

El Análisis Final de Amalie: Investigación de un proceso terapéutico psicoanalítico, según el modelo de proceso de Ulm, utilizando el método del Tema Central de Conflicto Relacional¹ (CCRT).

Cornelia Albani², Dan Pokorny³, Gerd Blazer², Susanne König², Michael Geyer², Helmut Thomä³ y Horst Kächele³

En la presente investigación se describe, por primera vez, el desarrollo de un tratamiento psicoanalítico que sigue el "modelo de proceso de Ulm" con el método CCRT⁴ (utilizando las estructuras categoriales reformuladas). Gracias a la gran cantidad de datos existente, fue posible investigar no sólo la frecuencia absoluta de los componentes del CCRT sino también analizar la estructura compleja de éstos. Además de un tema central, característico a lo largo de toda la terapia, aparecen en diferentes fases de ella unas categorías típicas, que pueden ser entendidas como aspectos en interacción del foco que en esa fase se está trabajando. Palabras clave: Terapia psicoanalítica, proceso terapéutico psicoanalítico, modelo de procesos de Ulm, método CCRT, categorías reformuladas del CCRT

The present study is the first description of the course of a psychoanalytic treatment with the CCRT method according to the «Ulm Process Model». The reformulated CCRT categories are used. Because of the our rich data base it was possible to analyse not only the absolute frequencies but to analyse the complex structure of the data. Beside a basic theme characterising the whole therapy, there are typical categories for the phases of the therapy. This categories can be understood as interpersonal aspects of the focus of this phase.

Keywords: Psychoanalytic Therapy, Psychoanalytic Process, the Ulm Process Model, CCRT method, reformulated CCRT categories

Introducción

Es preciso limitar a lo esencial la gran cantidad de material que sale a la luz en el curso de un tratamiento psicoanalítico. Lo esencial son los acontecimientos, pero no *per se*, sino según el significado que se les asigne. Lo que un o una analista⁵ considera esencial depende del Sistema de Significados que utilice en el desarrollo del proceso psicoanalítico. Aunque las concepciones sobre el proceso analítico varíen tanto en sus matices como en el grado en que se hacen explícitas, está fuera de toda duda que los tratamientos terapéuticos sólo se pueden llevar a cabo cuando el terapeuta posee un modelo del proceso, modelo que le proporciona pautas para la acción y criterios de evaluación.

Hay muchas posibilidades a la hora de caracterizar un tratamiento psicoanalítico. Freud comparó el proceso analítico con el ajedrez y estableció analogías entre el hacer del arqueólogo, del pintor y del escultor con el del analista. Sin embargo, no es posible encontrar en Freud una concepción clara del proceso (Glover, 1955), donde se delimiten las fases: el principio, la mitad y el final del tratamiento. El número de modelos coherentes acerca del proceso de una terapia psicoanalítica era y sigue siendo bastante reducido (Thomä y Kächele, 1996).

En el modelo de proceso de Ulm (Kächele, 1988) se conceptualiza la terapia psicoanalítica como una terapia focal continua, no limitada en el tiempo, en la que va cambiando el foco de atención, foco que además es fruto del proceso inconsciente de intercambio entre las necesidades del paciente y las posibilidades que su analista tenga en cuenta. El paciente puede hacer determinadas propuestas en un espacio de tiempo, pero sólo se llega a la constitución de un foco mediante la acción selectiva del analista. El trabajo común de ambos sobre un foco conduce hacia otros temas esenciales, que pueden ser considerados como el resultado de este trabajo en común. La elaboración de un foco abre la puerta a un segundo foco, cuya elaboración posiblemente conduce de nuevo al primer foco, que puede ser ahora nuevamente elaborado de una manera cualitativamente distinta.

Las ofertas temáticas del paciente pueden entenderse en el sentido de los conflictos nucleares («nuclear conflicts») de French (French, 1952, 1970), es decir, como constelaciones de conflictos infantiles, estructuras psicogenéticas adquiridas, con un origen inconsciente, que determinan la sintomatología y el carácter del paciente. El CCRT, desarrollado por Lester Luborsky (Luborsky, 1977; Luborsky, Albani y Eckert, 1992; Luborsky y Crits-Christoph, 1990) ofrece la posibilidad de operativizar estos conflictos nucleares.

En el marco del presente trabajo debe probarse la precisión con la que el CCRT describe el proceso terapéutico de un tratamiento psicoanalítico según el «modelo de proceso de Ulm».

Contexto y objetivos de la investigación

A pesar de la admirable cantidad y variedad de estudios realizados con el CCRT (para una revisión más amplia, véase Luborsky *et al.*, 1999), hasta ahora hay pocos trabajos que utilicen este método para describir procesos terapéuticos. Los estudios que nosotros conocemos se refieren a terapias breves (Albani, Pokorny, Dahlbender y Kächele, 1994; Anstadt, Merten, Ullrich y Krause, 1996; Grahbortn, Overbeck, Kernhof, Jordan y Mueller, 1994; Luborsky, Crits-Cristoph, Friedman, Mark y Schaffler, 1991). No sabemos de ninguna investigación con este método que se ocupe de una terapia psicoanalítica de larga duración.

El objetivo de nuestra investigación exploratoria era describir con el método CCRT el proceso psicoanalítico, de 517 sesiones, de la paciente Amalie. Quería-

mos investigar si era posible, y en qué forma, la descripción con el método CCRT de este tratamiento psicoanalítico en el marco del “modelo de proceso de Ulm”.

Descripción clínica de la paciente Amalie

Profesora soltera, de 32 años, que acudió a tratamiento ya que su malestar de tipo depresivo iba en aumento. Padecía escrúpulos religiosos con pensamientos obsesivos ocasionales e impulsos obsesivos, a pesar de que se había apartado de la Iglesia tras un fase de estricta religiosidad. A veces tenía dificultad para respirar.

En la línea de descendencia, Amalie ocupa el lugar intermedio entre dos hermanos varones, ante los cuales se sentía, y todavía se siente, inferior. El padre estuvo ausente durante toda su infancia, primero a causa de la guerra, y después por motivos de trabajo. Amalie tomó pronto el rol del padre, intentando sustituirle también como pareja ante la madre. A los tres años de edad enfermó de tuberculosis y tuvo que guardar cama durante seis meses. Como consecuencia de una tuberculosis muy grave de la madre, al ser la mayor tuvo que irse a vivir, a la edad de cinco años, a casa de su tía, donde permaneció unos diez años. La estricta religiosidad y la puritana educación que allí recibió por parte de la tía y de la abuela la influyeron en gran medida.

Desde la pubertad Amalie sufre de grandes padecimientos subjetivos por un hirsutismo idiopático. Su desarrollo personal y su status social como mujer se hallaban fuertemente impregnados de este estigma masculino, que no podía ser corregido y que la paciente había intentado compensar sin éxito. El problema de autoestima subsiguiente, la defectuosa identificación femenina y su inseguridad en el plano social dificultaban las relaciones personales e impedían que Amalie pudiera tener relaciones íntimas con el otro sexo. El hirsutismo tenía probablemente para Amalie dos diferentes significados: por un lado dificultaba la ya problemática identificación femenina. A lo largo de su vida Amalie no había valorado muy positivamente la feminidad, sino que la asociaba con enfermedad (su madre) y con desventajas (respecto a los hermanos). Por otro lado, el hirsutismo influye enormemente en un síntoma actual: sirve como excusa para evitar los encuentros sexuales.

El tratamiento psicoanalítico, con una duración total de 517 sesiones, fue valorado con éxito, tanto desde un punto de vista clínico, como desde los tests que se aplicaron. Para una descripción clínica más detallada acudir a Thomä y Kächele (1997, S.104ff.) y Kächele, Schinkel, Schmieder, Leutzniger-Bophleber, y Thomä, (1999).

Estudios empíricos sobre los cambios de Amalie en el curso de la terapia

Hemos hecho una presentación resumida de los cambios clínicos y psicométricos de la paciente en el libro de texto de Ulm (Thomä y Kächele, 1988,1997, capítulo 9.11.2). En cada uno de los estudios, como por ejemplo el de Neudert *et al.*

(Neudert, Grünzig, y Thomä, 1987) se encuentran estas evaluaciones más detalladas. Estos estudios desarrollan un sistema de categorías para analizar el contenido y medir el autoconcepto en tres aspectos problemáticos (sexualidad e identidad femenina, rendimiento y éxito, agresividad y capacidad de autoafirmación). Se pudo apreciar, mediante el examen de una muestra representativa de un total de 115 sesiones de análisis, un aumento del autoconcepto positivo y un descenso del negativo, a lo largo del análisis.

Posteriormente nuestro grupo de trabajo investigó los cambios que se producían a lo largo del tratamiento en el padecimiento de nuestra paciente. Pudimos apreciar así que los perjuicios causados por el sufrimiento y la indefensión ante dicho padecimiento disminuían (Neudert, Hohage, y Grünzig, 1987b). La comparación de las ocho primeras sesiones con las ocho últimas, en relación a la variable «insight emocional» (Hohage y Kübler, 1987), mostró un incremento significativo en las escalas de «accesibilidad emocional» y «vivencia» al final de la terapia.

Se realizó una observación sistemática, a lo largo del tratamiento, de las vivencias oníricas de la paciente, en sus aspectos cognitivos y afectivos (ver Leuzinger-Bohleber, 1987, 1989 y para ver la comparación entre el principio y final de la terapia consúltese Kächele, Eberhardt y Leuzinger-Bohleber, 1999). Algunos estudios posteriores de este tratamiento se pueden encontrar en el tercer volumen del Manual de Ulm y en Internet (<http://sip.medizin.uni-ulm.de/psychotherapie>).

Método

Método CCRT

El CCRT es uno de los métodos mejor establecidos y con una amplia base empírica para la descripción de modelos internalizados de relación. Se basa en el análisis de episodios narrados por el paciente acerca de sus experiencias en las relaciones personales. Como base sirven los llamados “episodios de relación”, que deben ser identificados en un primer momento. Luego hay que determinar tres tipos de componentes: deseos, necesidades, intenciones (Componente- D), reacciones del objeto (Componente- RO) y reacciones del sujeto (Componente- RS). Se categorizarán tanto las reacciones negativas como las positivas. Las categorías deberán ser formuladas, en principio, con la mayor cercanía posible al texto (son las llamadas «formulaciones *tailor-made*» o “a medida”).

Ya que tanto las categorías estándar americanas como los cluster del método, ya existentes, han recibido a menudo críticas (por ej. Albani *et al.*, 1999), se ha llevado a cabo una reformulación de las estructuras categoriales del CCRT (para una revisión más detallada ver Albani *et al.*, 1999). A diferencia del sistema antiguo, al Componente-Deseo se le ha añadido una dimensión de dirección, que se mostró relevante en las primeras investigaciones, en función de si la actividad recae en el objeto o en el sujeto (DO - «El objeto me tiene que...» y DS - «yo quiero del objeto (o de mí mismo)...»).

El sistema, una vez reformulado, se caracteriza, a diferencia de las categorías antiguas, por una estructura lógicamente consecuente: las tres dimensiones son codificadas a partir de la misma lista de predicados, estructurada jerárquicamente. Existe una analogía entre las reacciones del sujeto y del objeto, y también una analogía completa entre los deseos y las reacciones, tanto del objeto como del sujeto (por ej., el cluster⁶ A «dedicarse»: DO «El otro tiene que dedicarse más a mí», DS «yo me quiero dedicar más al otro»; RO «El otro se dedica a mí»; RS «yo me dedico al otro»). Como resultado de la reformulación quedó una lista de predicados con una total de 119 categorías, las cuales fueron resumidas en 30 y de éstas a su vez se formaron 13 cluster. En la presente investigación se realizó la evaluación en el nivel de las subcategorías y los resultados se presentaron en relación con los cluster (Para la denominación de los cluster véase tabla 1).

El tema central de conflicto relacional (CCRT) se obtendrá al reunir el deseo que aparece más frecuentemente, la reacción de objeto más frecuente y la más frecuente reacción de sujeto.

El método CCRT goza de un reconocimiento internacional en el campo de la investigación para la comprensión de las estructuras de relación interpersonales conflictivas. Su validez ha sido comprobada en numerosos estudios (ver Luborsky y Crits-Christoph, 1990,1998; y para un resumen actualizado de cómo está la investigación del CCRT ver Luborsky *et al.*, 1999).

Muestra representativa

La base de donde se extrajeron los datos fue la transcripción de las sesiones. Por un lado, se evaluaron las primeras 29 sesiones y las últimas 16. Y luego, empezando por la sesión número 50, se analizaron por norma bloques de 5 sesiones de cada 50. Sin embargo, si en los bloques no se encontraban como mínimo diez episodios de relación, se analizaban más sesiones, hasta que el número de episodios de relación encontrados llegaba a diez. Nuestra muestra representativa se compone de 11 bloques con un total de 92 sesiones.

La evaluación de las sesiones (escogidas en una sucesión al azar) fue hecha por una juez experta del CCRT, en el nivel de las subcategorías, subcategorías que habían sido clasificadas previamente a partir de la evaluación estadística de los cluster.

Análisis estadístico

Gracias al abundante material, en nuestra investigación fue posible analizar, además de las frecuencias absolutas, la compleja estructura de los componentes. La variable «fase de la terapia» es relacionada con cada una de las variables del CCRT (Deseo, reacción del objeto y reacción del sujeto), en una tabla de contingencias bidimensional.

Como hipótesis nula se toman en consideración las frecuencias observadas de cada dimensión (por ej. el cluster deseo y las fases de la terapia) y se supone que ambas dimensiones son estadísticamente independientes, es decir, que las distribuciones de frecuencia de los componentes del CCRT son iguales en todas las fases de la terapia. La hipótesis alternativa afirma que algunas categorías ocurren en ciertas fases más frecuentemente de lo que cabría esperar por las frecuencias observadas de cada dimensión. Esta hipótesis de la homogeneidad de las fases de terapia es comprobada, de un modo global, con el test genérico de Fisher (método MonteCarlo). En el siguiente paso exploratorio se averiguan, mediante el test clásico de Fisher, las categorías del CCRT que ocurren con mayor frecuencia de la esperada en una cierta fase de la terapia. Por eso, se representan las categorías que ocurren más frecuentemente de lo esperado al lado de las categorías absolutas más frecuentes (Para una descripción detallada de este procedimiento ver Albani *et al.*, 1994).

Resultados

Fiabilidad de la evaluación con el CCRT

La evaluación con el CCRT fue llevada a cabo por una juez experimentada en dicho método. Para comprobar la fiabilidad y para evitar el sesgo del evaluador, durante el proceso de evaluación se eligió al azar una sesión de cada uno de los once bloques evaluados, que fue evaluada por una segunda juez. Este procedimiento se basa en el propuesto por Luborsky y Diguier (1990).

En un primer momento se comprobó la concordancia respecto a la selección de episodios de relación, utilizando como criterio la coincidencia en las siete líneas del principio de un episodio y las siete del final. El tanto por ciento de nivel de acuerdo para el principio de los episodios fue de un 70% y para el final de un 69%. En los episodios de relación seleccionados hubo un nivel de acuerdo, en relación con el objeto de ese episodio, de un 99%, en relación con el tiempo en el que el episodio tenía lugar, el nivel de acuerdo fue del 90%, y en relación con el tipo de episodio (concreto o general) se alcanzó un 91%.

En un segundo paso se tomaron los episodios de relación y se comprobó el nivel de acuerdo, en cuanto a la selección de los componentes, mediante el criterio de siete palabras al principio y siete al final. Para los deseos hubo un nivel de acuerdo del 76% tanto al principio como al final, para las reacciones del objeto entre un 95% y un 96%, para las reacciones de sujeto hubo un nivel de acuerdo entre el 94% y 96%. Con respecto a los deseos seleccionados, se alcanzó un nivel de acuerdo del 83% en la valoración de si se trata de deseos explícitos o implícitos.

En el tercer paso fueron tomados los componentes y se comprobó el nivel de acuerdo con respecto al ordenamiento de las categorías estándar y respecto al signo de la valencia de las reacciones. Para el nivel de acuerdo con respecto a la dimensión «valencia de las reacciones» se obtuvo un coeficiente Kappa de 0,78.

Para el ordenamiento de las categorías estándar (a nivel de los cluster) se obtuvo un coeficiente Kappa de 0,68.

Resultados de la evaluación con el CCRT

En las 92 sesiones investigadas se encontraron en total 579 episodios de relación con 806 deseos, 986 reacciones de objeto y 1103 reacciones de sujeto. El índice de positividad (cantidad de reacciones positivas del total de reacciones positivas y negativas) fue de un 15.1% para las reacciones del objeto y de un 23,9% para las reacciones del sujeto.

La tabla 1 muestra las distribuciones de la frecuencia de las categorías en cada uno de los cluster.

Tabla 1

Distribución de frecuencia de las variables del CCRT: Deseos en relación con el objeto (DO), deseos en relación con el sujeto (DS), reacciones del objeto (RO) y reacciones del sujeto (RS)
(frecuencia relativa en %, n=579 episodios de relación).

Cluster	DO n=518	DS n=288	RO n=986	RS n=1103
A Dedicarse (a alguien)	46.3	12.5	4.2	3.3
B Proteger	26.6	4.9	5.1	2.4
C Amar/sentirse bien	14.3	19.8	4.4	6.0
D Ser autónomo	10.0	27.1	6.9	7.2
E Estar depresivo	0	0	.3	6.4
F Estar insatisfecho/tener angustia	0	0	1.7	24.2
G Sentirse manipulado	0	.3	5.3	15.3
H Estar enfadado/ser antipático	0	0	4.7	15.5
I No ser digno de confianza	0	.3	19.3	.1
J Rechazar	0	8.7	19.2	6.1
K Dominar	.2	6.2	13.6	1.4
L Enfadar/atacar	0	2.8	7.3	1.4
M Distanciarse	2.5	17.4	8.2	10.7

El tema central de conflicto relacional (CCRT), las categorías más frecuentes en total, para el conjunto de la terapia son:

DO: Los otros tienen que dedicarse a mí (DO CL A)

DS: Quiero ser autónoma (DS CL D)

RO: Los otros no son dignos de confianza (RO CL I)

RS: Estoy insatisfecha, estoy angustiada (RS CL F)

En la tabla 2 se presentan las categorías típicas en cada fase de la terapia.

Tabla 2

El tema central de conflicto relacional (CCRT) en el transcurso de la terapia

(frecuencia absoluta/frecuencia relativa en % en relación a las respectivas fases).

<i>Categorías de mayor frecuencia absoluta</i>	<i>Categorías más frecuentes de lo esperado*</i>
Fase de terapia 1, Sesiones 1-30, n=30	
DO CL A "Los otros se tienen que dedicar a mí" (112/55)	DO CL A "Los otros se tienen que dedicar a mí" (112/55)
DS CL D "Quiero ser autónoma" (42/37)	DS CL D "Quiero ser autónoma" (42/37)
RO CL J "Los otros me rechazan" (10/20)	RO CL J "Los otros me rechazan" (82/24)
RS CL F "Estoy insatisfecha, angustiada" (116/27)	RO CL G "Los otros son débiles" (24/7)
	RS CL F "Estoy insatisfecha, angustiada" (116/27)
	RS CL G "Soy dependiente, débil" (77/18)
	RS Negativas 335/82
Fase de terapia 2, Sesiones 50-55, n=5	
DO CL A "Los otros se tendrían que dedicar a mí" (9/41)	
DS CL M "Quiero distanciarme" (4/21)	
RO CL J "Los otros me rechazan" (10/20)	RO CL F "Los otros están insatisfechos, angustiados" (4/8)
RS CL F "Estoy insatisfecha, angustiada" (11/26)	RS CL C "Me siento bien" (7/16)
Fase de terapia 3, Sesiones 100-104 n=5	
DO CL B "Los otros tienen que protegerme" (12/44)	DO CL B "Los otros tienen que protegerme" (12/44)
DS CL C "Quiero amar, sentirme bien" (5/36)	
RO CL I "Los otros no son dignos de fiar" (12/23)	RO CL M "Los otros se distancian" (9/18)
RS CL F "Estoy insatisfecha, angustiada" (25/42)	RS CL F "Estoy insatisfecha, angustiada" (25/42)
Fase de terapia 4, Sesiones 151-157, n=7	
DO CL A "Los otros se tienen que dedicar a mí" (7/78)	DS CL J "Quiero rechazar a otros" (3/43)
DS CL J "Quiero rechazar a otros" (3/43)	
RO CL I "Los otros no son dignos de fiar" (6/27)	RO Negativas 22/100
RS CL F "Estoy insatisfecha, angustiada" (6/37)	
Fase terapia 5, Sesiones 202-206, n=5	
DO CL A "Los otros se tienen que dedicar a mí" (8/33)	DO CL D "Los otros tienen que ser autónomos" (6/25)
DS CL M "Me quiero distanciar" (4/31)	
RO CL I "Los otros no son dignos de fiar" (11/26)	RO CL D "Los otros son autónomos" (7/16)
RS CL F "Estoy insatisfecha, angustiada" (11/22)	
Fase de terapia 6, Sesiones 251-255, n=5	
DO CL A "Los otros se tienen que dedicar a mí" (7/33)	
DS CL A "Me quiero dedicar a los otros" (4/67)	DS CL A "Me quiero dedicar a los otros" (4/67)
RO CL I "Los otros no son dignos de fiar" (7/27)	
RS CL F "Estoy insatisfecha, angustiada" (10/32)	
Fase de terapia 7, Sesiones 300-304, n=5	
DO CL A "Los otros se tienen que dedicar a mí" (6/40)	
DS CL M "Me quiero distanciar" (3/43)	
RO CL J "Los otros me rechazan" (6/23)	
RS CL F "Estoy insatisfecha, angustiada" (9/36)	

Fase de terapia 8, Sesiones 351-355, n=5

DO CL A "Los otros se tienen que dedicar a mí" (19/54)
 DS CL M "Me quiero distanciar" (5/36) DS CL K "Quiero dominar a los otros" (3/21)
 RO CL I "Los otros no son dignos de fiar" (14/25)
 RS CL H "Estoy enfadada, soy antipática" (17/28) RS CL H "Estoy enfadada, soy antipática" (17/28)

Fase de terapia 9, Sesiones 401-404, 406*, n=5

DO CL C "Los otros tienen que amarme, tienen que sentirse bien" (7/30) DO CL C "Los otros tienen que amarme, tienen que sentirse bien" (7/30)
 DS CL J "Quiero rechazar a otros" (2/50)
 RO CL J "Los otros me rechazan" (12/27)
 RS CL G "Soy dependiente, débil" (9/25)

Fase de terapia 10, Sesiones 445-449, n=5

DO CL B "Los otros tienen que protegerme" (17/33) DO CL C "Los otros tienen que amarme..." (13/25)
 DS CL C "Quiero amar, sentirme bien" (11/37) DS CL C "Quiero amar, sentirme bien" (11/37)
 RO CL "Los otros no son dignos de fiar" (25/23) RO CL M "Los otros se distancian" (18/17)
 RS CL F "Estoy insatisfecha, angustiada" (28/23) RS CL M "Me distancio" (25/20)
 RS Negativas 42/91

Fase de terapia 11, Sesiones 501-517, n=17

DO CL A "Los otros se tendrían que dedicar más a mí" (40/45)
 DS CL D "Quiero ser autónoma" (20/33) DS CL L "Quiero hacer enfadar a los otros, atacarles" (5/8)
 RO CL I "Los otros no son dignos de fiar" (46/21) RS CL H "Estoy enfadada, soy antipática" (45/19)
 RS CL H "Estoy enfadada, soy antipática" (45/19) RS CL D "Soy autónoma" (37/16)
 RS CL J "Rechazo a los otros" (23/10)
 RS Positivas 87/37

* Test de Fisher, dos colas, * $p < .05$, D: n=806, RO: n=986, RS: n=1103

Para una descripción clínica detallada y sistemática de las fases de la terapia remitimos a la extensa presentación de Kächele y Thomä (<http://sip.medizin.uni-ulm.de/psychotherapie>, Manual de Ulm, volumen 3, Cap. 3.4).

Hay un tema principal que queda claro, a lo largo de todas las fases de la terapia, en las categorías respectivas más frecuentes: el deseo de Amalie de recibir cariño (DO CI A) y protección (DO CI B) de los otros, ella vive a los demás como dignos de rechazo (RO CI J) y no dignos de confianza (RO CI I) y está insatisfecha y angustiada (RS CI F). Los deseos que tienen que ver con la sujeto son diferentes en cada fase de la terapia.

Las categorías que son más frecuentes de lo esperado caracterizan los temas en los cuales la fase respectiva se diferencia de las otras.

La **fase de comienzo** se caracteriza sobre todo por el deseo de Amalie de que los demás se dediquen a ella (DO CI A). Ella cuenta, respecto a sus compañeras de trabajo, que se siente utilizada por ellas como un cubo de basura (RO CI J), pero que en cambio ella no puede hablar de sus problemas. Amalie envidia a sus compañeras de trabajo así como la compenetración que tienen entre sí. Con respecto a los alumnos, se siente insegura y piensa que la consideran como una vieja solterona (RO CI J) y también hay conflictos en los que no se siente suficientemente protegida por su jefe (RO CI J, RO CI G).

Describe a su padre como una persona miedosa, suspicaz y cerrada (RO CI J, RO CI G) y está decepcionada por la relación tensa y distante que mantienen (DO CI A).

A continuación se incluye un episodio de relación con el padre:

«P: ...por ejemplo, cuando vuelvo a casa, con el coche, él no sale fuera. Yo sé que a otras compañeras, que tienen padres viejos, las recogen y les llevan la maleta dentro, y él no viene. Cuando vuelvo a casa, y entonces mi madre abre la puerta por ejemplo, y luego voy al baño, o me quito el abrigo y estoy en el pasillo, y él no viene, él no se mueve. O voy al cuarto de estar, y él se sienta afuera en otro cuarto, es que no puede acercarse a nadie...»⁷

Ella siente que es inferior a sus hermanos y que no es tomada en serio por ellos, ni por nadie de su familia. Habla sobre su dependencia de las normas de la Iglesia, de lo que piensan los demás, de su madre, con quien sin embargo conversa mucho. Pero Amalie tiene, por otro lado, el sentimiento de tener que estar siempre a disposición de su madre y experimenta sentimientos de culpa cuando se distancian:

«P: ...necesito el domingo algunas veces simplemente para, ya sabes, y entonces tengo que hacer otra cosa, no y es que mis padres, que vienen muy a menudo, no, mi madre me llama y dice, dice simplemente: «\Vente» y todavía no he logrado nunca decir, «Por favor, no. No quiero» o «No puede ser» o ...»

El deseo de cambio (DS CL D) se expresa en su deseo de autonomía (DS CI D), que surge de la vivencia de sí misma como dependiente y débil, de su incapacidad para poner límites y de su propia infelicidad. En esta fase de la terapia es característica particular la gran cantidad de reacciones negativas de la paciente.

En la novena sesión Amalie relata su primer episodio de relación con el analista (de un total de tan sólo cuatro episodios en la fase de comienzo):

«P: (Pausa) ¿Sabe usted? estuve hoy horrible, estoy horriblemente cansada, eso decía, y yo estaba hoy realmente tan cerca de lo de ayer. He estado toda la tarde - si, tuve una visita de una alumna, que quería algo, y no me pude ocupar mucho, pero algo se me ha venido en claro, y en esta claridad en algo, en cierto sentido terminado, y lo que queda como pregunta es siempre lo mismo. Bien, lo veo ahora, pero qué tengo que hacer, cómo tiene que continuar esto, y, y, y, eso no lo quería decir en realidad, precisamente.

T: ¿Con los alumnos y el problema de las calificaciones, o que tiene que continuar?

P: No, quiero decir aquí, cómo tiene que seguir esto, cuando yo me tumbé aquí y cuento algo e intento comprender y usted hace un resumen, entonces, naturalmente salen muchas cosas, y luego me digo a pesar de eso otra vez, qué debo hacer, eso, eso era lo que me pasaba por la cabeza, y no quería decirlo, porque de algún modo, me pregunto realmente siempre, cuando eso se reconoce, a qué me tengo que atener.

T: cómo sigue esto.

P: y cómo sigue esto, sí, esa era verdaderamente la pregunta. Yo la sentía en este momento como una ofensa hacia usted y por eso no la decía.”

Llama la atención que Amalie cuenta muchos episodios de relación en las primeras sesiones (una media de 11 episodios por sesión) y esto se puede interpretar desde un punto de vista clínico: al principio se tiene que establecer la relación terapéutica y por tanto el material biográfico ocupa un espacio muy grande.

En la **segunda fase** Amalie relata episodios que reflejan sobre todo su deseo de distanciarse (DS CI M), lo cual logra en la relación con su madre y con su hermano pequeño.

P: «No, he hecho en verdad este fin de semana, mmm, bueno, por supuesto mi madre me llamó otra vez y quería, y quería tenerme el próximo fin de semana, vamos quería venir, pero yo le he dicho que no sabía y que si puede esperar hasta que vea los planes que tengo, yo pienso, que hace dos o tres semanas le hubiera dicho simplemente, o hace cuatro semanas, eh, por favor ven, y eso lo he dicho a menudo, sí, claro, ven, aunque a mí no me hubiera venido bien, y veo simplemente, que, que, eh, se está muy bien sola, que, mm, ya no me engancho tanto, ahora, ahora, paso tiempo sola y claro, por supuesto que sería estupendo no estar siempre sola o siempre no es así, pero sí, generalmente, mmm, ahora puedo hacer más cosas, no quiere decir que antes no hubiera leído, o, o, no hubiera hecho esto o lo otro, pero, me siento sencillamente mejor, mmm, lo puedo decir sin miedo.”

Amalie se siente mejor y experimenta logros propios (conduce de nuevo sola, vuelve a pintar; RS CI C), y todo eso a pesar de las discusiones con los padres de sus alumnos.

También trata más a menudo de la relación con el analista (17 % de todos los episodios). En vez de callarse reclama respuestas al experto (RO CI J) y también quiere interpretar ella misma.

La **tercera fase** se caracteriza sobre todo por el deseo de Amalie de sentirse protegida (DO CI B). Piensa que su jefe la prejuzga y discrimina debido a su terapia (RO CI J). Y desea también que el analista le dé respuestas claras y sea sincero y abierto. Ella considera al analista como «la persona más importante» (38% de los episodios tratan del analista), sin embargo, se siente rechazada y está insegura sobre quién es él, que piensa de ella y se queja de que se muestra esquivo y de que mantiene las reglas en secreto (RO CI M).

«P: Estoy pensando ahora lo de mi jefe, que se ha mostrado por lo menos que es muy difícil, eh, tanto en la propia apreciación que se tiene de uno, como en la apreciación de los otros, que siempre uno cree entrever, entonces, decimos, mantener el equilibrio, cuando chocan. Y usted es alguien, que puedo afirmar, hm, sí, que tengo, sencillamente sí, algo así

como confianza, y, y, a pesar de todo, me apresuré a ir, y no me apresuré por eso en la librería, pero yo, quería leer, porque siempre he querido saber, quién es usted, y, eh, uno se pregunta todo el tiempo, «Quién es ese, en él que tú confías, y, y que imagen tiene de ti, y vamos, todas esas cosas de las que ya hemos hablado.

T: mhm.

P: me viene muy intensamente, porque naturalmente quiero saber: qué tipo de hombre, que tiene este tipo de profesión, y una mujer, con una profesión parecida, eh, esto, todo esto es de algún modo importante. Y cuando usted entonces, cuando digo esto, lo evita según lo que siento, entonces claro, me pregunto: ¿Por qué, por qué lo evita?, ¿le da vergüenza?, sí y ¿por qué le da vergüenza?- o quiere él, que yo sea independiente, bien, sí, eso tiene que ver, por supuesto. Pero, encuentro sencillamente que eso va por caminos diferentes. Es decir, cuando yo confío en alguien, soy por supuesto de algún modo dependiente de él, gracias a dios, diría yo, y, y precisamente al mismo tiempo debo otra vez,

T: mhm.,

P: ... yo debo poder explorar, por lo menos aquí, quién es usted y quién soy yo - bueno, no está hecha la pregunta muy correctamente - quién es usted - sí, eso es demasiado tangencial, eh, ¿por qué él me escucha?, no, esa es otra vez el mismo tipo de pregunta. ¿Por qué hace esto? ¿Cuál es su interés?

T: mhm.

P: ¿qué es lo que hay detrás?"

El deseo de Amalie de rechazar a los otros (DS CI J) cobra importancia por primera vez en la **cuarta fase**. Amalie está insatisfecha (RS CI F) y baraja la posibilidad de volver otra vez al convento. La relación terapéutica es el tema principal de las sesiones. Por un lado, ella tiene miedo de que el analista la exija demasiado, por otro lado critica sus interpretaciones, por ejemplo, piensa que él se ríe muy poco. En una visita a casa de sus padres se quedó decepcionada porque sus padres prefirieron a su hermano pequeño (DO CI A), lo que despierta recuerdos de la envidia que ha tenido durante toda su vida de sus hermanos. En ninguna otra fase describe las reacciones de los demás tan negativamente como ahora.

La **quinta fase** se caracteriza por el deseo que Amalie tiene de que los otros sean autónomos (DO CI D) y se concentra sobre toda en su jefe, el cual se deja manipular por una compañera de trabajo, con la cual Amalie compite y ante la cual se siente inferior. Amalie reclama del analista una respuesta clara, que recibe con cierto retraso, a las preocupaciones que tiene sobre si se ha hecho daño al masturbarse.

En la **sexta fase** Amalie logra quedar por primera vez con un compañero del trabajo (DS CI A). Desea poder hablar abiertamente con su madre sobre la sexualidad (DO CI A), se acuerda de intentos previos y se hace preguntas sobre la vida sexual de la madre. Amalie quiere comprender qué es lo que pasa en el análisis y por ello acude a conferencias de psicoterapeutas y lee publicaciones de analistas. Sin embargo no encuentra ninguna respuesta, no entiende mucho y se siente inferior frente al analista (RS CI F).

Durante la interrupción de tres semanas durante la **séptima fase** Amalie se decide a contestar un anuncio de contactos en el periódico y también contestó cartas que había recibido. Tiene miedo a la reacción del analista (DO CI A), y teme sus reproches (RO CI J):

«P: ... Tuve el sentimiento, en las semanas que usted estuvo fuera o no localizable, eh, tuve de pronto el sentimiento de libertad, de poder moverme a mi antojo⁸. Y entonces vino el propósito de que seguro que este verano no voy a ir con mis padres, emprendería algo por mi cuenta. Y luego contesté a ese anuncio y me decidí a poner un anuncio también. Y eso era lo que en realidad no quería decirle, porque tenía miedo de que usted me preguntara todos los detalles y que se iba a enfadar, y tuve un miedo horrible de eso, que es lo que viene, y ese miedo obviamente también lo he transferido, pero lo tengo muy adentro, de que usted ponga una horrible cara de enfado y que no me lo quiera prohibir eso directamente, pero diría «No ha valido nada, no ha comprendido nada y, y usted perjudica el tratamiento con esto», eso era creo.

El hecho de que su hermano pequeño haya reconocido el anuncio, refuerza el deseo de Amalie de quererse proteger (DS CI M) de la intromisión y del juicio de sus padres y hermanos.

En la **octava fase** de la terapia Amalie se siente molesta (RS CI H) a causa de cambios externos (cambio de barrio del analista, nuevo despacho, ruido de obras), se siente también poco protegida por el analista (DO CI A) y envidiosa de los hijos de éste. (RS CI H):

“P: ...que usted se ha mudado aquí para poder llevar mejor a sus hijos al colegio.

T: ¿Por qué mejor?

P: Porque siempre me imagino que los niños van ahora al colegio en la calle Hoch y eh, eso me ha hecho enfadar mucho al principio.»

Se siente presionada por el analista (como ocurre con el padre) y piensa que debe cumplir las expectativas. En el colegio tiene disputas con el conserje y con su jefe (DS CI K), en las que ha tomado parte activa y se ha podido defender (RS CI H).

En la **fase novena** de la terapia recibe el analista un ramo de flores, lo que supone una múltiple simbología. En realidad el ramo de flores era para un amigo por correspondencia, que había contestado al último anuncio de Amalie. Por otro lado, simboliza el pedir perdón por el juicio negativo que su sobrino había hecho del analista, ya que le conocía de las clases en la universidad. Y Amalie se siente como sus flores y tiene miedo de que el analista no las cuide adecuadamente. (DO CI C).

“P: Siempre encuentro maravilloso que alguien sepa cuidar las flores. La mayoría las clavan como un palo en la tierra y las dejás en el jarrón hasta que se marchitan⁹. No, sabe usted, mismamente la última vez, cuando empezaron a marchitarse, pensé, oh,

T: No he entendido, ¿qué ha dicho?

P: Que ellas empezaron a marchitarse la última vez.

T: Las,

P: Las, las flores empezaron a marchitarse.

T: Las flores, sí

P: Sí y pensé, algo él hace algo mal, eso no puede ser, y hoy me he puesto muy contenta, pues usted, pues usted ha entendido eso, saber darles el alimento, los nutrientes, el agua.”

Amalie busca relacionarse con los hombres a través del contacto epistolar y recuerda la superioridad de sus hermanos y el desprecio del padre (RO CI J):

«P: ...No hubo nunca un clima de afirmación, era siempre, como se me ocurre todo, oh Dios,. Era siempre así, cuando quería ser una chica, me frenaban, cuando quería, ya sé, una vez me puse pantalones de esquí y entonces mi padre dijo «No tengo tres hijos varones, por favor te pido que en la mesa no, cámbiate». Quería ser un chico o hacerme el chico, como si eso no fuera importante. Era de algún modo exclusivo, los chicos, yo siempre he sentido que mis hermanos, en todas la relaciones que tengo con mi hermano pequeño, siempre se apoyaban mejor entre ellos, y se mantenían unidos. De algún modo se mantenían unidos a mis espaldas. Ellos eran los hombres, es verdad, y la mayoría. Predeterminado para siempre jamás. No sé, era simplemente así. Una aguafiestas, una mentirosa, eso era yo, sí, y ah sí, me sentía que me vigilaban, a ver que pasaba en fin. Ellos querían saber exactamente qué era diferente y qué es lo que pasaba. Y al mismo tiempo sabían siempre antes qué era lo que iba a pasar. Sencillamente, ellos siempre lo han sabido todo mejor.”

La **décima fase** de la terapia se caracteriza por las experiencias ambivalentes que tiene Amalie con su primera pareja. Ella desea una relación cercana, intensa y satisfactoria sexualmente (DO CI C, DS CI C) pero no está segura del cariño de su pareja (que está todavía colgado de su ex-mujer y tiene otras relaciones) y se siente decepcionada por el distanciamiento que muestra. (RO CI M, RO CI I, RS CI M).

P: “...y él dijo entonces, “Tú, escucha de una vez, nuestra relación no obliga a eso para nada, no tienes prácticamente ningún derecho, eh, mm, a impedirme tener otras relaciones. Sería otra cosa si se quisiera formar una familia y tener hijos, entonces sí que es malo, cuando uno se va por ahí y se tiene otras mujeres”, algo así, y eso me ha afectado horriblemente después. Y cuando él llamó el lunes, pensé, no llamo nada más hasta el jueves, si él quiere algo, tiene que hacer algo, y cuando llamó el lunes, lo que yo ya había pensado,

T: él quería acabar la relación el lunes,

P: el lunes fue sin duda alguna el peor momento.

T: hm

P: yo pensé realmente, tengo que acabar la relación. Y entonces estuve al teléfono fría como el hielo y muy escueta y él ha llamado otra vez por lo de las pastillas. Y entonces fue mejor la cosa. Y él se ha llevado quizás la impresión de que quiero acabar la relación, quizá ha sentido algo, no lo sé. Nunca le he dicho que «Quiero dejarlo» o nunca he dicho, «No me

toques más» o... Sí, sí, qué hemos hecho entonces, sí hemos hablado muchísimo por teléfono.»

La inseguridad y las dudas sobre el atractivo de su cuerpo, y los sentimientos de culpa porque no está siguiendo la pautas morales de su madre, caracterizan el sentir de Amalie, lo cual se deja traslucir en la gran cantidad de reacciones negativas en esta fase.

La **fase final** de la terapia de Amalie se caracteriza por la elaboración de sus experiencias del pasado y por el comienzo de una nueva relación de pareja, cuando Amalie se siente todavía muy unida emocionalmente a su pareja anterior (DO CI A).

A causa de una invitación de su gran enemiga a un claustro de profesores se despiertan en Amalie intensos sentimientos de odio con los que es capaz de enfrentarse. (DS CI L). En el campo profesional es capaz de reafirmarse y se siente orgullosa de ello, a pesar de algunas provocaciones de dos chicas en prácticas, que considera muy reivindicativas. (RS CI D, RS CI J, RS CI H).

La terminación del análisis y la despedida del analista son también temas principales de esta fase:

«T: ...digo, ¿tiene usted una idea, por decirlo así, de mi forma, de mi idea de cómo hay que terminar?

P: Sí que la tengo. Es muy atrevida, he pensado que usted se amoldaría a mí.

T: Hmhm.

P: Y es que en las últimas sesiones tuve el sentimiento. Era realmente un sentimiento, él va a hacer lo que yo quiera. Mientras que antes, era como sentirme arrastrada, me sentía como atada a una cuerda y tenía el sentimiento de que él no comprendía nada, él tiene su propia idea de cómo acabar. En cambio no me la dice, por eso no la sé. Y eso era verdaderamente como sentirme arrastrada. Y ahora, desde hace tres o cuatro sesiones creo, no las he contado, pienso yo, como he dicho antes. Es simplemente así. Me siento en mi caparazón¹⁰ y la cosecha se recoge sola . Como le he dicho.

T: Hmhm

P: Simplemente me voy a levantar y me voy a ir, y encuentro esto tan bonito que pensé que él no puede hacer otra cosa que aceptarlo. Sí, Sí, que si él tiene una idea sobre la despedida o que si todavía quiere tratar algo, es su problema, porque siempre se encuentra algo que tratar...”

Llama la atención la gran cantidad de reacciones positivas de Amalie en esta fase final.

Discusión

En el marco de nuestra investigación se pudo explorar con el método CCRT, por primera vez, el proceso de una terapia psicoanalítica prolongada. Comparando

con las investigaciones con el método CCRT de casos únicos, ya existentes, podemos decir que ésta es la más extensa.

La gran cantidad de “reacciones del sujeto” que se producen, en comparación con otros estudios con el CCRT, puede tener su fundamento en que se trata de una terapia psicoanalítica en la que se insta a la paciente a expresar sus pensamientos y sentimientos de una forma particular.

Los resultados de la evaluación con el método CCRT subrayan las valoraciones clínicas en relación con éxito de la terapia y apoyan también los resultados de anteriores investigaciones con este mismo material. Si bien es cierto que predominan todavía las “reacciones negativas” del objeto y de la paciente, en la última fase de la terapia, se advierte también un significativo aumento de las “reacciones positivas” de la paciente. También las “reacciones del objeto” son descritas por la paciente al final de terapia de una manera más positiva, aunque estos cambios no han podido ser corroborados estadísticamente.

Observando a través de los componentes “deseos relacionados con el sujeto” (DS) y “reacciones del sujeto” (RS) queda claro que la paciente, en el transcurso de la terapia, amplía su campo de acción, adquiere más competencias y sus síntomas depresivos disminuyen. El aumento del autoconcepto positivo y la disminución del autoconcepto negativo durante el curso del tratamiento, que averiguaron Neudert *et al.* (1987a), se corresponde en la presente investigación con uno de los cambios internos en las reacciones de la sujeto. Por otro lado, este resultado encuentra apoyo en el claro aumento de las reacciones positivas de la paciente.

A partir de la cuarta fase Amalie es capaz de percatarse de sus deseos agresivos y manifestarlos, a partir de la octava fase serán estos también relevantes en la acción. El cambio se hace más patente, en especial, en comparación con la angustia e insatisfacción que dominaban a la paciente al principio de la terapia.

Además del tema fundamental, que se representa en las categorías absolutas más frecuentes, pueden observarse para cada fase de la de la terapia unas categorías típicas, que forman el “foco”, según la teoría del conflicto nuclear de French, y que pueden ser operacionalizadas con el método CCRT. El método CCRT permite una estructuración del contenido del material. Tanto los puntos fuertes de este método como sus fallos residen en su limitación a los informes del propio paciente sobre sus experiencias. Eso quiere decir que la investigación queda limitada a lo que es percibido y verbalizado por el paciente. El método no ofrece hasta ahora ninguna alternativa para referirse a material inconsciente y para investigar los mecanismos de defensa. Luborsky informa en la nueva edición de su monografía sobre el CCRT (Luborsky, 1998, pág. 333) de una ampliación del método para poder estudiar también los conflictos inconscientes. El método tampoco incluye el estudio de constructos metapsicológicos o conceptos clínicos complejos, como por ejemplo «cambio estructural» (con lo que también haría falta antes una definición precisa de «cambio estructural»), sino que la evaluación se queda muy adherida al material clínico.

Este método sirve para comprobar paralelismos entre las descripciones de la relación de la paciente con el terapeuta y con otros objetos. También permite investigar aspectos estructurales del concepto clínico de transferencia. Sin embargo, el acto interactivo actual de la transferencia no está incluido en la evaluación.

A pesar de que el método se llama “tema central de conflicto relacional”, Luborsky deja abierto el esclarecimiento del concepto de “conflicto”. El método no estudia los conflictos en sentido analítico: entre un deseo y una defensa, entre distintos sistemas o instancias o entre pulsiones (Laplanche y Pontalis, 1972). Por medio del componente “deseo” pueden ser descritos conflictos entre dos deseos excluyentes entre sí que aparecen a la vez. Ciertamente es que el método CCRT analiza el tema del deseo más frecuente, sin que el conflicto se haga explícito de forma inmediata. Por eso el CCRT debe ser entendido, más bien, como un indicador para comprender el conflicto de la paciente.

Con el CCRT no queda claro el modo en que ocurren los cambios terapéuticos. Crits-Christoph *et al.* (Crits-Christoph, Barber, y Kurcias, 1993; Crits-Christoph, Barber, Baranackie, y Cooper, 1989; Crits-Christoph, Cooper, y Luborsky, 1998) mostraron en sus investigaciones una conexión entre la «corrección» con que el terapeuta dirige sus interpretaciones al CCRT de los pacientes y el éxito de la terapia.

Es incuestionable que la calidad de la relación terapéutica tiene una importancia decisiva para el éxito terapéutico. La relación con el terapeuta parece ser, en general, satisfactoria y positiva para la paciente - en ninguna otra relación describe un porcentaje tan alto de reacciones positivas del compañero en la interacción. Esta «experiencia emocional correctora» (Alexander y French, 1946) en la relación terapéutica puede haber conducido también al éxito en la terapia.

El presente estudio muestra que con el método CCRT es posible ilustrar aspectos interaccionales del proceso psicoanalítico, clínicamente relevantes en vista de la paciente, que también reciben el apoyo del modelo de proceso de Ulm.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung wird erstmals der Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung mit der ZBKT-Methode nach dem Ulmer Prozeßmodell beschrieben, unter Verwendung der reformulierten kategorialen Strukturen der ZBKT-Methode. Aufgrund des umfangreichen Datenmaterials war es möglich, nicht nur die absoluten Häufigkeiten der ZBKT-Komponenten zu untersuchen, sondern deren komplexe Struktur zu analysieren. Neben einem Grundthema, das für die gesamte Therapie charakteristisch ist, zeigten sich für die einzelnen Therapiephasen typische Kategorien, die als interaktionelle Aspekte des in dieser Phase bearbeiteten Fokus verstanden werden können.

Stichworte: Psychoanalytische Therapie, psychoanalytischer Prozeß, Ulmer Prozeßmodell, ZBKT-Methode, reformulierte ZBKT-Kategorien

Bibliografía

- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., Grüniger, S., König, S., Marschke, F., Geißler, I., Körner, A., Geyer, M., y Kächele, H. (eingereicht). Reformulierung der kategorialen Strukturen der Methode des Zentralen Beziehungskonflikt Themas (ZBKT). *Psychotherapy Research*.
- Albani, C., Pokorny, D., Dahlbender, R. W., y Kächele, H. (1994). Vom Zentralen-Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des "Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas". *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44(3-4), 89-98.
- Albani, C., Villmann, T., Villmann, B., Körner, A., Geyer, M., Pokorny, D., Blaser, G., y Kächele, H. (1999). Kritik der kategorialen Strukturen der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas (ZBKT). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 11(49), 408-421.
- Alexander, F., y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: The Ronald Press Company.
- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B., y Krause, R. (1996). Erinnern und Agieren. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 42, 34-55.
- Crits-Christoph, P., Barber, J., y Kurcias, J. S. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3 (1), 25-35.
- Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Baranackie, K., y Cooper, A. (1993). Assessing the therapist's interpretations. En N. E. Miller y L. Luborsky y J. P. Barber y J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research* (pp. 361-386). New York: Basic Books.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., y Luborsky, L. (1998). The Measurement of Accuracy of Interpretations. En L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2 ed., pp. 197-212). Washington: American Psychological Association.
- French, T. M. (1952). *The integration of behaviour. Vol I: Basic postulates*. Chicago: Univ Chicago Press.
- French, T. M. (1970). *Psychoanalytic interpretations. The selected papers of Thomas M. French, M.D.* Chicago: Quadrangle.
- Glover, E. (1955). *The technique of psychoanalysis*. London: Baillière Tindall y Cox.
- Grabhorn, R., Overbeck, G., Kernhof, K., Jordan, J., y Mueller, T. (1994). Veränderung der Selbst-Objekt-Abgrenzung einer eßgestörten Patientin im stationären Therapieverlauf. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 273-283.
- Hohage, R., y Kübler, C. (1987). Die Veränderung von emotionaler Einsicht im Verlauf einer Psychoanalyse. Eine Einzelfallstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 33, 145-154.
- Kächele, H. (1988). Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis., 69, 65-73.
- Kächele, H., Eberhardt, J., y Leuzinger-Bohleber, M. (1999). Expressed Relationships, Dream Atmosphere y Problem Solving in Amalia's Dreams - Dream Series as Process Tool to Investigate Cognitive Changes - A Single Case Study. En H. Kächele y E. Mergenthaler y R. Krause (Eds.), *Psychoanalytic Process Research Strategies II* (pp. <http://sip.medizin.uni-ulm.de/psychotherapie>). Ulm: Ulmer Textbank.
- Kächele, H., Schinkel, A., Schmieder, B., Leuzinger-Bohleber, M., y Thomä, H. (1999). Amalie X - Verlauf einer psychoanalytischen Therapie. *Colloquium Psychoanalyse (Berlin)*, 4, 67-83.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. B. (1972). *Das Vokabular der Psychoanalyse* (Vol. 2 Bde.). Frankfurt/ M.: Suhrkamp.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1987). *Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 1: Eine hypothesengenerierende Einzelfallstudie*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1989). *Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. En N. Freedman y S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). New York: Plenum Press.
- Luborsky, L., Albani, C., y Eckert, R. (1992). Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 5 (DiskJournal).
- Luborsky, L., y Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (1 ed.). New York: Basic Books.
- Luborsky, L., y Crits-Christoph, P. (Eds.). (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2 ed.). Washington: American Psychological Association.

- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Friedman, S., Mark, D., y Schaffler, P. (1991). Freud's transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT). In M. Horowitz (Ed.), *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal patterns* (pp. 167-195). Chicago: University of Chicago Press.
- Luborsky, L., y Diguier, L. (1990). The Reliability of the CCRT Measure: Results from Eight Samples. En L. Luborsky y P. Crits-Cristoph (Eds.), *Understanding transference: the CCRT method* (pp. 97-108). New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Diguier, L., Kächele, H., Dahlbender, R., Waldinger, R., Freni, S., Krause, R., Frevert, G., Bucci, W., Drouin, M.-S., Fischmann, T., Seganti, A., Wischmann, T., Hori, S., Azzone, P., Pokorny, D., Staats, H., Grenyer, B., Soldz, S., Anstadt, T., Schauenburg, H., y Stigler, M. (1999). A Guide to the CCRT's Methods, Discoveries and Future. <http://www.sip.medizin.uni-ulm.de/Links/CCRT/ccrtframe.html>.
- Neudert, L., Grünzig, H. J., y Thomä, H. (1987a). Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. En N. M. Cheshire y H. Thomä (Eds.), *Self, symptoms and psychotherapy* (pp. 243-265). New York Chichester: Wiley y Sons.
- Neudert, L., Hohage, R., y Grünzig, H. J. (1987b). Das Leiden als Prozeßvariable in einer psychoanalytischen Behandlung., *16*, 135-147.
- Thomä, H., y Kächele, H. (1988). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd2: Praxis* (1.Auflage). Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo: Springer. [versión castellana: Barcelona, Herder]
- Thomä, H., y Kächele, H. (1996). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen* (2.Auflage). Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo: Springer. [versión castellana: Barcelona, Herder, de la primera edición]
- Thomä, H., y Kächele, H. (1997). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd2: Praxis* (2.Auflage). Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo: Springer.

Notas

¹La investigación ha sido subvencionada por la Deutsche Forschungsgemeinschaft. Traducción española de Gonzalo de Casso, supervisada por Carlos Rodríguez Sutil.

²Clínica de Psicoterapia y Medicina Psicosomática de la Clínica Universitaria de Leipzig. Correspondencia: Dr.C.Albani. Universitätsklinikum Leipzig AöR. Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. K-Tauchnitz-Str.25 04107 Leipzig; e-mail: abc@medizin.uni-leipzig.de

³Departamento de Psicoterapia y Medicina Psicosomática de la Clínica Universitaria de Ulm

⁴N. del T. Zentral Beziehungskonflikt Thema Methode (ZBKT Methode) se ha traducido como el "Método del tema central de conflicto relacional" (CCRT) conservándose la sigla en su ordenación más conocida, la inglesa.

⁵A partir de ahora utilizaré para abreviar "el" analista, incluyendo también a "la" analista.

⁶N. del T.: Los autores mantienen el término inglés "Cluster" y así lo hacemos en esta versión, a pesar de que se use también el término "de Conglomerados" para este tipo de análisis.

⁷Transcripción del Ulmer Textbank

⁸N. del T. En alemán lo expresa como "ich könnte mich ganz freischwimmen", es decir, como si pudiera nadar libremente.

⁹N. del T. La traducción literal es "hasta que les cuelgan las cabezas".

¹⁰N. del T. La expresión en alemán propiamente es "casa de caracol" (*Schnecke*).