

DESARROLLO (POSIBLES) DEL PSICOANÁLISIS.



Horst Kächele

Desde sus inicios el psicoanálisis se ha dado a conocer en el mundo como una disciplina científica y como un método de tratamiento. Comenzando en el hemisferio occidental, no tardó en viajar desde Viena a otras capitales europeas como Berlín, Budapest, Londres, París; sorprendentemente pronto a Moscú (Luria, 1924; véase Etkind, 2000) e incluso a Calcuta (Bose, 1921; Vaidyanathan & Kripal, 1999; Kakar, 2000). Después de la visita de Freud, las ideas psicoanalíticas cruzaron el océano atlántico conquistando Norteamérica a través de personas formadas por él (Shakow & Rapaport, 1964). En 1911 Freud revisó un documento elaborado por Greve, un médico chileno, que contiene la primera referencia al psicoanálisis realizado en Latinoamérica, pero es el psiquiatra Matte Blanco quien logra institucionalizar la formación psicoanalítica en la década de los cuarenta (Jiménez, 2002, p. 83). Ya en la década de los cincuenta del siglo pasado, el psiquiatra japonés Takeo Doi desarrolló sus ideas basándose en el concepto de *amae*, que trata “la anatomía de la dependencia” como piedra angular del desarrollo del pensamiento psicoanalítico japonés (Doi, 1971). Después de la caída del Telón de Acero, los psicólogos y psiquiatras rusos recordaron los primeros logros alcanzados por el pensamiento psicoanalítico (Etkind, 2000) y no tardaron en aceptar a los predicadores de procedencias psicoanalíticas diversas. Sin embargo, también concibieron una marca propia con el apoyo del presidente Yeltzin, quien en 1993 firmó un documento oficial para la reinstalación del “psicoanálisis ruso” (Reshetnikov, 1996). En la actualidad somos testigos de la implantación del psicoanálisis en China, promovida por diferentes grupos psicoanalíticos que han estado impartiendo cursos en este país durante varios años (Gerlach, 2005; Varvin, 2008).

Considerando estos desarrollos parece justo hablar de un proceso de globalización del psicoanálisis. Desde una perspectiva más cercana es inevitable percibir la amplia diversidad que abarca el término psicoanálisis en cuanto a práctica clínica. ¿Deberíamos trabajar con el supuesto mínimo y más básico propuesto por Freud de que cualquiera que aplica y utiliza las ideas de transferencia y resistencia podría denominarse terapeuta psicoanalítico o deberíamos continuar -como muchos hacen- insistiendo en una clara distinción entre el psicoanálisis ortodoxo y los tratamientos psicoanalíticos? Como más adelante indicaré, para el público general los elementos comunes de los tratamientos psicoanalíticos son mucho más evidentes que cualquier distinción basada en las necesidades de pequeños grupos internos.

Las diferencias y similitudes entre el psicoanálisis y sus ramificaciones se vienen discutiendo desde la época de Freud. Por una parte, Freud habló de que un “análisis que conducía a una conclusión favorable en un tiempo breve” mejoraba la autoestima del terapeuta. Estos tratamientos más cortos -comúnmente llamados de orientación psicoanalítica o psicodinámicos- han confirmado el impacto médico del psicoanálisis, y de hecho dominan las terapias psicoanalíticas en la actualidad. El calificarlas como “insignificantes en relación con el progreso del conocimiento científico” no hace justicia a la importancia de un fundamento científico de los principios del tratamiento psicoanalítico (Galatzer- Levi et al., 2001; Kächele, 2001). Muchos estudios empíricos acerca de estos tratamientos cortos han contribuido a una teoría de la terapia (Fonagy & Kächele, 2009); pueden aumentar la comprensión de la relación que existe entre las intervenciones y los resultados de los tratamientos. En contraste con este modelo médico y orientado al tratamiento, Freud deseaba que el “verdadero análisis” fuera capaz de “descender a los estratos más profundos y primitivos del desarrollo mental y obtener a partir de éstos soluciones para los problemas de las formaciones posteriores” (Freud, 1918b, p. 10).

Freud sostuvo la misma dicotomía -los tratamientos terapéuticos *versus* la verdad- incluso varios años más tarde: “He indicado que el psicoanálisis comenzó como un método de tratamiento; pero no quería resaltarlo como un método de tratamiento sino a causa de las verdades que contiene, a causa de la información que nos proporciona sobre lo que realmente importa a las personas -su propia naturaleza- y a causa de las conexiones que es capaz de revelar entre las más diversas y diferentes actividades “ (Freud 1933a, p. 156).

Su gran preocupación, que “la terapia... destruirá la ciencia” (1927a, p. 254), le llevó a plantear el supuesto (actualmente rechazado) de que las reglas estrictas y objetivas de investigación producen las mejores condiciones científicas para la reconstrucción de las primeras memorias del paciente, y que la revelación de la amnesia creaba las condiciones óptimas para la terapia (1919e, p. 183). Sin embargo, en otro contexto Freud recomendaba la creación de las circunstancias más favorables para el cambio en cada situación analítica individual, es decir, reconocía la necesidad de contar con una flexibilidad orientada al paciente (1910d, p. 145).

La creación de una situación terapéutica es un requisito previo para poder alcanzar un mayor conocimiento acerca de los procesos psíquicos inconscientes. Freud subestimó los retos científicos para demostrar el cambio terapéutico y ofrecer una mayor aclaración acerca de los factores curativos. En una ocasión escribió: “Un psicoanálisis no es una investigación científica imparcial, sino más bien una medida terapéutica. Su esencia no consiste en demostrar nada, sino simplemente en modificar algo” (1909b, p. 104). La dicotomía entre estos dos aspectos -que el psicoanálisis se ocupa de la verdad y la psicoterapia de la terapia propiamente dicha- es bastante cuestionable. Se trata de demasiadas preguntas relacionadas con el desarrollo de un trastorno (etiología) que no pueden aclararse analizando pacientes independientemente de la frecuencia o entorno del análisis. Esto no descarta la idea de que la aclaración de las conexiones biográficas pueda ser terapéutica; en el proceso de revisión y análisis de experiencias pasadas y de exploración del inconsciente del paciente, los modelos mentales de experiencias intersubjetivas se ven modificados (Fonagy, 1999a, p. 1011).

La principal preocupación de la investigación moderna sobre la terapia consiste en comprobar si los cambios terapéuticos se producen efectivamente durante el desarrollo de los tratamientos psicoanalíticos y en aclarar la relación que existe entre dichos cambios y las teorías compartidas por el analista, como planteó hace mucho tiempo atrás Joseph Sandler, reconocido psicoanalista británico y profesor de Sigmund Freud en el London University College (1983).

El público general puede no ser consciente de lo elaborada que ha sido y continúa siendo esta discusión: los debates giran en torno a temas teóricos, prácticos y políticos. ¿Son las diferencias en cuanto a indicaciones, técnicas y procesos principalmente un asunto de grado o más bien de calidad, siendo esta última una distinción más estricta? Esto constituye un importante problema empírico; ¿pueden ser ambos conceptos empíricamente distinguibles? El proceso de intentar distinguir el psicoanálisis de la psicoterapia (psicoanalítica) ha exigido considerables cantidades de energía e investigación (Kächele, 1994). Muchas discusiones apuntan hacia dos alternativas: una de ellas se orienta a un modelo categórico que sostiene que el psicoanálisis es diferente de la psicoterapia psicoanalítica, como indica y sostiene Kernberg (1999); la segunda alternativa se inclina por un modelo dimensional que identifica y destaca las dimensiones empíricas del trabajo clínico (Wallerstein, 1995). Según este punto de vista, cualquier práctica que cumpla con los criterios indicados a continuación puede ser clasificada como psicoanalítica en la medida en que los principales conceptos de la teoría del psicoanálisis son llevados a la práctica.

Desde que el psicoanalista británico Edward Glover investigó la técnica de los psicoanalistas distribuyendo un sencillo cuestionario entre los miembros de la British Society (Glover & Brierley, 1940), todos los modelos empíricos condujeron a una escasa evidencia sistemática en favor de una estricta distinción entre el psicoanálisis y la psicoterapia analítica. Hacia mediados de la década de los cincuenta del siglo pasado Gill (1954) planteó una definición de psicoanálisis que diferenciaba los criterios intrínsecos y extrínsecos, y que posteriormente revisó en 1984. Como “criterios intrínsecos” postuló: el análisis de la transferencia, el análisis neutral, la inducción de la neurosis de transferencia y la resolución de la neurosis artificial mediante la interpretación; como “criterios extrínsecos”, por su parte, mencionó “la frecuencia de las sesiones, la utilización del diván, un paciente relativamente bien integrado (analizable) ... , y un psicoanalista que contase

con una formación adecuada y completa”. Sin embargo, en mi opinión estas distinciones no se sostienen desde ningún análisis empírico. El análisis de la transferencia ha sido un elemento extensamente estudiado en psicoterapias psicoanalíticas de todo tipo (Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Hoeglund, 2004).

Además, el concepto mismo de neurosis de transferencia ha sido ampliamente cuestionado (Cooper, 1987), al igual que el tema de una resolución de la neurosis de transferencia mediante numerosos estudios de seguimiento (Schlessinger & Robbins, 1983). Por su parte, el concepto de neutralidad también ha sido ampliamente debatido (Schachter & Kächele, 2007). De igual manera, los llamados criterios extrínsecos se han incorporado en los argumentos de numerosos debates mantenidos por distintos grupos de opinión. Habitualmente la frecuencia de las sesiones está dictada por factores económicos o culturales; y la utilización del diván como criterio indispensable también ha sido puesta en tela de juicio en numerosas ocasiones (Schachter & Kächele, 2010).

A modo de ejemplo, el proyecto más ambicioso que realiza una comparación apreciable -el Psychotherapy Research Project (PRP) de la Fundación Menninger- condujo a la conclusión a favor de difuminar los límites entre las diferentes modalidades de tratamiento:

“Las modalidades terapéuticas de psicoanálisis, psicoterapia expresiva y psicoterapia de apoyo difícilmente existen en estado puro o ideal en el mundo de la práctica real... (los tratamientos) son combinaciones entremezcladas de elementos expresivos-interpretativos y de apoyo-estabilización. y... los resultados globales alcanzados por tratamientos analíticos y de apoyo coinciden más que lo que nuestras expectativas habituales presagian para las diferentes modalidades; y los cambios alcanzados en el tratamiento desde ambos extremos de este espectro difieren menos en su naturaleza y permanencia que lo que normalmente podría esperarse.” (Wallerstein, 1989, p. 205).

En consecuencia, contrariamente a lo que se espera, no se encontraron diferencias destacables en los resultados después de una psicoterapia analítica, psicoterapia de apoyo-expresiva y psicoanálisis y desgraciadamente los efectos medios de cada uno de los tratamientos fueron bastante modestos; las técnicas de apoyo se revelaron tan poderosas como las más interpretativas y los psicoanalistas utilizaron dichas técnicas con mayor frecuencia de lo que habría podido suponerse. Incluso si uno calificara estas conclusiones como no válidas desde un punto de vista ecológico -ya que el tipo de pacientes no se corresponde con el modelo habitual de casos de los analistas en la práctica privada- los resultados no dejan de ser sorprendentes y conducen a evaluaciones secundarias en busca de factores de moderación. Además de la propia diferencia y variedad en cuanto a personalidad, varios esquemas interpersonales favorables también facilitaron el cambio terapéutico en estos pacientes (Blatt, 1992; Sharar & Blatt, 2005).

Por su parte, el argumento de que las distinciones cuantitativas y no categóricas pueden ser útiles de cara a la diferenciación también ha sido recientemente demostrado (Ablon & Jones, 2005). Utilizando una descripción operativa del proceso psicoanalítico, es posible determinar que éste efectivamente se lleva a cabo en el marco de la psicoterapia analítica, aunque mucho más en el tratamiento psicoanalítico. Por ello, algunos investigadores sostienen que los hallazgos de los estudios de tratamiento han sido de vital importancia para la discusión sobre la psicoterapia versus el psicoanálisis, poniendo algunos hechos empíricos sobre la mesa. “Existe la necesidad de contar con mayor información empírica” (Grant & Sandell, 2004, p. 83).

En otras palabras, de lo que estoy hablando es del impacto de la investigación sobre tratamientos en el corazón de la *institución psicoanalítica*. En mi opinión, éste ha sido el progreso más importante. Hace algunos años, el profesor Fonagy de Londres destacó en una reunión: “Durante mucho tiempo los psicoanalistas con orientación investigadora hemos sido una minoría; ahora, por el contrario, somos una minoría significativa “. La investigación del tratamiento psicoanalítico es un campo de estudio relativamente joven. Se remonta a la primera investigación sobre eficacia terapéutica realizada en el Berlin Psychoanalytic Institute en 1930 (Fenichel, 1930). Este modelo no tardó en recibir fuertes críticas vertidas por el Prof. Eysenck a comienzos de la década de los cincuenta y fue finalmente aceptado como una disciplina científica con la fundación de la Society for Psychotherapy Research a principios de la década de los setenta. Es a partir de este momento que podemos hablar de una ciencia del tratamiento psicoanalítico que cada vez genera más resultados ricos y sorprendentes.

Ya que no existe una definición consensuada del psicoanálisis, acabamos definiendo las terapias

psicoanalíticas a través de la actividad que los psicoanalistas realizan en la clínica (Sandler, 1982, p. 44). Thomä & Kächele (1989) concibieron la “*Psychoanalytic Practice*” (la práctica del psicoanálisis) como una actividad que aplica recomendaciones técnicas consensuadas en una variedad de encuadres. Cada una de las recomendaciones deja un amplio espacio para modificaciones orientadas al paciente. Esto conduce a la opinión de que la práctica psicoanalítica cubre una extensa gama de ideas sin un valor predeterminado claro. Cada una de dichas representaciones puede estar más o menos cerca de un prototipo ideal de trabajo analítico (Ablon & Jones, 2005); desgraciadamente cualquier construcción prototípica se basa en un grupo de analistas que trabajan en un determinado marco conceptual. En consecuencia, lo más probable es que tengamos un prototipo ego-psicológico, un prototipo Kohutiano, Kleiniano, o incluso Lacaniano. La verdadera pregunta es ¿en qué medida los representantes de los distintos prototipos comparten unas nociones básicas mínimas acerca de la terapia psicoanalítica? Los principales conceptos del psicoanálisis clínico -es decir, relación terapéutica, transferencia, contratransferencia, resistencia, insight, mecanismos de defensa- y las reglas del juego -como invitar al paciente a la asociación libre, a llevar materiales del sueño y centrarse en la interacción aquí-ahora, acompañado de una actitud atenta, una neutralidad razonable del analista, etc.- hacen posible que el argumento pueda invertirse. Cualquier terapeuta que utilice y aplique estos conceptos básicos -cualquiera que sea su grado de perfección o intensidad- debería ser llamado terapeuta psicoanalítico.

El hecho de que estos profesionales que han trabajado intensamente hayan desarrollado la construcción teórica, escrito libros y documentos que la mayoría de nosotros hemos estudiado no debe sorprendernos. Pero la actitud reticente de los “verdaderos” maestros del psicoanálisis -como respetuosamente les llamamos- en relación con la investigación empírica -en manos de otros- es responsable de la brecha existente entre los dos tipos de cultura científica (Luyten et al., 2006). Dicho distanciamiento se explica en parte por la combinación de lo que resulta apropiado para la comprensión del proceso clínico y lo que resulta apropiado para la comprensión del proceso de evaluación formal. Sin ninguna duda, el profesional en su labor diaria debe funcionar con el supuesto -si quiere ser eficaz- de que determinados principios y teorías son válidos y, al decidir cuáles adoptar, es probable que esté guiado por aquéllos con experiencia y de quienes ha aprendido. Es más, puesto que tendemos a impresionarnos cuando la aplicación de una teoría parece haber sido exitosa, los profesionales tienen especial riesgo de conceder mayor confianza a una teoría que lo que la evidencia disponible justificaría. Este análisis fue elaborado por el ahora famoso psicoanalista británico e inventor de la teoría del apego John Bowlby (1979) en un artículo sobre arte y ciencia en el psicoanálisis (p. 4). La comprensión y valoración adecuadas de lo que los profesionales deben hacer es una cosa. Para el investigador de procesos y resultados de tratamiento éstos son exactamente los hechos que debe estudiar: “En su trabajo diario el científico necesita ejercer un alto grado de crítica y de autocritica y, en el mundo en el que vive, ni los datos ni las teorías de un líder, independientemente del reconocimiento personal que despierte, están exentas de ser desafiadas y criticadas. No hay lugar para la autoridad” (p.4).

En consecuencia, el gran problema que ha impedido al psicoanálisis desarrollarse como una profesión más sólida no es la naturaleza de los datos que maneja sino el permanentemente limitado acceso a los mismos. Cuando los profesores alemanes Grimm comenzaron a estudiar cuentos infantiles basados en la tradición oral de las ancianas, la información disponible era muy escasa. Sin embargo, la naturaleza del programa de investigación que ellos y otros desarrollaron entonces aseguró la consideración de ciencia que desde hace tiempo sostiene un sólido edificio (Propp, 1928).

De esta manera uno puede preguntarse: ¿cuáles son los datos en las terapias psicoanalíticas? Existen al menos tres fuentes de datos que es necesario considerar: Las opiniones y puntos de vista del paciente, las opiniones del analista y las de los observadores externos. Dos de estas fuentes de datos son principalmente declaraciones en primera persona que ninguna persona externa puede rebatir; es necesario considerarlas tal como han sido expresadas. Tradicionalmente, el campo de estudio adoptó las palabras de Freud, o las de M. Klein, o los miles de informes de casos de otros analistas para hacerse con datos básicos. En otras palabras, estos eran los cuentos infantiles que nos contaban nuestros profesores. Ellos intentaron hacer lo mejor y les creímos. La transmisión del conocimiento se realizaba a través de medios orales o escritos, pero no existía manera de comprobar lo que decían los maestros. La ilustración más reciente de este problema específico de la cultura epistémica psicoanalítica es el informe elaborado por Heinz Kohut acerca de un

paciente suyo, el Sr. Z. (Kohut, 1979). Dicho documento presenta la descripción de dos tratamientos psicoanalíticos, los cuales difieren considerablemente entre sí en cuanto a su planteamiento técnico. Recientemente, una biografía sobre Kohut (Strozier, 2001) desvela que el segundo análisis del Sr. Z es una artimaña ideada para compensar su mala experiencia con la Sra. Ruth Eissler en un primer análisis. En 1984, Kohut insistió en su satisfacción con el primer psicoanálisis ficticio realizado en el mundo. En su opinión, realizaba los cambios conseguidos por la psicología del yo. Nada que hiciera Kohut ilustra con más claridad su heroico sentido de sí mismo. Incluso en su último trabajo “How does analysis cure?” (1984) en un debate final con sus críticos escribió:

“Las lecciones que se derivan de los dos análisis del Sr. Z son las siguientes: El caso no sólo revela cómo los cambios teóricos dan competencia al analista. La percepción de una nueva configuración clínica también muestra cómo la comprensión del analista de la transferencia self-objeto afecta al manejo del material clínico y se ve influenciada por el aumento de empatía derivado de la aplicación del nuevo marco teórico” (Kohut, 1984).

Los dos análisis del Sr. Z son además una clara demostración de que incluso los editores más distinguidos no son capaces de diferenciar dinámicas clínicas reales de dinámicas teóricas o hipotéticas; ¿cómo puede un analista determinar si la dinámica desarrollada con un paciente es real o teórica?

En referencia al título del artículo “desarrollos (posibles) del psicoanálisis” espero haber aclarado a través de este ejemplo que la narración de historias tiene tanta importancia como en la vida diaria (Ehlich, 1980) y difícilmente conduce a nuevos desarrollos del psicoanálisis. Los psicoanalistas que narran historias han tenido mucho tiempo para convencer al mundo; sin embargo, sólo han tenido un éxito parcial. Sus voces son numerosas e impregnan la cultura. Las diferentes culturas en el psicoanálisis son producto del multilingüismo de los psicoanalistas contando sus historias. Últimamente crece la conciencia de que esto conduce a una babelización del psicoanálisis (Jiménez, 2009).

¿Qué hay de las opiniones de los consumidores de psicoanálisis? ¿Dónde encontrarlas? Para ser honestos, no contamos con ellas. El famoso estudio sobre *Consumer Reports* realizado en Estados Unidos no esperaba que los pacientes psicoanalizados respondieran y de hecho no lo hicieron (Seligman, 1995). Los informes que disponemos de pacientes analizados son bastante críticos (Drigalski, 1980). Existen, pero en un número relativamente escaso, informes de pacientes que manifiestan una consideración favorable sobre cómo la terapia psicoanalítica ha cambiado sus vidas (Schachter, 2005). Este podría ser un fenómeno interesante a investigar: ¿por qué las personas que tienen experiencias satisfactorias gracias a la terapia psicoanalítica rara vez escriben lo que han sido sus perspectivas de los procesos de cambio? Nosotros, como analistas, podríamos aprender mucho de estas opiniones y podrían enriquecer enormemente nuestra comprensión e incluso también podrían reducir la importancia de algunas de nuestras asunciones (no comprobadas) sobre cómo funciona el tratamiento. Los continuos debates acerca de la interpretación correcta o la teoría adecuada ¿son realmente relevantes desde el punto de vista del paciente? No lo sabemos. Mi esperanza es que podamos ver una evolución del psicoanálisis que estimule a los pacientes a escribir sobre el psicoanálisis.

Recordemos que dije que existen tres fuentes de datos relevantes para el psicoanálisis y que la tercera fuente tiene una naturaleza cualitativa diferente. La visión de un observador externo es la opinión de una tercera persona acerca del proceso terapéutico y ha sido la última en hacer su aparición en el escenario psicoanalítico. Aún hoy existen reconocidos analistas que descalifican esta perspectiva e indican que el analista es la única fuente de conocimiento psicoanalíticamente fiable (Tuckett, 1994). Puede que sea evidente que no comparto para nada este punto de vista restringido. Si dispusiésemos de las notas diarias de los casos de Freud, estaríamos mucho mejor y si tuviésemos las grabaciones de audio de sus diálogos, tanto mejor. Soñar con grabaciones en vídeo sería algo que sólo los poetas podrían imaginar, en tanto que los materiales psicoanalíticos novelados han estado durante mucho tiempo en el centro del escenario actual.

Visto desde fuera, la actividad psicoanalítica en cada sesión tiene similitudes evidentes con un mini-drama; en este sentido, el filósofo alemán Habermas (1968), hablaba acertadamente del modelo de escenas del psicoanálisis. Desde fuera existen elementos distintivos de las transacciones que pueden identificarse con cualquier tecnología cualitativa o ciencia social. Considerar el psicoanálisis dentro de las ciencias naturales es completamente engañoso, parece más adecuado incluirlo dentro del grupo de ciencias nomotéticas.

Limitarlo a la hermenéutica no hace justicia a la naturaleza interactiva del proceso.

Es precisamente en este punto donde veo el potencial para el desarrollo del psicoanálisis. Al grabar las sesiones obtenemos acceso al micro-mundo de intercambio intersubjetivo en los niveles lingüístico y para-lingüístico. Es ahí donde podemos comprender mejor lo que ocurre en una buena terapia y lo que va mal en una terapia mal conducida (Fonagy, 1999b). Es como la invención del microscopio en medicina, que permitió ampliar nuestra visión. Esta metodología atrae al investigador al campo del psicoanálisis que por su propia metodología enriquece nuestra comprensión. El filósofo Adolf Grünbaum (1982) insistió en la realización de pruebas extra-clínicas; existen sin embargo muchos fenómenos que sólo se producen dentro del marco terapéutico. Es precisamente para estos fenómenos que necesitamos diseños de investigación intra-clínicos sólidos que no dependan del analista como observador participante.

La batalla de lo que constituye el psicoanálisis ha de ser librada sobre terrenos empíricos y no en debates acalorados con argumentos que no cuentan con hechos que los apoyen.

Es interesante destacar que visto desde fuera los distintos grupos de nuestra profesión se agrupan, constituyendo la práctica psicodinámica-psicoanalítica. La herramienta conceptual formulada por Ford & Urban (1963), “sistemas de psicoterapia“, podría utilizarse para identificar los principales sistemas como el psicoanalítico, cognitivo-conductual, sistémico, etc. Esta distinción conceptual ha guiado el conocido meta-análisis de Grawe et al. (1994) acerca del resultado de los tratamientos. Las terapias psicoanalíticas breves, medias y prolongadas pertenecen a ojos de un espectador de mente abierta a un mismo sistema de psicoterapia.

¿Existe la necesidad de mantener las diferencias entre los distintos mundos psicoanalíticos? En nuestra opinión, estas diferencias no juegan un papel relevante en las opiniones de los pacientes y, basándonos en la evidencia de investigaciones realizadas sobre tratamientos breves, no es probable que el papel de la técnica específica, excluyendo la personalidad y el estilo del analista, tenga una especial relevancia en los resultados (Wampold, 2001).

Para cualquier observador crítico, la situación actual del psicoanálisis como terapia está marcada por “el fallo de la práctica para informar a la teoría” (Fonagy, 2006) lo cual lógicamente conduce al más reciente reclamo “estudio de la práctica en sí misma” (Jiménez, 2009). Pero, ¿de qué práctica estamos hablando? La enorme variedad de versiones de práctica psicoanalítica en los distintos continentes, países e incluso ciudades, hace que sea bastante evidente que este cambio hacia la práctica, requiere un mundo psicoanalítico abierto que permita una diversidad teórica y técnica. Ya no existe una biblia en mano y hay muchos “profetas” promocionando una u otra versión del psicoanálisis sean o no respaldadas por la evidencia -y en muchas ocasiones no lo están. La historia del psicoanálisis es rica en afirmaciones y pobre en datos.

Parece oportuna una descripción detallada del campo global de la práctica psicoanalítica acordando una serie de supuestos básicos. En lugar de entidades separadas que difícilmente existen en la práctica real, podríamos hablar con mayor propiedad de familias conceptuales o al menos de vecinos cercanos (Wallerstein, 1995; Grant & Sandell, 2004).

Por tanto, el trabajo psicoanalítico como empresa terapéutica debería estar contenido en el término “terapia psicoanalítica”, incluyendo una multitud de variaciones de encuadre e intensidad; los límites de este concepto inclusivo son aplicables a las numerosas variaciones de la práctica del psicoanálisis. Los criterios decisivos residen en el bienestar del paciente, demostrando de manera empírica convincente que este tratamiento funciona (Fonagy et al., 2002). Superar la dicotomía de la aplicación clínica del psicoanálisis y sus formas derivadas de psicoterapia psicoanalítica, utilizando este término genérico permitiría volver a centrar los esfuerzos de la comunidad psicoanalítica.

De las diversas y heterogéneas teorías y prácticas psicoanalíticas, surge una conclusión con razonable certidumbre. Todos los terapeutas psicoanalíticos deberían realizar su trabajo con un profundo sentido de humildad. Las convicciones débilmente fundamentadas de una visión analítica particular pueden impedir el importante reto de evaluación empírica que se presenta ante nosotros.

Prof. Horst Kächele

Universität Ulm

Am Hochstraess 8

89081 Ulm / FRG

Mail: horst.kaechele@uni-ulm.de

www.horstkaechele.de

Traducción: Redacción Átopos

BIBLIOGRAFÍA

- Ablon JS, Jones EE (2005).** On analytic process. *J Am Psychoanal Assn* 53: 541-568.
- Bateman AW, Fonagy P (2004).** Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalisationbased treatment. Oxford: Oxford University Press.
- Blatt SJ (1992).** The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Assn* 40: 691-724.
- Bose G (1921).** Concept of repression. Calcutta: Parsi Bagan.
- Bowlby J (1979).** Psychoanalysis as art and science. *Int Rev Psychoanal* 6: 3-14.
- Clarkin JF, Kernberg OF, Yeomans FE (1999).** Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Patients. New York: Guilford Press.
- Cooper AM (1987).** Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation. *J Am Psychoanal Assn* 35: 77-98.
- Doi T (1971).** The Anatomy of Dependence (Amae no Kouzou). Kodansha International, Tokyo.
- Drigalski D, von (1980).** Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse. Ullstein, Frankfurt am Main Berlin Wien (Aktualisierte Neuauflage im Antipsychiatrie Verlag Berlin 2003).
- Ehlich K (1980).** Der Alltag des Erzählens. In: Ehlich K (Hrsg) Erzählen im Alltag. Suhrkamp, Frankfurt, S 11-27 Etkind A (2000). The eros of the impossible. Yale University Press, New Haven.
- Fenichel O (1930).** Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. International Psychoanalytischer Verlag, Wien, S 13-19
- Fonagy P (1999a).** Response. *Int J Psychoanal* 80: 1011-1013.
- Fonagy P (1999b).** The process of change and the change of processes: what can change in a 'good' analysis. Keynote address to the Spring Meeting of Division 39 of the American Psychological Association. New York.
- Fonagy P (2006).** The failure of practice to inform theory and the role of implicit theory in bridging the transmission gap. In: Canestri J Psychoanalysis from practice to theory. Editor. 69-86. West Sussex: Wiley.
- Fonagy P, Jones EE, Kächele H, Clarkin JF, Krause R, Perron R, Gerber AJ, Allison L (Eds.) (2002).** An open door review of the outcome of psychoanalysis. London: International Psychoanalytic Association.
- Fonagy P, Kächele H (2009).** Psychoanalysis and other long term dynamic psychotherapies. In MG Gelder, JJ Lopez-Ibor, N Andreasen (Eds.) *New Oxford Textbook of Psychiatry* (2 ed.) 1337-1350. Oxford: Oxford University Press.
- Ford D, Urban H (1963).** Systems of psychotherapy. A comparative study. New York: Wiley & Sons.
- Freud S (1909b).** Analysis of a phobia in a five-year-old boy. *SE* 10 : 1-149.
- Freud S (1910d).** The future prospects of psychoanalytic therapy. *SE* 11: 139-151.
- Freud S (1918b).** From the history on an infantile neurosis. *SE* 17: 1-122.
- Freud S (1919e).** 'A child is being beaten'. *SE* 17: 175-204.
- Freud S (1927a).** Postscript to the question of lay analysis. *SE* 20: 251-258.

- Freud S (1933a)**. New introductory lectures on psycho-analysis. SE 22: 5-182.
- Gabbard GO, Westen D (2003)**. Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* 84: 823-842.
- Galatzer-Levi RM, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron W (2001)**. Does psychoanalysis work? New Haven: Yale University Press.
- Gerlach A (2005)**. Psychoanalysis - an inspiration for Chinese culture? Taiwan Center for the Development of Psychoanalysis May 3rd.
- Gill MM (1954)**. Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J Am Psychoanal Assn* 2: 771-797.
- Gill MM (1984)**. Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *Int Rev Psychoanal* 11:161-179.
- Glover E, Brierley M (1940)**. An investigation of the technique of psycho-analysis. London: Baillière, Tindall & Cox.
- Grant J, Sandell R (2004)**. Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*. Richardson P, Kächele H, Rendlund C. editors. 81-108. London: Karnac.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994)**. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.*, Göttingen: Hogrefe - Verlag für Psychologie.
- Grünbaum A (1982)**. Can psychoanalytic theory be cogently tested "on the couch"? *Psychoanal Contemp Thought* 5: 155-255;311-436 .
- Habermas J (1968)**. *Erkenntnis und Interesse*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Hoegland P (2004)**. Analysis of transference in psychodynamic psychotherapy: a review of empirical research. *Can J Psychoanal* 12: 279-300.
- Jiménez JP (2002)**. Chile, and psychoanalysis. In: Erwin E (Ed.) *The FREUD Encyclopedia. Theory, therapy, and culture*. 83-84. New York: Routledge.
- Jiménez JP (2009)**. Grasping psychoanalysts' practice in its own merits. *Int J Psychoanal* 90: 231-248.
- Kächele H (1994)**. Book Review: "Interaction and interpretation: Psychoanalysis or psychotherapy?" By J. Oremland, with a critical evaluation by M. M. Gill. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1991. *J Am Psychoanal Assn* 42: 919-925.
- Kächele H (2001)**. Book Review: Does psychoanalysis work? By Robert M. Galatzer-Levi, Henry Bachrach, Alan Skolnikoff, and Sherwood Waldron. New Haven: Yale University Press. *J Am Psychoanal Assn* 49: 1041-1047.
- Kakar S (1997)**. *Culture and psyche*. Oxford University Press, Delhi.
- Kernberg OF (1999)**. Psychoanalysis, psychoanalytic therapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies. *Int J Psychoanal* 80: 1075-1091.
- Kohut H (1979)**. The two analyses of Mr. Z. *Int J Psychoanal* 60: 3-27.
- Kohut H (1984)**. *How does analysis cure?* Univ. Chicago Press, Chicago London.
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1998)**. *Understanding transference*. 2nd ed. New York: Basic Books.
- Luria A (1924)**. Russian Psycho-Analytical Society. *Bull Int Psychoanal Assn* 5: 258-261.
- Luyten P, Blatt SJ, Corveleyn J (2006)**. Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. *J Am Psychoanal Ass* 54: 571-610.
- Propp WJ (1928)**. *Morfologia delle fiabe*. Einandi, Torino.
- Reshetnikow M (1996)**. The first hundred years of psychoanalysis: It's Russian roots, repression and Russia's return to the world's psychoanalytic community. East-European Institute of Psychoanalysis. St. Petersburg.
- Sandler J (1983)**. Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* 64: 35-45.
- Schachter J (Ed) (2005)**. *Transforming lives. Analyst and patient view the power of psychoanalytic treatment*. Rowman and Littlefield, Lanham, MD.
- Schachter J, Kächele H (2007)**. The analyst's role in healing: Psychoanalysis-PLUS. *Psychoanal Psychol*

34: 429-444.

- Schachter J, Kächele H (2010).** The couch in psychoanalysis. *Contem Psychoanal* in press.
- Schlessinger N, Robbins FP (1983).** A developmental view of the psychoanalytic process. Follow-up studies and their consequences. New York: International Universities Press.
- Seligman MEP (1995).** The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *Am. Psychol* 50: 965-974.
- Shahar G, Blatt SJ (2005).** Benevolent interpersonal schemas facilitate therapeutic change: Further analysis of the Menninger Psychotherapy Research Project. *Psychother Res* 15: 1-4.
- Shakow D, Rapaport D (1964).** The influence of Freud on American psychology. International University Press, New York.
- Strozier CB (2001).** Heinz Kohut. The making of a psychoanalyst. Farrar, Strauss and Giroux, New York.
- Thomä H, Kächele H (1989a).** Teoria y Practica del Psicoanalisis. 1 Fundamentos, Bd: Fundamentos. Editorial Herder, Barcelona.
- Thomä H, Kächele H (1989).** Teoria y Practica del Psicoanalisis. 2 Estudios clinicos. Editorial Herder, Barcelona.
- Tuckett D (1994).** The conceptualization and communication of clinical facts in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 75: 865-870.
- Vaidyanathan T, Kripal J (Eds.) (1999).** Vishnu on Freud's desk. A reader in psychoanalysis and hinduism. Oxford: Oxford University Press.
- Varvin S (2008).** What do we know about what works in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: Research findings, clinical experience and experience from psychotherapy in China. 5th World Congress for Psychotherapy, Beijing Oct 12-15.
- Wallerstein RS (1989).** The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *J Consult Clin Psychol* 57: 195-205.
- Wallerstein RS (1995).** The talking cures. The psychoanalyses and the psychotherapies. New Haven: Yale University Press.
- Wampold B (2001).** The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Publicado en: http://www.atopos.es/pdf_09/art1_0410.pdf

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.