

PSICOANÁLISIS, PSICOTERAPIAS DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA Y EFECTIVIDAD TERAPEUTICA¹



Alejandro Ávila Espada (*)

1. PROPÓSITO

Las polémicas en torno a la *legitimidad y efectividad* en el Psicoanálisis y en la Psicoterapia Psicoanalítica permanecen vigentes. Fantasma inseparable de la interrogación sobre la base teórico-científica del Psicoanálisis, estas cuestiones navegan entre los escollos que separan práctica analítica de práctica clínica. Los clínicos, quienes nos ocupamos de ejercer un papel mediador -profesional- entre la salud y la enfermedad, hemos de conocer si tiene sentido esgrimir en nuestro quehacer la técnica psicoterapéutica o si por el contrario solo cabe la escucha distanciada de quien interpreta un sentido inalcanzable. ¿Hay lugar para la clínica en el Psicoanálisis? Si lo hay, ¿qué lugar es ese? ; Y si no, ¿qué puede derivarse, aprovecharse, del Psicoanálisis para la Clínica?

A lo largo de este trabajo me voy a ocupar en primer lugar de delimitar conceptualmente el Psicoanálisis y las Psicoterapias de orientación psicoanalítica incidiendo -entre otros aspectos- en los criterios de legitimidad² de ambas praxis. A continuación comentaré críticamente los resultados de algunos de los principales esfuerzos de investigación realizados para constatar los efectos de las psicoterapias analíticas. Por último señalaré algunas directrices metodológicas sobre las perspectivas de la investigación en Psicoterapia Psicoanalítica, y debatiré sobre las relaciones Clínica/Psicoanálisis. Queda fuera de este trabajo abordar la cuestión de la utilidad clínica y validez de las Psicoterapias de orientación psicoanalítica respecto de otras formas de psicoterapia o tratamiento.

2. PSICOANÁLISIS Y PSICOTERAPIAS DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Acercarnos al concepto y ámbitos del Psicoanálisis en cuanto tratamiento, así como a las Psicoterapias de orientación psicoanalítica supone diferenciar premisas, prácticas, contextos. Bajo el rótulo del Psicoanálisis se acogen teorizaciones, modelos clínicos y prácticas de alcance e implicaciones muy diversas. Veamos dos ejemplos, aunque extremos, no por ello menos característicos, tomados del contexto anglo-sajón.

La Clínica Londinense de Psicoanálisis³, dependiente del Instituto de Psicoanálisis, define la única clase de tratamiento que oferta a sus clientes como “Psicoanálisis personal sobre una base terapéutica”, constituido por sesiones individuales de 50’, cinco veces por semana, es decir una sesión cada día de lunes a viernes, durante aproximadamente 43 semanas por año, advirtiendo a los solicitantes que la duración probable del tratamiento será de varios años. Además los pacientes deben pasar un proceso de selección -enunciado por la Clínica como necesario ante la falta de plazas vacantes- consistente en una solicitud por escrito, rellenar un formulario extenso (datos psico-biográficos, motivación para el análisis, incluyendo la aceptación expresa de las condiciones del tratamiento), y asistir a una entrevista de evaluación. Además algunos solicitantes serán sometidos a exploración psicológica mediante tests. Completo este proceso, si el paciente es aceptado para psicoanálisis pasa a una lista de espera, en la que no se garantiza plenamente que haya vacantes. Transcurridos seis meses en espera, es posible que la Clínica advierta al paciente que no puede atenderle.

Esta oferta de condiciones subraya varios límites; Sólo son consideradas solicitudes de personas cuya edad no excede de 45 años; Se advierte expresamente que “el tratamiento no puede ser considerado bajo ninguna circunstancia ni en modo alguno como parte de la formación para otra organización”⁴ aludiendo claramente al *Institute of Psycho-Analysis*; Igualmente se advierte al paciente que se informará al médico

general sobre el inicio del tratamiento.

Resalta la manera en que se formula la “Contribución económica” que los pacientes han de hacer durante los periodos de sesiones de evaluación y tratamiento (“Siendo una asociación sin ánimo de lucro, basada en aportaciones voluntarias, dependemos grandemente de esta clase de ingresos”³), contribución que es estimada por la Clínica según los recursos económicos del paciente (para lo que hay un grupo de preguntas alusivas en el cuestionario de admisión: Ingresos actuales; [...] “Máxima contribución por sesión que Vd. estaría de acuerdo en efectuar inicialmente”) Esta contribución se revisa anualmente o siempre que existe un cambio de importancia en la situación financiera del paciente. Queda por subrayar que los criterios de selección de pacientes son habitualmente muy restrictivos, tal como comentaré más tarde al revisar la Investigación de la Psicoterapia Breve llevada a cabo en la Clínica Tavistock (véase la nota 12). Esta posición refleja el criterio que habitualmente sigue la I.P.A., tanto para la práctica del psicoanálisis terapéutico, como para el llamado *psicoanálisis didáctico*.

Saltando al otro extremo y bebiendo en las fuentes de la más acusada heterodoxia liminar al psicoanálisis, Leopold Bellak y Helen Siegel en una obra reciente “Manual de Psicoterapia Intensiva Breve y de Emergencia” (1983) definen la Psicoterapia Breve y de Emergencia (PBE) como una intervención focal sobre las características cruciales de los trastornos actuales, lo más eficiente posible, sobre lo que ha sido pobremente aprendido, y/o lo que necesita ser desaprendido y re-aprendido. Su desarrollo se caracteriza por cinco o seis sesiones de 50’, efectuadas una vez por semana, más una sesión de seguimiento tras un mes. Esta práctica implica la puesta en juego en la terapia de aproximaciones dinámicas y estructurales, incluyendo aspectos médicos y sociales, actuando mediante planes secuenciales (por áreas y métodos de intervención) e instrumentándola conjuntamente -si se considera oportuno- con sesiones familiares, terapia farmacológica u hospitalización breve. En esta aproximación no hay apenas cauciones sobre admisión, siendo evidente que el tratamiento se hace “a medida” de las necesidades actuales del paciente.

Entre uno y otro ejemplo se ubican una gran variedad de posiciones, que pivotan sobre criterios más o menos restrictivos o precisos acerca de los siguientes puntos:

- a) Los criterios de admisión a tratamiento;
- b) La frecuencia, periodicidad, duración y extensión de las sesiones
- c) Las contribuciones económicas u honorarios profesionales
- d) La relación, separación o proximidad entre tratamiento y formación psicoanalítica
- e) La distinción -sí es que se establece- entre *Psicoanálisis* y *Psicoterapia analítica*.

Los dos ejemplos de intervención clínica relatados, singularmente distantes entre sí, tanto en su marco conceptual como en su praxis metodológica, pueden reclamar con suficiente legitimidad histórica⁵ el ser considerados ambos como tratamientos psicoanalíticos o Psicoterapias de orientación psicoanalítica. ¿Cuáles son entonces las fronteras que delimitan el Psicoanálisis en la Clínica? y más aún, ¿Hay una frontera entre Psicoanálisis y Clínica?

El Psicoanálisis en cuanto *praxis* es un método de abordaje al Inconsciente, lo que implica poner en marcha un proceso de conocimiento (autoconocimiento) en los límites de la conciencia, mediado por un lugar de escucha (definido como analista y situación analítica), marco para la interpretación que desvela, puntúa o bordea el *sentido* de la conducta (Conducta en su acepción total) de un sujeto. Desde este plano es evidente que el Psicoanálisis como tal no busca necesariamente la curación o el *efecto clínico* aunque así lo encuentre el sujeto en su proceso. Que no lo busque *per se*, que no sea su objeto principal no quiere decir que no sea lícito el Psicoanálisis *terapéutico*. Esta multiplicidad de objetos y de alcance está presente a lo largo de toda la obra de Freud, quien se interesó tanto por deslindar al Psicoanálisis de la Medicina -criticando el *furor sanandi*- por albergar esperanzas de que el psicoanálisis contribuyera a un sinnúmero de aplicaciones, entre las más destacables la prevención y cura de los desórdenes mentales. Algunos de los mentores y maestros del Psicoanálisis derivaron hacia privilegiar su *praxis* en cuanto psicoterapia. Otros han recordado y exigido el restablecimiento del estatuto ético del Psicoanálisis, un estatuto que se define principalmente por lo que *no es*.

La delimitación del ámbito de la psicoterapia ha originado siempre una cierta confusión. La Psicoterapia puede ser definida como una *relación de ayuda clínica que busca, con la participación del sujeto, prevenir, contener, modificar o erradicar trastornos, alteraciones o disfunciones de salud mental o física que se dan en el sujeto*. Esta *relación de ayuda* se estructura en torno a principios teóricos y técnicas surgidos de diversas fuentes, entre ellas el Psicoanálisis. Para delimitar la Psicoterapia Psicoanalítica de otras formas de psicoterapia hemos de referirnos a dos premisas constitutivas: a) El Psicoanálisis como marco de referencia teórica básico (aunque no exclusivo) para entender la génesis y procesos del psiquismo humano; b) La utilización del encuadre y técnicas propias del Psicoanálisis adaptadas a las características del sujeto y su demanda, utilización que tampoco es exclusiva, sino que puede aceptar técnicas activas provenientes de otros marcos teóricos y técnicos.

Hay consenso científico suficiente (en el Psicoanálisis y fuera de él) en reconocer como tratamientos o psicoterapias psicoanalíticas a aquellos que se refieren y utilizan en sus formulaciones modélicas, técnicas y prácticas las siguientes premisas (aunque no de forma exclusiva):

- a) La existencia del inconsciente y el papel determinante que este juega en la actividad psíquica;
- b) El papel de la sexualidad infantil y sus formas de gratificación en la ontogénesis de la personalidad;
- c) La relevancia del conflicto edípico y su contribución a la formación del Yo adulto;
- d) La existencia de la Represión y demás mecanismos de defensa;
- e) El papel determinante de la Transferencia y Contratransferencia en la relación psicoterapéutica.
- f) La utilización del dispositivo técnico de la *asociación libre* y la consecuente atención flotante.

En este punto necesitamos definir qué requerimientos teóricos y técnicos -sí los hay- deslindan el Psicoanálisis y la Psicoterapia Psicoanalítica.

El Psicoanálisis define su marco de posibilidad por los siguientes elementos:

- a) La existencia de una demanda analítica (Hacer consciente lo inconsciente; Devenir como Sujeto)
- b) Que esta demanda sea reconocida como tal por alguien que ocupe el lugar de Psicoanalista
- c) La formulación explícita de un marco o *encuadre* dentro del que se va a situar el análisis: el *contrato analítico*
- d) La situación y escena analítica queda configurada por la transferencia y la interpretación

En este punto adquiere importancia (al menos actualmente) la definición de qué y quién es un psicoanalista. Hablar del psicoanalista impone referirse a los movimientos asociativos en el Psicoanálisis. Principalmente por las exigencias de control de la *pureza* de la teoría y la calidad de las competencias profesionales de los psicoanalistas, las asociaciones psicoanalíticas se han ocupado de definir ciertos estándares para la formación de sus miembros. No es sino por consenso implícito que los psicoanalistas pertenecen, se adscriben o refieren a una Institución. La Institución por naturaleza -el Psicoanálisis- es entonces desplazada a uno de sus efectos: las asociaciones psicoanalíticas.

¿Es necesario ser reconocido por una Institución para ocupar el lugar de psicoanalista? ¿Y para el de Psicoterapeuta? El Estado tutela la sociedad y marca ciertas reglas sobre el ejercicio de profesiones, principalmente la obtención de títulos académicos y la pertenencia a colegios, entendidos por el Estado como instancias delegadas para controlar el desempeño de los profesionales ante los usuarios. En cualquier dominio del saber o de la ciencia así es aplicado. Los psicoanalistas, sin embargo, han optado por rehuir ese control, basándose en la multidisciplinariedad de los psicoanalistas (Médicos⁶, Psicólogos u otros varios) y en la naturaleza misma del Psicoanálisis, definido como hecho privado. Pero esta independencia del aparato del Estado viene a ser sustituida por la omnipresencia de las instituciones que reclaman para sí la atribución de establecer la legitimidad en el Psicoanálisis y en los psicoanalistas.

No se puede ante esta circunstancia esbozar una posición única, al menos desde un punto de vista

teórico. Si nos posicionamos críticamente ante el ejercicio de monopolio del saber o de la práctica por una institución, no por ello vamos a dejar de reconocer que la cuestión no puede zanjarse sin más en un “Allá cada cual con su conciencia”. ¿Podemos entonces delimitar algunos criterios, para sobre ellos ejercer una reflexión ética?

Hay ciertos lugares de convergencia para definir dichos criterios. Así, los “candidatos” y profesionales en el psicoanálisis, además de adecuarse a los requerimientos teórico-conceptuales antes citados como definitorios para el Psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas, han de cumplir ciertos requisitos comúnmente aceptados por las asociaciones de psicoanalistas. Considerémoslos en detalle.

En primer lugar la adquisición de la formación teórica y clínica, mediante la participación en cursos, seminarios y otras actividades docentes, durante un periodo mínimo de tres o cuatro años.

En segundo lugar, pero el más principal de todos los requisitos, la realización de un *Psicoanálisis personal suficiente* (con frecuencia se cita como ejemplo una *duración mínima razonable* de 500 horas, lo que aproximadamente equivale a 4 años y medio a tres sesiones semanales y a 6 años a dos sesiones por semana). Nunca me ha dejado de sorprender -por “razonable” que parezca el anterior aserto- que se pueda marcar lo que es *suficiente* por un criterio temporal, como si el mero paso del tiempo efectuara el análisis o marcara la aceptación de límites (la castración). Entiendo que la puesta en cuestión del Sí mismo y la toma de conciencia del hombre en cuanto Sujeto son objetos irrenunciables del proceso del análisis, más allá de todo criterio temporal. Lo primero puede abordarse en el curso de la Psicoterapia, así como los rudimentos de lo segundo, que devendrá en proceso analítico per se. En este sentido no puede trazarse un límite preciso entre Psicoterapia y Psicoanálisis, *continuum* de proceso, en el que el vector de progreso es la emergencia del sentido de Sujeto.

Un tercer paso o criterio, tras el análisis, o simultáneo al mismo en una segunda etapa, es la *supervisión del quehacer clínico* durante un periodo a veces prolongado (tópico: al menos tres casos, durante 200 horas de supervisión, la cual viene a cumplir dos objetivos: a) Revisión del desempeño clínico y puesta en cuestión de la contratransferencia; y b) complemento de la formación clínica. El proceso del análisis y la supervisión viene rubricado frecuentemente por un mecanismo de autorización o *pasé* en el que los psicoanalistas de mayor experiencia (que ocupan puestos a tal efecto en las asociaciones psicoanalíticas) autorizan o reconocen la competencia de los candidatos. La autorización (expresada con frecuencia como ingreso en una asociación) es así el cenit de un proceso que no termina ahí, pero que es punto de inflexión de la tutela que la asociación ejerce sobre el candidato a psicoanalista. Se adquiere así un *estatus* por designación. Se *es* psicoanalista.

En la actualidad vienen a distinguirse *de hecho* varias prácticas en la enunciación de quién es psicoanalista o psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, así como de las *praxis* psicoterapéuticas que ejercen. En un intento simplificador -espero que no excesivo- describiré tres posiciones más frecuentes:

- 1) Quienes se someten a cumplir los requisitos que señala una asociación, la cual delega en uno o varios de sus miembros la decisión sobre la aceptación o no del candidato; El ejemplo más característico es la I.P.A. y sus sociedades afiliadas o conexas; De manera similar lo llevan a cabo otras sociedades psicoanalíticas, y varias de las *École Lacannienne*⁷.
- 2) Quienes aceptan *de hecho* los criterios (psicoanálisis, supervisión, formación) pero asumen personalmente la decisión y oportunidad sobre autorizarse para la práctica.
- 3) Quienes no consideran necesarios cumplir parte o ninguno de los criterios, para orientar su práctica bajo conceptos y técnicas de origen psicoanalítico.

Cualquiera de estas posiciones viene a funcionar como alternativa -en el campo del psicoanálisis- al reconocimiento académico de competencias. Se dispone de un título (cualquiera) en la medida que las leyes lo exijan, pero se *titulan* psicoanalistas bien por efecto de designación o por proclamación. En este punto se exige la efectuación de una interrogación ética sobre el valor de tal reconocimiento o sanción: ¿Quién creo que soy y qué se de lo que hago?

Ocupar el lugar de psicoanalista (o hacer su ejercicio) y *ser* psicoanalista no son la misma cosa. Lo mismo

puede enunciarse para el psicoterapeuta de orientación analítica. Esta confusión entre ejercicio e identidad -tan común- merece un estudio aparte. Cerraré provisionalmente esta cuestión apuntando que no hay diferencias sustantivas en cuanto a los límites para ocupar el lugar de psicoterapeuta o el de psicoanalista. No es infrecuente que el psicoterapeuta haya de obrar ante demandas y situaciones de extraordinaria complejidad, como es el caso de las psicosis o los trastornos límite, con frecuencia excluidos por principio del análisis o al menos puestos en cuestión. Entiendo que es una exigencia ética no menospreciar la psicoterapia en beneficio exclusivo del *oro puro* del análisis.

Si caracterizar y delimitar al psicoanalista y al psicoterapeuta analítico es algo complejo, no lo es menos diferenciar el marco o encuadre adecuado para su *praxis*. En el psicoanálisis *ortodoxo* coexisten varias fórmulas para el contrato analítico, sin que el porqué de sus diferencias sea explicado conceptual o técnicamente; Así se indicaran tanto cinco, cuatro o tres -y excepcionalmente dos- sesiones por semana, según quién y donde, con evidente incidencia en aspectos de disponibilidad personal y económica en los analizandos. Si traspasamos las fronteras del psicoanálisis ortodoxo encontraremos un sin fin de variedades, todas las imaginables. En la psicoterapia analítica, aunque el encuadre tipo estriba en dos -a veces una sesión por semana, lo sustantivo es un encuadre *ad hoc* del sujeto y su demanda, convalidado por su carácter explícito y mutuamente aceptado. En los restantes componentes de los encuadres hay una mayor comunidad de criterios, o al menos la polémica queda dulcificada. ¿Quién podrá decir que un encuadre es más idóneo que otro sin apoyarse en razones teóricas o técnicas? La necesaria continuidad del proceso analítico o terapéutico marca ciertos límites, pero ¿quién dirá que una *praxis* es mejor que otra sólo por su frecuencia? Le cabe entonces al profesional la responsabilidad de asumir qué es posible y qué no lo es en función del proceso del análisis o la psicoterapia. Nuevamente nos detenemos en la frontera ética.

3. SOBRE EFECTIVIDAD

Sentadas estas premisas conceptuales, abordaré la controvertida polémica sobre la *efectividad* del Psicoanálisis y las Psicoterapias de orientación psicoanalítica. Se denomina “Efectividad” a la calidad de producir efecto. El efecto puede ser concebido de varias maneras, entre ellas: a) como el resultado de la acción de una causa, virtualmente contenido en ella (teoría analítica de la causalidad: a partir del racionalismo); y b) como consecuencia invariable de la causa definida como la serie de condiciones, el conjunto de antecedentes sin los cuales no se produciría un fenómeno determinado (teoría sintética de la causalidad: a partir del empirismo), siendo causa y efecto conexos pero heterogéneos, meramente consecutivos. A la hora de establecer proposiciones sobre la “Efectividad” del Psicoanálisis y de las Psicoterapias de Orientación Psicoanalítica tenemos que precisar qué modelo de causalidad utilizamos, y ello por la diferente naturaleza y ámbito de manifestación de los efectos. Si adoptamos la causación analítica, los efectos son parte de la causa y no pueden valorarse separados de ella, es decir, los efectos del Psicoanálisis, y en su caso de la Psicoterapia Psicoanalítica formaran parte de sus procesos. Si por el contrario consideramos el tipo de causación sintética podremos pretender establecer las conexiones entre causas y efectos, concebidos como fenómenos diferentes; Es decir, podrán establecerse las relaciones entre los procesos y los efectos del Psicoanálisis y de la Psicoterapia Psicoanalítica.

Puesto que no es el objeto de este trabajo describir la *causalidad* eludiré la polémica entre los distintos modelos adscribiéndome a un postulado: Los efectos del psicoanálisis y de la psicoterapia analítica están sobredeterminados causalmente en la Inter determinación sujeto, procesos, contexto.

En la actualidad la valoración de las psicoterapias se concibe como el estudio de los procesos que se ponen en juego de manera efectiva. Es obvio, en consecuencia, que antes de describir o hipotetizar los efectos de las psicoterapias de orientación psicoanalítica habría que precisar cuáles son sus procesos componentes reales, no en base a lo que señale el modelo teórico-técnico de referencia, sino a partir del desempeño real de sus acciones por los terapeutas. Qué hace un psicoanalista o qué hace un psicoterapeuta de orientación psicoanalítica son preguntas que no han sido contestadas sino a través de meta-interpretaciones o metáforas. ¿Puede aprehenderse la anatomía y mecánica de la psicoterapia y del análisis? ¿Pueden aislarse sus componentes y sus procesos? O más bien habrá de renunciarse a tal pretensión, dejando al analista en la función del interrogador del deseo, sin saber nada de qué o cómo.

Y al hablar de efectividad, ¿Qué efectos pueden esperarse de la implementación del tratamiento psicoanalítico? Edelson (1984) nos apunta, entre otros, los siguientes objetivos que debe cumplir el análisis:

1. El psicoanálisis no solo debe contribuir a mitigar los síntomas, sino que sobre todo debe procurar un decremento permanente de la propensión del paciente a responder con la formación de síntomas ante las mismas clases y grados de frustración y de privación que antes del tratamiento provocaron la regresión y la formación de síntomas.
2. El psicoanálisis intentará proveer la desautomatización de los automatismos (existencia de reacciones automáticas en el sujeto donde debería esperarse que este pusiese en juego primero reflexión y posteriormente elección). No es el menos importante de tales automatismos la propensión del sujeto a interpretar la experiencia, en función de la ambigüedad de esta, de acuerdo a las fantasías inconscientes.
3. Puesta en juego tanto de la externalización como de la internalización
4. Lograr verdadero insight.
5. La propensión del analizando a formar síntomas disminuirá, decreciendo igualmente la esfera de automatización, disponiendo entonces de un amplio conjunto de interpretaciones y enfoques del Sí mismo y de su mundo. Esto contribuirá a realzar su capacidad tanto para amar como para trabajar; cómo y de qué manera el analizando escoge, reflejándose todo este proceso en verdaderos insights. Su capacidad permanecerá realzada ante una variedad de circunstancias en las que pueda encontrarse, sin que tales circunstancias afecten a los juicios sobre éxito o fracaso del tratamiento.

Los criterios que apunta Edelson pueden servirnos como punto de referencia, lugar común en el que han convergido numerosos psicoanalistas que se han posicionado acerca de lo esperable en el análisis y los criterios para su terminación exitosa. Pero, ¿qué hemos constatado sobre los efectos de hecho del tratamiento psicoanalítico?

4. ALGUNOS DATOS SOBRE EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

No son muchos los estudios sistemáticos que han podido llevarse a cabo sobre los efectos de la Psicoterapia Psicoanalítica; los principales han sido conducidos en el contexto de las dos instituciones más características del psicoanálisis anglosajón y norteamericano: La Fundación Menninger y la Clínica Tavistock. En lo que sigue intentaré resumir y considerar críticamente sus evidencias. Ambos estudios comparten en líneas generales esta secuencia: a) Valoración inicial del paciente; b) Predicción de éxito o fracaso; c) Seguimiento durante el tratamiento; d) Valoraciones postratamiento. Ninguno de los estudios pudo comparar los efectos de la psicoterapia con otras condiciones (p.ej. no tratamiento). Se siguieron un reducido número de casos, y las intervenciones fueron diferentes según los casos y los terapeutas. Se trata realmente de estudios de casos, tomados uno a uno. Las evidencias obtenidas deberían por tanto considerarse en su contexto intra-caso y sólo como metáfora referirse a estimaciones de grupo, generalizables a otros casos y poblaciones. Por desgracia, los materiales publicados sobre ambas investigaciones no permiten ir muy allá en el conocimiento de los casos, salvo en la segunda etapa de la investigación de la Tavistock. Aceptando esta limitación como inevitable, pasamos a considerar las evidencias.

4.1 El Informe de la Fundación Menninger sobre la valoración de los efectos de la Psicoterapia.

El Proyecto de Investigación en Psicoterapia de la Fundación Menninger se inició a principios de los años 50, bajo la dirección de Richard S. Siegal, y continuado por Robert S. Wallerstein y Otto Kernberg⁸. El principal objetivo del Proyecto fue investigar la *Psicoterapia Psicoanalítica* tal como sucede naturalmente en el contexto clínico, utilizando para ello tanto los datos disponibles rutinariamente procedentes del

tratamiento de pacientes sometidos a Psicoterapia de larga duración o a Psicoanálisis, como ciertos datos adicionales recogidos expresamente para la investigación. Este estudio es único en su género tanto por su diseño, duración (más de 20 años) y amplitud de variables como por los fondos destinados al mismo, cerca de un millón de dólares. Los pacientes evaluados fueron 42 adultos.

El diseño total del proyecto fue descrito como tri-dimensional (dimensiones tiempo, amplitud, profundidad):

1. La dimensión *tiempo* se definió por el estudio longitudinal de los sujetos-pacientes, evaluados intensivamente en tres momentos: a) al comienzo del tratamiento; b) a la terminación del tratamiento; c) en un encuentro de seguimiento realizado al menos dos años después.
2. La dimensión *amplitud* comprendió estudios paralelos de todos los datos disponibles en cada momento de evaluación, incluyendo comparaciones inter-pacientes sobre variables definidas, tanto del paciente, del tratamiento o situacionales⁹
3. La dimensión *profundidad* implicó efectuar la ordenación jerárquica y el análisis de datos clínicos en varios niveles, incluyendo desde la descripción clínica completa hasta el análisis cuantitativo.

Los tests psicológicos desempeñaron un importante papel en las valoraciones y predicciones efectuadas. Los tests fueron utilizados como un procedimiento de control, particularmente por el hecho de que el diseño del Proyecto no previó el emparejamiento con grupos de control, sino que asumió que cada sujeto fuese su propio control. Obteniendo los datos de tests con independencia de datos de otras fuentes, podían efectuarse comparaciones intrasujeto sometiendo a control variables comunes a ambas clases de datos. Esta opción se tomó para respetar el *contexto natural* de la Psicoterapia en el diseño de investigación utilizado.

Entre las principales conclusiones del Proyecto, resaltadas por Stephen Appelbaum en su informe, expongo las más importantes:

- a) Los pacientes con mayores recursos psicológicos (Funciones yoicas, recursos defensivos) mejoraron más durante la psicoterapia que los que tenían recursos más pobres -el fenómeno del rico que se enriquece más. De esta conclusión cabe preguntarse: ¿Es necesario un determinado nivel de funcionamiento psicológico para aprovecharse de la psicoterapia? ¿Podrá estimarse este nivel mediante la exploración psicológica mediante tests? El informe sugiere una respuesta positiva a ambas preguntas.
- b) Aunque los pacientes con mayores recursos psicológicos que recibieron psicoterapia expresiva mejoraron en términos absolutos, algunos pacientes no mostraron mejoría o cambio estructural alguno, expresable en una mejor organización de sus capacidades yoicas. Los pacientes con alteraciones más graves, que no evidenciaron *insight* ni resolución de conflictos u orientación psicológica, expresaron su mejoría mediante cambios en las relaciones interpersonales.
- c) La consecución del *insight* estuvo asociado en general con mejores logros, pero en algunos pacientes estuvo asociado con un peor funcionamiento. Incluso entre los pacientes que se beneficiaron de la psicoterapia (como un todo), el *insight* estuvo asociado frecuentemente con un incremento en la ansiedad y la activación de perspectivas depresivas o inquietud. El *insight* aparece así como un *cuchillo de dos filos*.
- d) Las predicciones basadas en los datos de tests psicológicos se mostraron más válidos que los no basados en tests, siendo la valoración de la *Fuerza del Yo* la principal fuente de diferencia. Un breve informe clínico efectuado a partir de los test fue tan efectivo como análisis descriptivos, extensos y detallados.
- e) Los pacientes (considerados como grupo) no mostraron mejoría sólidamente establecida, definitiva o notoria por efecto de las psicoterapias. Examinados individualmente del 50 al 60% de los pacientes mejoraron según los criterios clínicos usuales.
- f) Las valoraciones efectuadas en el periodo de seguimiento no fueron excesivamente útiles para predecir

la a evolución en años posteriores, probablemente debido al especial estrés que rodea a los momentos de terminación o seguimiento.

- g) Un correcto diagnóstico y una selección de los pacientes basada en criterios predictivos (Cuales probablemente se beneficiarán más de una psicoterapia de larga duración) es crucial para la obtención de buenos resultados.

Estos modestos resultados no fueron más que un exponente de lo que serían las evidencias ulteriores. Kernberg (1984) en su re-análisis de los resultados del proyecto Menninger subraya la necesidad de aplicar diseños experimentales a la investigación en psicoterapia como opción prioritaria frente a los estudios naturalistas tradicionales. La cuestión crucial radica en el estudio de las relaciones entre técnica, proceso y resultados. Volveremos a esta cuestión en el apartado final.

4.2 La Investigación de la Psicoterapia Breve (Clínica Tavistock).

La investigación sobre la Psicoterapia Breve llevada a cabo en la Clínica Tavistock fue iniciada por Michael Balint en 1955, con la colaboración de David Malan y otros¹⁰. Los resultados del primer periodo (1955-1963), en el que se estudiaron 21 pacientes, fueron analizados en la obra de David H. Malan “A Study of Brief Psychotherapy” (1963), quien señaló que “el resultado total ha sido poco más que confusión”. Los principales resultados obtenidos en esta primera etapa, de mayor riqueza y alcance que los del informe Menninger, fueron los siguientes:

a) Observaciones clínicas:

1. La Psicoterapia Breve (de 10 a 40 sesiones) aparece seguida de cambios dinámicos importantes en los pacientes, aparentemente permanentes.
2. Esto se da también en pacientes con amplia psicopatología, con larga permanencia de los síntomas.
3. La técnica utilizada en la Psicoterapia Breve puede ser igualmente minuciosa y rigurosa, implicando todos los tipos principales de interpretación que se dan en el análisis de larga duración, incluyendo la interpretación de los sueños y de las fantasías, análisis de la resistencia, interpretación de la transferencia, y el establecimiento del vínculo entre infancia y transferencia.

b) Evidencias con significación estadística:

1. La gravedad de la patología (dentro de límites bastante amplios) y la duración de las dolencias no muestran tener relación alguna con los resultados; esto implica que la presencia de psicopatología grave o su larga duración no son contraindicaciones en sí mismas para la psicoterapia.
2. El único criterio de selección para la admisión a la psicoterapia que mostró tener algún valor fue la motivación para el insight, especialmente si eran tenidas en cuenta sus fluctuaciones durante las etapas iniciales de la terapia. La motivación alta o creciente tiende a correlacionar con un resultado favorable, mientras que la baja motivación correlaciona positivamente con resultados desfavorables.
3. La minuciosa, concienzuda interpretación de la transferencia muestra desempeñar una parte importante a la hora de promover un desenlace favorable, así como óptimas relaciones con el terapeuta después de la terminación del tratamiento (tal como mostró la conducta del paciente durante el seguimiento).
4. Tienden a ser más exitosas aquellas terapias en las que: a) La interpretación de la transferencia ocupa un papel importante precozmente; b) Se interpreta la transferencia negativa; y c) Los sentimientos del paciente acerca de la terminación del tratamiento empiezan a ser relevantes y a manifestarse.
5. El trabajo sobre el vínculo padres/transferencia es el más importante de todos los aspectos de la interpretación de la transferencia. La estimación cuantitativa efectuada sobre esta clase de intervención correlacionó positiva y significativamente con las valoraciones de resultados del tratamiento.

En la revisión de esta primera etapa, efectuada posteriormente por Malan (1973), este autor nos señala cuatro fenómenos o tendencias principales que pueden explicar los resultados negativos repetidamente obtenidos tanto en la Tavistock como en otras investigaciones con la Psicoterapia Psicoanalítica:

- a) La ineptitud para demostrar, a partir de estudios controlados, que la psicoterapia ofrezca mayor mejoría que la mera experiencia de la vida por sí sola.
- b) La ausencia de repercusiones de los resultados derivados de la investigación en la práctica clínica.
- c) La desesperanza de los clínicos ante las aportaciones de la investigación, expresado así por muchos destacados profesionales de la psicoterapia.
- d) La creciente impresión de que los factores terapéuticos en la mayoría (o en todas) las formas de psicoterapia son factores inespecíficos y que nada tienen que ver los factores específicos invocados por las diferentes escuelas o por las teorías.

En un trabajo posterior Malan (1976) se mostró particularmente pesimista sobre los logros probados de la psicoterapias, y en particular de las psicoterapias dinámicas, resaltando que sólo en ciertos casos (p.ej. en trastornos psicósomáticos) se han mostrado claramente efectivas. Malan cita a Bergin y Strupp (1972) quienes han cuestionado que los factores terapéuticos en el Psicoanálisis y en la Psicoterapia Psicoanalítica consistan en lo que los analistas suponen (insight, hacer consciente lo inconsciente, experiencia emocional correctora resultante del trabajo a través de la relación transferencial y el descubrimiento de sus raíces infantiles) sino que los factores terapéuticos pueden ser factores inespecíficos tales como la obtención de control sutil sobre el paciente mediante el uso de la regla fundamental (asociación libre) y la modificación de pautas neuróticas fijadas hasta ahora mediante la identificación o una cierta clase de descondicionamiento. Este destacado papel de los factores inespecíficos ha sido puesto de relieve igualmente en las terapias conductuales y las restantes aproximaciones. Parece imponerse progresivamente entre todos aquellos terapeutas -de cualquier orientación- que examinan honradamente su práctica, la necesidad de precisar más allá de la teoría cuales son los verdaderos factores que producen los cambios.

Más aún, podríamos enunciar, como sugiere Malan (1976) el por qué los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica eluden confrontarse con la investigación:

“...nuestros métodos están probablemente lejos de ser lo terapéuticamente efectivos (...) que nos gustaría creer. Sobre este aspecto ha habido un grado de negación que sólo puede ser descrito como vergonzoso, un mecanismo mental del cual nosotros fuimos supuestamente curados mediante nuestros análisis didácticos. Uno de los resultados ha sido el creciente aislamiento y defensividad por parte de la escuela psicoanalítica, conduciéndonos en cambio hacia la impresión de esterilidad y declive” (Malan, 1976; p. 5)

Este estado de cosas lleva a David H. Malan a realizar una segunda etapa de la Investigación de la Psicoterapia Breve, realizada entre 1963 y 1975¹¹. En esta segunda etapa se propusieron efectuar un seguimiento a largo plazo, extendiendo el número de pacientes del primer estudio hasta 39. Los materiales utilizados fueron:

- a) Las notas clínicas completas dictadas de memoria por los terapeutas y entrevistadores, y
- b) Registros escritos abreviados de las discusiones de talleres, transcritas de las notas manuscritas de la secretaria.

El material inicial de evaluación constó de entrevista, tests proyectivos y la primera sesión terapéutica. Dos jueces independientes, no contaminados por datos previos, fueron utilizados exclusivamente para las

valoraciones de resultados. Estos jueces recibieron el material inicial y mediante consenso formularon: 1) Una hipótesis dinámica simple; 2) Criterios sobre el resultado ideal de la psicoterapia. Las entrevistas de seguimiento fueron efectuadas por los terapeutas originales, lo cual fue posible con 30 pacientes (77% del total). En los distintos momentos de la investigación (criterios de selección; técnicas; resultados; seguimiento) intervinieron dos de los cuatro jueces examinando a ciegas los materiales y efectuando valoraciones y reevaluaciones; los otros dos eran los terapeutas.

Tiene especial interés describir el criterio de selección/rechazo para pertenecer a la muestra de pacientes estudiada. Se excluyeron principalmente a aquellos pacientes en los que se apreciaron en las entrevistas previas indicadores pronósticos de: 1) Incapacidad para tomar contacto; 2) Necesidad de un trabajo prolongado en la terapia para generar motivación hacia el tratamiento; 3) Necesidad de un trabajo prolongado para penetrar en defensas rígidas; 4) Implicación inevitable en complejos o contenidos profundos que no parecían tener esperanza de ser abonados en un periodo breve; 5) Dependencia grave u otras formas de transferencia intensa desfavorable; 6) Intensificación del trastorno depresivo o psicótico. Se tuvieron también en cuenta los factores de exclusión que se consideran habitualmente en el proceso de admisión de pacientes en la *Clínica Londinense de Psicoanálisis*¹². Tras la aplicación de este conjunto de criterios, la muestra de pacientes seleccionada pudo definirse como aquellos en los que:

- a) Se ha conseguido algún contacto y existe alguna respuesta a la interpretación;
- b) Puede establecerse algún foco de interés para la psicoterapia;
- c) No parecen existir peligros inevitables por el hecho de realizar psicoterapia breve con el paciente.

Converge esta posición inicial en cuanto a la selección de pacientes con la efectuada en el estudio de la Menninger. Aunque en aquél los criterios de selección fueron interpretados de forma mucho más laxa se vierte igualmente la importancia de la relación positiva entre pronóstico inicial y resultados obtenidos. Por otra parte, si tantos son los filtros, apenas nos quedan pacientes a los que indicar la psicoterapia psicoanalítica con garantías de éxito. Y en definitiva, con tan buenos y selectos pacientes, ¿Qué terapia o terapeuta es inefectiva?

Aunque una descripción cabal del alcance y resultados de la investigación de la Tavistock escapa a las posibilidades de este trabajo, subrayaré los principales. Los factores que condujeron a un resultado positivo del tratamiento en los pacientes estudiados fueron:

1. Elevada motivación en el paciente. Este factor obtuvo confirmación mediante métodos de validación cruzada.
2. Elevado entusiasmo en el terapeuta. Factor que suscitó amplia controversia, y que posteriormente ha tendido a ser abandonado como explicativo del cambio.
3. Transferencia precoz. Especialmente se observa una correlación significativa en la interacción de esta variable con el trabajo efectuado en la terapia sobre la terminación del tratamiento, y el resultado favorable del tratamiento.
4. El vínculo Padres/Transferencia. Este factor obtuvo clara confirmación.
5. El trabajo de elaboración con el paciente, dentro del tratamiento, sobre la terminación de la terapia. Factor igualmente confirmado.
6. Focalidad. Factor altamente relacionado con el resultado favorable del tratamiento, y especialmente relacionado con la motivación del paciente. A mayor focalidad en la psicoterapia y mayor motivación en el paciente, mayor éxito.
7. Interacción dinámica exitosa entre paciente y terapeuta. Factor que implicó conjuntamente la motivación y el vínculo Padres/Transferencia, definible como “Lo que a un terapeuta le gustaría encontrar cuando trabaja con un paciente concreto y con una forma determinada de terapia psicoanalítica, incluyendo hasta el análisis de larga duración y alcance”.

David H. Malan nos subraya que todos estos factores de éxito detectados en la investigación están asociados a mejoras constatadas en el seguimiento de los pacientes muchos años después. Las evidencias recogidas convergen en sugerir tanto la validez de algunos de los conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica o psicodinámica, como una impresión prometedora sobre la efectividad de la psicoterapia dinámica. Malan, no obstante, formula con cautela sus conclusiones en 1976 y advierte sobre las carencias de su investigación, principalmente sobre: a) La necesidad de una verdadera validación cruzada de estos resultados; b) La posible incidencia de múltiples factores no controlados que pudieran contaminar o interactuar con las variables terapéuticas exitosas detectadas.

Sin ser sensiblemente más halagüeños que los del Informe Menninger, estos resultados de la investigación Tavistock señalan un acercamiento al esclarecimiento de la relación entre procesos componentes de la psicoterapia y sus resultados. ¿Es ésta, pues, la dirección a seguir?

5. PERSPECTIVAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA.

Edelson en una sugerente obra (1984) nos ha puesto de manifiesto la importancia de que los estudios intensivos de casos individuales sean utilizados para generar y poner a prueba hipótesis de la terapia psicoanalítica. Entre los objetivos de los estudios teóricos sobre casos individuales, que puedan aprovecharse para las psicoterapias de orientación psicoanalítica destacamos los siguientes:

- a) Extraer hechos de interés todavía no explicados o que lo han sido de forma no satisfactoria.
- b) Establecer claramente qué marco de referencia conceptual, qué conocimiento pre-teórico, o qué conocimientos provenientes de otras teorías pueden presuponerse en la observación y descripción de dichos hechos no explicados.
- c) Definir un concepto teórico, y clarificarlo mediante la ilustración sobre sus características *tal como se da en un caso individual*, mostrando cómo aplicarlo en él.
- d) Generar hipótesis teóricas y no-teóricas, de las cuales se desarrollan proposiciones empíricamente comprobables sobre un área.
- e) Mostrar que un conjunto de proposiciones teóricas y/o no-teóricas interrelacionadas pero independientes es lógicamente consistente mediante la demostración de que todas ellas son simultáneamente verdad al menos en un sujeto particular.

Los objetivos y características de los estudios empíricos sobre casos individuales, aprovechables para las psicoterapias de orientación psicoanalítica son los siguientes:

- a) Ofrecer un método para mejorar la fiabilidad o validez con que es medida la variable de interés, principalmente a través del desarrollo de modelos de observación sistemática controlada.
- b) Presentar un conjunto de medidas de la variable de interés y sugerir cómo dar cuenta de los cambios observados en dicha variable.
- c) Probar una hipótesis, mediante la obtención de evidencias actuales probatorias, que han sido obtenidas de manera que el investigador puede argumentar que ello justifica provisionalmente la aceptación de una hipótesis como verdadera sobre una o más hipótesis rivales o alternativas.
- d) Clarificar una hipótesis respecto de su alcance, mediante la *replicación sistemática del caso individual*, y argumentando en qué medida las conclusiones derivadas del estudio de un sujeto individual sean o no generalizables a otros sujetos.
- e) Los estudios de casos individuales facilitan la oportunidad para describir con tanto detalle como sea posible un determinado caso, raro o difícil de observar, incluso si no se generan o prueban las hipótesis.

f) Ilustrar una técnica o método, o, en otras palabras, mostrar cómo algo es hecho.

Kernberg (1984) opina que la investigación sobre psicoterapia debe centrarse en varios focos de interés: las habilidades del terapeuta; las técnicas de tratamiento; y la selección de pacientes. Kernberg centra su interés, de entre los terapeutas más expertos (los presuntamente más reacios a dejarse investigar) en aquellos que sean más sensibles a las demandas de la investigación, y no tanto a escoger “terapeutas representativos”. La operacionalización de las técnicas de tratamiento lleva a Kernberg a deslindar objetivos de la psicoterapia analítica, tal como se apuntó en un apartado anterior. Kernberg optó por centrar sus esfuerzos de investigación en torno a los efectos de la psicoterapia analítica de larga duración en los pacientes con trastorno de personalidad límite, la cual está todavía en curso de realización. Además de Kernberg, otros psicoanalistas están empeñados en cuestionar el valor de su práctica desde los criterios de la metodología científica. Esperemos con interés nuevas evidencias y planteamientos.

Ante consideraciones y operacionalizaciones de la Psicoterapia y del Psicoanálisis como las anteriormente expuestas, ¿cabe hablar de una re-aproximación entre la Ciencia y el Psicoanálisis? Para abordar esta cuestión Edelson ha formulado varias proposiciones que intentan posicionar las relaciones del Psicoanálisis y la Ciencia, que por su interés reproduzco aquí:

1. Las entidades de la Teoría Psicoanalítica deben ser clarificadas. La nueva perspectiva no proposicional de la Teoría puede ser útil para sistematizar y explicar conceptos e hipótesis psicoanalíticas, decidir cuáles son los dominios de aplicación del psicoanálisis, y revisar las relaciones entre las ciencias neurológicas y el psicoanálisis.
2. El Psicoanálisis deberá prepararse a sí mismo para utilizar desarrollos conceptuales y metodológicos recientes derivados de la metodología de investigación del caso individual, en particular para argumentar más sólidamente cuestiones acerca de la validez y generalizabilidad de los estudios de casos individuales.
3. El psicoanálisis no debe darle la espalda a la teoría de la probabilidad. Esta ha sido recientemente propuesta como una *propensión objetiva* del caso individual. Muchas hipótesis psicoanalíticas pueden ser formuladas mejor de forma probabilística.
4. Las hipótesis psicoanalíticas pueden ser sometidas a comprobación en la situación psicoanalítica” (Edelson, 1984; págs. 158-159; las cursivas son mías)

La posición de Edelson es clara: lograr que los psicoanalistas y psicoterapeutas se interroguen sobre el sentido, alcance y efectos de su *praxis*. Lo expresa así:

“No veo más alternativa para la nueva generación de investigadores psicoanalistas que el animarse a desarrollar el trabajo necesario. Esta es una de las responsabilidades que sobreviene con el hecho de ser un psicoanalista” (Edelson, 1984, pág. 160)

En el Psicoanálisis actual caben dos orientaciones: el Psicoanálisis en cuanto *Ciencia* y en cuanto *Experiencia*. No son propiamente dos enfoques contrapuestos a nivel de la teoría, pero la divergencia puede abrirse en la *praxis*. Si el Psicoanálisis se ubica en la frontera de la experiencia subjetiva con el deseo, ante la que el analista es un Otro que queda fuera, no cabe entonces hablar de verificación o método, objeto o concepto definibles *a priori*. Si el Psicoanálisis enfoca su *praxis* hacia la consecución de efectos aprovechables terapéuticamente, en la que el terapeuta es un elemento (muy complejo, por cierto) que interviene, entonces sí habremos de encontrar un lugar para los procedimientos científicos en su desarrollo. Aquí entra en escena la Clínica, piedra de toque del Psicoanálisis. Un Psicoanálisis Clínico exige su lugar entre las ciencias, ciencias cuyo concepto, objeto y método necesitan reformularse, puesto que en esta ciencia *el sujeto que cambia* ocupa un lugar central. Cerrar los postulados de esta ciencia es algo que todavía -¿afortunadamente?- se nos escapa.

6. APERTURA

Los datos y consideraciones expuestos nos dejan muchas cuestiones por responder, interrogantes sobre los que no cabe siempre esperar una única respuesta. Si quizás terminamos con la enojosa idea de que no sabemos nada, pueda en cambio abrirse paso en nosotros la sensación (¿molestia?) de que hay preguntas que urgen, aunque la dimensión tiempo en psicoanálisis sea, por naturaleza, subjetiva y atemporal.

REFERENCIAS

- APPELBAUM, S.A., SIEGAL, R.S. y ROSEN, I.C. (1977). *The Anatomy of Change*. A Menninger Foundation Report on Testing the Effects of Psychotherapy. New York: Plenum Press.
- APPELBAUM, S.A. (1981). *Effecting change in Psychotherapy* New York: Jason Aronson.
- AVILA, A. (1988). Factores, procesos y efectos de las Psicoterapias de orientación psicoanalítica Seminario organizado por el I.C.E.U.M., Madrid, febrero 1988.
- BERGIN, A.E. y STRUPP, H.H. (1972). *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- EDELSON, M. (1984). *Hypothesis and Evidence in Psychoanalysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- FREUD, S. (1979). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 3 vols. Traducción de Luis López Ballesteros.
- GARATE, I. (1989). *Psicología y psicólogos clínicos*. en *Clínica Psicoanalítica*, Bordeaux: Edición del autor.
- KERNBERG, O. (1984). *From the Menninger Project to a Research Strategy for Long-Term Psychotherapy of Borderline Personality Disorders*. en J.B. Williams y R.L. Spitzer *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?*, New York: The Guilford Press.
- KERNBERG, O., BURSTEIN, E.D., COYNE, L., APPELBAUM, A., HORWITZ, L. y VOTH, H. (1972). *Psychotherapy and psychoanalysis*. Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 3.
- MALAN, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. London: Tavistock. Philadelphia, Lippincott. (Publicado posteriormente de nuevo por Plenum Press, New York, 1975).
- MALAN, D. H. (1976). *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy. A Replication*. London: Plenum Medical Book Company.
- MIRA, L. V. (1986) *El psicoanálisis: una práctica privada*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, VI (19) 543-554.
- SARGENT, H.D., HORWITZ, L. et. al. (1974) *Prediction in Psychotherapy Research*. *Psychological Issues*, Vol. VI (1) Monograph 21. New York: International Universities Press.

(*) Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Doctor en Filosofía y Letras (Psicología). Ha sido Catedrático de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos (Psicoterapia) de la Universidad de Salamanca (1991-2004) y de la Universidad Complutense (2004-2020), actualmente jubilado. Psicoterapeuta psicoanalítico (individual y de grupo). Fue Fundador y Primer presidente (2005-2015) de IARPP España (Sección Española de la Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional) y miembro del Board de IARPP entre 2011 y 2018. Fundador (2006) y Presidente de Honor del INSTITUTO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL. Asesora en calidad de Director Clínico y de Formación con carácter Honorario a la entidad ÁGORA RELACIONAL, dedicada a la atención clínica y la formación continua en salud mental en la perspectiva relacional.

Versión electrónica:

https://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/AAvila/Psicoanalisis_Efectiv_terapeutica.PDF

Notas

- 1.- Escrito dirigido a psicoanalistas, psicoterapeutas y escépticos. Referencia de su publicación: ÁVILA ESPADA, A. (1989). Psicoanálisis, psicoterapias de orientación psicoanalítica y efectividad terapéutica. Clínica y Análisis Grupal, 11 (1) [No 50], pp. 51-74. [Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy, Therapeutic Effectiveness]
- 2.- La cuestión de la legitimidad será abordada sin forzar el posicionamiento disyuntivo entre ortodoxia y heterodoxia psicoanalítica. Le cabe al lector la continuación del debate desde las reflexiones que le suscite la lectura de este trabajo.
- 3.- Referencias y criterios tomados de los formularios "Information for prospective patients" y "Information for the directorate of the London Clinic of Psycho-Analysis" facilitados por la London Clinic of Psycho-Analysis (London, 1984).
- 4.- Ibid anterior; Firmado por el Director, Dr. Arthur Hyatt Williams, 1985.
- 5.- Legitimidad que solo podemos referir al origen y premisas iniciales del psicoanálisis, según expresó S. Freud: el Psicoanálisis en cuanto método de curación, y como método de desvelamiento del inconsciente.
- 6.- Esta multidisciplinaridad ha sido frecuente restringida en favor de los médicos. Véase como ejemplo el caso U.S.A., donde hasta hace apenas unos meses (octubre 1988) existían barreras legales para que los psicólogos condujesen psicoanálisis, y ha sido necesario que los tribunales reconozcan este derecho en base a la ley antimonopolio.
- 7.- Recientemente en Francia la I.P.A. ha recordado que es la única institución con competencias en la formación de psicoanalistas. Esta posición ha sido esgrimida en diferentes épocas y contextos del movimiento psicoanalítico, y ha estado presente en casi todos los cismas.
- 8.- El Proyecto de Investigación en Psicoterapia de la Fundación Menninger fue realizado con fondos del Servicio de Investigación en Salud Pública, el Fondo de la Fundación para Investigación en Psiquiatría y la Fundación Ford.
- 9.- Además se efectuaron: a) Estudios de los resultados de las predicciones efectuadas (Sargent et al., 1974); b) Estudios con tests psicológicos; c) La consideración de parámetros adicionales, entre ellos procedimientos específicos para su utilización con los tests psicológicos, en particular para el estudio de los constructos "Identidad del Yo" y "Relaciones objetales". Las comparaciones inter-pacientes fueron posibles mediante la evaluación de cada caso respecto de variables predefinidas. Los estudios intra-paciente se basaron en predicciones sistemáticas hechas sobre la base de las mismas variables. De esta forma se pueden efectuar tanto estudios longitudinales de casos individuales como estudios predictivos de naturaleza estadística sobre una población.
- 10.- Entre ellos Enid Balint, J.L. Bórea, R.H. Gosling, J.J.M. Jacobs, Agnes Mainz, T.F. Main, Malcom Pines, E.H. Rayner y J.L. Rowley.
- 11.- En esta segunda etapa participaron además E.H. Rayner, P. Dreyfus, E.S. Heath, H.A. Bacal y F.H.G. Balfour; la investigación fue llevada a cabo con aportaciones del Fondo David Matthew del Instituto Psicoanalítico de Londres y del Fondo para la Investigación de la Salud Mental.
- 12.- Los factores clínicos de exclusión del análisis son: Intentos de suicidio graves; Adicción a drogas; Homosexualidad convencida; Hospitalización de larga duración; Más de una sesión de TEC; Alcoholismo crónico; Síntomas obsesivos crónicos incapacitantes; id. fóbicos; Acting Out groseramente destructivo o autodestructivo