

4. Investigación del proceso psicoanalítico: Métodos y resultados

Horst Kächele & Helmut Thomä¹

RESUMEN: En este capítulo se exponen los logros básicos de muchos años de investigación sistemática sobre el proceso psicoanalítico. Los objetivos principales de esta investigación están relacionados con los intensos debates sobre la validación de la metodología clínica y empírica. Desde entonces, se está desarrollando la estrategia de Ulm sobre el proceso psicoanalítico de cuatro niveles de trabajo. Esta estrategia implica comenzar con muchas formulaciones de casos clínicos para pasar después a descripciones sistemáticas de segmentos seleccionados del tratamiento. A partir de allí, un nivel posterior más refinado de observación y la introducción del análisis por ordenador de los distintos textos abre un amplio conjunto de perspectivas para el estudio de los procesos psicoanalíticos, las cuales pasan a explicarse.

I. Fundamentos psicoanalíticos del programa de investigación de Ulm

Nos hallamos implicados en un proyecto a largo plazo para estudiar el terreno originario del psicoanálisis, es decir la „situación psicoanalítica“. Estamos convencidos de que para investigar aspectos esenciales de la teoría psicoanalítica y desarrollar una teoría del proceso fundada empíricamente solamente puede usarse la investigación cuidadosa de los intercambios entre paciente y psicoanalista.

La interpretación fue el tema de nuestro primer esfuerzo por estudiar clínicamente aspectos del proceso. Thomä y Houben (1967) identificaron importantes aspectos de una técnica analítica y sus fundamentos teóricos examinando interpretaciones, y mediante el estudio de reacciones del terapeuta al estimar su eficacia terapéutica. Mientras desarrollábamos estos estudios, poco a poco nos dimos

cuenta de problemas relativos a la eficacia de las interpretaciones y la verdad de las teorías. Estos problemas permanecen en el centro de polémicas actuales (Strenger, 1991). Para estudiar sistemáticamente las interpretaciones, seguimos la recomendación hecha por Isaacs (1939) y diseñamos un esquema, en 1963. Este requería que el psicoanalista encontrara interpretaciones mientras completaba el protocolo (ver Thomä y Kächele, 1992, pp. 22-23). Mientras trabajábamos en este proyecto, nos dimos cuenta de que la cuestión de la validación sólo podía ser dirigida por procesos empíricos e investigación de resultados. Todas nuestras investigaciones posteriores están basadas en los fundamentos de la metodología de caso único (Schaumburg et al., 1974) que se corresponde mejor con la máxima (de Meissner (1983) de considerar al psicoanálisis como la ciencia de la subjetividad.

Las limitaciones de los estudios basados en protocolos formalizados por el analista fueron comentadas por Spence (1986), quien señaló que los historiales analíticos se elaboran según supuestos psicodinámicos ocultos. A menudo es imposible reconocer la contribución del analista; más aún, es insuficiente para describir selectivamente sólo unas pocas interpretaciones. No hay manera de saber qué se ha omitido. Pero para las investigaciones científicas, no es bastante con confiar en la memoria del analista. Por lo tanto, los psicoanalistas presentaron grabaciones de las sesiones como un instrumento para obtener tan fielmente como fuera posible, el diálogo psicoanalítico.

Mientras esta herramienta técnica es habitual entre los psicoanalistas de mentalidad investigadora (Thomä y Kächele, 1992. p. 24), estamos de acuerdo con Colby y Stoller (1991) en que una transcripción „no es un registro de lo que ocurrió“, sino „sólo de lo que fue registrado“ (p. 42). Nuestra respuesta a esta advertencia ha sido descubrir empíricamente qué es lo que puede reconstruirse del verdadero proceso psicoanalítico sobre la base de esas transcripciones. El principal progreso que ha deparado esta herramienta es que observadores independientes son capaces de estudiar los procesos analíticos a partir del dialogo. Además, pueden aplicarse al material métodos desarrollados en otros campos, como análisis del discurso y del contenido.

Para descubrir qué hacen los psicoanalistas, no basta con confiar en sus definiciones personales de los conceptos y cómo los aplican (Sandler, 1983; Sandler et al., 1991). El empleo que hacen los analistas de sus conceptos como herramientas interpretativas sólo puede estudiarse en la interacción analítica. Tratamos de proporcionar una descripción sistemática de lo que el analista dice y cómo los pacientes participan en el diálogo. Las grabaciones en cinta proporcionan una base

de datos suficiente. No obstante, tenemos que enfrentarnos a muchos problemas epistemológicos y de metodología que conciernen a la comprobación de hipótesis extra o intraclínicas (Thomä y Kächele, 1975). A pesar de las dificultades, nos hemos convencido de que muchos de los conceptos cruciales del psicoanálisis tienen que ver con aspectos que afloran en las manifestaciones verbales. Aunque los procesos inconscientes también pueden investigarse en condiciones experimentales (Kächele et al., 1991), tratamos de conseguir validez ecológica trabajando con muestras naturales. Así, a lo largo del tratamiento, van produciéndose datos que confirman o desmienten hipótesis clínicas (Hanly, 1992).

Los modelos sobre el proceso no son una materia teórica, abstracta; de hecho son parte de la práctica diaria de cada analista. Las concepciones sobre el proceso que se transmiten de una generación de analistas a la siguiente, contienen teorías tácitas que a menudo se ponen de manifiesto sólo en términos metafóricos. Sandler (1983, p. 43) pide acertadamente que se expliciten las dimensiones propias y personales del significado de los conceptos. Si se hiciera un estudio de este tipo, nos sorprenderíamos por la diversidad de significados de „proceso psicoanalítico“ (Compton, 1990).

Hemos perfilado un modelo de proceso que está diseñado para ser lo suficientemente amplio como para incluir otros modelos de proceso basados en un „concepto focal“ (Thomä y Kächele, 1987). El enfoque hace referencia a „la importancia que se concede a la temática que se crea por interacción a consecuencia del trabajo terapéutico, que es consecuencia del material que ofrece el paciente y los esfuerzos del analista por comprenderlo“ (pág. 350). Como los focos individuales se conectan con otros por un conflicto central, nuestro modelo puede aplicarse tanto a terapias de larga como de corta duración.

El concepto de Ulm sobre el modelo de proceso del curso del tratamiento psicoanalítico, es el resultado de nuestra confrontación con el campo de la investigación en psicoterapia, aún en desarrollo. Estamos convencidos de que la investigación de los procesos psicoanalíticos tiene que ir más allá de la perspectiva subjetiva en la que todas las posiciones teóricas son iguales en su potencia terapéutica, tal como argumenta Pulver (1987). Creemos que no se ha demostrado su conclusión de que los analistas que trabajan con orientaciones teóricas distintas obtienen resultados igualmente buenos (p. 289). Lo que necesita el psicoanálisis es evolucionar de la narrativa a la ciencia empírica contemporánea (Meyer, 1990). Necesitamos investigaciones descriptivas del proceso de interacción, de lo que pasa

en el analista y en el paciente, y cómo sus fantasías inconscientes se expresan verbal y no verbalmente (ver la sección III).

Para clarificar la base interactiva de la metodología del proceso, tomamos en consideración la implicación personal del analista en el material presentado por el paciente. En lenguaje clínico, también sostenemos que la contratransferencia y la transferencia están interrelacionadas. En el lenguaje de la investigación podríamos decir que las concepciones cognitivas y afectivas del analista determinan el ámbito semántico posible para el paciente. El verdadero grado de esta implicación se hace mucho más claro con grabaciones. Han puesto de manifiesto lo que se puede fácilmente pasar por alto, es decir, que puede haber una discrepancia significativa entre el ideal profesional de uno y su rutina diaria (Kubie, 1958).

Como ha demostrado Dahl (1983), un factor selectivo opera en la percepción del psicoanalista sobre las producciones de los pacientes: la exigencia de mantener la atención flotante imposibilita la integración de las expectativas cotidianas pero puede incluso favorecer la implicación en el nivel de las expectativas inconscientes del rol (Sandler, 1976). Todos estos comentarios sobre cómo se forman los juicios y cómo seleccionan sus pruebas tienden a confirmar el carácter bipersonal de la situación analítica, donde la relación real y los asuntos transferenciales no se pueden diseccionar en qué es real y qué es fantasía, sino que tienen que mirarse como construcciones en un espacio social (Gergen, 1985; Gill, 1991; Hoffman, 1991).

Por estos motivos en la neurosis de transferencia los conflictos intrapsíquicos se expresan al menos parcialmente en la interacción. El modo en que se desarrolla la neurosis de transferencia es función del proceso tratado diádicamente (Thomä y Kächele, 1975, 1987). Esta forma es única para cada diada terapéutica, confiriendo a cada tratamiento psicoanalítico el estatus de una historia única.

El modelo de Freud del proceso psicoanalítico, comparándolo con el juego del ajedrez, conlleva unas reglas que constituyen el juego y existen con independencia de circunstancias particulares; a fin de cuentas, el ajedrez se juega con las mismas reglas en todo el mundo. Existen pues estrategias y tácticas aplicables a las distintas fases del juego, p. ej., estrategias de apertura y de finales de juego; éstas difieren dependiendo de las técnicas individuales de cada jugador y también se van regulando interactivamente, en cuanto que el jugador individual torna nota de la presunta fortaleza de su oponente en el diseño de sus estrategias. ¿Tiene el psicoanálisis algo parecido a un conjunto fijo de reglas del juego que pueden ser especificadas aisladamente de cada situación concreta? (Thomä y

Kächele, 1987, p. 215). Muchos psicoanalistas aún creen que el método psicoanalítico tiene la condición del juego del ajedrez, el cual puede determinarse aisladamente de objetivos concretos. Tal parecer puede estar justificado por las palabras de Freud acerca de la independencia de la neurosis de transferencia de la influencia del analista.

El analista... inicia un proceso, la resolución de las represiones existentes. Puede supervisar este proceso, impulsarlo, quitar obstáculos de su camino, y puede, sin duda, perturbarlo bastante. Pero en general, el proceso sigue, una vez comenzado, su propio camino, sin dejarse marcar una dirección, ni mucho menos la sucesión de los puntos que ha de ir atacando. (Freud, 1913)

El párrafo contiene muchas ambigüedades. A pesar de que las reglas se diseñaron para prevenir la interacción social entre el analista y el paciente, esa interacción es inevitable (de Swaan, 1980, p. 405). Nunca ha sido posible producir la situación social nula de una manera concreta, aunque ha llegado a ser una fantasía utópica central del psicoanálisis.

Desde nuestro punto de vista es imposible estar de acuerdo con el supuesto que a menudo se hace de que, en general, en cada proceso, la secuencia de fases se organiza en forma de un trabajo longitudinal por encima del desarrollo ontogenético (por ejemplo, el modelo del proceso de Fürstenau [1977]). En términos de las ideas establecidas anteriormente sobre la generación interactiva de un enfoque -es decir, desde la interacción entre el tema del paciente y el esquema del analista- nosotros consideramos la terapia psicoanalítica como una terapia focal sin límite de tiempo y con un enfoque variable. Más que de una naturaleza lineal, consideramos la secuencia de focos como un proceso de negociación inconsciente entre las necesidades o deseos del paciente y las posibilidades de manejarlos de su analista (Thomä y Kächele, 1987, pp. 34-65).

Nuestra investigación se ha fundamentado en un estilo descriptivo de los procesos psicoanalíticos. La mayor parte de investigaciones psicoanalíticas clínicas se han basado en informes subjetivos de una multitud de observaciones sin determinar y un procedimiento no especificado de selección (Kächele, 1986). Creemos que la investigación sistemática, sin embargo, es necesaria tanto si el psicoanálisis es considerado como una hermenéutica o como una ciencia natural. Con independencia de los hallazgos empíricos y su impacto, una aproximación sistemática tiene consecuencias muy concretas para la teoría psicoanalítica en sí. Cualquier metodología empírica conlleva una actitud crítica y presupone

consideraciones funcionales. Uno tiene que preguntarse qué clase de datos empíricos hacen referencia a determinados conceptos psicoanalíticos.

II. Metodología de investigación y descubrimientos

El Banco de Textos de Ulm (BTU)

Comenzamos estableciendo una base de datos para observaciones y medidas repetidas, con independencia de las dos partes involucradas. Tomando las grabaciones de sesiones dirigidas con gran ánimo por Gill et al. (1968), se convirtieron en la vía regia para establecer el objeto de las investigaciones. En la actualidad el BTU ofrece el compendio de textos más heterogéneo reunido desde 1967 (datos verbales) sobre psicoterapia/psicoanálisis y muestras de discursos/textos de campos vecinos (Kächele y Mergenthaler, 1983; Mergenthaler, 1985). Mergenthaler (1986) desarrolló reglas para la transcripción, disponibles en inglés (Mergenthaler y Stinson, 1992)².

En la actualidad, podemos proporcionar a los usuarios potenciales aproximadamente 40 clases de discurso, unos 1000 interlocutores distintos, y unas 5000 sesiones (ver tabla I). Dos tercios del material ha sido suministrado como fruto de contactos científicos y proyectos de investigación conjuntos con otras instituciones. En la mayor parte de los casos estas contribuciones estaban ligadas al empleo real de los servicios del BTU. Mientras las aportaciones eran sobre todo del campo de la psicoterapia, otros usuarios eran también a menudo lingüistas que no requirieron servicios del BTU aparte de la provisión de grabaciones y transcripciones junto con recuentos de palabras y líneas. Actualmente mantenemos contactos con unas 30 instituciones en Alemania, cuatro en los Estados Unidos, dos en Suecia, dos en Suiza y uno en Austria. En conjunto los textos almacenados electrónicamente incluyen un vocabulario de 155.000 palabras alemanas y 20.000 inglesas y un total de más de diez millones de fichas.

Hasta ahora, han sido grabados total o parcialmente 22 tratamientos psicoanalíticos de ocho analistas y 22 pacientes, y se han transcrito amplias muestras de las sesiones grabadas. Muchos de ellos no han sido aun investigados tan sistemáticamente como los casos de Amalia X., Christian Y., Franziska X., y Gustav Y., los cuales hemos puesto en el centro de nuestros estudios multidimensionales.

Los demás casos analíticos se han usado por distintos analistas y científicos de otras disciplinas para estudios clínicos, lingüísticos, filosóficos y teológicos.

Nos centramos en cuatro casos de investigación del proceso psicoanalítico, de los que se transcribieron y almacenaron en el BTU secuencias temporales sistemáticas de sesiones grabadas. Amalia X. y Christian Y. eran tratados por un analista veterano (H.T.); Franziska y Gustav fueron tratados por un analista en formación (H.K.). El clínico, por supuesto, es una figura importante en este tipo de investigación psicoanalítica, y no debe permanecer anónimo incluso si esto añade una carga extra a la grabación. Estamos convencidos de que el/la analista realiza una contribución especial en la evaluación de los hallazgos empíricos (Thomä. 1985). Sin embargo, la inclusión de terceras partes no involucradas es indispensable y crucial para la comprobación de teorías. La versión contemporánea de la tesis de Freud del vínculo inseparable consiste no sólo en el doble rol del psicoanalista como clínico e investigador, sino también en la integración de los científicos. (Thomä y Kächele, 1987. p. 370). La presencia fantaseada de terceras personas en la situación psicoanalítica tiene repercusiones en el proceso; nuestros estudios sobre este asunto dan sostén a nuestra experiencia clínica (Kächele et al., 1988). Veamos en la siguiente página la Tabla 1

Clase de texto**Número de unidades**

		Paciente s	Terapeuta s	Sesione s
1	Asesoramiento	1	1	4
2	Terapia breve/focal (1 ses. semanal)	16	8	170
3	Terapia psicoanalítica (2 semanales)	29	24	170
4	Psicoanálisis	22	8	110
5	Terapia matrimonial	1*	1	2
6	Terapia familiar	32*	5	32
7	Terapia de grupo (*)			
9	Trabajo en grupo	3*	1	3
11	Psicoterapia conductual	2	1	1
12	Entrevista inicial	349	31	374
13	Informes de entrevistas iniciales	232	13	378
14	Notas de casos de psicoterapia	3	2	9
15	Notas de casos de psicoanálisis	2	1	158
18	Grupo Balint	2	1	53
19	Grupo de autoexperiencia	4	1	4
20	Sueños	2	2	123
22	Experimentación psicológica	84	5	227
23	Entrevistas amnésicas/biográficas	55	3	57
24	TAT (Test de apercepción temática)	72	6	72
25	„Narrativa“	72	6	72
26	Asesoramiento genético	29	4	29
29	Informes individuales	1	19	19
30	Informes científicos	1	40	40
32	Terapia cognitivo-conductual	1	1	20
33	Supervisión	6	5	15
34	Entrevista psiquiátrica	24	5	24
36	Entrevista familiar	2	1	1
37	Terapia interaccional de esquema analítico	1	1	28

39	Entrevista semi-estructurada	11	1	11
99	Total otras	45	8	72
	TOTAL	882	162	3.211

(*) Pareja, familia, grupo

El método empírico de una Estrategia de Observación Multinivel

Nuestro objetivo era establecer protocolos para describir sistemáticamente procesos psicoanalíticos de larga duración en varias dimensiones y usar datos descriptivos para examinar hipótesis del proceso. Esto también conlleva la generación tanto de hipótesis generales del proceso como de supuestos de procesos de caso único. En la generación de hipótesis se necesita especificar, para cada paciente, qué tipo de material tiene que trabajarse para lograr el cambio en varias dimensiones de relevancia teórica específica para cada caso particular -ya sean propiedades estructurales o comportamiento (discurso) sintomático-. Al principio nuestro enfoque no incluía la grabación de mediciones externas que pudieran limitar las intrusiones en el proceso clínico (Kächele et al., 1988); en un estudio posterior en colaboración con Meyer sobre los procesos de pensamiento del analista, hemos modificado esta postura (Meyer, 1988).

Nuestra concepción metodológica consiste en una aproximación de cuatro niveles: Nivel A (estudio de casos clínicos); Nivel B (descripciones clínicas sistemáticas); Nivel C (procedimientos orientados por el juicio clínico); Nivel D (análisis de textos por ordenador). Este enfoque multinivel refleja nuestra noción de que la tensión entre el sentido clínico y la objetivación no se puede resolver creativamente con el uso de un solo enfoque.

Nivel A.- *Estudio de casos clínicos*. El estudio de casos clínicos, basados en la buena memoria o en las notas fieles del analista, satisface una importante función comunicativa dentro de la profesión. El uso de viñetas² para esclarecer un punto no es un medio convincente para explicar, por ejemplo, por qué Mr. Z. en el primer tratamiento de Kohut (1979) no alcanzó los objetivos que afirmaba haber alcanzado en el segundo tratamiento. En vez de tales ejemplos, se necesitaban estudios de casos preparados cuidadosamente. Bajo nuestro punto de vista, deberían publicarse más (Meyer, 1992).

Nivel B.- *Descripción clínica sistemática*. Otro importante paso inseparable al juicio clínico son las descripciones clínicas sistemáticas de puntos de vista

estructurados basados en grabaciones en cinta de todo el tratamiento y transcripciones literales de muestras adecuadas (1/5 de todas las sesiones: 1-5, 26-30 (...) 501-505, etc.). Se emplean grabaciones literales de las sesiones. Este paso clínico descriptivo permite una evaluación que está bajo algunas restricciones: no sirven todas las sesiones, ya que trabajamos con una muestra temporal sistemática. No obstante, asumimos que el análisis sistemático en los primeros intervalos temporales puede captar los procesos de cambio decisivos. Preparamos un informe bastante extenso de nuestro primer caso, Christian Y., por medio de un intento colectivo del analista, un segundo analista y un psicólogo clínico, usando un debate grupal (Thomä y Kächele, 1973). Empleamos los siguientes puntos de descripción para cada una de las cinco sesiones que fueron elegidas a lo largo de la duración del tratamiento de la primera hora a la 505, a intervalos regulares de 25 sesiones: (1) situación externa del paciente y el tratamiento; (2) situación transferencial / contratransferencial; (3) vínculos del paciente con personas importantes fuera del tratamiento, perspectivas presentes y pasadas; (4) alianza de trabajo; (5) episodios importantes dentro de las cinco sesiones. Una descripción sistemática parecida se preparó para Amalia X., por dos estudiantes de medicina quienes se centraron en un estudio descriptivo de los cambios en la imagen corporal de la paciente: padecía hirsutismo como parte de sus dificultades neuróticas. (Kächele et al., 1991).

² N. del T.: Sócrates decía que uno de los problemas para alcanzar la verdad era el de la definición. Al definir, afirmar o hacer un enunciado, muchas veces se suelen poner ejemplos, con los que se pretende (por supuesto inconscientemente) demostrar la verdad del enunciado. Error lógico, pues que se cumpla en un caso no quiere decir que se vaya a cumplir siempre. Es el problema de la inducción.

Tras semejante esfuerzo, el material disponible puede servir para muchos propósitos. Proporciona fácil acceso a la totalidad del caso, siendo más detallado y más sistemático que un historial de un caso, los cuales tienden a ser como una novela. El registro descriptivo sistemático también delimita el progreso controlado del tratamiento. Se pueden ordenar de otro modo los datos cualitativos, concatenando todas las descripciones transferenciales una tras otra y por consiguiente obtener una certera visión del desarrollo de temas transferenciales/contratransferenciales importantes. Esta perspectiva se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

Descripción sistemática del análisis de Amalia X:
Temas locales (transferencia)

Sesiones

1-5	El análisis como confesión
26-30	El análisis como un examen
51-55	La madre fría y mala
76-80	Sumisión y desafío secreto
101-105	Buscando sus propias reglas
116-120	El padre decepcionante y la hija indefensa
151-155	El padre frío y el deseo de identificación de la paciente
176-180	Ambivalencia en la relación con el padre
201-205	El padre como seductor o juez de normas morales
226-230	¿Él me quiere, o no?
251-255	Incluso mi padre no puede cambiarme por un niño
276-280	El sentimiento de Cenicienta
301-305	La niña pobre y el rey rico
326-330	Si me rechazas, te rechazo
351-355	El amor imposible hacia el poderoso padre, los celos
376-380	La separación para no ser abandonada
401-405	Descubrimiento de su capacidad de crítica
426-430	Sólo soy la segunda para mi madre, los primeros son los preferidos
451-455	Odio hacia el terapeuta otorgante

476-48 0	El arte de amar consiste en tolerar el amor y el odio
501-50 5	Ser el primero en decir adiós
513-51 7	Despedida-Sinfonía

Cuando se deseaba un acceso más rápido a la distribución de temas importantes, usamos el método de índice de temas (Simon et al, 1968). De acuerdo con ello, en el segundo caso, una lista de temas esenciales se basó en una visión general de todo el caso. Se evaluaba la presencia de cada tema, y la matriz gráfica resultante proporcionaba una buena visión de conjunto de dónde y cuándo el paciente y/o el analista hablaban acerca de ese tema.

Nivel C.- *Procedimientos guiados de juicio clínico*. Las descripciones clínicas, incluso cuando son hechas por dos o más observadores, mantienen en un nivel cualitativo la naturaleza de los datos. El paso necesario para transformar el abundante conocimiento cualitativo y sin sistematizar en afirmaciones cuantitativas apenas acaba de empezar. La herramienta para lograr esta transformación consta de una representación simple de un aspecto dimensional del concepto bajo estudio. Una escala es una versión elaborada de una distinción básica de „Sí“o „No“ que señala el principio de cualquier operación de medida (Knapp et al., 1975). Luborsky (1984) llama con acierto a estas operaciones „procedimientos guiados de juicio clínico“, los cuales concretan la capacidad del clínico para dar cuenta de datos complejos. Cuando comenzamos el proyecto, nos sentimos obligados a ir más allá de los enunciados descriptivos y trabajar en el desarrollo de procedimientos de juicio para especificar dimensiones conceptuales como la transferencia, la alianza de trabajo, ansiedades, insight emocional, sufrimiento/agobio. En este nivel se hicieron varios estudios: (1) transferencia, ansiedad y alianza de trabajo (Kächele et al., 1975; Grunzig y Kächele, 1978); (2) modo de explicar el proceso (Kächele, 1988); (3) sufrimiento (Neudert y Hohage, 1988); (4) insight emocional (Hohage y Kübler, 1988); (5) cambios cognitivos (Leuzinger- Bohleber, 1987,1989; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 1985, 1988).

Los dos primeros se hicieron en el Caso Christian Y., el tercero, cuarto y quinto, en la Sra. Amalia X. El sexto estudio empleó cinco casos analíticos, un caso

basado en un diario, y cuatro de nuestro inventario, del cual hay disponibles grandes bases de datos en forma de protocolos transcritos literalmente.

Nivel D.- *Análisis de textos por ordenador*. El cuarto nivel de nuestra investigación consiste en complementar la evaluación de los conceptos clínicos de acuerdo con un manual mediante la introducción de análisis de textos por ordenador como una herramienta para acometer los numerosos problemas que hay relacionados con los sistemas de evaluación³. Desde entonces, el empleo del ordenador como herramienta ha ido evolucionado desde análisis de contenidos a análisis de textos, siendo descritos en detalle en distintos artículos (Kächele y Mergenthaler, 1983, 1984; Mergenthaler y Kächele, 1988, 1991). Los análisis de textos por ordenador se han usado en un buen número de investigaciones con material psicoanalítico: (1) tendencias transferenciales de larga duración (Kächele, 1976, 1988, 1990); (2) actividad verbal de psicoanalistas en cuatro tratamientos psicoanalíticos (Kächele, 1983); (3) redundancia en el lenguaje de pacientes y terapeutas (Kächele y Mergenthaler, 1984); (4) clasificación de temas de ansiedad (Grunzig y Kächele, 1978); (5) aspectos emocionales del lenguaje terapéutico (Wirtz y Kächele, 1983); (6) temas de ansiedad como variables del proceso psicoterapéutico (Grunzig, 1983), (7) estilo de interacción de cuatro terapeutas (Lolas et al., 1983); (8) cambio en conceptos corporales en el psicoanálisis (Schors y Kächele, 1982); (9) cambios cognitivos durante el psicoanálisis (Leuzinger-Bohleber, 1987, 1989; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 1985, 1988); (10) cambios de estructuras de significado latentes en psicoanálisis (Mergenthaler y Kächele, 1985); (11) mediciones de vocabulario para la evaluación del resultado terapéutico (Holzer et al., 1992a); (12) pronombres personales en procesos psicoanalíticos (Schaumburg, 1980).

³ Reconocemos que la implementación de esta aproximación es por la influencia directa de los apuntes de los seminarios de Dahl's (1972, 1974) y la asistencia de Kächele al curso de verano de Spence sobre programación y lingüística computacional, desarrollado en Pisa en 1973 (ver también Spende, 1968, 1969).

El núcleo de distintos estudios apunta a la riqueza del lenguaje como un dato para la evaluación de procesos de cambio durante el tratamiento. Aunque no es posible resumir los descubrimientos individuales de los estudios, nos parece evidente que esta herramienta de investigación merece que se fomente el desarrollo de la lingüística computacional -y una aplicación más amplia de los instrumentos que proporciona el BTU.

Hemos sacado en conclusión que las fases del tratamiento son identificables empíricamente. No obstante, la extensión temporal de estas fases depende de la variable en estudio. Algunas variables formales, como la actividad verbal, muestran tendencias sistemáticas a largo plazo para reflejar los cambios en la capacidad del paciente para usar el espacio analítico que se le proporciona (Kächele, 1983). Otras variables, como la medición por ordenador de temas angustiosos, muestran fluctuaciones rápidas de sesión a sesión, pero las puntuaciones medias apuntan a cambios que se correlacionan con patrones de transferencia evaluados clínicamente (Kächele, 1988). Hay otras variables que muestran un patrón cíclico en torno a una línea media que se mueve lentamente, redundante con el discurso del paciente, mientras que las redundancias del analista permanecen en un nivel estable (Kächele y Mergenthaler, 1984). Existen no obstante otras variables gramaticales, como las formas de construcción de los vocablos que presentan patrones muy idiosincrásicos dentro de cada uno de los cuatro casos analíticos, aunque todos los casos van cambiando de una voz más pasiva a otra más activa en el curso del tratamiento (Beermann, 1983). Podemos identificar patrones de asimilación de vocabulario que discriminan entre resultados del tratamiento buenos y pobres (Holzer et al., 1992a). De forma similar, también podemos estudiar los sutiles cambios en las regulaciones interpersonales como se hace obvio por el uso de los pronombres personales (Schaumburg, 1980).

La integración de los descubrimientos de los distintos niveles de nuestro modelo de investigación exige precaución porque no hay una relación unívoca entre los distintos niveles. No obstante, sentimos que el desglose de los complejos constructos clínicos en componentes de observación más fácilmente cuantificables nos conduce a afinar en las teorías clínicas. Esto se ha demostrado en el estudio de Leuzinger-Bohleber y Kächele (1988) que demostró el cambio en varios módulos cognitivos que se derivaban del modelo de inteligencia artificial de Clippinger (1977). Recopilando los cambios en diversos planos, pudimos mostrar como pueden medirse cambios sutiles en un concepto psicoanalítico crucial: la capacidad del paciente para asociar libremente a partir de sus sueños (Leuzinger-Bohleber, 1987, 1989; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 1985, 1988).

III. Nuevas orientaciones e interrogantes.

Aunque hemos probado un buen número de formas de analizar la transferencia, queda un importante objetivo: mejorar la medida de este concepto clave del psicoanálisis. Habiendo implementado una versión alemana de la medida CCRT⁴ de Luborsky (Luborsky y Kächele, 1988), realizamos un análisis preliminar de los datos de un caso de terapia breve (Kächele et al., 1990). Hace poco modificamos el método mediante el uso de análisis estadístico de contingencia en una muestra muy amplia de episodios de relación que permitió identificar siete „patrones de relación repetitivos“ (Dahlbender et al., 1994). Como resultado, ahora estamos preparados para hacernos

⁴N. de los T.: En la *Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia* de la Universidad de Salamanca se dispone de adaptaciones castellanas del CCRT y sus variantes.

cargo del análisis de la transferencia en casos analíticos de larga duración midiendo la distribución de contingencia de la concepción triangular de transferencia „deseo, respuesta del otro, y respuesta del self“. Basándonos en nuestro reciente trabajo, esperamos que el concepto de múltiples „patrones centrales de relación“ sea un modelo más apropiado para el desarrollo transferencial en tratamientos a largo plazo que la noción de un único CCRT.

Paralelamente a este trabajo, continuamos trabajando en la estabilización del método FRAMES como una variación más exigente y teóricamente más satisfactoria de la metodología de principios nucleares ampliamente compartidos (Teller y Dahl, en prensa; Dahl et al., 1992). Con este enfoque, esperamos mostrar la utilidad del método FRAMES para probar la hipótesis de la congruencia estructural entre los recuerdos infantiles tempranos y los sueños durante el tratamiento psicoanalítico (Holzer et al., 1992b). Del mismo modo esperamos mejorar nuestro modelado de los focos temáticos.

La investigación sobre la contratransferencia aún está pendiente. Aunque la contratransferencia establecida ha sido identificada por correlatos lingüísticos (Dahl et al., 1978) las reacciones contratransferenciales no verbalizadas pueden ser

indetectables en la cinta. Por tanto, se necesitan nuevas herramientas para grabar en cinta estas implicaciones afectivas. El estado de ánimo del analista puede ser detectable en los rasgos prosódicos de su discurso, un campo prometedor que pensamos no ha encontrado aún su metodología apropiada. Está claro que estos fenómenos sólo pueden ser abordados con ordenadores muy potentes. Mediante la grabación del diálogo estructural analítico uno es capaz de captar la temática principal y los desarrollos estructurales según surgen en el intercambio verbal. Respecto a la grabación de los procesos ocultos en las mentes del analista y el paciente durante y entre las sesiones, tenemos aún un largo camino por recorrer.

Se ha abierto una vía metodológica con el método de Meyer para capturar los sentimientos y pensamientos del analista durante las sesiones mediante informes y grabaciones inmediatas en forma de asociación libre justo después de la sesión (Meyer, 1988). También se está siguiendo esta línea de trabajo mediante entrevistas grabadas en cinta por un colega analista que revisa línea a línea. Esperamos detectar la psicología de la interpretación como una estrategia secuencial (H. König y Kächele, en preparación).

Comentarios finales

Los hallazgos de la investigación tienen que ser replicados para probar su validez. Hasta el momento, sólo tenemos constancia de los efectos de nuestras investigaciones en nuestro propio pensamiento y actuaciones psicoanalíticas y en las de aquellos que están próximos a nuestro trabajo. También es cierto que nada ha cambiado más nuestro pensamiento y actuaciones psicoanalíticas que la exposición pública a la crítica cordial y a los amigos críticos. Decimos esto para animar a otros psicoanalistas a abrir la privacidad de su trabajo clínico permitiendo que sea examinado a fondo por otros. Aconsejamos la formación de investigadores que estén también en formación como clínicos y que sean capaces de identificarse con ambas tareas (Bowlby, 1979). Hay una necesidad y una demanda de que se reforme la formación psicoanalítica (Thomä, 1993). Necesitamos analistas e investigadores con la capacidad para mantener un compromiso a largo plazo con avances necesariamente lentos. Las investigaciones sistemáticas dependen de equipos respaldados por instituciones que promueven la cooperación entre analistas en formación e investigadores con plena dedicación. La implementación de estas investigaciones sacará al psicoanálisis de su actual crisis.

Palabras clave: Psicoanálisis. Investigación de procesos. Métodos de investigación.

¹ H Kaechele & H Thomä: Psychoanalytic Process Research. Revisado por A. Ávila. Publicado en el J. of the Amer. Psycho-anal. Ass. 41 (supl. especial: Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome) [1993]: 109-129.] Reproducido con permiso. Traducción castellana: Pedro Cabezuelo, revisada por Alejandro Ávila.

²N. de los T.: Actualmente ya está disponible en castellano el *Protocolo de Transcripción Estándar* (Mergenthaler, Ávila, Gril y Didier, en prensa)