



2.

Investigación y psicoanálisis

¿Puede la investigación influir en la práctica clínica?



Juan Pablo Jiménez
Asociación Psicoanalítica Chilena

ABSTRACT

After briefly reviewing the unfavourable reception accorded empirical research by parts of the psychoanalytic community, as well as some of the benefits to clinical practice of analysts being involved in research activities, the author examines whether the findings of process and outcome research in psychotherapy and psychoanalysis can help identify the most appropriate forms of intervention for producing therapeutic change, given the specific condition of the patient and the relationship that the individual establishes with the analyst. He argues that research findings can influence clinical practice on various levels and in different areas, and goes on to examine a number of related issues: the specificity of therapeutic interventions versus the relevance of common curative factors; the dyadic conception of technique and ways of understanding the therapeutic action of the treatment alliance; and the strategic or heuristic conception in psychoanalytic therapy. Finally,

RESUMEN

Después de revisar someramente la difícil recepción de la investigación empírica en la comunidad psicoanalítica y algunos de los efectos beneficiosos en la práctica clínica de la participación de analistas en actividades de investigación, el autor examina si los hallazgos de investigación en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis tienen algo que aportar en respuesta a la pregunta acerca de qué formas de intervención pueden resultar más apropiadas para producir el cambio terapéutico, dadas determinadas condiciones del paciente y de la relación que éste establece con su analista. Se plantea que los hallazgos de investigación pueden influir en la práctica clínica en diferentes niveles y áreas. Así, se pasa revista al asunto de la especificidad de las intervenciones terapéuticas versus el alcance de los factores curativos comunes en terapia; a la concepción diádica de la técnica y la manera de entender la acción terapéutica de la

the author presents clinical material with the aim of illustrating how the knowledge acquired through research can be applied to psychoanalytic treatment.

alianza; y a la concepción estratégica o heurística en terapia psicoanalítica. Finalmente, se presenta un caso clínico a través del cual se busca ejemplificar cómo el conocimiento adquirido por investigación puede aplicarse al tratamiento psicoanalítico.

Palabras clave: investigación en proceso y resultados en psicoanálisis y psicoterapia. Efectos en práctica clínica.

Introducción: Investigación y clínica psicoanalítica

La relación entre investigación y clínica en psicoanálisis sigue siendo controvertida. Al respecto, es sugestivo el título del trabajo de Peter Fonagy, *“Agarrando ortigas o de por qué la investigación psicoanalítica saca ronchas”* (2000). Con esta metáfora este autor alude a la difícil situación en que se encuentran los psicoanalistas comprometidos con la investigación, frecuentemente frustrados y con una sensación de futilidad frente al resto de los colegas clínicos, enfrentando el apasionado rechazo con que éstos suelen recibir las argumentaciones y los resultados de las investigaciones.

El hiato entre investigación y clínica psicoanalítica muestra la complejidad de la relación entre teoría y práctica en psicoanálisis. Si bien manifiestamente investigadores y clínicos persiguen el mismo objetivo, cual es el mejoramiento de las técnicas de tratamiento, se ha dicho que esta coincidencia es más aparente que real. Mientras la investigación pretende hacer evidente las relaciones causales entre intervenciones y mejoría mediante la aplicación de controles metodológicos, la actitud del clínico es mucho más pragmática: le interesa menos la demostración de cuál elemento es el ingrediente activo que el logro del cambio en sí mismo. En este sentido, se puede decir que el investigador busca maximizar la evidencia negativa, es decir, aumentar el nivel de cuestionamiento y crítica de los hallazgos, mientras que el clínico hace lo contrario: maximiza la evidencia positiva para poder actuar coherentemente en la situación terapéutica (Bowlby 1979).

En mi experiencia, sin embargo, esta divergencia, que aparece como tan radical, no se da en la realidad de la manera en que podría despren-

¹ Publicado en *Internacional Journal of Psychoanalysis: Can research influence clinical practice?*, 2007, volumen 3, p.661-679.

derse de lo dicho anteriormente. Más aún, durante los años en que estuve en contacto estrecho con actividades de investigación y con investigadores a tiempo completo en la Universidad de Ulm (1985-1990), observé en mi propia práctica con pacientes un efecto absolutamente contrario al esperado. Después de un corto período en que las convicciones clínicas adquiridas durante mi formación psicoterapéutica y psicoanalítica en Chile se vieron sometidas a un cuestionamiento sistemático por el ambiente de intensa crítica que existía en ese grupo, y durante el cual me invadieron intensos sentimientos de incertidumbre y contradicción, empecé rápidamente a darme cuenta de los notables cambios que se produjeron en múltiples dimensiones de mi actividad clínica. Estos cambios coinciden con lo que Safran y Muran (1994) han descrito como “productos clínicos secundarios a la investigación”.

Lo primero es el nacimiento de una nueva “actitud empírica”, esto es, de un hábito de evaluar las propias teorías a la luz de los fenómenos observados más que de seleccionar los eventos con el objetivo –desde luego, preconsciente– de fundamentar la propia teoría. La extendida tendencia a idealizar el método psicoanalítico se rompe rápidamente cuando un clínico se compromete en actividades de investigación. En el departamento universitario donde trabajo actualmente, psicoanalistas miembros del equipo docente conducimos regularmente entrevistas clínicas y psicoterapias detrás del espejo de visión unidireccional frente a los demás colegas y a alumnos, psicólogos y psiquiatras principiantes, que siguen un programa de formación en psicoterapia psicoanalítica.

Estamos de acuerdo en que la exposición regular a la supervisión de los pares y de los propios alumnos tiene un gran efecto educativo en quienes nos sometemos a ella; es el mejor antídoto en contra de la idealización de los maestros, de las ideologías y de la adhesión no crítica a escuelas psicoterapéuticas. La experiencia de ver a psicoanalistas expertos dando cuenta de su trabajo con el paciente deja en evidencia el hiato existente entre la práctica psicoterapéutica real y las idealizaciones que de ésta se transmiten a través de las presentaciones y los relatos clínicos tradicionales (Jiménez, 2005).

El aumento en la claridad conceptual es una segunda ganancia para los clínicos que se acercan a la investigación. La necesidad de operacionalizar los propios conceptos y de articular las evidencias en pro y en contra de las hipótesis de investigación contribuye decisivamente a acotar lo que podemos llamar la teoría clínica, en contraposición con el nivel de la teoría metapsicológica, más alejado de los fenómenos y por eso mis-

mo más proclive a la infiltración no crítica de ideologías de escuela. Esta claridad conceptual acrecienta la capacidad de hacer explícitas las propias teorías implícitas (Sandler, 1983), tarea indispensable para favorecer un diálogo productivo en el ámbito clínico.

Lo notable es que este cambio de actitud frente al trabajo clínico y a las propias teorías e ideologías terapéuticas, en vez de conducir a una suerte de paralización frente al paciente, produce exactamente lo contrario. En mi experiencia, aumenta la libertad para pensar con el paciente acerca de las intervenciones técnicas que mejor pueden ayudarlo. El pragmatismo, que podría conducir a una suerte de oportunismo teórico, se ve compensado con la necesidad de fundamentar racionalmente las intervenciones terapéuticas; los hallazgos muestran que los mejores resultados en el dominio clínico de generación de hipótesis se logra con la combinación de procesos intuitivos y analítico-rationales (Caspar 1998). Así, el entrenamiento en investigación facilita las mejores combinaciones en los procesos de información y de toma de decisiones en el nivel clínico.

Pero, para que se transforme en conocimiento útil, la investigación empírica debe ser integrada al juicio clínico. La cuestión crucial para la integración está en el tipo de investigación empírica que puede ser utilizada clínicamente. Hay un amplio consenso en que un gran porcentaje de la investigación existente carece de aplicabilidad en la práctica. La insistencia en probar la eficacia de ciertas técnicas, mediante metodologías que buscan la estandarización de las poblaciones, debilita la posibilidad de generalización y de validez ecológica de los resultados; el aumento en validez interna se hace a costa de una disminución de la validez externa.

Con todo, la situación que hace treinta y cinco años denunciara Lester Luborsky con su trabajo, *Research cannot yet influence clinical practice* (1969), ha cambiado en la última década. Se afirma que desde la publicación del *Handbook of Psychodynamic Treatment Research* (Miller et al. 1993), la investigación psicoanalítica se ha acercado bastante a las complejas necesidades de la práctica terapéutica (Kächele 1995).

El objetivo de este trabajo es examinar si los hallazgos de investigación en psicoterapia y psicoanálisis tienen alguna respuesta que aportar a la pregunta acerca de cuáles son las formas de intervención que pueden resultar más apropiadas para producir el cambio terapéutico, teniendo en cuenta determinadas condiciones del paciente y de la relación que éste establece con su analista. Desde luego, éste es un tema de larga data en la preocupación de los psicoanalistas y, por cierto, también es –o debería ser–, un interés central en la actividad cotidiana de cualquier terapeuta

sensato frente a la variedad de sus pacientes singulares. La diversidad teórica y práctica, y la actual permeabilidad a los hallazgos interdisciplinarios en neurociencias, en investigación en proceso y resultados en psicoterapia y en relación temprana madre-bebé, han liberado el desarrollo del psicoanálisis de cargas ideológicas de modo tal, que la pregunta planteada cobra gran legitimidad. Estamos dejando atrás la época en que desde la autoridad institucional y la formación psicoanalítica oficial se promovía una técnica estándar, cuyo objetivo parecía estar más al servicio de la defensa de una identidad profesional frente a la irrupción de la multiplicidad de escuelas y corrientes –dentro y más allá del psicoanálisis–, que del perfeccionamiento del tratamiento de nuestros pacientes. La técnica estándar fue reduciendo cada vez más las indicaciones para el psicoanálisis y todo el esfuerzo se hacía en buscar pacientes adecuados para el método, pues una técnica así idealizada exige una actitud selectiva respecto de la indicación, donde es el paciente quien se debe ajustar al método y no al revés. Las técnicas modificadas, en cambio, permiten un conjunto flexible de indicaciones, donde el tratamiento es el que se adapta a las características de cada paciente (Thomä & Kächele 1987).

Por cierto, tal postura entra en conflicto con una definición uniforme de técnica psicoanalítica. Esta prolongada discusión acerca de lo que es propia y específicamente psicoanalítico, sin embargo, se ha vuelto a mí entender estéril.

Felizmente corren nuevos vientos en la comunidad psicoanalítica, y concuerdo totalmente con Gabbard & Westen (2003 p.826; énfasis en el original) quienes han sugerido que deberíamos “diferir la cuestión de si determinadas técnicas son analíticas y más bien poner el foco en si ellas son *terapéuticas*. Si la respuesta a esa pregunta es afirmativa –continúan–, la siguiente cuestión es cómo integrarlas en la práctica psicoanalítica o psicoterapéutica de la manera más beneficiosa para el paciente”. Para estos autores, una teoría moderna de la acción terapéutica debe describir tanto *lo que* cambia (las metas del tratamiento) como las *estrategias* más probablemente útiles en facilitar tales cambios (técnica). A esta altura del partido, teorías unilaterales de la acción terapéutica, no importando lo complejas que sean, son probablemente inútiles debido a la variedad de objetivos de cambio y a la diversidad de métodos eficaces para realizar el cambio en el sentido de tales objetivos.

El desafío frente al cual estamos, entonces, es uno de integración. La tarea actual de la investigación clínica, teórica y empírica, es integrar de manera coherente el abanico de diferentes posibilidades terapéuticas.

En este trabajo discutiré ciertos aspectos del tema que nos convoca, desde la perspectiva de la investigación en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis, lo que ilustraré presentando material del tratamiento psicoanalítico de una paciente deprimida. A mi entender, sin embargo, hay ciertas cuestiones que deben ser aclaradas previamente, si queremos llevar a cabo una integración coherente que permita reformular la relación entre lo psicoanalítico y lo psicoterapéutico. Antes de presentar material clínico me referiré a tres puntos. Éstos son: 1° El asunto de la especificidad de las intervenciones terapéuticas versus el alcance de los factores curativos comunes en terapia. 2° La concepción diádica de la técnica y la manera de entender la acción terapéutica de la alianza. 3° La concepción estratégica o heurística en terapia psicoanalítica.

En este punto quisiera introducir sucintamente un marco teórico que facilite el análisis. De acuerdo con Goldfried (1980), si se quiere analizar el rol de la técnica de tratamiento es necesario distinguir tres niveles de abstracción. Estos son el nivel de las intervenciones terapéuticas (técnica en sentido estricto), el de las estrategias terapéuticas y el de los enfoques u orientaciones teóricas. Cada uno de estos niveles plantea preguntas particulares a la teoría y a la investigación. A menudo, la discusión sobre la especificidad de la técnica se ve oscurecida por la falta de distinción entre estos niveles. Así por ejemplo, en el nivel más alto de abstracción, el de los enfoques u orientaciones teóricas, la pregunta que debe responder la investigación en *resultados* (outcome research) es, por ejemplo, si el psicoanálisis en cuanto forma de terapia es, o no es, más efectivo que las distintas formas de psicoterapias psicoanalíticas y, por supuesto, si las terapias psicoanalíticas son tanto o más efectivas que las terapias de otras orientaciones y, en el caso de que así fuera, si la mayor efectividad es uniforme para cualquier tipo de pacientes. Esta es una cuestión candente en la actualidad y se asocia a aquella de si existen intervenciones específicas para trastornos o desórdenes psicopatológicos específicos. Esta última pregunta tiene complejas relaciones con la sociología y la economía de la psicoterapia pues de su respuesta depende la posibilidad de existencia de “tratamientos con apoyo empírico” y de una “psicoterapia basada en la evidencia”. La respuesta que demos en este punto, entonces, tiene consecuencias que afectan la posibilidad de financiamiento de las terapias psicoanalíticas por las compañías de seguro y, por cierto, también afecta la relación del psicoanálisis con la medicina y la psiquiatría. Pero, en este nivel de abstracción hay otra pregunta más interesante –que se refiere a investigación en *proceso*–, cual es: ¿acaso un psicoanalista que

conduce una terapia psicoanalítica –naturalmente guiado por la teoría psicoanalítica–, *sólo* realiza intervenciones prescritas por la teoría psicoanalítica del tratamiento o, sin advertirlo, también aplica técnicas que no pertenecen explícitamente al arsenal terapéutico propiamente psicoanalítico?. Éste es un punto crítico muy relevante para nuestra discusión, pues introduce un elemento sorpresivo en la discusión sobre la especificidad de las intervenciones psicoanalíticas y tiene consecuencias dramáticas para el afán de los psicoanalistas de diferenciarse de los terapeutas de otras orientaciones.

Intervenciones específicas versus factores curativos comunes

En este sentido, Ablon & Jones (1998) han mostrado que, aún en psicoterapias manualizadas, es posible detectar elementos prestados de otras orientaciones terapéuticas y que estas técnicas comunes pueden incluso ser los ingredientes activos responsables de promover el cambio positivo en el paciente. Por ejemplo, estos autores han demostrado que los tratamientos psicoanalíticos breves incluyen conjuntos diversos de intervenciones, donde los terapeutas, además de aplicar estrategias consideradas de naturaleza psicodinámica, en medida significativa también aplican intervenciones técnicas que habitualmente se asocian con el enfoque cognitivo conductual (por ejemplo, examinar “pensamientos falsos” o creencias irracionales). En otras palabras, existiría una superposición significativa entre modelos teóricos –que se asume corresponden a estrategias de intervención diferentes– en la manera que terapeutas de distintas orientaciones conducen los tratamientos. Consistentemente con estos resultados, otros autores (Goldfried et al. 1998) han encontrado una extensa sobreposición entre terapias psicodinámicas interpersonales y terapias cognitivo conductuales, *cuando éstas fueron realizadas por terapeutas expertos*. En una muestra bien estudiada de tratamientos, Jones & Pullos (1993) determinaron que los terapeutas cognitivo conductuales usan ocasionalmente estrategias psicodinámicas y que fueron precisamente estas técnicas las responsables de la promoción del cambio en el paciente. En este estudio, el uso de técnicas no prescritas por la terapia cognitivo conductual –que probablemente escapó a la detección de las escalas de adherencia al manual– mostró tener una correlación significativa con el cambio en el paciente. En todo caso, hubo importantes diferencias entre ambos enfoques. La terapia cognitivo conductual promovía el control de los afectos negativos a través del uso del intelecto y la racionalidad en

combinación con una vigorosa estimulación, apoyo y refuerzo por parte de los terapeutas. En las psicoterapias psicodinámicas, el énfasis estuvo puesto en la evocación de afectos, en traer a la conciencia sentimientos inquietantes y en integrar dificultades actuales dentro de la experiencia de vida previa, usando la relación terapeuta-paciente como agente de cambio.

En un estudio más reciente, Ablon & Jones (2002) aplicaron su método de investigación a sesiones transcritas de terapia interpersonal y cognitivo conductual pertenecientes al *Programa Colaborativo de Investigación del Tratamiento de la Depresión* del NIMH (Elkin, Shea et al. 1989). Terapeutas expertos desarrollaron prototipos de regímenes ideales de tratamiento para la psicoterapia interpersonal breve y para la terapia cognitivo conductual, usando el *Psychotherapy Process QSet*, instrumento diseñado para proveer un lenguaje estándar que permite describir diferentes procesos terapéuticos. Grupos de jueces independientes y ciegos determinaron que tanto las sesiones de psicoterapia interpersonal como las cognitivo conductuales adherían más fuertemente al prototipo ideal de estas últimas. Además, en ambos tipos de tratamiento la adherencia al prototipo de terapia cognitivo conductual arrojaba correlaciones positivas más fuertes con las mediciones de resultados. Los autores concluyen que *los nombres de marca en psicoterapia pueden ser engañosos* y que la premisa básica de los ensayos controlados al azar, que exige que las intervenciones comparadas representen *realmente* tratamientos separados y distintos, no fue satisfecha en el Programa de Investigación Colaborativo del Tratamiento de la Depresión del NIMH.

En este sentido, es ilustrativo revisar los resultados de un ensayo clínico abierto, en que se trataron 21 pacientes con diagnóstico de desorden de pánico con terapia psicoanalítica manualizada (Klein, Milrod et al. 2003). Se estudiaron las correlaciones proceso-resultado, mostrándose que la focalización temprana en la transferencia tuvo efectos negativos, al revés de la focalización tardía, que se correlacionó con el éxito. El resultado más interesante para nuestro tema, sin embargo, fue que dos variables "específicas" de proceso, *Foco del terapeuta en la dinámica del pánico* y *Exploración del paciente*, no mostraron correlación con el resultado. Con todo, más interesante aún fue el hecho de que 8 de los 21 pacientes, que simultáneamente cumplían los requisitos para depresión mayor, se mejoraron igualmente, a pesar de que el manual no prescribía la elaboración explícita de las dinámicas que la teoría psicoanalítica supone pro-

pias para la depresión. Como explicación de estos resultados, los autores piensan que hay áreas notables de sobre posición: “Revisando los tratamientos psicodinámicos vídeo-grabados, se hizo notorio que las intervenciones que ayudaron a los pacientes a reconocer su agresión conflictiva parecieron disminuir la ansiedad y la culpa inconsciente. Cuando la vergüenza por la angustia se mitigó a través de mejoras en la función autónoma, la auto devaluación que disparaba las respuestas depresivas tendió a mejorar.

Cuando los pacientes entendieron su evitación de la independencia y de las situaciones competitivas percibidas como peligrosas y agresivas, y comenzaron a tolerar tales fantasías y acciones, la culpa y la devaluación narcisista secundariamente se alivió”. (Rudden, Busch et al. 2003, p. 1002)

Los hallazgos anteriores pueden ser una de las razones que expliquen la llamada “paradoja de la equivalencia” (Stiles, Shapiro & Elliot 1986), según la cual no se ha podido demostrar superioridad entre los distintos enfoques psicoterapéuticos. Otra razón que se ha esgrimido es el efecto de los llamados factores comunes. En la revisión más reciente de este tema, Wampold (2002) concluye que no más de 8% de la varianza de los resultados en psicoterapia se explica por factores específicos (técnica “psicoanalítica”, “cognitivo-conductual”, etc.), que el 70% de la varianza es debida a efectos generales, con un 22% de varianza inexplicada (que probablemente se deba a diferencias entre los pacientes). Surgen así la disposición del paciente y la persona del terapeuta como potentes factores curativos comunes a toda forma de psicoterapia.

El poder de la alianza terapéutica

Ambos factores se unen en el establecimiento de la alianza terapéutica que aparece entonces como el factor central y genérico de cambio. Blatt & Shahar (2004), reanalizando los resultados del proyecto Menninger, que no pudo distinguir los resultados entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, y los del *Programa de Investigación Colaborativo del Tratamiento de la Depresión del Instituto Nacional de Salud Mental*, que tampoco pudo demostrar diferencias en la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales y las interpersonales, han mostrado que la diferencia está en el tipo de pacientes. Reinterpretando los protocolos de sesiones y los estudios psicométricos, Blatt (1994) distingue entre pacientes anaclíticos

e introyectivos, refiriéndolos a dos dimensiones psicopatológicas generales que atraviesan las categorías diagnósticas del DSM. De acuerdo con los estudios de Blatt & Shahar (2004), los pacientes anaclíticos se benefician con terapias centradas en la relación y pueden favorecerse con psicoterapias de menor duración. En cambio, los pacientes con predominio introyectivo responden mejor a terapias interpretativas prolongadas y de mayor frecuencia de sesiones semanales. Como mecanismo de cambio, los autores postulan que la psicoterapia es más efectiva con pacientes anaclíticos –lábil y emocionalmente sobrepasados–, porque provee un contexto de apoyo y contención que se traduce en una menor actividad asociativa durante el tratamiento. El psicoanálisis, en contraste, sería más efectivo en reducir las tendencias maladaptativas interpersonales y en facilitar las adaptativas, en especial en pacientes introyectivos –distantes, aislados, y más defendidos–, porque las exploraciones e interpretaciones los tocan y comprometen más profundamente, lo cual resulta en una actividad asociativa aumentada durante el tratamiento.

Los hallazgos del estudio de resultados de psicoanálisis y psicoterapia de Estocolmo (Sandell y cols. 2001), mostraron que “una parte significativa de las diferencias entre los resultados de pacientes en psicoanálisis y en psicoterapia pudo ser explicada por la adopción, por parte de un amplio grupo de terapeutas, de una actitud psicoanalítica ortodoxa que pareció ser contraproducente en la práctica de la psicoterapia, aunque no lo fue en la del psicoanálisis.” (p.921) Sin duda, esto no quiere decir que la neutralidad como recurso, o el *insight* como objetivo, sean inadecuados. El punto crítico es que se considera que la perspectiva psicoanalítica clásica, bajo el pretexto de la regla de abstinencia, parece no dar mucho valor a la calidez, al relacionarse intenso y que el paciente sienta que uno se ocupa de él. Esto no parece importar tanto en el encuadre psicoanalítico clásico, pero sí importa en la psicoterapia.

Resultados similares arrojó el estudio retrospectivo de 763 casos de psicoanálisis y psicoterapia en niños llevado a cabo en el Centro Anna Freud de Londres (Fonagy & Target 1996). Las intervenciones de más ayuda para los casos más complejos difirieron de aquellas que son habitualmente descritas como centrales en técnica psicoterapéutica infantil. En particular, las interpretaciones del conflicto inconsciente dirigidas a promover el *insight*, que durante mucho tiempo fueron mostradas como el eje de este abordaje, parecen tener limitado valor en los casos más graves. Los jóvenes menos perturbados, en cambio, sí parecen beneficiarse de un abordaje interpretativo.

De lo anterior podemos concluir que no tiene sentido discutir sobre la efectividad de la técnica psicoanalítica de manera abstracta, por ejemplo, si el psicoanálisis o la psicoterapia, o si tal enfoque terapéutico es o no superior a tal otro. Son la convergencia entre un tipo de paciente dispuesto y un analista con determinadas características personales y profesionales, capaz de salir al encuentro de este paciente en particular, lo que da razón del resultado, es decir, puede explicar el éxito o el fracaso del tratamiento. En el mismo sentido, los hallazgos del Estudio de resultados de psicoanálisis de Boston (Kantrowitz 1995) corrobora que las características personales del paciente o del analista no son importantes aisladamente, sino que lo relevante es el *match* entre ellas:

“Si bien hay ciertas características singulares de pacientes y analistas que parecen constituirlos desde el principio como pareja bien (o mal) avenida, lo que parece ser central en el resultado es el aspecto dinámico de sus interacciones, sus resonancias o disonancias, y su capacidad conjunta, o limitación, para expandir los ‘puntos ciegos’ o superar las diferencias que se desarrollan en el curso del trabajo analítico” (p.326).

En un trabajo reciente, Ablon & Jones (2005) buscaron identificar y evaluar el proceso de cambio en tratamientos psicoanalíticos. Al igual que en estudios anteriores, aplicaron la metodología del *Psychotherapy Process Q-Set* a diferentes muestras de transcripciones textuales de tratamientos, esta vez, de psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica de larga duración y terapias psicodinámicas breves.

Los resultados demostraron que el constructo “proceso psicoanalítico” estuvo significativamente más presente en los psicoanálisis que en las terapias analíticas de larga duración y que éstas últimas favorecieron significativamente más la aparición de proceso psicoanalítico que las terapias psicodinámicas breves. Un segundo estudio demostró que, a pesar del consenso acerca de lo que identifica un proceso psicoanalítico, *no existe un proceso analítico único y universal*, sino que los procesos de cambios son específicos a cada diada analítica. Cada pareja analítica tiene un patrón de interacción único y estos patrones se vinculan con el progreso del tratamiento. Estos procesos diádicos únicos son patrones recurrentes de interacción entre analizado y analizando, que se influyen recíprocamente. La experiencia, el reconocimiento y la comprensión del significado de tales interacciones repetitivas aparecen en este estudio como componentes fundamentales de la acción terapéutica. De este modo, estos

autores validan un modelo bipersonal que tiende un puente entre las teorías del cambio que focalizan en el insight y el autoconocimiento, y aquellas que enfatizan la experiencia que el paciente hace del terapeuta.

A la luz de estos resultados cabe pensar si la técnica estándar no ha sido más que una ilusión, algo que nunca existió en la práctica real, al menos, en la práctica de los analistas sensatos que pueden exhibir un porcentaje razonable de éxito terapéutico. Estas consideraciones llevan a ampliar el concepto de técnica de tratamiento como *el conjunto de reglas que permiten la maximización de los factores curativos y la minimización de los iatrogénicos*, y a definir la “buena intervención terapéutica” como la *intervención entregada por un terapeuta diestro, es decir, uno que sabe integrar conocimientos y empatía, a un paciente dispuesto a recibirla*.

Lo cierto es que hay un enorme cúmulo de evidencias empíricas y un creciente consenso clínico de que la calidad del vínculo terapéutico es un poderoso factor predictivo del resultado del tratamiento. Naturalmente queda abierta la cuestión –que debiera ser resuelta por más investigación– de si acaso la alianza terapéutica es *en sí misma* el componente curativo de la terapia o de si más bien la relación crea el contexto interpersonal necesario para que otros elementos terapéuticos actúen (Horvath 2005). En todo caso, la idea es que las resistencias y contrarresistencias, provenientes de la interacción de transferencia y contratransferencia, subvierten permanentemente el “mejor vínculo posible” entre analista y paciente (Orlinsky 1994).

Durante el último tiempo he hecho la experiencia de supervisar casos de análisis guiado por las categorías de proceso que surgen de los hallazgos empíricos sobre las características del “buen vínculo terapéutico” (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzi, 2004). Por cierto, hay distintas tradiciones en los estilos de supervisión analíticas.

Personalmente sigo las recomendaciones del psicoanalista húngaro-sueco, Imre Szecsödy (1990), basadas en investigaciones empíricas. Se trata de crear en la relación con el supervisando una situación de *aprendizaje mutativo*, en la que éste aprenda a reconocer el sistema de interacción que establece con su paciente. En este marco, sugiero a los supervisados revisar el estado del vínculo terapéutico antes de empezar a intentar dilucidar, por ejemplo, las características de la fantasía inconsciente puesta en escena en la sesión examinada. El siguiente ejemplo ilustra lo dicho:

Se trata de un candidato avanzado en su formación analítica que supervisa su segundo caso control. Su paciente, un joven de 21 años,

estudia derecho y consulta por ideación obsesiva (temores irracionales a tener sida), angustia difusa, timidez, dificultades en el contacto interpersonal y miedos homosexuales. El inicio del análisis fue difícil, con un fuerte despliegue de defensas obsesivas, envueltas en una situación de “no tocarse”, que fue rápidamente caracterizada como “estar dentro de un tubo”. Las asociaciones giraban casi exclusivamente en torno a los síntomas obsesivos y no había referencia a otras situaciones o afectos en relación con terceros o con el analista. Por su parte, el analista sentía que sus interpretaciones iban a quebrar al paciente y notaba que la excesiva cautela de su parte aumentaba la ansiedad del paciente.

El monitoreo del vínculo de acuerdo con el modelo construido sobre la base de hallazgos de investigación, nos llevó rápidamente a detectar problemas en el área de la coordinación interactiva de los respectivos roles. El paciente se refugiaba en un tipo de pasividad controladora y el terapeuta se veía envuelto en una actitud que permitía este control. La sugerencia de interpretar directamente esta situación, condujo en un primer momento al “quiebre del tubo”, que se manifestó concretamente en el paciente a través de un ataque de pánico durante un fin de semana. El trabajo interpretativo en esta área permitió a la diada paciente analista salir progresivamente del “tubo”, con lo cual el material se hizo más emocional, primero en referencia con relaciones externas (su familia y su novia), posteriormente con el analista mismo.

Después de un período en que se consolidó el equipo de trabajo, en el monitoreo de acuerdo con el modelo empezaron a tener importancia otros aspectos de la relación. Por ejemplo, hubo largos períodos en que el problema más importante lo encontrábamos en el área de la resonancia empática. El analista se sentía aislado de su paciente, el material no le hacía sentido. Parecía que el “tubo” se había trasladado a la contratransferencia del analista. Precisamente, la reflexión sobre esta (contra)resistencia, que llevó a descubrir ciertas fantasías contratransferenciales, permitió que el proceso siguiera adelante. Más adelante, el analista notó la aparición de sentimientos positivos en relación con su paciente, lo que, de acuerdo con el modelo, fue entendido como un indicador favorable de proceso analítico. En fin, sólo quiero ilustrar el uso de las categorías del modelo empírico para monitorear desde un punto de vista *formal*, sesión a sesión, el estado del vínculo terapéutico. Las categorías de este modelo orientan en la pronta detección del problema para así poder superarlo a través de intervenciones adecuadas.

Desde el punto de vista de una concepción estratégica de la terapia, es altamente relevante no perder de vista las características de un buen vínculo terapéutico, pues la promoción de tales cualidades del vínculo pasan así a convertirse en heurísticas, es decir, en principios técnicos y objetivos estratégicos que codeterminan intervenciones de acuerdo con las reglas del buen arte terapéutico.

Pero, la investigación empírica en proceso psicoterapéutico ha dado un paso más allá, para concentrarse en los microprocesos de intercambio entre paciente y terapeuta. El estudio de los procesos de intercambio afectivo muestra que el encuentro empático toma forma de modo no verbal, a través del contacto visual, de las posiciones del cuerpo y del ajuste en el tono de la voz (Beebe & Lachmann, 2002). Diversos estudios en condiciones psicopatológicas singulares y situaciones terapéuticas variadas han mostrado que la conducta facial, especialmente la conducta facial afectiva de paciente y terapeuta, en sus aspectos interactivos, son indicadores del vínculo afectivo y predictores significativos de resultado terapéutico. (Krause 1990, 1998; Benecke, Krause, & Merten, 2001; Benecke, Peham & Bänninger-Huber, 2005). Benecke & Krause (2005) sugieren que los procesos generales de trabajo terapéutico productivo deben ser modificados dependiendo del trastorno específico y de la oferta de relación que, correspondientemente, el paciente trae al tratamiento. Estos estudios abren una promisoriosa veta de desarrollo de técnicas adaptativas, desde el momento en que, según estos psicoanalistas e investigadores de habla alemana, la interacción terapéutica se puede modificar dependiendo del trastorno específico y de la correspondiente oferta relacional del paciente.

Benecke & Krause (2005) analizaron el tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico de 20 pacientes con trastorno de pánico. De acuerdo con la conducta facial afectiva, los resultados divergieron en dos clusters. Un tipo de pacientes mostró una alta actividad total en la conducta facial, con predominio de expresiones de alegría pero con afectos negativos simultáneos y conductas relacionales vívidas pero manipuladoras. Si el terapeuta respondía a la oferta relacional con sonrisa frecuente, el pronóstico era malo. En cambio, la abstinencia del terapeuta frente a esta oferta mejoró el pronóstico. El segundo tipo de pacientes panicosos mostró una reducida actividad facial, con excepción de alegría, tristeza y desprecio, donde la sobriedad expresiva parecía indicar un déficit relacional. En este cluster, la frecuencia de sonrisa en el terapeuta se correlacionó con un buen

pronóstico. Parece ser que con el tipo I, la sonrisa del terapeuta sirve la función de dar apoyo y evitar el conflicto. Con el tipo II, en cambio, la sonrisa sería un prerrequisito para establecer una relación. En ambos grupos, los terapeutas exitosos se comportaron de una manera contraria a los intentos del paciente de implementar un patrón de relación determinado. Se asume que la conducta del terapeuta posibilitó a los pacientes hacer una nueva experiencia relacional de modo que los patrones de relación patogénicos y los conflictos y afectos subyacentes pudieron ser elaborados.

Por cierto, la posibilidad de una modificación específica de la técnica de tratamiento de acuerdo con las características de cada paciente individual, dependerá de la capacidad del analista de adaptar sus propias características personales (empatía) y profesionales (estilo terapéutico) para salir al encuentro de manera terapéuticamente adecuada a la oferta relacional que el paciente trae a terapia. Esta parece ser una pregunta empírica que debe ser respondida para cada díada terapéutica. Sin embargo, una educación psicoanalítica pluralista, que confronte críticamente el conocimiento clínico con la diversidad teórica en psicoanálisis y con los hallazgos en ciencias neurocognitivas, en investigación en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis y en relación temprana madre-bebé, debería fomentar la formación de una disposición y una actitud psicoanalítica flexible.

La concepción estratégica en terapia psicoanalítica

Entre el nivel de los enfoques u orientaciones del analista y sus intervenciones técnicas particulares, existe un nivel intermedio, el de las estrategias clínicas, que funcionan como heurísticas que guían implícitamente los esfuerzos del terapeuta durante la terapia. En este nivel, las intervenciones del terapeuta se definen tanto por sus metas específicas como por los medios o métodos a través de los cuales se persigue lograr tales metas. Las metas en cuestión no son los objetivos últimos del tratamiento, tales como la remisión de un desorden depresivo o la resolución de un conflicto marital. Más bien, ellas comprenden estrategias para desarrollar estados y habilidades psicológicas que puedan inducir cambios o ayudar a los pacientes a producir los cambios deseados en ellos mismos y en sus situaciones de vida. Ambühl & Grawe (1988) han distinguido cuatro heurísticas procesales, a saber, (1) el fortalecimiento de la alianza,

(2) la promoción de la abstracción reflexiva, (3) la profundización de los procesos emocionales y (4) el mejoramiento de las habilidades de resolución de conflictos. Recientemente, Fonagy y Target (2003) han propuesto la promoción de la “afectividad mentalizada” como una estrategia básica en terapia psicoanalítica con pacientes graves.

Típicamente, un objetivo estratégico determinado puede ser alcanzado por una o por una combinación de diversas técnicas; por ejemplo, la abstracción reflexiva puede ser alcanzada a través de interpretación, exploración o confrontación experiencial. Una técnica específica también puede ser usada para lograr varios objetivos heurísticos; por ejemplo, interpretación para promover abstracción reflexiva y profundización de procesos emocionales o fortalecimiento de la alianza terapéutica. El logro de las metas implícitas en las diversas heurísticas terapéuticas durante la terapia puede ser el resultado de una serie de impactos intra-sesión en el paciente. Por ejemplo, una alianza fortalecida debería elevar la moral del paciente, la mentalización debería expandir la conciencia del paciente sobre sus procesos afectivos, la mejoría de las habilidades para resolver conflictos debería promover un sentido de auto-eficacia, etcétera.

De acuerdo con los hallazgos empíricos, de las cuatro heurísticas distinguidas por Ambühl & Grawe (1998), sólo la meta de “promoción de la relación terapéutica” con el paciente se liga directamente con el resultado global. Esta heurística incluye los objetivos de ayudar al paciente a sentirse más confortable en la terapia, a desarrollar confianza en su terapeuta y a sentirse más positivamente consigo mismo. La competencia del terapeuta en esta heurística también se asocia significativamente con el resultado, sugiriendo que el efecto de la heurística en el resultado probablemente está mediado por la capacidad del terapeuta de elevar la calidad del vínculo terapéutico. Las otras tres heurísticas no están directamente relacionadas con el resultado, pero los esfuerzos del terapeuta por “promover la abstracción reflexiva”, “promover los procesos emocionales” y “aumentar la competencia” en sus pacientes se asocian positivamente con el resultado, siempre que los pacientes muestren una receptividad específica a tal tipo de impacto.

De este modo, las técnicas o métodos particulares empleados por los terapeutas pueden ser concebidos como intervenciones tácticas realizadas para implementar objetivos estratégicos. Éstas varían de acuerdo con el modelo de tratamiento seguido, las propias habilidades técnicas y preferencias del terapeuta y, ojalá, con las necesidades y capacidades del paciente.

¿Cómo se relaciona el conocimiento clínico con los conocimientos que surgen de la investigación en psicoterapia y psicoanálisis? Un caso particular

La Sra. M, de 50 años, consulta por un cuadro distímico de aparición tardía e intensidad moderada, complicado con una depresión mayor, caracterizado por dificultades para conciliar y mantener el sueño, falta de energía, pesimismo frente al futuro, tendencia a la irritabilidad y al llanto fácil, desgano, intensos sentimientos de culpa y de no estar rindiendo lo que podría. Es profesional en una rama que exige mucha rapidez y agilidad mental y gran capacidad para establecer relaciones interpersonales; se siente disminuida en su capacidad y rendimientos laborales. Está casada desde hace unos 25 años y tiene 3 hijos. Ya visualiza el momento en que empezarán a independizarse y a abandonar el hogar. El ambiente familiar siempre ha sido muy competitivo, todos son muy inteligentes. El cuadro depresivo se profundizó –constituyendo una depresión doble–, unos meses después de la muerte de su madre (algo más de dos años atrás), con quien tuvo siempre una pésima relación, aun cuando dice que esto nunca le importó demasiado. Ahora, en cambio, la tortura la idea de haberse portado mal con ella, de no haberla querido lo suficiente, se siente muy culpable. La verdad es que le pesa enormemente su pasado, está casi permanentemente ocupada con recuerdos penosos de su vida que ella creía totalmente olvidados. Sus padres habían emigrado desde Europa, y en Chile nacieron un hermano y ella. Se sintió siempre muy avergonzada con las costumbres de sus padres, su dificultad con el idioma, su comportamiento peculiar, etcétera. Desde muy pequeña se esforzó en superarse y comportarse como mayor a su edad. Fue brillante en sus estudios. Ahora sentía que no había logrado llegar hasta donde se lo había propuesto, expresando de paso cierto resentimiento con este mundo de hombres machistas que no dejan surgir a las mujeres. Se siente explotada por su marido y por sus hijos. Todo debe ser perfecto en casa. Ella debe ser la mejor dueña de casa, la mejor esposa y la mejor madre, pero se siente sin fuerzas para ello y le da mucha rabia que en su familia no comprendan su situación. Por otra parte, tampoco quiere renunciar a la satisfacción que siente cuando en casa o en el trabajo la admiran y comprueban su gran eficiencia y habilidad. Cuando le planteo que padece de una depresión y que necesita tratamiento combinado de psicoterapia y medicación antidepressiva, dice que por ningún motivo tomará fármacos pues quiere probarse a sí misma que saldrá con la sola ayuda de conver-

saciones conmigo. Detrás de su comentario, sospecho un importante componente narcisista, pero también intensas ansiedades paranoides. Se trata de una depresión predominantemente introyectiva (Blatt 2004). Pienso que tiene mucha desconfianza, mucho miedo a deprimirse aún más, a perder el resto de autonomía que le queda y desarmarse totalmente.

Para el psicoanálisis moderno la depresión constituye un síndrome variado y complejo con presentaciones semiológicas diferentes que pueden llegar a manifestarse como desórdenes bien delimitados que califican dentro de las nosologías en uso y al cual se puede acceder por distintas vías. Estas vías pueden ordenarse dentro de series de causas que van desde lo biológico constitucional a lo psicogénico (Winograd 2005). El objetivo diagnóstico es descubrir, con la paciente, la vía particular a través de la cual ésta llegó a deprimirse.

El conflicto central que se configuró en mi mente a lo largo de las entrevistas iniciales con la señora M. se centró en torno a sus deseos de ser perfecta, querida, admirada, etc. Estos deseos, a los que no podía renunciar, no estaban siendo satisfechos (Bleichmar 1966). La señora M. interpretaba la situación en parte como producto de la negativa de los demás en reconocer sus méritos, pero, más en el fondo, como resultado natural de su propia incapacidad y, finalmente, como una convicción inconsciente de su culpa y falta de méritos por el daño que había cometido en su vida. Estaba sumida en un estado que oscilaba entre el resentimiento y la rabia en contra de sus seres más cercanos y una intensa sensación de minusvalía e impotencia acompañada de autorrecriminaciones. La muerte de su madre había desencadenado en ella un proceso patológico de duelo, que hizo evidente su gran ambivalencia frente a ella, surgió toda la rabia que desde siempre había acumulado en su contra y de la cual anteriormente tenía escasa noticia; antes de su muerte, la agresión en contra de la madre estaba negada y disociada. El duelo patológico hizo emerger en la señora M. emociones y pensamientos negativos, sentimientos rabiosos, que no correspondían con la imagen ideal que ella tenía de sí misma. Se produjo entonces un quiebre en la 14 representación de sí misma y en su autoestima, lo que desencadenó la depresión. Esta situación de quiebre activó inmediatamente intentos de restauración y empezó a luchar por ser más eficiente, por ejemplo, a preocuparse especialmente de su padre anciano. Con esto, sin embargo, la brecha entre la realidad y sus ideales no hizo más que agrandarse, hasta que, sintiéndose incapaz de salir por sí sola de ese estado de sobregiro, decidió consultar. Pude comprobar muchos círculos viciosos, que por la vía de la retroa-

limentación, mantenían y profundizaban la depresión. Desde luego, el solo hecho de sentirse deprimida, desganada y sin energías, y reconocerlo frente a mí, le producía una herida narcisista que dañaba su autoestima. La rabia y la culpa que se activó en el proceso de duelo también la hacían sentirse mala, imperfecta. No se podía permitir poner límites a sus hijos o a su esposo y pedirles más colaboración en el hogar, pues eso era aceptar una imperfección. Cuando, después de muchas dudas, lo hacía, la respuesta de sus hijos era de tal sorpresa e incomprensión, que ella se irritaba, lo cual aumentaba su culpa y la sensación de pérdida de control emocional. Le indiqué una psicoterapia exploratoria con una frecuencia de dos veces semanales centrada en la elaboración del foco descrito. A pesar de que pensé que la indicación de antidepresivos era correcta, comprendí sus razones, precisamente a partir de la dinámica de su depresión, en la que los componentes narcisistas eran importantes. Le planteé que entendía y aceptaba su planteamiento, pero que esperaba que en algún momento se daría cuenta de los beneficios que podría sacar de la medicación antidepresiva. Junto con rechazar la medicación, me había dicho que no quería un psicoanálisis, pues no toleraba la idea de no poder verme la cara o de venir más de dos veces a la semana. Mi respuesta fue que lo indicado era precisamente una terapia cara a cara dos veces por semana. En ese momento pensé que con el desarrollo de un proceso terapéutico podría ser posible que la psicoterapia fuera cobrando características progresivamente más expresivas. Es decir, esperaba que la psicoterapia podría convertirse en psicoanálisis en virtud de la evolución inmanente del tratamiento.

Fases del proceso psicoterapéutico

En relación con las fases del tratamiento, los estudios empíricos indican que hay diferencias cualitativas entre las etapas secuenciales (Howard y cols. 1993). El primer resultado que aparece es la *remoralización*, es decir, en la primera fase emerge en quien consulta la esperanza de que el problema que la llevó a tratamiento podrá ser resuelto con la ayuda de esta terapéutica. Esta es la etapa del establecimiento de la alianza terapéutica. Con el comienzo del trabajo de exploración terapéutica, se pasa a la fase de *remediación*, que culmina con la desaparición de los síntomas. En la última fase, de *rehabilitación*, la elaboración de los conflictos inconscientes conduce al abandono de las antiguas disposiciones maladaptativas.

En el tratamiento de pacientes depresivas, esta etapa es muy importante para la prevención de recaídas.

La primera fase del tratamiento con la Señora M. estuvo centrada en el establecimiento de la alianza de trabajo. A pesar de que mi objetivo principal fue escucharla y buscar empatizar con sus motivos y razones de la depresión, inevitablemente algunas interpretaciones se revelaron como prematuras y fueron recibidas como críticas. No olvidaré las veces que la señora M. sin decir una palabra, recibía, con lágrimas en los ojos, esto es, con intenso dolor y humillación, algunas de mis intervenciones que buscaban crear conciencia en ella de las dinámicas de su depresión. Más adelante en la terapia, cuando se sentía más tranquila, pudo hablar de ese dolor y también de la culpa intensa que la envadía cuando pensaba en su madre muerta. Por mi parte, en tales episodios me sentía torpe, poco empático y culpable.

La experiencia clínica nos enseña que la susceptibilidad exacerbada y la vulnerabilidad narcisista de las pacientes deprimidas es algo que siempre hay que tener en mente. Cualquier falla empática, un silencio prolongado, un pequeño atraso por parte mía, una interrupción no programada, incluso las programadas, solían ser motivo para que la señora M. se sintiera abandonada, rechazada, y pensara que yo no tenía mayor interés en ella. A veces ni siquiera alcanzaba a manifestarse la intensa ansiedad de separación que infiltraba el vínculo terapéutico: reaccionaba antes, retirándose o echándose la culpa. Esto, desde luego, era una carga contratransferencial importante por la gran exigencia que me planteaba.

En esta etapa pude precisar el foco dinámico, es decir, formular con más detalle una explicación de los motivos que subyacían al cuadro depresivo. Paralelo a este proceso de comprensión empática y de desarrollo de una explicación intelectual en mi mente, la paciente empezó a desplegar transferencias de apego. De este modo, se reprodujeron en la relación conmigo las relaciones de dominación que la señora M. establecía en su vida con las personas significativas: Así me transformé en un “tercero dominante” (Arieti 1977).

Una vez establecido un vínculo “suficientemente” fuerte y capaz de sustentar las vicisitudes de la transferencia, la terapia entró en una fase más expresiva. El objetivo de esta segunda fase fue la toma de conciencia de los conflictos que subyacen a los síntomas y a las relaciones de dominación que la paciente establecía. Siendo la señora M. una paciente básicamente introyectiva, esta fase fue especialmente importante. Aquí traté de mostrarle como el mismo patrón de conducta y de relaciones de

dominación aparecía en todos los ámbitos significativos de su vida, en las relaciones familiares, con amigos, en el trabajo, etc, lo cual dio paso al descubrimiento de las raíces infantiles de las relaciones de objeto. El objetivo terapéutico principal fue reconducir los síntomas y las estructuras de relación de objeto que subyacen a ellos al contexto interpersonal que les dieron origen y las mantienen. Este trabajo de elaboración condujo naturalmente a la relación transferencial, en especial a la interpretación de la hostilidad inconsciente, a las transferencias negativas. Así, en algún momento la señora M. empezó a verme como a alguien que la “achicaba” o le exigía demasiado. Una actitud demasiado apoyadora, que me llevara a validar cada logro de ella, se convertía en este sentido en una trampa, pues tales confirmaciones eran vividas como exigencias de mayores logros. Más tarde o más temprano me llegaba a sentir culpable de no ser suficientemente apoyador, de dejar a la señora M. en la estacada, de no darle lo suficiente. Percibí en mí, por parte ella, desprecio y rabia, expresión de su decepción frente al tratamiento. Su rabia pudo empezar a expresarse de manera algo más directa. A veces sentía que nuestra relación era suficientemente sustentante, y en ese caso tales expresiones eran bienvenidas, pues pensaba que era positivo que percibiera emociones negativas hacia mí, simultáneamente con la seguridad de que yo era capaz de contenerlas sin devolvérselas ni ofenderme. Con la repetición de muchos ciclos de este tipo, empezó a formarse lentamente en la señora M. la convicción de que yo la respetaba y valoraba y que estaba genuinamente interesado en ella. Un punto importante en ese momento fue elaborar los duelos patológicos que aparecían en su biografía. La clave aquí fue la toma de conciencia de la ambivalencia previa a la pérdida de la madre muerta. El trabajo con los recuerdos y emociones relacionadas con la madre de la señora M. abrió un mundo del pasado que estaba totalmente clausurado y que, sin embargo, arrojaba mucha luz sobre la vida presente.

La introducción de medicamentos antidepresivos de última generación, con menos efectos adversos, ha hecho posible el tratamiento psicoterapéutico de pacientes severamente deprimidos. Medicados, los pacientes son capaces de tolerar una exploración psicoterapéutica con menos susceptibilidad. La señora M. cuando después de algunos meses aceptó medicamentos, empezó a poder pensar sobre sí misma sin presentar la labilidad emocional y el llanto fácil que impedía cualquier exploración que fuera más allá del acompañamiento no verbal. Con el aumento de su tolerancia, disminuyó mi agobio frente a sus estados emocionales.

La fase de “remediación”, que coincide con la desaparición de los

síntomas y con el análisis de la “ideología de dominación”, dio paso paulatino a una tercera fase cuya meta fue la modificación de los patrones de conducta mal adaptados, esto es, de las relaciones de objeto internas que sustentan los deseos cuya frustración irremediable llevó a la paciente a deprimirse. Desde luego, no es fácil que las aspiraciones idealizadas sean modificadas suficientemente como para que puedan llegar a cumplirse, o ser abandonadas y reemplazadas por otros objetivos vitales más realistas. Generalmente, este es un proceso lento y paulatino. Otra paciente me decía que nada había cambiado, que seguía sintiéndose en falta frente a las exigencias que le ponía la vida, pero que eso ya no le importaba tanto como antes: un cambio empezaba a operarse en su severo superyó y toleraba mejor las propias limitaciones. En el caso de la señora M. sin embargo, el tratamiento se vio interrumpido, a mi entender, precisamente por su intolerancia a renunciar a tales aspiraciones idealizadas y poco realistas. Después de algo más de un año de tratamiento, llegó un momento en que se sintió de mejor ánimo, menos deprimida, y no quiso seguir explorando sus expectativas inconscientes de vida. Su perfeccionismo y un ideal del yo inflado, que constituían el núcleo de su patología narcisista, no le permitieron continuar un tratamiento que era fuente de humillación permanente. Con todo, en lo que a mí concierne, la experiencia con la señora M. me enfrentó con la repetida experiencia de tener que renunciar, una vez más, a mis propias ideas acerca de las metas que los pacientes debieran alcanzar con el tratamiento analítico.

Conclusión

La información que he reseñado, que surge de la investigación en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis apoya fuertemente la concepción de una terapia flexible y adaptativa. El material clínico pretendió ilustrar cómo la investigación, a su vez, puede iluminar el tratamiento psicoanalítico. Por su parte, los hallazgos recientes en neurociencias enriquecen enormemente una visión estratégica de la terapia, como la desarrollada por Thomä & Kächele (1987) o por Bleichmar (1997, 2004). Este último propone una concepción modular para el psicoanálisis, guiado por la idea de que la mente está constituida por la articulación de módulos o sistemas que obedecen a diferentes regulaciones, que evolucionan en paralelo, asincrónicamente, que en sus relaciones complejas imprimen y sufren transformaciones, y que requieren, para su modifica-

ción, de múltiples modalidades de intervención. Conuerdo con Gabbard & Westen (2003), en que el desafío actual es desarrollar una técnica psicoanalítica activa y flexible en sus múltiples formas de intervención que incorpore los hallazgos de la investigación en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis así como los conocimientos logrados por las ciencias neurocognitivas y la investigación en la relación temprana madre bebé.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ablon JS, Jones EE (1998) How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res.* 8:71-83.
- Ablon JS, Jones EE (2002) Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program *Am J Psychiatry* 159:775-783.
- Ablon JS, Jones EE (2005) On analytic process. *J Am Psychoanal Assn.* 53(2): 541-568.
- Ambühl H, Grawe K (1988) Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischen Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en [The outcome of psychotherapies as a result of the mutual effect between the therapeutic offer and the client reception disposition]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopatologie und Psychotherapie*, 36: 308-327.
- Arieti, S (1977) Psychotherapy of severe depression. *Am J Psychiatry* 134: 864-868.
- Benecke C, Krause R, Merten J. (2001) Über die Bedeutung des intersubjektiven Feldes in der Psychotherapie [On the significance of the intersubjective field in psychotherapy]. *Psychotherapie* 6 (1): 73-80
- Beebe B, Lachmann FM (2002) *Infant research and Adult Treatment. Co-constructing Interactions.* NJ: The Analytic Press.
- Benecke C, Peham D, & Bänninger-Huber E. (2005) Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 15 (1-2): 81-90.
- Benecke C, Krause R. (2005) Facial-affective relationship: Offers of patients with panic disorders. *Psychotherapy Research.* 15 (3): 178-187.
- Blatt SJ (2004) *Experiences of Depression. Theoretical, clinical, and research perspectives.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt SJ, Ford RQ (1994) *Therapeutic change. An object relations perspective.* New York London: Plenum.
- Blatt SJ, Shahar G (2004) Psychoanalysis – With whom, for what, and how? Comparison with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association.* 52 (2):393-447.
- Bleichmar H (1996) Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *Int. J. Psycho-Anal.* 77: 935-961.
- Bleichmar H (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas [Developments on psychoanalytic psychotherapy. Toward a technique of specific interventions].* Barcelona: Piadós.

- Bleichmar H (2004) Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: Some mechanisms of therapeutic Change. *Int. J. Psycho-Anal.* 85: 1379-1400.
- Bowlby J (1979) Psychoanalysis as art and science. *Int. R. Psycho-Anal.* 6:3-14.
- Caspar F (1997) What goes on in a psychotherapist mind? *Psychotherapy research.* 7(2): 105-125.
- Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. (1989) National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry;* 46:971-982
- Fonagy P (2000) Grasping the nettle: Or why psychoanalytic research is such an irritant. *The British Psycho-Analytical Society* 36: 28-36. [(2000) Agarrando ortigas o porqué la investigación psicoanalítica saca ronchas. *Rev. Chil. Psicoanal.* 17 (2): 186-197].
- Fonagy P, Target M (1996) Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective of cases at the Anna Freud Centre. *Journal of de American Psychoanalytic Association.* 44: 27-77.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. (2002) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self.* New York: Other Press.
- Gabbard GO, Westen D. (2003) Rethinking therapeutic action. *Int.J.Psycho-Anal.* 84: 823-841.
- Goldfried M (1980) Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist,* 35: 991-999.
- Goldfried M, Raue PJ, Castonguay LG (1998) The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *J Consult Clin Psychol.* 66:803-810.
- Horvath A (2005) The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research* 15(1-2): 3-7.
- Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z (1993) A phase model of psychotherapy: Causal mediation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 61: 678-685.
- Jones EE, Pulos SM (1993) Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol.* 61:306-316.
- Kächele H (1995) Klaus Grawe Konfession und die psychoanalytische Profession [The confession of Klaus Grawe and the psychoanalytic profession]. *Psyche* 5: 481-492.
- Kantrowitz J (1995) Outcome Research in psychoanalysis: Review and reconsiderations. In: T
- Shapiro & RN Emde (eds.) *Research in psychoanalysis. Process, Development, Outcome.* Madison Connecticut: International University Press, pp. 313-328.
- Klein M, Milrod B, Busch FN, Levy KN, Shapiro T. (2003) A process-outcome study of panic-focused psychodynamic psychotherapy. *Psychoanal Inq* 23: 308-331
- Krause R. (1990) Psychodynamik der Emotionsstörungen [Psychodynamic of emotional disorders]. In KR Scherer (ed.) *Psychologie der Emotionen. Enzyklopädie der Psychologie [Psychology of Emotions. Encyclopaedia of Psychology]* IV /3, pp. 630-705. Göttingen: Hogrefe.
- Krause R. (1998) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 1: Grundlagen.*

- [General Psychoanalytical theory of illness. Vol 1: Fundamentals] Stuttgart: Kohlhammer.
- Luborsky L (1969) Research cannot yet influence clinical practice. *Int J Psychiatry*, 7: 135-140.
- Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP (1993) *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice*. New York: Basic Books.
- Orlinsky DE (1994) Research-Based Knowledge as the Emergent Foundation for Clinical Practice in Psychotherapy. In PF Talley, HH Strupp & SF Butler (eds.) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap*. Nueva York: Basic Books, pp.98-123.
- Orlinsky DE, Ronnestad MH, & Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In MJ Lambert (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, pp. 307-389.
- Ruden M, Busch FN, Milrod B, Singer M, Aronson A, Roiphe J, et al. (2003) Panic disorder and depression: A psychodynamic exploration of comorbidity. *Int J Psychoanal*. 84: 997- 1015.
- Safran JD & Muran JCh (1994) Toward a working alliance between research and practice. En PF Talley, HH Strupp, & SF Butler (eds) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap*. New York: Basic Books, pp.206-226.
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. (2001) Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy (STOPP). *Int J Psychoanal*, 81: 921:942.
- Sandler J (1983) Reflection on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int.J.Psycho-Anal*. 64: 35-45.
- Szecsödy I (1990) *The learning process in psychotherapy supervision*. Stockholm: Karolinska Institut.
- Stiles WB, Shapiro DA, Elliot R (1986) Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*. 41: 165-180.
- Thomä H, Kächele H (1987). *Psychoanalytic practice*, Vol 1: Principles, Wilson M, Roseveare D, translators. New York, NY: Springer.
- Wampold B (2002) *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.
- Winograd B (2005) *Depresión: ¿Enfermedad o crisis? Una perspectiva psicoanalítica*. [Depression: Illness or crisis? A psychoanalytical perspective] Buenos Aires, Paidós.