

# Entrevista a Horst Kächele<sup>1</sup>

*Susana Bidolsky, Norma Slepoy*

*Norma Slepoy:* Sabemos que tanto usted como el Dr. Thomä se dedican desde hace más de veinte años a la investigación en psicoanálisis.

Nos interesaría que nos contara cómo se gestó esta investigación en la Universidad de Ulm.

*Horst Kächele:* No fue una decisión de la Universidad sino del Dr. Thomä. Él fue el primer profesor de psicoterapia designado oficialmente en la Universidad de Ulm y fue suya la decisión de empezar esa investigación. Él había estado un año en Londres analizándose con Balint y fue muy influenciado por sus ideas. Después, cuando regresó a Alemania, estuvo trabajando bajo la dirección de Mitscherlich. Volvió de Londres pensando en la pregunta de Balint acerca de qué pasa con la interpretación que está en la mente del analista y que éste no usa, y formó en Heidelberg un grupo de estudio. Este fue un grupo de estudio muy tradicional; analizaba los protocolos de las sesiones tomados poco después de las mismas buscando encontrar la relación entre la interpretación del analista y la reacción del paciente a esa interpretación, siguiendo trabajos de Susan Isaac de los años treinta.

Como recién mencioné, Thomä había regresado a Ulm como profesor, primer profesor muy importante en psicoterapia; al mismo tiempo era el presidente de la Asociación Psicoanalítica de Ulm.

---

<sup>1</sup> Entrevista concedida a *Psicoanálisis* el 10 de Octubre de 1996, en ocasión de las Jornadas sobre Investigación Empírica en Psicoanálisis celebradas en APdeBA.

Partiendo de este grupo de estudio, Thomä se dio cuenta que sin grabar las sesiones no iban a poder desarrollar el proyecto de investigación. Y hay algo más en la historia, él fue el primer psicoanalista alemán después de la guerra. En 1953 fue al Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Yale en Estados Unidos; allí uno de sus supervisores fue Lorenz Kubie, quien ya en 1952 había sido muy preciso acerca de la necesidad de la investigación en psicoanálisis. Para la supervisión se usaban grabaciones de sesiones, cosa que era muy poco usual en esa época. En el segundo capítulo de su libro, Kubie habla de las grabaciones y de los informes que sus analizandos jóvenes le traían. Hay un punto interesante que quiero relatarles. En una oportunidad, un joven analista dice en la supervisión que el paciente quería que apagara el grabador. Kubie pidió pasar la grabación en la supervisión y se observó que el analista había inducido al paciente, diciéndole: “¿No le parece mejor que apaguemos el grabador?”. Kubie señaló que no era una situación creada por el paciente, sino por el analista. Pienso que éstas fueron las experiencias que permanecieron en la mente de Thomä para que en los años siguientes, cuando volvió a Alemania, continuara con la experiencia de grabar las sesiones.

El trabajo del grupo no fue demasiado exitoso, a pesar de lo cual escribí acerca de la validación de las hipótesis psicoanalíticas. Esta es la prehistoria del desarrollo de estas ideas en Ulm, cuando uno pudo hacer lo que tenía ganas de hacer y pensaba que había que hacer; él fue el primer analista que grabó las sesiones en Alemania en el año 1967.

Hay una contribución específica de la Universidad de Ulm. Ocurre que Ulm empezó como una academia de medicina y luego, un famoso profesor comenzó con lo psicosomático. Fue muy importante fundar la rama de la medicina psicosomática en Alemania. Él fue el responsable de que en la Facultad de Medicina de Ulm se creasen cuatro departamentos; fue quien escribió a Thomä para dirigir el departamento de psicoterapia, un departamento de psicología médica y un departamento de sociología médica. Ulm se transformó entonces, en los comienzos del año 70, en un lugar muy importante donde se subrayaba la importancia de la psicología médica y de todo lo que tuviese que ver con la medicina psicosomática o psicología de la medicina. 1970 es un año muy importante para Alemania en muchos sentidos. Las

compañías de seguros comenzaron a pagar por la psicoterapia psicoanalítica. Además se cambió el curriculum de las facultades de medicina, se incluyó la medicina psicosomática y la psicoterapia médica como elementos básicos en la formación de los médicos. Fue muy importante para Alemania porque estaban los psiquiatras y las escuelas de medicina y en el medio, un campo muy fundamental de medicina psicosomática y psicoterapia médica. Hace dos años fue elevado al rango de especialidad y se llama medicina psicoterapéutica.

*Norma Slepoy:* En este contexto en el que nos ha situado, ¿quiénes han sido los destinatarios de esta investigación?

*Horst Kächele:* La finalidad de una Universidad, en general, es proveer de investigaciones básicas; es proveerlas para que quien las quiera, las tenga. En 1985 apareció nuestro libro de texto, y de ese texto se han vendido 25.000 ejemplares, lo que da la idea del interés que hay por estos materiales. Nuestra investigación es una investigación básica sin ninguna meta específica, pero que agudiza la comprensión del psicoanálisis como una teoría y técnica de tratamiento. La gente describe nuestro libro de texto como el más típico de todos los libros de psicoanálisis. No lo decimos nosotros, lo dicen los que han hecho un análisis o una síntesis del libro en los diarios. El libro le interesa a los trabajadores sociales, a los psicoterapeutas, a los psicoanalistas, a todos los que trabajan en este campo. Hemos tratado de hacernos preguntas abiertas más que encontrar respuestas.

*Norma Slepoy:* ¿Se preguntaron acerca de las diferencias entre la técnica psicoanalítica clásica y otro tipo de técnicas?

*Horst Kächele:* Estudiando las desgrabaciones de las sesiones analíticas de Thomä y de otra gente, descubrimos que hay una amplísima variedad acerca de lo que hacen los analistas en los tratamientos; es una ficción creer que hay una sola técnica psicoanalítica clásica.

*Susana Bidolsky:* En su artículo, el que publicamos en este número de la revista, usted caracteriza la terapia analítica como una terapia focalizada, sin límite de tiempo, con focos cambiantes,

para diferenciarla de las psicoterapias.

*Horst Kächele:* Cuando uno hace investigación empírica hay un nivel en el que se hace observación y otro, teórico, en el que se busca unir la observación empírica con la teoría a través de un modelo. He estudiado los materiales obtenidos de las grabaciones de las sesiones, y me he encontrado con que en cada una hay facetas del tratamiento. Cuando empiezan a mirarse esas facetas del tratamiento desde la teoría, surge una discusión eterna entre el tratamiento en base a lo intuitivo y el tratamiento en base a lo racional; ésa fue la controversia en los años '30 entre Reich y Reik acerca de qué era lo importante, cuáles eran los factores determinantes de la interpretación, si la comprensión racional del material o el sentirlo intuitivamente. Este tipo de discusión se basa en lo que los psicoanalistas, en su mente, piensan acerca de lo que hacen. Lo que nosotros vimos es que nunca estaba basada en lo que realmente ocurría en las sesiones.

Como Uds. saben, Reich en *Análisis del carácter*, puntualizó claramente lo que hay que hacer para obtener determinado resultados; Reik, en cambio, habla más acerca de la sorpresa que impacta afectivamente, tanto al analista como al paciente, donde la interpretación surge como consecuencia de la interacción entre el inconciente de ambos.

Cuando uno estudia los materiales de las sesiones psicoanalíticas, observa que hay gente muy intuitiva que reacciona a lo que va recibiendo—sin memoria, sin deseo inmediato—, y también otra, menos intuitiva, más racional, y una tercera clase absolutamente racional. Lo importante es establecer si lo que pasa dentro de la mente del analista para decir esa interpretación tiene algo que ver con lo que está pasando en la sesión entre analista y paciente.

En la investigación general uno define el campo de observación; la investigación nunca podría abarcar todo lo que ocurre en el espacio terapéutico de la sesión, eso sería imposible. Tampoco el analista puede informar todo lo que está pasando, informa desde un ángulo determinado. No hay un concepto de lo que realmente ocurre, ocurren indefinida cantidad de fenómenos, pero yo voy a acotar qué fenómenos estudiar. He usado 25 años para estudiar 4 casos de análisis muy profundamente —sólo 4— para tratar de entender cuáles son las dimensiones importantes a describir. Para mostrarlo sencillamente: hay un trabajo del Con-

greso de San Francisco que se llama “Psicoanálisis como conversación”; en una conversación común tiene que haber un cierto equilibrio, cuando uno analiza las conversaciones especiales de psicoterapia o psicoanálisis no se encuentra con ese equilibrio sino con una desproporción. En la psicoterapia la desproporción es de 1 a 2 y en psicoanálisis de 1 a 4. Lo que hacemos es contar el número de palabras en forma sencilla pero sistemática, y la proporción en psicoterapia es que el terapeuta habla 1 y el paciente 2 y en psicoanálisis es de 1 a 4.

En forma muy sencilla, en psicoanálisis hay tres tipos de cosas que pasan: o habla el paciente, o habla el analista, o hay silencio; eso es lo que hemos medido y contado; hay un cuarto estadio, que es muy raro, cuando los dos hablan al mismo tiempo, que no debiera existir, pero resulta que se da. Para simplificar el problema dejamos esto afuera –cuando hablan los dos– y estudiamos cuando habla el paciente, cuando habla el terapeuta y cuando hay silencio.

El primer paciente descrito en el libro de texto se llama Amalia. Es un caso clásico, sencillo. El analista habla del 5 al 15% de la totalidad del tiempo en la sesión, en forma constante; el paciente habla entre el 85 y el 95% del tiempo de la sesión, y el resto es silencio. Si uno observa un proceso psicoanalítico muy difícil, ve que el analista se transforma en alguien muy activo; si uno mira centenares de sesiones –que es lo que nosotros hacemos–, encuentra una correlación entre lo que se llama resistencia y el aumento de la actividad del analista. Entonces, se sabe quién produce qué, fue así que nos encontramos con la longitud de la intervención del analista: el “humm” es la intervención más común del analista. Tomamos 15.000 intervenciones del analista en un análisis. Es una distribución de frecuencias: cuanto más clásico es el análisis, más cortas son las intervenciones del analista y muy poquitas son largas. Cuando el analista se encuentra en problemas, interviene mucho más. Se puede, entonces, comparar los análisis de los candidatos con los análisis de la gente de más experiencia.

También basamos nuestra investigación en lo que nos aporta el clínico, el psicoanalista clínico; si piensa que es una buena sesión o una mala sesión. Todos los estudios los hacemos después que se ha terminado el análisis y preferimos tener la opinión del analista. No tenemos nada definido, es una suerte de microscopio puesto en

la sesión para tratar de llegar a saber cómo funciona el proceso psicoanalítico.

Otro ítem que hemos estudiado es el uso de pronombres personales en relación con cercanías y distancias. No trabajamos con varios ítems de datos, sino que trabajamos con uno y cuando terminamos de estudiar ése, aplicamos otro. Por ejemplo, en el paciente Cristian tenemos un período de sesiones en que el analista dice: “Este es un período de transferencia postlibidinal positiva”, y otro grupo de sesiones donde el analista dice: “Este es un período de transferencia negativa”.

*Susana Bidolsky:* Es decir que la transferencia es uno de los ítems que tuvieron en cuenta al investigar. ¿Hicieron alguna observación en relación a los períodos de transferencia positiva o negativa?

*Horst Kächele:* Sí. Detectamos que en el período en el que había transferencia positiva, el analista usaba el “yo” muchísimas veces; en cambio, cuando estaban en el período de transferencia negativa, el analista usaba el “usted”.

*Susana Bidolsky:* El ítem que buscaban era de tipo lingüístico.

*Horst Kächele:* Claro, hemos usado solamente elementos de la lengua porque ésa es la forma más fácil de tener una noción de qué es lo que está pasando en el proceso. Freud dijo en 1917 que no hay nada más que el intercambio de palabras. Yo sé que eso no es cierto, que hay mucho más... Si tuviera mucho dinero podría usar espectrómetros de sonido, y a través de la medición de un tipo de sonido saber cuál es la transferencia positiva o negativa.

No estamos solos en este mundo, la persona que ha hecho más trabajos para tratar de medir la transferencia fue Lester Luborsky. El ha desarrollado un método para descubrir ciertas estructuras en el habla del paciente. En cualquier diálogo psicoanalítico o terapéutico, en toda relación psicoterapéutica hay un paciente que cuenta algo de lo que ocurre afuera de la sesión. Se establece la relación entre terapeuta y paciente y luego aparece la narración de estos episodios que duran 5 o 6 minutos. Esto pasa en todas partes. Cuando un paciente habla con su terapeuta hay momentos en que le relata cosas que ocurren afuera; la cantidad de narra-

ción de episodios de este tipo depende de la patología del paciente. A lo largo del desarrollo del tratamiento hay momentos en que hay más cantidad y momentos en que hay mucho menos. Luborsky ha demostrado, y nosotros hemos repetido y también demostrado, que siempre que se dan estos episodios hay una secuencia: primero hay un deseo, “yo quiero su admiración o su atención”; segundo, “estoy muy triste si soy rechazado”. Cuando el deseo tiene una respuesta del objeto, hay deseo, respuesta del objeto y respuesta del self. Esa es una estructura universal que se da en todas las situaciones terapéuticas. Hay 15 tipos de relaciones en ese tipo de episodios. Para estudiar mayor cantidad de espectros se necesita mayor cantidad de sesiones, tomar todas esas situaciones y buscar cuál es el deseo más frecuente, cuál es la respuesta del objeto más frecuente y cuál es la respuesta del self más frecuente.

*Susana Bidolsky:* El analista responde con una interpretación, y Uds. han estudiado cómo la recibe el paciente.

*Horst Kächele:* Sí. En este tipo de investigación hay que tratar de ser lo más ingenuo posible. Entrenamos a los estudiantes de distinto tipo para mirar desde el punto de vista del paciente la respuesta. En Ulm hemos demostrado, tomando 29 sesiones de un paciente, que hay 365 episodios de ese tipo. Un médico dedicó un año para tratar de clasificar estas sesiones y encontramos 4 transferencias, núcleos de relación transferencial. Como en la clínica, vemos transferencias paternas, transferencias maternas; este método logra tocar apenas el complejo problema de la transferencia, no de todas las transferencias, sino de un aspecto apenas de la transferencia. En el desarrollo del tratamiento uno puede observar que hay un cambio en este grupo de episodios.

Y ahora voy a saltar al primer modelo, que está sostenido, formado, por una cantidad enorme de discusiones teóricas, desde la investigación general de psicoterapia, de psicoanálisis, y de las observaciones sistemáticas. Hemos creado un modelo que dice que el proceso analítico es un proceso por el cual un foco sigue a otro foco, sin que esto esté organizado activamente por parte del analista; esto ocurre. En el primer año trabajamos un punto, por ejemplo, dependencia en la transferencia. Todo aquello que hace al establecimiento de la relación sería el primer foco; si esto se

elabora, se abre una segunda faceta del trabajo del psicoanalista. Pensamos que el curso real del análisis está determinado por dos personas, por lo menos dos. El curso de un tratamiento en Brasil puede llevar 9 o 10 años y en Alemania 3, pero la cuestión es qué tópicos aparecen y cuándo, y cuántos tópicos serán parte del análisis. Esto es un producto de la relación conjunta del paciente con el analista y está demostrado en todos los re-análisis; uno va a lo de otro analista y entre los dos se pueden descubrir nuevos campos y nuevos elementos diferentes.

*Norma Slepoy:* Hasta ahora se ha extendido sobre el estudio de las sesiones, queríamos preguntarle acerca de la investigación que se basa en la distribución de respuestas a los cuestionarios. Esta investigación apela al conocimiento conciente que el sujeto tiene de sí, ¿cómo evalúan la distorsión defensiva implícita en las respuestas?

*Horst Kächele:* Tengo que explicar un poquito la metodología de la investigación. Si uno tiene sólo un caso, puede estudiar las desgrabaciones de 20 años, por ejemplo. Si uno quiere estudiar un grupo más amplio, 10, 20, 50, o 100 pacientes, ¿qué es lo que uno puede hacer?: preguntamos a la gente. No tomamos esto como algo absolutamente válido. Los cuestionarios tienen sentido si uno tiene un ejemplo normativo con el cual compararlo. Las respuestas individuales solamente pueden tener sentido si se comparan con el ejemplo de un sano. La perspectiva de la investigación no tiene que ver con conciente-inconciente, sino con la comparación con un modelo. Cuanto más amplio es el número de pacientes que uno tiene, mejor se puede comparar el modelo de los pacientes o las respuestas de los pacientes con el modelo normativo.

*Susana Bidolsky:* ¿Cómo construyeron el modelo normativo?

*Horst Kächele:* Es un cuestionario base como el que sabemos que distribuyó el Dr. Lancelle aquí. Tenemos muchos cuestionarios normativos según lo que queramos estudiar. Son bases de datos con distintas variantes. Por ejemplo: uno es un cuestionario de síntomas, otro es un cuestionario de personalidad, un tercero es un cuestionario de la valoración que tiene la gente sobre sí misma.

*Susana Bidolsky:* ¿Cómo se construyó el primer modelo?

*Horst Kächele:* En Alemania –por ejemplo– tenemos un instrumento desarrollado por un psicoanalista y un psicometrista; el psicometrista le pregunta a los analistas: “¿cómo describe usted una personalidad fálica?”, y en base a eso construimos a posteriori el cuestionario. Cada cuestionario se basa en una teoría que depende de lo que el analista o los analistas consideran acerca de esa cuestión. Luego hay que validar ese cuestionario. En el caso del cuestionario alemán, se evaluó el nivel de validez de la relación entre el tamaño del coche y la personalidad fálica. Eso fue hecho en Guissen, en la Facultad de Psicoterapia. Toda la gente del departamento llenó el cuestionario y luego fueron a ver qué coche tenía cada uno; había una correlación del 80%, lo cual es muy impresionante. Así se construye el cuestionario según qué es lo que se busca. El problema es un problema de validación, cuán válido es este cuestionario para determinado aspecto de la personalidad.

*Norma Slepoy:* Si se trata de evaluar resultados terapéuticos con este tipo de investigación en donde interviene la comparación con la norma, ¿no le parece que podría suscitar la crítica de ser una evaluación inspirada en fines adaptativos, de ajuste del paciente a la norma?

*Horst Kächele:* Nadie puede contestar eso en este mundo. Otto Kernberg, en la Menninger, trató de diferenciar entre cambio de los síntomas y cambio de la personalidad. En teoría, nosotros tenemos en cuenta dos dimensiones, la sintomática y la de la personalidad. Para ver cambios de personalidad traté de medir patrones de defensa y no resultó.

La cuestión básica es: ¿estamos viviendo como psicoanalistas en una especie de país de cuentos de hadas? Hablamos de cambios de las estructuras todo el tiempo y eso es muy difícil e inasible. Uno de los problemas más difíciles es medir los cambios de estructura, a diferencia de los cambios de los síntomas. En el multicéntrico se usa algo que se llama *Cambios de la personalidad* según Freiburg –que es una ciudad alemana–. Este fue un test que se desarrolló, no para medir cambios de la personalidad, sino el desarrollo de las tendencias de personalidades estables. Si

uno hace psicoterapias de corta duración este test no da cambios, esperamos lograr desarrollar un instrumento que permita medir los cambios reales de la personalidad. En este momento tenemos buenas ideas acerca de patrones de cambio después de 25 sesiones, después de 50 sesiones y después de 100 sesiones, y llegamos a conclusiones acerca de qué tipo de síntomas llevan cuánto tiempo en un proceso psicoterapéutico. No tenemos datos acerca de cambios en el tratamiento psicoanalítico y por eso estamos buscando; el multicéntrico busca detectar ese tipo de cambios.

*Norma Slepoy:* ¿Serán mensurables? ¿No será una dificultad inherente al método de investigación el proponerse medirlos?

*Horst Kächele:* Puede ser, pero en ese caso nosotros como clínicos, estaríamos en un problema. Si no fueran mensurables, estaríamos hablando de un concepto tan en el aire como el éter en la última centuria, cuando el aire era algo no estudiable y no medible. Considero que todo tiene que llegar a poder estudiarse por medio de cuestionarios. Soy muy optimista.

El estudio de Menninger trajo muchas sorpresas al modelo clásico tradicional; surgía claramente que la dimensión de apoyo era tanto más importante cuanto más enfermo era el paciente. Claro, uno puede decir: “lo sabemos desde hace mucho”. Pero hay más, por ejemplo Sidney Blake, un psicoanalista de la Universidad de Yale, ha identificado dos dimensiones de la personalidad que para el estudio de la Menninger dio resultados muy interesantes. Hay pacientes con un modo de pensar introyectivo y pacientes con una forma de pensar anaclítica. En el estudio de la Menninger los pacientes que tenían un modelo introyectivo eran mejores en el curso de un psicoanálisis que los pacientes que tenían una forma de pensar anaclítica; estos últimos se desarrollaban mucho mejor en psicoterapia que en psicoanálisis.

*Susana Bidolsky:* ¿Qué caracteriza al modo de pensar anaclítico?

*Horst Kächele:* En la forma de pensar anaclítica es importante la presencia real del objeto en la relación interpersonal.

*Norma Slepoy:* Se refirió repetidamente a psicoterapia y psicoanálisis, ¿cuál es para usted la diferencia entre ambos?

*Horst Kächele:* Voy a darles mi respuesta favorita, que resulta de mi experiencia en investigación por muchos años. Esta diferenciación no ayuda empíricamente y tiene muy poco futuro el uso de un modelo categórico como lo usa Kernberg. El habla de psicoterapia de apoyo, psicoterapia expresiva y la psicoterapia con propósito psicoanalítico. En mi experiencia, ésta no es una división que se pueda demostrar en forma empírica. Yo prefiero un modelo dimensional: una dimensión de apoyo –cada sesión necesita un apoyo menor o mayor–, cada sesión tiene más o menos trabajo expresivo de los conflictos, y para mí la sesión se hace psicoanalítica según el foco que se ponga en la transferencia. Yo pienso que es mejor decir “esta sesión tiene un alto valor transferencial” y entonces no se necesita el apoyo, porque ya está dado por la relación transferencial, no hay que sostener al paciente todo el tiempo. Con lo expresivo, depende. Hay sesiones con más expresividad. Están siempre presentes las tres dimensiones en toda terapia y depende del mayor nivel de transferencia que sea más analítica o no.

Si me preguntan qué es psicoanálisis, diría que es alto nivel de transferencia, alto nivel de expresión y lo apoyador de la situación depende del caso, pero tiende a ser menor. Esta es la idea básica de nuestro libro. Yo tengo una teoría unificada de las distintas terapias psicoanalíticas y me baso en esto, no importa cuántas sesiones semanales tenga el paciente sino cómo es este tipo de dimensionalidad.

*Norma Slepoy:* Pasando a otro tema, sabemos que los tratamientos en Alemania están financiados por el seguro social, ¿qué implicancias tiene este financiamiento externo en los tratamientos?

*Horst Kächele:* Siempre hay influencias, es imposible evitarlo. La mayor influencia está dada por el analista –como lo que describí al comienzo, en el ejemplo de la supervisión de Kubie. Si uno es profesor en Alemania, no se tiene que ocupar del dinero. Mi esposa es analista en práctica privada y entonces ella se preocupa acerca del seguro social y de los pagos. Como somos

analistas, tenemos que saber de todas las cosas; pueden ser tópicos o elementos de la transferencia, de la resistencia. Para los candidatos que están en formación es un problema, porque después de 300 horas se acabó el pago y ellos tienen que hacer una transición al pago personal.

Nosotros no hemos investigado esto, pero la Asociación Psicoanalítica Alemana ha hecho una revisión en todos los institutos. Han encontrado que el seguro es un factor importante para los candidatos, en dos sentidos: primero, porque les aporta pacientes que de otro modo no concurrirían –nadie podría pagar–, pero después de algunas horas se acabó. Abre el campo, pero luego genera una terminación; todos los años tenemos 30.000 tratamientos que comienzan en Alemania; solamente un tercio de esos 30.000 tratamientos pasan las 300 horas. Es un tratamiento que ayuda mucho a mucha gente, pero no por mucho tiempo; no es demasiado profundo, no más allá de lo que cubre el seguro.

*Norma Slepoy:* La última pregunta, ¿qué espera de estas jornadas en APdeBA?

*Horst Kächele:* Tengo un sueño, como Martín Luther King. La mayor parte de los analistas no se dan cuenta qué crítico está el mundo acerca del psicoanálisis, a lo mejor surge que el psicoanálisis no es tan convincente a la larga. No espero que cada analista se transforme en un investigador, pero espero que cada analista, cada miembro de nuestra sociedad, tenga una sesión por año de sistemática investigación en psicoanálisis.

*Susana Bidolsky:* Muchas gracias, Dr. Kächele, en nombre de los lectores de *Psicoanálisis*.

ENTREVISTA

Descriptores: Entrevista. Investigación. Proceso psicoanalítico. Psicoanálisis. Sesión psicoanalítica.

*Horst Kächele*  
Department of psychotherapy  
Ulm University  
Am Hochsträss 8  
89081 Ulm, Germany