 1968), se utilizó para estudiar la distribución de los temas principales durante el tratamiento. La presencia de cada tema se calculó en un formato binario (si/no), y la matriz gráfica resultante ofrece una buena visión de cuando un determinado tema fue abordado por la paciente y/o el analista durante el tratamiento (Thomä et al 1982).

### Nivel III: Procedimientos de Juicio Clínico Guiado

Este nivel metodológico consiste en juicios cualitativos y clínicamente informados que emiten dos o más observadores de forma sistemática. Este enfoque mantiene la naturaleza de los datos en un nivel cualitativo al mismo tiempo que permite manejar estos datos con estadísticos paramétricos y no-paramétricos. Para llevar a cabo esta transformación, se emplea una escala simple para representar el aspecto dimensional de cualquier concepto estudiado. Esta escala, que supone una versión más elaborada de la distinción binaria entre ‘si/no’, indica el principio de cualquier procedimiento de medida. Luborsky (1984) llamó acertadamente a estos “procedimientos de juicio clínico guiado” que



utilizan los patrones con los que un clínico registra datos complejos. En este nivel de nuestro enfoque investigador, se llevaron a cabo varios estudios en nuestro caso, como se indica:

- a) Cambio en el *insight* emocional (Hohage & Kübler, 1988)
- b) Cambio en la autoestima (Neudert et al., 1987)
- c) Tipos de sufrimiento subjetivo (Neudert & Hohage, 1988)
- d) Cambio en los sueños (Leuzinger- Bohleber & Kächele, 1990)
- e) Modelo focal del proceso evaluado por el método del Tema Central del Conflicto Relacional (Albani et al., 2002)
- f) Rupturas entre las sesiones y el proceso analítico (Jiménez et al., 2002)
- g) El ‘plan inconsciente’ en términos de la Teoría de Control-Dominio (Albani et al. 2000)
- h) Técnica psicoanalítica Evaluada mediante el Método de Clasificación-Q del Proceso Psicoterapéutico(Albani et al., 2002).

A continuación ofrecemos un resumen de cada uno de estos enfoques y de lo que aprendimos de ellos al llevar a cabo nuestra investigación.

### Cambio en el *insight* Emocional

El concepto de *insight* es uno de los conceptos clave en el tratamiento psicoanalítico, aunque las medidas substanciales de cambio en el *insight* emocional sean escasas. Hohage & Kübler (1988) construyeron una escala que diferenciaba entre un acceso cognitivo (C- score) y un acceso emocional (E-score) del paciente a su material. A esto se añade una puntuación combinada del constructo específico denominado “*insight* emocional” que aparece descrito en el manual de Hohage (1996).

Este enfoque no sólo consiste en una valoración cuantitativa del propio *insight*, sino también de la implicación cognitiva. Por supuesto, el

cambio terapéutico no se produce sólo con diferentes niveles de *insight*. Sin embargo, indica un paso importante, si el paciente debería empezar a ocuparse de sí mismo y no sólo de otras personas. En tales casos, el aumento de la cantidad de experiencia de sí mismo del paciente sería un resultado relevante. La paciente Amalia X, sin embargo, tenía mentalidad psicológica (capacidad reflexiva) y a menudo resolvía sus propios pensamientos y sentimientos (puntuación C inmutable). Pero a pesar de esto, los cambios en su experiencia emocional (puntuación E) fueron importantes. Cuando se la expuso al impacto del conflicto psíquico pareció reforzar el acceso emocional a su material, lo que indica un importante cambio terapéutico. Por ejemplo, ante la presión de la interrupción inminente, fue capaz de seguir implicada emocionalmente. Esto complementó el descubrimiento de elevadas cifras de *insight*.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que este enfoque refleja sólo determinados aspectos del *insight*. Centrándonos en el acceso del paciente a la experiencia, descuidamos el concepto de *insight* como un aumento del auto-conocimiento o como conciencia de los motivos inconscientes. No podemos descartar que, aunque la paciente informe una forma de *insight*, podría ser a través de asuntos irrelevantes o extrayendo conclusiones equivocadas. Sólo se puede determinar si sus conclusiones son correctas o sus pensamientos relevantes a través de un juicio clínico, el cual a su vez podría ser acertado o erróneo. Es más, un descenso en el *insight* emocional así como un aumento en la resistencia observados en el transcurso de un tratamiento psicoanalítico no deben considerarse como un paso atrás. El proceso psicoanalítico tiene más de una dimensión, y volverse más perceptivo es sólo uno de entre sus múltiples objetivos. En servicio del proceso terapéutico es típicamente necesario que los pacientes activen conflictos y desarrollen resistencias. Sólo podremos poner en duda el efecto terapéutico cuando sea imposible superar estas resistencias o trabajar los

conflictos. La escala de *insight* emocional puede ayudar en el estudio de estos desarrollos y por lo tanto contribuir a la comprensión del proceso terapéutico.

### Cambio en la Autoestima

Incluso desde el redescubrimiento por parte de Kohut de los aspectos positivos del narcisismo, el concepto de autoestima se podría haberse usado como un concepto unificador para una serie de líneas de investigación, tanto dentro como fuera del psicoanálisis. En la investigación en personalidad de los últimos años, la autoestima y una serie de conceptos relacionados están tomando una creciente importancia, como lo demuestran Cheshire y Thomä (1987). Por otro lado, siempre ha sido rechazado como concepto clínico-psicoterapéutico en el marco de la investigación psicoterapéutica empírica. Sin embargo, en nuestra opinión, es este concepto el que mejor puede crear vínculos significativos entre la investigación del proceso y de resultados porque es una variable igualmente relevante en ambas esferas. Si se comprende el proceso de terapia como una adquisición gradual de determinadas actitudes y habilidades, y si los resultados se evalúan en términos de posesión y disponibilidad de esas actitudes y habilidades, entonces los investigadores deben juntar la información sobre estos rasgos del paciente que reflejan este proceso de adquisición y la estabilidad de su resultado. De ahí la importancia de los estudios longitudinales y del seguimiento de estos rasgos.

Neudert, Grünzig y Thomä (1987) desarrollaron un manual para calcular distintos aspectos del concepto. Las dos hipótesis centrales sobre los cambios en la autoestima general se confirmaron: la autoestima positiva se incrementó de forma significativa durante el curso del tratamiento, aunque esta tendencia creciente no se estabilizó desde el principio del

mismo, sino sólo después de las 100 primeras sesiones en las que se registraron amplias fluctuaciones. La autoestima negativa sufrió también un descenso continuo y significativo desde el principio del tratamiento. Sin embargo, las hipótesis concernientes a los cambios en la aceptación por parte de los otros no se confirmaron, ya que no se dieron tendencias sistemáticas. Tampoco se confirmaron las hipótesis relacionadas con la incidencia relativa de diferentes categorías de material antes y después del tratamiento focal. Por otra parte, se dieron dos resultados que confirmaban hipótesis sobre las diferencias entre correlaciones en las categorías: La autoestima en conexión con la heterosexualidad imaginada mejoró de forma significativa como se esperaba, y la autoestima negativa en conexión con el autoerotismo se redujo significativamente.

### Tipos de Sufrimiento Subjetivo

Otro concepto clave del psicoanálisis es el sufrimiento subjetivo, es decir, el sufrimiento que no puede ser medido con escalas psiquiátricas convencionales, ya que refleja la subjetividad del paciente. Neudert y Hohage (1988) desarrollaron un manual-guía de procedimiento que delinea las formas de sufrimiento en las comunicaciones grabadas del paciente. En su estudio de la paciente Amalia se interesaron por las siguientes cuestiones:

- (1) ¿Cuál fue la cantidad total de sufrimiento subjetivo durante el transcurso del tratamiento?
- (2) ¿Qué parte del sufrimiento del paciente durante el psicoanálisis estaba relacionada con su psicoanalista? ¿Qué parte tenía otras fuentes? ¿Cuáles eran estas fuentes?

(3) ¿Cómo cambió el sufrimiento del paciente en relación con el psicoanalista en el transcurso del tratamiento? ¿Se produjeron crisis durante el tratamiento? Y si fue así, ¿qué las causó?

(4) ¿Qué parte del sufrimiento relacionado con el analista estaba de hecho debido a su abstinencia?

(5) ¿Qué hizo el terapeuta cuando se convirtió en el objeto del sufrimiento del paciente?

Los resultados indicaron que la cantidad de sufrimiento total durante el tratamiento se podía describir como una tendencia monótonica y negativa estadísticamente significativa, y que la “impotencia al tratar con el sufrimiento” se redujo de forma significativa durante el tratamiento. Los datos demostraron que el sufrimiento relacionado con el analista era bajo en comparación con la cantidad total de sufrimiento subjetivo. Sin embargo, el sufrimiento experimentado en relación con el analista se incrementó lentamente hasta alcanzar un pico a mitad del tratamiento (en el Bloque 5, sesiones 101-105). Aquí, el sufrimiento relacionado con el ambiente reemplazó claramente al sufrimiento de la paciente en relación con ella misma. Hasta ese punto, había estado básicamente ocupada con sus propias carencias, inseguridades e inhibiciones. Tras superarlas, los datos demuestran que comenzó a enfrentarse con su ambiente aunque le resultara doloroso, y el psicoanalista se convirtió en el primer objeto *seguro* de sus dolorosos conflictos.

Neudert y Hohage (1988) concluyen: “Se puede afirmar que durante este periodo del tratamiento el terapeuta evitó defenderse. Si hubiese demostrado una actitud defensiva habría encubierto la crítica y el sufrimiento del paciente, o habría puesto en duda su justificación. Y aunque no se abstuvo en el sentido de acatar formalmente una regla, manejó el principio de abstinencia de un modo funcional, es decir, contra el precedente de una interpretación psicodinámica específica de caso: Ser

abstinente en relación a *este* paciente, durante *esta* fase del proceso psicoanalítico, significa que el psicoanalista debe evitar – incluso de forma indirecta, a través de una interpretación – defenderse personalmente” (p. 240).

Por supuesto, el modo en el que el paciente experimentó el comportamiento del analista es de crucial importancia para el desarrollo del proceso terapéutico. A este respecto, Neudert y Hohage (1988) se preguntan: “¿Cómo respondió ella a esta particular forma de abstinencia del terapeuta, es decir, a renunciar a ser defensivo?” Por fortuna, podemos obtener una clara respuesta a esta pregunta examinando la última hora del bloque en la que la paciente comienza a hablar sobre cómo percibía recientemente al psicoanalista. Se había quejado repetidas veces de la brillante luz diurna en la nueva oficina. De pronto, desde la sesión anterior, se levantaron las cortinas. Ella se dio cuenta de que el psicoanalista debía saber que esto estaba planeado pero no lo había mencionado cuando ella se quejó de la falta de cortinas. Entonces fue consciente de que el hecho de que no se lo dijera era exactamente lo que le hizo posible experimentar con claridad lo que se siente cuando alguien te observa. Y adquiere cierto *insight* sobre los beneficios de que el psicoanalista le haya ocultado esta información. Se siente cómoda y liberada por su tranquila reacción a sus ataques. Ella describe el ‘impersonal’ en la relación terapéutica como una protección de bienvenida. Y este sentido de ‘impersonalidad’ se vuelve tan fuerte que de pronto ya no puede recordar exactamente el aspecto de su terapeuta.

“Por ultimo, desde un punto de vista psicoanalítico, se puede asumir que la paciente tomó la reacción tranquila de su psicoanalista como un alivio, no sólo en relación con sus agresivos ataques sino también con sus deseos de acercamiento, incluso aunque todavía percibe estos deseos como ansiedades. La abstinencia del analista no se manifestó como un estricto

acatamiento de una regla, sino que se basaba en una correcta comprensión de sus conflictos. Por supuesto, pasó la prueba, como predice la teoría de Control-Dominio de Weiss y Sampson, reaccionando con tranquilidad ante su crítica y su miedo a acercarse demasiado. El paciente reaccionó de acuerdo a las predicciones de la teoría: Habló de sus sentimientos de alivio y relax” (p.240-241).

### Cambio en los Sueños

Aunque muchas de las discusiones acerca de los sueños en la práctica clínica se centran en un único sueño, es evidente que el relato de sueños durante un tratamiento psicoanalítico es uno de los fenómenos más normales. Algunos pacientes tienen más sueños y otros menos, y los analistas difieren acerca de hasta que punto utilizan los sueños que les ofrecen los pacientes. Tanto el paciente como el analista establecen un acuerdo inconsciente y no intencional acerca de la relevancia de los sueños para el propósito del tratamiento.

El grupo de estudio de los sueños de Ulm ha investigado los cambios cognitivos basados en el relato de sueños en cinco casos de tratamiento psicoanalítico (Leuzinger-Bohleber & Kächele, 1988; Leuzinger-Bohleber 1989). Se compararon sueños desde la fase inicial (sesiones 1 - 100) hasta la fase final (las últimas 100 sesiones) para establecer el funcionamiento cognitivo de cada fase usando un instrumento de análisis del contenido. El desarrollo de estas funciones cognitivas fue estudiado más adelante en el tratamiento usando todo el material de sueños de las sesiones transcritas de Amalia X (Kächele et al. 1999).

Para ofrecer una idea de los descubrimientos, presentamos los resultados relativos a tres cuestiones. En primer lugar, ¿Cuáles son las relaciones del que sueña con otras personas? Resultó obvio que Amalia X no cambiaba con respecto a sus relaciones sociales en sus sueños, lo que es

digno de considerar teniendo en cuenta que sufría síntomas de eritrofobia (temor al rubor facial) al principio del tratamiento. La segunda cuestión está relacionada con la atmósfera emocional global en los sueños. Se utilizó una lista graduada de adjetivos y por medio de un análisis factorial identificamos una tendencia continua desde emociones oníricas negativas al principio a una coloración positiva de los sueños hacia el final del análisis. El tercer tema se centraba en la actividad de resolución de problemas del que sueña, y observamos un cambio continuo y sistemático que aumentaba al tiempo que el análisis avanzaba. Otro aspecto de este estudio fue si los cambios observados podían ser modelados como tendencias lineales, y en los resultados encontramos procesos estacionarios con variaciones de intensidad (como en sentimientos agresivos o ansiosos) y cambios que aumentaban o disminuían de modo lineal con el tiempo.

#### Modelo Focal del Proceso según el Tema Central del Conflicto Relacional

En la actualidad, el número de modelos coherentes del proceso psicoanalítico todavía es reducido. En el Modelo de Proceso de Ulm (Kächele, 1988; Thomä & Kächele 1987), se entiende la terapia psicoanalítica como un terapia focal continua e ilimitada temporalmente cuyo foco es cambiante y se desarrolla interactivamente. La secuencia de focos se contempla como el resultado de un intercambio inconsciente entre las necesidades del paciente y los recursos del analista.

Desde muy pronto pareció plausible que en todos los análisis surgieran ciertos puntos de foco temático que estarían sujetos a cambios en el curso del trabajo analítico posterior. Tenemos la firme convicción de que los argumentos en contra del Modelo de Proceso de Ulm pueden avanzar bien asumiendo una teoría de Psicopatogénesis Universal (*Universalpsychopathogenese*) (Thomä, 2004) o aceptando la idea del análisis no-tendencioso sin objetivos (“sólo analizar”). Si examinamos el



asunto con detenimiento, incluso los conceptos específicos de la escuela de Psicopatogénesis Universal crean puntos focales.

El método del Tema Central del Conflicto Relacional (CCRT) concebido por Luborsky (Luborsky & Crits-Christoph, 1998) ofrece un medio para hacer operacionales estos conflictos focales y centrales. Este método señala en una dirección distinta a la de la determinación clínica del foco, pero en este caso una comparación resultaría imposible porque el analista no definió (antes o después de la terapia) cuál era el conflicto que estaba sucediendo, ni el centro de atención ni en qué sesión o fase de sesiones.

El supuesto básico del método CCRT es que las narraciones de los pacientes sobre experiencias interpersonales contienen patrones típicos interiorizados de relación sujeto-objeto. Las historias narradas en la terapia reflejan experiencias, y por esa razón el método CCRT analiza los relatos de las experiencias de los pacientes en las relaciones (“episodios de relación”). El primer paso es identificar los episodios de relación, seguido de la determinación de tres tipos de componentes en el episodio relacional: las necesidades, intenciones o deseos relacionados con el propio sujeto (componente DS) o con un ‘objeto’ (componente DO); las supuestas respuestas del objeto (componente RO); y las supuestas respuestas subsecuentes del sujeto (componente RS), con reacciones clasificadas como positivas o negativas.

El estudio de Albani et al. (2003) se centró en investigar la efectividad del método del Tema Central del Conflicto Relacional (CCRT) para representar el curso terapéutico del tratamiento psicoanalítico de Amalia X de acuerdo al Modelo de Proceso de Ulm. Los datos que evaluamos se extrajeron desde las primeras hasta las últimas fases de la terapia (sesiones 1-30 y 510-517 respectivamente), comenzado por los bloques de sesiones 50 de cinco sesiones que se analizaron a intervalos de

50 sesiones, con una muestra final de 11 bloques y 92 sesiones. Se obtuvo el siguiente patrón, contando las categorías más frecuentes durante todas las fases de la terapia:

Deseo hacia el Objeto: Los otros deberían prestarme atención.

Deseo hacia el Sujeto: Quiero ser autónomo.

Respuesta asumida del Objeto: No puedo confiar en los otros.

Respuesta asumida del Self: Estoy insatisfecho, asustado.

Este patrón formó un foco central, y este foco se trabajó en muchas fases de la terapia detalladas en el estudio. El deseo de cambio de Amalia X se expresaba en sus ansias de autonomía, superando su experiencia como dependiente y débil, incapaz de ponerse límites e insatisfecha. En cada una de las categorías absolutas de mayor frecuencia se manifestó un tema básico (“conflictos nucleares”), y cada fase de la terapia mostró los típicos clusters de categorías de CCRT que caracterizan los focos temáticos en el sentido de los “conflictos focales” de French (1952) operacionalizados mediante el método CCRT.

Tanto los puntos fuertes como las limitaciones del método CCRT se ciñen a los relatos de las experiencias de relaciones del propio paciente. En otras palabras, las investigaciones se limitan a las experiencias de relación que el paciente ha percibido y verbalizado. El método no ofrece otra manera de incluir material inconsciente que los esquemas repetitivos que los pacientes siguen inconscientemente al describir el curso de una relación y establecer mecanismos de defensa. Este estudio demostró que el método CCRT capta aspectos interpersonales del proceso psicoanalítico de relevancia clínica desde el punto de vista del paciente, apoyando el Modelo de Proceso de Ulm, aunque la contribución del analista se refleje sólo en las narrativas de la paciente relativas a su relación con el terapeuta.

### Rupturas entre sesiones y el Proceso Analítico

Jiménez et al. (2006) examinaron la evolución de las reacciones de Amalia X ante las rupturas durante el curso del análisis, con la hipótesis de que esto serviría como un indicador del cambio alcanzado durante el proceso terapéutico. El estudio se basó en una muestra de 212 sesiones transcritas distribuidas de forma aleatoria durante el tratamiento, y comprendió tres etapas: (1) Una definición formal de ruptura en el tratamiento, determinada por medio de un histograma basado en la tarjeta de asistencia. (2) Utilizando el Diccionario de Términos de Ansiedad de Ulm, un método informático de análisis del contenido verbal, se realizó un intento de caracterizar las sesiones que correlacionaban en el tiempo con los distintos tipos de rupturas. Este instrumento definió el constructo “sesión de separación”, que solía aparecer justo antes de las rupturas más largas, aunque también aparecía de forma esporádica relacionado con rupturas más cortas. (3) Se investigó una muestra de sesiones de separación para respuestas transferenciales por medio del CCRT. Los componentes del CCRT evolucionaron de acuerdo a las expectativas y los resultados se discutieron en relación con la metodología empleada y la teoría psicoanalítica de la terapia.

En pacientes extremadamente dependientes, una alta frecuencia de estabilidad conduce a una separación entre ansiedad y reacciones depresivas. Los efectos causados por los intervalos dependen de la contribución del analista. La interpretación estereotipada de que las condiciones de todos los pacientes se deterioran durante los fines de semana, fiestas o vacaciones es, en cierto modo, una profecía autocumplida. Las suposiciones de transferencia forzadas que hacen del paciente un niño indefenso, chupando del pecho de su madre, promueven sentimientos de pasividad y total indefensión. Por razones terapéuticas es

vital que viejas ansiedades y su experimentación se revivan dentro de unos intervalos dados. Sin embargo, es esencial no estimular la desesperación del paciente mediante interpretaciones que causen una experiencia de rechazo desastrosa. Los ejemplos examinados en este estudio sostienen la teoría de que la correlación entre las rupturas y la depresión es un fenómeno iatrogénico que depende en gran medida de la técnica de tratamiento del analista.

El plan inconsciente en términos de la teoría de Control-Dominio.

Albani et al (2000) pusieron a prueba si la Teoría de Control-Dominio de Weiss y Sampson (1986) era aplicable en el caso de Amalia X. Los resultados de este primer estudio de fiabilidad en alemán con el método de Formulación del Plan demostraron que se puede usar con fiabilidad en investigaciones fuera de USA.

Técnica psicoanalítica Evaluada mediante el Método de Clasificación-Q del Proceso Psicoterapéutico

Albani et al. (2002) también usaron el Método de Clasificación-Q del Proceso Psicoterapéutico de Jones (2000) en la primera aplicación de la traducción al alemán realizada por los autores. El método demostró ser un instrumento fiable y relevante para describir patrones de interacción en el caso de Amalia X.

Al comparar sesiones de las fases iniciales y finales de una terapia psicoanalítica se demostró que existían diferencias clínicamente relevantes entre ambas. En la fase inicial la interacción terapéutica se caracterizó por un tratamiento intensivo y de apoyo a la paciente por parte del analista. Existía una influencia recíproca entre los patrones auto-acusatorios de la paciente, su vergüenza y sentimientos de baja autoestima y las eficaces intervenciones del analista. La técnica terapéutica consistió en

clarificaciones, así como confrontaciones e interpretaciones del comportamiento durante las sesiones. Esto ayudó a la paciente a ser más directa al explorar sus ideas y sentimientos. La descripción de la fase inicial con este método apuntaba al establecimiento de una buena alianza de ayuda desde el principio del tratamiento. En la fase final del análisis, la paciente ya era capaz de expresar sentimientos agresivos. Los sentimientos de culpabilidad se redujeron drásticamente, y la paciente podía hablar sin problemas sobre relaciones amorosas difíciles. El tópico de la separación se trató abiertamente en el análisis, y la paciente identificó su capacidad para trabajar con sus sueños expresando su interiorización de la función analítica.

#### Nivel IV: Análisis de Textos Lingüístico y Asistido por Ordenador

Se han llevado a cabo investigaciones sistemáticas sobre la especial naturaleza conversacional de la técnica psicoanalítica usando materiales de la muestra de caso de Ulm. Koerfer y Neumann (1982) se centraron en la a veces dolorosa transición del paciente desde el discurso diario al psicoanalítico. Este y otros descubrimientos en este campo de análisis del discurso apoyan la formulación básica de nuestra “filosofía” de la terapia psicoanalítica: Ofrecer tanto lenguaje corriente como sea necesario para satisfacer las necesidades de seguridad del paciente, y ofrecer todo el discurso psicoanalítico que sea viable para estimular la exploración de los significados inconscientes en dimensiones intrapsíquicas e interpersonales (Thomä & Kächele, 1992, chap.7. 1).

Siguiendo las ideas de Schafer (1976) sobre el lenguaje de acción, Beerman (1983) estudió el uso de diferentes variaciones sintácticas en voz activa y pasiva formuladas por Amalia X durante el tratamiento. Kächele (1983) investigó las estrategias conversacionales del analista, centrándose en primer lugar en su implicación verbal, demostrando que en un proceso

analítico que se desarrolla productivamente (como era el caso de Amalia X) no había correlación entre la cantidad de participación verbal del paciente y del analista. La actividad verbal del analista se reducía de forma continuada a lo largo del análisis, reflejando el reconocimiento por parte del analista de que su paciente será cada vez más capaz de desarrollar su propio espacio verbal.

Un estudio posterior de Kächele et al. (1999) distinguía entre los aspectos formales y sustanciales del vocabulario del analista (el término “vocabulario” se refiere al número de diferentes palabras o ‘tipos’ utilizados por el hablante). La medida de los tipos es interesante, porque las palabras representan conceptos y la terapia se debe considerar como un intercambio de conceptos que implica la asimilación de nuevos materiales y la adaptación de esquemas previos. Así, el vocabulario del analista al principio del análisis con toda probabilidad dará forma y reflejará el mundo experiencial del paciente, y durante el análisis su evolución correrá paralela, o al menos reflejará en parte, a los procesos conceptuales y de aprendizaje emocional que están teniendo lugar.

Para explorar esto, examinamos el vocabulario característico del analista en la fase de apertura del análisis de Amalia X, centrándonos específicamente en la parte de su vocabulario que él introdujo activamente en los diálogos (en vez de seguir la corriente del paciente). Basándonos en la frecuencia de aparición de los tipos, descubrimos que el analista, en las primeras 18 sesiones, enfatizó característicamente cuatro clases de sustantivos en sus intervenciones: *nombres técnicos* que formaban parte de su tarea de invitar al paciente a participar en el análisis; *nombres emocionales* que formaban parte de la técnica del analista para intensificar emociones; *nombres sexuales relacionados con el cuerpo* que se referían al incómodo auto-concepto sexual del paciente; y unos pocos *nombres tópicos*

que reflejaban aspectos de la situación vital del paciente relatados en las primeras sesiones.

Para profundizar en nuestra interpretación, hemos sometido al uso de la palabra “sueño” a un examen más exhaustivo. Al principio de un análisis, el paciente aprende que el diálogo analítico es algo fuera de lo común en la medida en que el analista puede usar la puesta en relieve como un estilo de intervención. Como la palabra “sueño” era una parte predominante del vocabulario característico del analista en comparación con el paciente, concluimos que el analista intentó intensificar la curiosidad del paciente sobre los sueños como una clase especial de material relatado.

Continuando con nuestros estudios asistidos por ordenador, Hölzer et al. (2005) identificaron recientemente una estrategia interpretativa básica en cuatro casos de tratamiento psicoanalítico, incluyendo el de Amalia X, en los que los analistas se centraban en las emociones. El estudio revisó trabajos previos utilizando análisis informáticos de vocabulario basados en la teoría de la emoción de Dahl (1991), y a continuación se pasó a evaluar un descubrimiento de investigaciones previas en cuatro tratamientos psicoanalíticos de larga duración en el Banco de Casos de Ulm. El estudio confirmó que en los cuatro tratamientos se podía demostrar un cambio sistemático, aunque a diferentes grados, desde “ME-emociones” negativas a “IT-emociones” negativas. Este descubrimiento subraya la noción básica freudiana de que las quejas autorreferenciales tienen que transformarse en actividades relativas al objeto.

Por ultimo pero no menos importante, nuestro equipo, utilizando la metodología de Emoción-Abstracción del Modelo de Ciclos de Mergenthaler (1996) también estudió la sesión 152 de la paciente Amalia, que había sido objeto de la presentación de un caso clínico (Mergenthaler, 2002). Este enfoque que trabaja a nivel microscópico de interacciones momento a momento permite directamente un proceso de feedback en las

fructíferas discusiones clínicas que han sido el tema de muchas contribuciones al material de esta sesión.

### Resumen Final

En vista de la escasez de estudios empírico-clínicos rigurosos de casos psicoanalíticos (cáp. 2), creemos que el trabajo del grupo de investigación de Ulm constituye una gran éxito. En primer lugar porque demuestra que se puede hacer, y en segundo lugar porque muestra cómo se puede hacer, contando con la dedicación y el apoyo institucional necesarios. El tratamiento psicoanalítico puede ser objeto de una investigación objetiva y con una metodología sofisticada, que conduzca a descubrimientos y hallazgos que no puede hacer el analista por sí solo. La perspectiva clínica del analista es esencial pero está siempre limitada por su papel de observador participante en el proceso analítico. Además de esto, la investigación sistemática formal abre el camino a interpretaciones independientes de los mecanismos de cambio en psicoanálisis.

El estudio de nuestro caso no sólo sostiene la teoría de que este tratamiento analítico conduce a cambios considerables en muchos aspectos del funcionamiento cognitivo y emocional del paciente, sino que también demuestra la utilidad de las técnicas de investigación microanalíticas que ayudan a identificar y conceptualizar los procesos de cambio. La cantidad de dimensiones descriptivas que son posibles y necesarias para describir estos cambios no es pequeña. Sin embargo, se puede extraer con certeza una conclusión del estudio de nuestro caso, y ésta es que los procesos de cambio existen y se pueden demostrar con métodos de investigación que son válidos y fiables. Tanto los procesos de cambio en psicoanálisis como las capacidades psicológicas básicas del paciente tienen lugar a lo largo de todo el camino y normalmente, aunque no siempre, se da el caso de que



podemos describirlas en términos de tendencias lineales a lo largo del *continuum* del tratamiento.

Los hallazgos de la investigación deben replicarse para probar su validez. Hasta el momento sólo estamos seguros de los efectos concretos de nuestras investigaciones en nuestra propia práctica y concepción del psicoanálisis y en aquellas personas relacionadas con nuestro trabajo. Nada ha cambiado más nuestra concepción y práctica del psicoanálisis que la exposición pública a amistosas críticas y amigos críticos. Retomando el ejemplo del elefante y los siete ciegos que investigaban sus partes, llegamos a la siguiente conclusión: Para el clínico existen resultados relevantes y poco relevantes. Decimos esto para animar a otros psicoanalistas a abrir la privacidad de su trabajo clínico con el fin de mejorarlo, permitiendo que otros miembros de la comunidad científica analicen con detenimiento su trabajo. Con este propósito, recomendamos la formación de investigadores que tengan una experiencia clínica, y la formación de clínicos que tengan una experiencia como investigadores, de modo que puedan aprender a identificarse con las labores clínicas y de investigación. Necesitamos analistas e investigadores que puedan comprometerse a largo plazo para conseguir un progreso lento pero acumulativo. Las investigaciones sistemáticas dependen de equipos apoyados por instituciones, como nuestro departamento de Ulm, que promueve la cooperación entre los analistas profesionales en formación e investigadores profesionales. La implementación de estas investigaciones ayudará a que los psicoanalistas superen de forma creativa esta crisis contemporánea.

## Referencias

- 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.

- 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.
- 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.
- Beadle, J H (1878) *Western Wilds*
- Beermann S (1983). Linguistische Analyse psychoanalytischer Therapiedialoge unter besonderer Berücksichtigung passivischer Sprechmuster. Diplomarbeit. Hamburg
- Cheshire NM Thomä, H editors (1987). *Self, symptoms and psychotherapy*. New York Chichester: Wiley.
- 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.
- Dahl H, Kächele H, Thomä, H editors (1988) *Psychoanalytic process research strategies* Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer.
- Dewald PA (1978). The psychoanalytic process in adult patients. *The Psychoanalytic Study Child* 33:323–331.
- Erikson EH (1954). The dream specimen of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2:556.
- Freud S (1912d) {Über die allgemeine Erniedrigung des Liebeslebens}. GW VIII, S.78-91
- French TM (1952). *The integration of behaviour*. Vol. 1: Basic Postulates. Chicago: Univ Chicago Press.
- Gabbard G, Westen D (2003). Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* 84:823–42.
- Glover E, Brierley M (1940). *An investigation of the technique of psycho-analysis*. London: Baillière, Tindall, Cox.
- Grawe K (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 17:4–5.
- Hölzer M, Dahl H, Kächele H. (2006) A basic interpretative strategy in psychoanalytic treatments. Paper submitted for publication.
- Hohage R (1986) *Empirische Untersuchungen zur Theorie der emotionalen Einsicht*. Abteilung Psychotherapie, Habilitationsschrift. Universität Ulm
- 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.
- Jiménez JP, Pokorny D, Kächele H (2006). Evolution of the reaction to breaks in the psychoanalytical process as an indicator of change. In: *Psychoanalytic Practice* 3, Thomä H, Kächele H, editors. Ulm: <http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher.html>
- Jones E (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy* Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- 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, Minsell WR, Herff W, editors. Frankfurt: Lang. p. 125–29.

- Kächele H (1988). Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 69: 65–73.
- 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.
- 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>.
- 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.
- Kächele H, Thomä H (1993). Psychoanalytic process research: Methods and achievements. *J Am Psychoanal Assoc* 41: 109–129 Suppl.
- 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.
- 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.
- Leuzinger-Bohleber M (1989) Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Band 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- 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.
- Luborsky L (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1998). Understanding transference. New York: Basic Books 2nd edition.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- Mergenthaler E, Stinson CH (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research* 2:125–142.
- Michels R (2000) The Case History. *J Am Psychoanal Ass* 48:355–375.
- 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.
- 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.
- Sargent H (1961) Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry* 24:93–108.
- Simon J, Fink G, Endicott N A H P I and Gill, M. (1968) Psychoanalytic research and the concept of analytic work. Department of Psychiatry, Brookdale Hospital Center, Brooklyn.
- Thomä H (2005) Psychoanalysts without a specific professional identity – an utopian dream? *Int Forum Psychoanalysis* 13: 213-236
- Thomä H, Kächele H (1989) *Teoria y Practica del Psicoanalysis*. 1 Fundamentos. Editorial Herder, Barcelona
- Thomä H, Kächele H (1990) *Teoria y Practica del Psicoanalysis*. 2. Estudios clinicos. Editorial Herder, Barcelona
- Thomä H, Kächele H (2006) *Teoria y Practica del Psicoanalysis*. 3 Investigacion
- Thomä H, Kächele H (2006) *Psychoanalytic Practice Vol 3 Research*. Ulm  
<http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher.html>.
- 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
- Thomä H, Mergenthaler E, Kächele H (1982). The Topic-Index Method for systematic process description. Heidelberg: Dep Psychosomatic Medicine
- Wallerstein RS, Sampson H (1971). Issues in research in the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal* 52:11–50.
- Weiss J, Sampson H, et al. editors. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Wilson A (2004) Multiple approaches to a single case: Conclusions. *Int J Psychoanal* 85: 1269-1271