

El psicoanálisis y la investigación en escorzo

desde una perspectiva clínica

Guillermo Lancelle

NOTA PRELIMINAR

- * La investigación es una de las maneras, específicamente organizada, con que se intenta cumplir un propósito general: el de presentar los argumentos en la forma más clara posible y de ofrecer pruebas que los sustentan. El campo de la investigación, cualesquiera sean sus resultados en sentido estricto, tiene una función formativa: nos habitúa a diferenciar y enunciar ordenadamente los fenómenos, los supuestos y las hipótesis y a ocuparnos de fundamentar lo que decimos.
- ** Por sentido común, en psicoanálisis la investigación no es todo ni tampoco es nada. Es, como tantas cosas, algo relativamente importante. En otras palabras, concuerdo con la opinión de Stoller (1979): *“...en la medida en que nuestros datos no sean accesibles, nuestras conclusiones no podrán ser verificadas por nadie. Eso no significa que los analistas no puedan hacer ningún descubrimiento, el método científico es sólo un camino... Pero sí significa que el proceso de verificación es muy inseguro. (...) Temo que no podremos ser tomados muy en serio mientras no presentemos nuestro trabajo de manera más clara.”* Huelga decir que esto ya sucede.
- *** Como psicoanalista, entiendo que el saber analítico se profundiza atendiendo pacientes y que el conocimiento teórico acompaña. Las teorías no interesan más que las

personas, pero tomarlas en serio es considerarlas, nada más ni nada menos, que como teorías. Ello obliga a un trabajo. Su complicada relación con la práctica nunca será descifrada ni resuelta mediante el dogmatismo de escuelas. De la pugna entre éstas surgen partidarios, pero no razonamientos. Los defectos del psicoanálisis en conceptualizar y el afán de entendernos entre colegas, tratando con argumentos y fundamentaciones, despertaron mi interés por la investigación psicoanalítica.

En estos últimos años la Asociación Psicoanalítica Internacional ha tomado parte activa en la investigación en psicoanálisis¹. Los cuatro últimos presidentes (R. Wallerstein, J. Sandler, R. H. Etchegoyen, O. Kernberg) deben ser reconocidos como activos promotores de la iniciativa. En los Congresos Internacionales, a partir de 1983, hay un panel sobre investigación (reunión especial de media jornada); desde 1991 se realizan conferencias anuales de tres días en Londres y desde 1995 se desarrolla un programa intensivo de entrenamiento en investigación empírica para miembros de todo el mundo. Y en este orden de cosas, no sería extraño que en tiempos cercanos la A.P.I. creara un fondo para financiar

¹ Entre psicoanalistas suele utilizarse el término investigación para referirse a cosas que nada tienen que ver entre sí o para designar actividades diferentes (estudios epistemológicos, búsquedas y rastreos bibliográficos, indagación del inconciente, grupos de estudio, ensayos teóricos, etc.). *El objeto de estudio de la investigación psicoanalítica son los tratamientos analíticos y no la investigación de pacientes, como hace el clínico.* En este trabajo llamo “investigación” (research, re-search: re-búsqueda) a lo que en general se entiende como *investigación científica*. Esta tiene un denominador común para todas las ciencias: una metodología explícita; las hipótesis a estudiar claramente formuladas y los supuestos de los que se parte; la publicidad y disponibilidad del material o los datos con los que se trabaja –por ello es EMPIRICA, cosa muy distinta a “experimental”–; la “confiabilidad” de los instrumentos que se utilizan, el procesamiento de los datos, etc. Esto es común a la astrofísica, las disciplinas sociales, la biología o la historia, la psicología y el psicoanálisis. A partir de ahí adquiere las formas particulares que cada disciplina requiere. En psicoanálisis tiene requerimientos que la dotan de un perfil propio. A partir de entonces se puede hablar de “investigación psicoanalítica” propiamente dicha, que es a la que en este trabajo me refiero, en cualquiera de las modalidades existentes. (Un interrogante corriente es cómo puede ensamblarse la subjetividad, inherente al análisis, con las exigencias de la tradición científica. Para ser científica y psicoanalítica, la investigación debe ser simultáneamente fiel a la alta complejidad y subjetividad de los datos del consultorio analítico y a los llamados cánones objetivos de la inquisición científica. (Para mayor aclaración ver “nota al pie” (nº 3) de la pág. 5).

algunas investigaciones de psicoanalistas cuyos proyectos fueran seleccionados a tal efecto.

Estos emprendimientos no fueron acometidos en el vacío. Los cimientos estaban sentados con anterioridad. Desde la década del cincuenta surgieron, en distintos sitios, grupos de psicoanalistas que se abocaron a actividades de investigación. Una sinopsis sobre esa investigación analítica fue publicada en 1971 (Wallerstein y Samson). El hecho es que en 1991, cuando la I.P.A. funda oficialmente una Sección de Investigación, funcionaban varios centros (de analistas o que incluían analistas) que habían encontrado eco, interés y apoyo en universidades e instituciones científicas u hospitalarias de Europa y Norteamérica. Esta larga marcha al margen del psicoanálisis institucionalizado, en sólo ocho años (entre 1983 y 1991), evolucionó rápidamente a un reconocimiento testimoniado en una *estructura* (el Comité de Investigación de I.P.A.), con *funciones*, y con *recursos*.

“¿Para qué necesita ahora la Asociación Psicoanalítica Internacional la investigación empírica que trabaja con métodos modernos, después de haberla rechazado durante largo tiempo?” (Meyer, A., 1990)². Pregunta a la que añadiría otra: ¿esta iniciativa de la A.P.I., responde y encuentra eco en la apreciación de la comunidad psicoanalítica internacional?

Los actuales sistemas de prestaciones en el ámbito de la salud han alcanzado a la práctica analítica en todas las latitudes. Es lógico que la A.P.I., con la investigación empírica de resultados y procesos que está promoviendo, busque tender puentes que puedan ayudar a persuadir a los sistemas de salud de la relevancia de la psicoterapia psicoanalítica en general y de la justificación, en muchos casos, de invertir en terapias analíticas prolongadas.

El propósito es loable y legítimo; es muy probable que muchos lo compartan. Sin embargo, la clase de adhesión que la emergencia sabe concitar, es sospechosa de oportunista y superficial. En tal caso activará la ambivalencia..... porque “la necesidad tiene cara de hereje”. La cuestión está, en ser capaces, como se decía antes, “de hacer de necesidad virtud”. Una tal brecha no se cubre de repente y porque sí. No es dilucidar un punto aislado, por importante que fuera. *La investigación analítica forma parte de un conjunto de temas relacionados cuya consideración es,*

² Citado por Kächele, H. (1991)

a mi parecer, la cuestión de fondo del psicoanálisis actual.

Por consiguiente, espero que este artículo pueda contribuir positivamente a la discusión de dicha cuestión de fondo, la cual va a llevar cierto tiempo y demandar un verdadero trabajo de elaboración.

La situación actual, a mi parecer, puede ser resumida en los siguientes puntos que luego ampliaré: 1) Por mucho que merezca hacerse por el ejercicio profesional, antes que ello y sobre todo, la investigación es importante para el psicoanálisis como ciencia. 2) Hace tiempo están a la vista las consecuencias de un psicoanálisis sin investigación; esto es, aislado de la comunidad científica y desprovisto de la sistematización y las metodologías que demandan el “status” presente de las ciencias psicosociales. 3) Buena parte de los analistas tienen ideas precarias o erróneas de la investigación o la desconocen en absoluto. 4) El rechazo de la investigación es parte del fenómeno de apartamiento de la realidad; de desconsideración por los métodos y enfoques característicos de las mismas ciencias con las que se aspira a contribuir; de descuido de los intereses del psicoanálisis por la cultura, la sociedad y comunidades tales como universidades, la profesión médica, entidades científicas y otros. 5) A causa del desconocimiento, la actividad investigativa es privada de la potencial contribución que tantos colegas podrían prestar, con sus objeciones y juicios fundados en conocimiento de causa. Este tipo de aportaciones proviene principalmente de analistas integrados (o cercanos) a la investigación.

I. a. UN BREVE REPASO HISTORICO

Para ubicarnos correctamente en el marco de sus antecedentes, pueden tenerse en cuenta dos cosas. Por una parte, que la investigación no es una intrusa, de viejo ni nuevo cuño, en el campo psicoanalítico. Forma parte nuclear de su historia. No hace falta redundar en las insistentes referencias de Freud en cuanto a su función y necesidad, ya que son referencias que todo analista conoce (por ej. Freud 1927, pág. 238; 1933, pág. 142). Si se quiere, basta recordar que la clínica fue la base empírica sobre la cual Freud se apoyó tanto para construir teorías y delinear prescripciones técnicas como para cambiar o modificar unas u

otras, toda vez que se lo exigía la contrastación con hechos o datos nuevos. Hace un siglo Freud operaba con una modalidad científica, incluso según los cánones actuales, al someter sus teorías a la prueba de falsación, mucho antes que fuera enunciada como tal. De tal manera dotó al psicoanálisis de un innato potencial evolutivo; no mantuvo inmodificada sus teorías, al modo como las “escuelas” de hoy mantienen las propias.

Por otra parte, dicha tradición no fue continuada. Por mucho tiempo, Freud fue el primer investigador en psicoanálisis, pero también el único. En el ínterin han surgido obstáculos que tornaron inaplicables y dejaron en el abandono sus previsiones sobre la complementación y el equilibrio entre terapia e investigación, y la distinción entre ambas. Una de las principales razones es que la postulación de su principio de “unión inseparable entre terapia e investigación” (1927), no puede ser mantenida en su forma original. “El creía que sus reglas estrictas e imparciales de investigación clínica y tratamiento creaban las mejores condiciones científicas... Hoy en día sabemos que la realización de esta unión inseparable entre curar e investigar exige bastante más que dejar de lado la simple sugestión o seguir reglas standardizadas de tratamiento” (Thomä y Kächele, 1989). Eso malogró buena parte de muchos y grandes esfuerzos de conceptualización por un lado, y por otro dio origen a malos entendidos³ que infiltran y malogran, a mi juicio, muchas discusiones actuales.

I. b. PROBLEMAS DEL DESARROLLO

Es innegable que el psicoanálisis ha sido fecundo en generar teorías de todo tipo y nivel (metapsicológicas, clínicas, del desarrollo primitivo, técnicas, etc.). Además, existen valiosas corrientes de pensamiento y gran cantidad de aportes creativos en el

³ En la conocida argumentación siguiente se encuentra un ejemplo de malentendido: dado que el procedimiento analítico entraña una indagación de aspectos psicológicos desconocidos (inconcientes) del paciente y, a la vez, las respuestas de éste a las interpretaciones es criterio universalmente aceptado y aplicado en el trabajo clínico, de ahí se concluye que la investigación y la terapia son lo mismo. Consecuente con tal creencia, el psicoanalista haría investigación científica mientras hace terapia. Más aún, llega a decirse que ésa es la única investigación analíticamente válida y que cualquier otro modo de hacerlo es improcedente y erróneo, por confundir al análisis con ciencia natural. (sic)

análisis clínico y en el psicoanálisis aplicado que evidencian una formidable fuerza, que actúa en el campo teórico y cultural y se extiende a disciplinas que incorporan estos aportes.

Durante un largo período este progreso ha tenido lugar, sin prestar mayor atención a las exigencias del “status” científico y ninguna a la investigación científica.

No puede decirse que tal progreso se haya estancado. Por el contrario, en las últimas décadas hubo contribuciones teóricas de muy diversa índole, algunas sólidas y significativas. Tampoco hay señales de que tal actividad no continuará. En efecto, los analistas siguen tratando pacientes mediante el método analítico. Unos, además, siguen haciendo descubrimientos, publicando, creando conceptos y teorías. Otros se conforman con disponer de alguna teoría (o esquema referencial) que les resulta útil para trabajar.

Si esto ha sido así hasta ahora, es lógico preguntarse por qué no continuar igual. No hay duda que se podría seguir así.⁴ Sin embargo, estimo que la crisis actual por la que atraviesa el psicoanálisis en todo el mundo nos está dando la oportunidad, y ha creado la necesidad, de plantear opciones válidas y concientes acerca del camino a seguir. Por mucho que tenga de venturoso el análisis en los últimos decenios, y sin perjuicio de ello, sería suicida proseguir desatendiendo las dificultades.

La existencia de múltiples e importantes problemas es innegable. Diversos aspectos de la construcción teórica del análisis son criticados desde fuera y desde dentro del campo analítico. Numerosísimos autores señalan que el análisis tiene insuficiencias como actividad teórica. “El psicoanálisis se encuentra desde largo tiempo –dice A. Freud (1972)– en una situación revolucionaria y casi anárquica. Casi no hay concepto teórico o técnico que no sea atacado por uno u otro autor... Se pierde así una condición “sine qua non” en la esfera del psicoanálisis: la unidad esencial entre pensamiento clínico y teórico (1972)”. Hay una extensa y bien fundada bibliografía que habla, para decirlo genéricamente,

⁴ Incluso algunos sugieren seguir igual porque temen que la pretensión de mejor sistematización y rigor científico, ponga en peligro (¿por desacostumbrada?) el “spirit” del análisis, por lo que –según dicen– “es indispensable vigilar la preservación de lo que es específico del psicoanálisis”, sic. (Green 1996). Como tengo la seguridad de que la base del psicoanálisis es consistente y fuerte, no puedo entender ese tipo de temores, que sí cabe albergar frente a lo que es inconsistente y endeble.

de *la crisis de la teoría* (Gitelson, 1964; Joseph y Widlöcher, 1983). Esta comprende cuestiones tales como la fragmentación del conocimiento; la proliferación de teorías “incommensurables” (Lalande, 1963; Khun, 1972) entre sí⁵; la falta de parámetros o criterios compartidos según los cuales pueda evaluarse, o al menos discutirse, la mayor o menor relevancia de unos puntos de vista en relación con otros, etc. En tal sentido, por ejemplo, es evidente que los procedimientos de validación utilizados en la sesión y el tipo de prueba que proporcionan, la reflexión sobre el material clínico o su revisión (supervisión en cualquiera de sus formas), aunque legítimos en el trabajo con el paciente, no sirven para conformar criterios o arribar a conclusiones compartidas por la comunidad analítica.

Aunque otras ciencias tienen sus aspectos intrínsecos en discusión, en la nuestra hay un defecto procesal típico: la falta de sistematización en la “acumulación de impresiones” y del cumplimiento de las reglas de la conceptualización. En virtud de las dificultades que se nos pueden presentar, ¿debe renunciarse a la consolidación del carácter científico de nuestro conocimiento y, concretamente, a subsanar sus deficiencias?

A mi modo de ver conviene ser lúcidamente perceptivo de tal creciente cúmulo de problemas irresueltos, cuya existencia hay que admitir y que no se los puede atribuir siempre y solamente a “la intimidad y complejidad de la situación analítica, fuente principal de nuestros datos” (Goldberg, A. 1980). Mal puede decirse que lo que afecta al psicoanálisis actual se debe al exceso de sistematización y método en la actividad teórica. Al contrario. Son, en buena parte, el precio o la consecuencia de su falta.

Estas consecuencias tienen, a su vez, consecuencias secundarias para las sociedades, la formación y las actitudes y costumbres analíticas. Por ejemplo, cuando se quiere eludir la existencia de contradicciones –en lugar de reconocerlas como un hecho cierto, afrontable y necesario de tomar en cuenta– se las “conjura” invocando a Freud. La misma invocación demuestra que,

⁵ La pluralidad y diversidad de teorías no es un mal dato, por supuesto, si no fuera por los interrogantes sin respuesta que suscita. Muchas veces, múltiples teorías no solamente son contrapuestas o contradictorias entre sí, sino que también resultan “incommensurables” (sin medida común), por lo cual no admiten metodología alguna con la cual poder dirimir cuestiones.

sosteniendo los mismos supuestos psicoanalíticos básicos (transferencia, resistencia, procesos inconcientes, complejo de Edipo, etc.) y usando el mismo método analítico, se llegan a posiciones muy diferentes acerca de la teoría y la terapia. A su vez, “la identidad así amenazada, tiene su contrapartida en ‘la ortodoxia analítica’. Esta última es entendible como expresión de preocupación frente a lo esencial del psicoanálisis; pero como modo cierto de solucionar conflictos, es tan inapropiada como cualquier forma de reacción neurótica. De hecho, *rigidez y anarquía*⁶ se refuerzan mutuamente” (Thomä y Kächele, 1989, p.14).

La experiencia demuestra que la rigidez y la anarquía se alternan o conjugan con frecuencia en la caracterización de la formación, del clima de las sociedades y, actualmente, del ejercicio profesional. Ha sido señalado en numerosas conferencias didácticas, por ejemplo, que la formación analítica a veces fomenta actitudes conformistas, acrílicas y sumisas, donde el cuestionamiento que es propio de la universidad o la academia – la inquisición científica (scientific inquiry)– no es tolerada sino entendida como falta de convicción o de “pensamiento analítico”.

Respecto a la profesión, los analistas encuentran dificultades que no provienen sólo del contexto sociocultural y económico, sino de falencias propias que se conjugan en ese contexto. Los psicoanalistas creíamos que no había que dar explicación ni cuenta de nada. Hasta no hace mucho solía interpretarse todo cuestionamiento (sea epistemológico, metodológico, filosófico o simple duda), incluso toda dificultad de tiempo o dinero invocada por pacientes (!!), como “productos de la resistencia”, de falta de convicción en “la existencia del inconciente”.(sic) Por supuesto que el psicoanálisis no puede renunciar al derecho ni a la libertad intelectual de estudiar la sociedad y ser crítico de la cultura desde su perspectiva específica; pero esto parece haber sido interpretado como una condición de extraterritorialidad y superioridad, y asumido con las correspondientes actitudes de soberbia que, además de intolerables, son la absurda negación de formar parte de la cultura.

En torno a este evidentemente complejo y postergado manejo de cuestiones relacionadas –entre las que está la investigación–, cabe suponer que se prepara un próximo gran debate del

⁶ El destacado es mío.

psicoanálisis que, en varios sentidos, puede definir su futuro.

No estoy diciendo que la investigación ha de dirimir todas estas cuestiones, aunque ocupe un sitio importante en el mencionado debate. Lo que sí puede afirmarse, es que implica un cambio de actitud y perspectiva y que ello es lo que ha de jugar un rol protagónico en la crisis.

Por lo demás, la discusión sobre investigación hoy en día debiera ser planteada en términos actuales y concretos, teniendo conjuntamente en cuenta y cotejando las realidades propias del psicoanálisis, como los de la investigación especializada. En vista de sus estrategias, metodologías, instrumentos y resultados, podremos evaluar críticamente su significación para el análisis y precisar su plausibilidad. Es ocioso insistir con suposiciones generales, cuando hay elementos de juicios definidos para discutir y para formular cuestionamientos específicos y necesarios para la dilucidación útil de los problemas.

I. c. PARADIGMA DE LA INVESTIGACION PSICOANALITICA

I.c.1 Investigar qué y dónde

Nuestra principal fuente de conocimientos es la situación analítica. El analista crea la situación cumpliendo ciertas reglas y se ejercita en la técnica y el arte de preservarla y de promover el proceso terapéutico. Solamente allí surgen la experiencia de tratar cada paciente, el conocimiento acerca de él y de su relación con el analista (díada).

Este conocimiento, específico de la díada paciente-analista, es diferente del tipo de conocimiento resultante de “impresiones acumuladas”, las cuales, transformadas en enunciados generales, son las teorías psicoanalíticas. (Thomä and Kächele, 1989).

El doble hecho de que la situación analítica es la *fente* de dicho conocimiento y, a la vez, su *campo de aplicación*, determina que la relación entre práctica y teoría sea de extrema complejidad. La ignorancia de tal complejidad, como sucede en el “análisis silvestre”, conduce a versiones pueriles y prácticas erróneas en el uso y aplicación de teorías en el campo clínico.

La aplicación correcta, en cambio, se vehiculiza por la *interacción personal paciente-analista, la cual implica complejos*

procesos cognitivos y emocionales que sólo en parte conocemos. Estos procesos también incluyen esa suerte de implícita elección y “verificación” de teorías que lleva a cabo el analista cuando las aplica en su trabajo con el paciente (sea en su comprensión clínica o en su desempeño técnico).

Uno de los grandes interrogantes de siempre es *cómo llegan las proposiciones a ser consideradas verdaderas* en psicoanálisis. Hay medios o procedimientos pragmáticos (previos a todo examen o deliberación), a través de los cuales el analista adopta una teoría en lugar de otras, construye interpretaciones y las formula en sesión, y el paciente las reconoce como ciertas o como erróneas. Es claro que estos procedimientos no son sólo ni principalmente cognitivos. Más bien sería un entrelazamiento artesanal de diferentes maniobras el que se emplea en estos espontáneos procedimientos de “validación”. Nociones de diversos autores tales como: modelo de trabajo, miniteorías, minimodelos, conceptos implícitos, teoría particular, etc., ciertamente están relacionados con esas “maniobras artesanales” a las que me refiero. El hecho singular y distintivo de la existencia de un *saber cómo* (“know how”) hacer en la práctica con el paciente, saber que desborda el conocimiento teórico y técnico del analista, es el área cuya investigación, más que ninguna otra, puede nutrir el futuro desarrollo del psicoanálisis.

En otras palabras, el campo de analista y paciente trabajando es donde, propiamente, tales procesos pueden ser mejor y exhaustivamente estudiados.

I.c.2. Modo de inserción de la investigación en el razonamiento clínico

Al ser la clínica, por excelencia, la fuente del material a investigar, la adecuación a dicha fuente (datos provenientes de la clínica, como el conocimiento del paciente y de la diada terapéutica paciente-analista) es una condición absoluta desde que, en psicoanálisis, la investigación no es experimental ni puede serlo.⁷

La tarea fundamental del psicoanálisis es la atención de pacientes. A su vez, la tarea con pacientes origina *otra tarea, fuera de sesión*, que tiene por objeto a los conocimientos generales (psicogénesis, teoría clínica y psicopatológica, teoría de la

técnica, de la acción terapéutica, etc., etc.). Esta otra tarea puede realizarse en dos direcciones: 1) una va de lo general hacia el paciente; 2) la otra desde el paciente hacia lo general. La primera dirección (hacia el paciente), es la más usual y consiste en el uso de conocimientos generales, en la medida que sean útiles para entender mejor a un paciente o bien para resolver determinados problemas que él suscita. Para el analista experimentado esta labor no tiene secretos; es la que diariamente lleva a cabo, mayormente en forma rápida e intuitiva.

La otra dirección, la que va *del paciente a lo general*, es la que reviste una gran importancia para el psicoanálisis como disciplina. Es la generadora de conceptos, modelos y teorías, que ha fundado al Psicoanálisis como disciplina científica. Freud lo expresa con extraordinaria claridad cuando dice en las *Nuevas Conferencias*:

“Quince años atrás les expuse su teoría (la del psicoanálisis) y hoy no la formularía de otro modo; ahora debo hablarles de la experiencia acumulada en el intervalo. Ustedes saben que el psicoanálisis nació como terapia; que ha llegado a ser mucho más que eso, pero nunca abandonó su patria de origen, y *en cuanto a su profundización y ulterior desarrollo sigue dependiendo del trato con enfermos*. No pueden obtenerse de otro modo *las impresiones acumuladas a partir de las cuales desarrollamos nuestras teorías*”. (Freud, 1933) ⁸

En este texto de hace 64 años, hay dos importantes precisiones, cuyo olvido es factor de muchos enredos epistemológicos que han inhibido la investigación científica, a la cual se creía atender confundiéndola con la indagación de los procesos inconscientes que se hace con el paciente en la sesión. Una es la *distinción entre la terapia y el desarrollo de teorías*. La segunda indica que *las teorías se construyen a partir de las impresiones*

⁷ Hay quienes parecen creer que la investigación es algo que pretenden hacer algunos analistas que perdieron el juicio: tomar una teoría y querer verificarla haciendo experimentos y manipulaciones con los pacientes. Digo esto porque no hay otra forma de entender algunas objeciones.

⁸ El destacado es mío.

acumuladas que deja la terapia.

Las *impresiones* que con el tiempo el analista va *espontáneamente* acumulando, determina un tipo especial y muy valioso de conocimiento, que es el *saber de experto*, un saber “intuitivo” que no puede sustituirse con ningún otro. De este saber (“ojo clínico”) depende en gran parte la suerte de los tratamientos e importa directamente al paciente o al colega que busca orientación o supervisión de su trabajo con un profesional más experimentado. El “ojo clínico” es un saber *incomparable en la situación clínica*. Pero es un saber del que no se conoce cómo sabe. En sí no demuestra ni prueba nada. Como conocimiento, no está a entera disposición de nadie, no es directamente transmisible, porque ni siquiera es de claro y pleno acceso a quien lo tiene y lo emplea. Cualquiera puede haber notado que, a veces, cuando queremos dar cuenta o explicar algo que corresponde a este saber, nos vemos en figurillas y las explicaciones quedan cortas, no alcanzan a ser satisfactorias.

Para ser bien entendido, lo que digo es que *el “saber de experto” es indispensable y fundamental, pero que el psicoanálisis además necesita y procura desarrollar, y así fue desde su creación, otro tipo de saber, el propio del mundo conceptual.*

Si se repara seriamente en lo mencionado por Freud, que la “profundización y ulterior desarrollo (del psicoanálisis) sigue dependiendo del trato con enfermos porque de ahí se obtienen las impresiones acumuladas a partir de las cuales desarrollamos nuestras teorías”⁹, se hace evidente que la acumulación de impresiones para estos fines debe ser *emprendida como una labor orgánica, programada y sistemática*. De tal modo, el registro del material de sesiones, incluyendo no sólo lo que paciente y analista dicen, sino también lo que éste siente y piensa en la misma, es el punto a partir del cual cualquier investigación empieza bien o falla por la base. La forma, la metodología y los instrumentos con los cuales realizar esta tarea, es materia de una dedicación aparte.

II. a. CARACTERISTICAS DE LA INVESTIGACION ACTUAL

⁹ Párrafo antes citado.

Lo que define con nitidez la inquietud de los investigadores psicoanalíticos (y en el seno de la A.P.I. el Standing Research Committee o Comité de Investigación de IPA), es la clara conciencia de que *para ser científica y psicoanalítica, la investigación debe ser simultáneamente fiel a la alta complejidad y subjetividad de los datos del consultorio analítico y a los llamados cánones objetivos de la inquisición científica*. Tal conciencia ha sido alcanzada en virtud de vicisitudes históricas concretas.

En medio del fenomenal desarrollo de corrientes de pensamiento y de la expansión del psicoanálisis, en la década del cincuenta se inicia un nuevo período en la investigación en psicoanálisis. En alguna medida fue la respuesta al audaz desafío lanzado por H. J. Eysenck (1952), respecto a que no había encontrado ninguna evidencia sobre resultados positivos en ninguna psicoterapia. Eso estimuló que la comunidad analítica se diera por aludida (con razón, porque se apuntaba a ella) y respondiera con una gran cantidad de trabajos que siguieron a aquella afirmación. La mayoría de ellos adolecía de carencias y por eso hizo tomar conciencia de los multifacéticos problemas asociados a la forma de evaluar, a lo que se evaluaba y a quién lo hacía. Ello determinó la necesidad de que la investigación en psicoanálisis cumpliera con los cánones que rigen toda investigación científica¹⁰; razón por la cual la investigación propiamente dicha en psicoanálisis es, por lo pronto, investigación científica.

Otra nota de la investigación actual en psicoanálisis es, por supuesto, la de ser psicoanalítica en el sentido de ser “isomórfica” con el tipo de objeto y de conocimiento que es el psicoanálisis. Algunas características de la actual investigación psicoanalítica empiezan a perfilarse en 1950, con el proyecto de la Clínica Menninger (Topeka), que fue el proyecto de investigación en psicoanálisis y psicoterapia analítica más ambicioso, tanto temporal como financieramente, que se ha efectuado hasta ahora. Se estudiaron los procesos y se siguieron los resultados durante 25 años. La publicación de sus conclusiones empezó en 1986, pero como la información acumulada en dos décadas y media quedó *disponible*, ella dio origen a varios volúmenes de diversos autores

¹⁰ Ver la importante nota al pie de la segunda página.

que la procesaron y elaboraron distintas conclusiones.

Es de notar que en curiosa oposición a los prejuicios corrientes, a partir de Topeka y precisamente a causa de las críticas que mereció ese proyecto desde el punto de vista de la metodología científica, la investigación en psicoanálisis, orientándose a ser más científica, se hizo también y a la vez más pertinentemente psicoanalítica.

A partir de aquel año la investigación evolucionó progresivamente pero, más allá de la diversificación alcanzada¹¹, empezó a tener algunas exigencias básicas comunes. Las exigencias actuales comenzaron a bosquejarse gracias a las importantes críticas que se le hicieron a aquel proyecto, debidas a los defectos metodológicos que empañaron el cumplimiento de sus propósitos. Así es que el esfuerzo actual se orienta hacia una evaluación *sistemática* del tratamiento analítico y en dilucidar cuáles factores, o condiciones, del *proceso terapéutico* llevan a un buen o mal *resultado*. El propósito de investigar *no debe influir sobre los criterios clínicos*¹². *Tampoco los procedimientos de investigación deben afectar el trabajo analítico.*

Los tratamientos son responsabilidad exclusiva de los analistas tratantes. Por regla general, éstos no tienen que ocuparse de la investigación de sus tratamientos.

Pero, por ser la clínica la fuente del material a investigar por excelencia, se comprenderá que la investigación analíticamente más significativa necesita y depende de la colaboración del clínico. Por lo demás, cuando la investigación tiene un alto grado de formalización, es de exclusiva incumbencia de quienes operan como investigadores. Estos no entrecruzan con los clínicos información ni comentario acerca de los tratamientos cuyo material éstos han aportado.

Una norma básica universalmente compartida es que la

¹¹ Es imposible tratar en este artículo la diversidad de metodologías empíricas que hoy en día se emplean, desde estudios naturalísticos hasta los cuasi-experimentales, desde los cuantitativos a los cualitativos, de poblaciones o la metodología “del caso único”, etc., etc. En cambio es más sencillo hacer la distinción entre tipos de investigación analítica según el objetivo que persiguen, lo cual se trata en el tópico siguiente.

¹² Lo cual determinó, p.ej., que en la citada investigación de Topeka, las indicaciones sobre el tratamiento suministrado a los pacientes (psicoanálisis 22, psicoterapia analítica 20) fuera una decisión estrictamente clínica.

investigación comienza sólo cuando el paciente ha abandonado la consulta y el analista se sienta a reconstruir la sesión en su escritorio. En palabras de D. Liberman, “la investigación se lleva a cabo fuera y después de la sesión”.

La investigación empírica especializada, sistemática y formalizada sobre estas bases, es por regla muy costosa y demanda una gran dedicación de los investigadores, en ocasiones exclusiva. (Muchos de ellos, no obstante, acostumbran tener en tratamiento psicoanalítico a algunos pacientes, queriendo así mantener bien regulado su “instrumento analítico”).

Eso no quiere decir que el clínico no pueda usar –o no tenga a su disposición– algunos métodos simplificados de investigación para el seguimiento del proceso de sus propios pacientes. Luborsky (1990), por ej., expone en forma simplificada el uso de su instrumento (el C.C.R.T., core conflictual relationship themes) para que el clínico registre y siga la evolución de los fenómenos transferenciales de un modo complementario al intuitivo que siempre utiliza.

II. b. TIPOS DE INVESTIGACION SEGUN EL OBJETIVO

Una distinción que debe hacerse es entre la investigación psicoanalítica propiamente dicha y la investigación en psicoterapia que puede resultar interesante al psicoanálisis.

Previamente a considerar los tipos de investigación psicoanalítica, se puede mencionar algo sobre *investigación empírica en psicoterapia*. Algunas de éstas, aunque referidas a psicoterapia en general, también pueden ser de importancia e interés para el psicoanálisis. Doy algún sumario ejemplo.

Los estudios de Phillips (1988 y 1992) reúnen varios millones de tratamientos realizados, sin discriminar su modalidad pero incluyendo el análisis. Revela lo que llama una “curva de adherencia al tratamiento”. Ésta muestra que después del primer contacto, cerca de un 50% de los pacientes abandonan. Entre el segundo y tercero (entrevista o sesión), un 10% deja de asistir. Después de cada una de las sesiones sucesivas, se pierde alrededor de un 10% adicional. Sólo el 5% permanece 30 sesiones. El decaimiento es rápido hasta llegar a una asíntota. Sólo el 1 ó 1,5 % pasa la sesión 50, recién cuando pueden ser tratamientos

psicoanalíticos. Lo que varía en las distintas poblaciones es sólo la mediana, el promedio y el número de la sesión en que se alcanza la asíntota, pero no la forma de la curva. Los pacientes de largo término (siendo una ínfima minoría), utilizan la mayoría del tiempo del terapeuta, razón por la cual los tratamientos de alta frecuencia son, a los ojos de éste, los más corrientes y los más apropiados. Es una impresión distorsionada del terapeuta (citado por J. P. Jiménez, inédito).

Otras investigaciones (Tovian, 1977 y Howard K., Orlinsky D. y Hill C., 1969), demuestran la evolución de tres grupos diagnósticos, los tres altamente predominantes también entre nosotros (el de los depresivos, los ansiosos y el de los trastornos borderline de la personalidad). El hecho de que las personas que sufren de ansiedad o depresión prolongada, p.ej., sientan que se ha cumplido su objetivo terapéutico al notar que su padecimiento ha desaparecido en forma confiable, es totalmente comprensible. También puede entenderse que a los sistemas de prestación, en todo el mundo, les interese ese tipo de criterios. Como analistas, ¿estamos seguros que debemos desestimar de plano esos criterios o, acaso, estudiar su integración en nuestro marco conceptual de cambios estructurales?

Otra investigación efectuada conjuntamente por los Departamentos de Psicoterapia de las Universidades de Stuttgart y Ulm, sobre un total de *1689 tratamientos efectuados por psicoanalistas de la I.P.A.* (datos recogidos de analistas de Escandinavia, Holanda, Suiza y Alemania), demuestra la duración de los mismos. A los treinta meses terminaron más del 95%. Uno de los puntos más significativos de este estudio es que el 78 % de estos pacientes finalizaron el tratamiento a los quince meses, y que la mayoría de ellos se trataron con una frecuencia de 1 o 2 sesiones semanales. No es disímil al crecido y creciente número de tratamientos de 1 o 2 sesiones semanales que predomina en la Argentina presente. ¿Cómo son estos procesos? ¿Difieren cualitativamente del modelo típico de proceso analítico? El modelo típico de proceso responde a una minoría de los tratamientos a cargo de analistas y sobre ellos, sin embargo, se basa la teoría de la técnica, la teoría de los cambios y, por ende, la formación. Por otra parte hay evidencias de que también terapias más cortas suelen lograr cambios duraderos. Éstas no debieran ser descartadas como meras curas sugestivas de síntomas. En todo caso es un tema que merece ser especialmente estudiado, tanto por razones teóricas como prácticas; en el tiempo que se analiza a una persona (un promedio de 1.200 horas en seis años), un analista hace doce tratamientos de baja frecuencia.

La *investigación en psicoanálisis* propiamente dicha, es la que tiene especial y específico interés para el analista. Sus principales áreas son la investigación del desarrollo, la investigación de procesos terapéuticos y la investigación de resultados. Las correspondientes a procesos y a resultados son tratados en el punto inmediato siguiente. La investigación del desarrollo temprano basada en la observación sistemática de lactantes, tiene por precursora a Margaret Mahler. En este trabajo sólo la menciono, porque no implica a la experiencia terapéutica analítica en forma inmediata. En una perspectiva histórica fue la primera que, ajustándose a una acabada formalización científica, implementó la observación directa de la relación madre-bebe, para dilucidar el psiquismo en los primeros meses de vida. Ello nos remite a los cuantiosos aportes de la obra de Mahler al conocimiento y la teoría de los comienzos de la vida psíquica. Mahler inauguró un método que mantiene su ininterrumpido vigor hasta la actualidad y al cual se debe el trabajo realizado por continuadores del método. Sobre este tipo de investigación, en el psicoanálisis se ha planteado la discusión acerca de la relación entre los datos que arroja la misma y los provenientes del análisis de adultos o niños. Otra discusión de vital interés es la de su importancia para la teoría y la clínica analíticas.

Quedaría por incluir la investigación de teorías psicoanalíticas. A mi juicio, no se ubica en el nivel de inmediatez que tienen las dos primeras. La investigación de la teoría se efectúa indirectamente, a través de las del desarrollo, de procesos y la de resultados; por cuanto al conceptualizar los fenómenos que se observan (o los hallazgos que aparecen) en el transcurso de éstas, se utilizan teorías existentes o se enuncian otras en calidad de hipótesis. Así es que todas ellas ponen de este modo en juego su poder explicativo.

Algo semejante puede decirse sobre la investigación de los “modelos de trabajo” del analista –(“working model”, término introducido por Peterfreund, 1983), en el que intervienen su bagaje teórico y su impronta personal–, por cuanto estas investigaciones son, también, investigaciones de procesos terapéuticos y, específicamente, de interacciones en procesos terapéuticos.

I I.b. 1. Investigación de procesos terapéuticos

Es la investigación psicoanalítica por excelencia y, el llevarla a cabo conjuntamente con la de resultados (relación entre proceso y resultado), constituye el ideal de investigación psicoanalítica.

David Liberman debe ser considerado como uno de los pioneros de la investigación de procesos debido a su sobresaliente empeño en investigar la práctica analítica, así como por los instrumentos (grabación) y la metodología con los que lo hizo. Por eso, quien repare en las características de su trabajo y de los fundamentos que le ha dado, habrá de apreciar la importancia de desarrollar este tipo de investigación.

En el tratamiento, el analista investiga el psiquismo del paciente descubriendo los indicios de sus procesos inconcientes. En cambio la investigación analítica investiga tratamientos: la interacción paciente-analista. Son dos planos distintos y separados. Esto se hace después y fuera de la sesión. La investigación no implica cambio alguno, por mínimo que fuere, en el encuadre, ni en la técnica, ni en la relación entre paciente y analista, ni en las modalidades personales del trabajo analítico.

Pero como puede ya observarse en la obra de Liberman, los resultados de la investigación tienen un importante y potencial interés para nuevos desarrollos de la teoría, para el mejor conocimiento de la técnica y para el descubrimiento de detalles y constituyentes “finos” de la práctica analítica (llamados “microprocesos”). A través del estudio sistemático de procesos analíticos, la investigación se dirige a un área cuya falta de dilucidación dificultó ostensiblemente la conceptualización e investigación analíticas. Me refiero a la compleja relación entre teoría y práctica, la cual es indefectiblemente mediada por la participación del analista en el proceso.

La investigación más simple de proceso es la que (con un fin práctico respecto a un tratamiento) hace un analista toda vez que, después y fuera de una sesión, recurre a las notas, reconstrucción o, sobre todo, a la grabación que hizo de la misma, para repasarla u observarla “de nuevo”, por ej., a título de auto-supervisión. Es muy elocuente lo que dice Liberman respecto al descubrimiento del trabajo propio que se opera revisando las sesiones “desde afuera”:

“...se nos impone el mejor instrumento que he encontrado, el análisis de las sesiones, el cuestionarnos si el paciente nos ha hecho retroceder como terapeutas... o si por el contrario hemos promovido cambios que trascienden por mucho lo que creímos estar efectuando.(.....) El análisis de las sesiones nos muestra que muchas veces estuvimos muchísimo mejor de lo que creímos y otras veces muchísimo más ineficaces, y aún dañinos. (.....) Otras veces detectamos diferencias cualitativas. Creímos haber efectuado una óptima interacción analítica y resulta que terminamos hablando como el paciente deseó que le hablásemos, que lo que creímos que fueron “interpretaciones brillantes” pudieron estar significando confesiones.... apuntalando de esta manera su organización narcisista y, viceversa, otras veces que sentimos haber estado mal y que le hemos dicho cosas al paciente que no debíamos porque eran injustas, y sin embargo resulta un cambio notable en el vínculo y en la integración personal del paciente.” (1976, pp 91-92)

Entre esa investigación “casera” y la más sofisticada y moderna no hay diferencias esenciales, sino de grados de formalización. Aunque la formalización se convierte en un punto central desde el punto de vista científico, lo que quiero significar es que “per se” ella no desnaturaliza ni afecta la naturaleza de la actividad analítica.

La investigación de procesos se lleva a cabo principalmente a través de la investigación del intercambio verbal, que son las huellas que el tratamiento deja. Si se trata de huellas grabadas, puede agregarse la investigación del intercambio paraverbal (inflexiones, silencios, tono, ritmo, pausas, énfasis, etc.). Todo eso está posibilitado por el invento del grabador, cuya utilidad fue aprovechada al máximo desde la década del 60, por dos analistas que no tenían noticias uno de otro, H. Thomä en Alemania y D. Liberman entre nosotros. Piénsese que la parte más importante y nueva de este último (*Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*) se debe a sus estudios sistemáticos sobre grabación de sesiones.

La investigación “casera” o a pequeña escala, propia del clínico, de unas pocas sesiones o de fragmentos, puede ser emprendida a partir de la “atención flotante” prestada en la

lectura de las notas o en la escucha del material grabado. Pero no es ese un procedimiento aplicable en investigaciones de gran cantidad de sesiones ni, tampoco, de gran cantidad de detalles finos (la llamada investigación de “microproceso”). En estos casos, se necesita contar con métodos explícitos y con instrumentos apropiados que están más allá (aunque en otro sentido también más acá), de lo que una persona puede percibir, retener y procesar. –Insisto, para ser bien entendido, que me estoy refiriendo a *cómo investigar procesos de tratamientos y no a cómo tratar pacientes*–. No sugiero que la persona del analista sea sustituido por nada.

Dicha dificultad (de poder percibir, retener y procesar) es la que sólo la extraordinaria capacidad de retención, de combinatoria, de procesamiento y de síntesis de un Liberman, pudo afrontar y, con todo, en forma muy relativa. Estimo que esa fue una limitación con la que él se encontró en su época. Hoy en día disponemos de instrumentos nuevos. Por hacer una comparación, los programas de computación diseñados para investigación psicoanalítica son el equivalente de la grabadora en los años sesenta.

La investigación de tratamientos psicoanalíticos completos, como puede suponerse, entraña la superación de las dificultades derivadas de la enorme cantidad de material clínico correspondiente a cada tratamiento. Ese es uno de los principales problemas desde el punto de vista metodológico y de los instrumentos. En esta perspectiva, a diferencia de la opinión corriente, “la complejidad y cantidad de variables intervinientes” es un problema muy especialmente atendido por los investigadores y metodológicamente solucionable.

Sintéticamente dicho: una primer dificultad es conseguir y luego guardar ese material. Una segunda es cómo hacer que sea accesible. Una tercera es cómo procesar ese cúmulo inimaginable de datos.¹³ En tal sentido la “ayuda computarizada” y las posibilidades que brindan los instrumentos nuevos y específicos para esta labor, están produciendo un salto cualitativo en materia de investigación psicoanalítica.

Es obvio que entrar en los pormenores de instrumentos, métodos y diseños de la actual investigación, escapa a los límites de esta exposición (ver nota al pie).

I I.b.2. Investigación de resultados de tratamientos psicoanalíticos.

La investigación de cambios terapéuticos tiene central importancia para el psicoanálisis como disciplina científica.¹⁴ El cambio terapéutico (cambio psíquico y no siempre sólo psíquico) es el acontecimiento de la terapia. Pero el analista no puede darse por satisfecho con el mero éxito terapéutico.

Necesita además: a) explicar la génesis histórico-dinámica de las afecciones que trata y; b) explicar *cómo y por qué ellas cambian* a lo largo del tratamiento y, *si esto no sucede*, explicar por qué y; c) buscar los argumentos a favor de que tales *cambios* son “estructurales”. Es decir que también en el orden teórico, especialmente en teoría de la técnica y en la teoría de la acción terapéutica, el cambio terapéutico ocupa un lugar clave, desde que fuera incluido como pieza maestra por Freud (1927).

El cambio estructural no puede ser una excusa para desentenderse de la existencia real de cambios psíquicos. Es cierto que la intuición del analista puede captar cambios importantes que son difícil de describir. Pero ello es muy inseguro y no puede dársele ninguna validez argumental. Sabemos que muchas conceptualizaciones espléndidas acerca de los logros de un análisis, puede desplomarse por completo ante un seguimiento (follow up) prolongado del paciente.

El concepto de *cambio estructural* se refiere a una calidad

¹³ El principal intento efectuado hasta ahora, es la creación de una base de datos (The Ulm Textbank) con la transcripción de decenas de tratamientos psicoanalíticos efectuada según estrictas reglas de transcripción. Los que no están completos reúnen una mayoría de sesiones. Este banco de datos está abierto a investigadores de todo el mundo. A su vez se debieron crear herramientas para operar con dicha base. Son instrumentos para el análisis de textos pero especialmente diseñados para psicoanálisis. En la actualidad, uno de los puntos donde está concentrado el esfuerzo es en la prueba y perfeccionamiento de programas de análisis de textos.

El Dr. J. P. Jiménez, actual presidente de la Sociedad Psicoanalítica Chilena, ha hecho una investigación en Ulm, dentro de los cánones citados (1989) que puede ser ilustrativa para el lector.

¹⁴ El interés actual en demostrar con resultados la utilidad del tratamiento, argumento legítimo y necesario para defender el ejercicio de la profesión analítica, lamentablemente puede eclipsar la significación esencial del cambio terapéutico, desde puntos de vista clínicos, técnicos y teóricos.

distintiva de rendimiento terapéutico, condición y garantía de cambios genuinos y estables. Desde ya que no reemplaza sino que supone resultados perceptibles, subjetiva como objetivamente: en los síntomas, en los rasgos de carácter o en la personalidad. Quiere decir que siempre la condición de partida tiene que incluir “observables”, de la naturaleza que fueran. Uno de los desafíos más interesantes estriba en ligar los observables con la distintiva calidad psicoanalítica de *estructural*, que es un concepto. Se trata de un problema no resuelto.

Uno de los primeros y más importantes pasos a dar (a esto sería bueno abocarse con pasión !!), es la tarea de buscar y establecer indicadores empíricos –sean clínicos, lingüísticos, proyectivos, fonológicos, expresivos, etc.– de cambios estructurales; a la tarea de traducir el concepto “cambio estructural” en redefiniciones operativas, como supo Liberman hacerlo con tantos otros. Estos esfuerzos creativos y metodológicamente rigurosos, que propiamente competen al psicoanalista, permitirán acceder a lo que nos importa: determinar si los cambios terapéuticos logrados, corresponden o se acompañan de modificaciones de las estructuras psicológicas inconcientes con las que nos manejamos conceptual y técnicamente. Dichos indicadores pueden ser provenientes del paciente, del analista, de la interacción entre ellos o quizá también de terceros fuera del tratamiento si éste ha finalizado.

Me aventuraría a decir que habrá que pensar en: a) combinaciones o series de observables, por un lado, y b) en la noción conocida de que “la estructura se define por sus funciones”, por el otro.

En cuanto a a), se puede pensar en hacer combinaciones o formar series, con los múltiples observables recogidos con determinados instrumentos, p. ej., un conjunto de cuestionarios que, en los mismos períodos de tiempo, responde el paciente y otro conjunto el analista (como en el “Proyecto Multicéntrico”¹⁵). Otras posibilidades son las abiertas por las entrevistas semiestructuradas post-análisis o el estudio periódico de sesiones. Anteriormente hubo intentos con pruebas psicológicas y proyectivas.

En lo que concierne a b), me refiero a la evaluación de las *funciones psíquicas* cuyo desarrollo paulatino es facilitado por un tratamiento analítico. A la evaluación de funciones “clásicas”

(cambios en el superyo, en el ideal del yo, etc., o flexibilización de las funciones de un yo idealmente plástico, Liberman 1974), pueden agregarse otras tales como nuevos desempeños lingüísticos adquiridos por el paciente; desarrollo de talentos o capacidades; modificaciones estables en la percepción de sí-mismo; cambios cualitativos en las funciones defensivas; etc.

Pienso en la posibilidad de descubrir correlaciones significativas entre *series de observables* y *desarrollo de funciones*, correlaciones que podrían ser el substrato de lo que llamamos *cambio estructural*.

Se puede ilustrar esta idea con una actividad de nuestro medio, como es el Proyecto Multicéntrico. Los cuestionarios empleados en este proyecto, evalúan áreas diferentes del psiquismo. Unos se refieren al aspecto sintomatológico y rasgos de carácter (neurosis de carácter), y otros a funciones psíquicas concernientes al área narcisista, a modalidades del funcionamiento de la personalidad, a vínculos familiares y sociales, etc. Así se reúne una enorme información sobre cada tratamiento y su evolución periódica. Mediante la utilización de programas especiales de “software”, es posible hacer cruces de variables que permitan constatar si es correcta la hipótesis de que el cambio sintomatológico y de carácter (mejoría sintomática) se correlaciona con el establecimiento o afianzamiento de los grupos de funciones psicológicas; cómo se correlacionan y, si no lo hacen, cuáles son las condiciones generales e iniciales que se dan, cuando ello no sucede.

Por razones distintas y superpuestas, ocurre que el problema de los resultados o de los cambios terapéuticos es de los que interesan conjunta y muy especialmente al psicoanálisis como ciencia tanto como al teórico del análisis, al clínico como al público, al paciente como a la población. Su estudio es motivo de acentuados y múltiples esfuerzos. Muchas reuniones internacionales de trabajo se destinan a ese fin. Así ocurrió en febrero de 1996, en una reunión internacional organizada por la Universidad de Stuttgart, a la que asistieron analistas invitados de todo el

¹⁵ *Estudio Multicéntrico de Resultados de Tratamientos Psicoanalíticos*. Es un proyecto inicialmente promovido por los Dres. Horacio Etchegoyen y Horst Kächele a partir del Congreso Internacional de Buenos Aires de 1991. Se está trabajando activamente en él en Buenos Aires, Montevideo, Pelotas y Porto Alegre. Actualmente es auspiciado y sostenido por la Asociación Psicoanalítica Internacional.

mundo.

En esa ocasión, al describir la situación de Argentina –y América Latina en general– dijimos lo que transcribo y que hoy me llama a una reflexión que hago a continuación de esta cita.

Buenos Aires, que tuvo su Asociación Psicoanalítica filial de la Int. Psychoanalytical Association en 1942, fue el epicentro del área sur de América Latina (Chile, Argentina, Uruguay y sur de Brasil), área que es un polo de considerable actividad psicoanalítica en el panorama internacional. Prácticamente es, hasta ahora, la forma de psicoterapia que ha preponderado casi absolutamente. *Durante 50 años*, los tratamientos analíticos, dejando aparte las psicoterapias dinámicas de centros de psiquiatría dinámicos hospitalarios –más un training pre-analítico que una aplicación experta del psicoanálisis–, se enmarcaron exclusivamente en la práctica privada y se caracterizaron por la frecuencia de *al menos 3 sesiones semanales y la duración entre 4 a 10 años o más*.

Las personas tratadas en todo ese lapso (principalmente sectores de la clase media y universitarios), suman *una cantidad indeterminadamente grande*. Sin embargo, dicha experiencia *no está traducida en datos ordenados*, aprovechables y disponibles para la investigación, como hoy se esperaría. Como en tantos otros países, *tampoco existen estudios medianamente sistemáticos sobre la indicación, ni sobre las deserciones o fracasos, ni sobre resultados comparables*. Esto siempre suena como un desperdicio; pero en Latinoamérica, con *tanta cantidad de tratamientos realizados durante tantos años y con características aparentemente tan homogéneas*, esta falencia es una verdadera lástima. (Difícilmente ha habido una experiencia similarmente valiosa en otra parte del mundo. Seguramente es única y está fatalmente perdida). Pero hay que aceptar el hecho de que éstas no son las dimensiones por las cuales los analistas se interesaron tradicionalmente.

Hubo, en cambio, un fuerte interés heurístico plasmado en muchas e importantes contribuciones, teóricas y clínicas, de numerosos y destacados autores. Un hecho positivo como ése trae, secundariamente, el problema de una pluralidad de enfoques explicativos, que ante la falta de procedimientos e instancias probatorias consensuados y compartidos, disminuye su valor por parecer una mera cuestión de preferencias subjetivas.

REFLEXION

Visto desde ahora (lo cual es fácil), podría ser considerado como un gran error histórico. En todo caso lo que tendría valor es admitir y reconocer el hecho, con vista a una enmienda que, aunque no fácil, todavía parece posible. Porque:

¿A quién puede interesarle una práctica psicoanalítica que no muestra resultados o que, bajo pretextos epistemológicos o de discreción, tiene una fuerte negativa a hacerla pública para, así, poder ser justipreciada? Me doy cuenta que hacer este duelo es difícil, ¡pero no hacerlo es inquietante! Por ejemplo, es preocupante el hecho de que la formación de los futuros analistas sigue, en este sentido, la misma tradición. Hay institutos en la Argentina, donde ni siquiera se hace lo que en otros: estudiar y ensayar formas de evaluar resultados de los tratamientos a cargo de los candidatos, en los centros correspondientes de atención (ver Bachrach y col., 1991).

No obstante, quizá algunos estimen que las cosas pueden seguir igual. Lo que no podemos es que resulte creíble el argumento de que *en miles de horas y con decenas de miles de pesos* procuramos “cambios estructurales”, que no saben traducirse ni manifestarse en lo único que a la gente le interesa y con razón: curar su padecimiento de inhibición, síntomas o angustia; sentirse vivos y reales; experimentar que su vida tiene un sentido y que merece ser vivida; resolver mejor sus conflictos con los semejantes y vivir en relaciones de respeto y colaboración; tener proyectos y esperanza; ser capaz de sentir alegría sin euforia y tristeza sin depresión; encarar la ambición, la competencia y la culpa de modos más frontales y menos catastróficos para sí mismo y para los demás; enfrentar la finitud y el dolor de maneras menos catastróficas para la autoestima; sentir cualquier forma de aflicción como tal y no sufriendola psicósomáticamente sin saber.

El “cambio estructural” es un concepto valioso y específico del psicoanálisis. No es una consigna paralizadora del pensamiento clínico, sino un estímulo y un desafío para ejercerlo.

Esta reflexión lleva al siguiente punto, por más que cueste o duela.

III. CONSIDERACIONES, OBJECIONES, RESISTENCIAS Y RACIONALIZACIONES

Llevar adelante la investigación implica, en cualquier disciplina, afrontar continuamente la superación de dificultades. Todo avance es provisorio y sometido a crítica. Eso da lugar a nuevos proyectos que traen nuevos avances, los que a su vez son corregidos, rectificados o complementados con otros diseños, métodos o instrumentos. Es la rutina del mundo científico y no de otro modo puede suceder en nuestro campo.

A lo largo de este recorrido se han mencionado algunas clases de problemas que suscita la investigación en psicoanálisis, las condiciones básicas a las que han de ajustarse los procedimientos y los modos de encararlos. Muchos de ellos son *dificultades inherentes a la situación analítica*, fuente principal de nuestros datos. Otros se derivan de la *simultaneidad de variables*, problema propio de las ciencias psicosociales en general. Los investigadores psicoanalíticos son conscientes de todo ello. No hace falta que nosotros, clínicos, sigamos insistiendo en repetir lo que es sabido. Más aún, puede afirmarse que *en el día de hoy la investigación psicoanalítica está abocada, precisamente, al desarrollo de metodologías e instrumentos que sean apropiados para "hechos psicoanalíticos"*. Esta es la discusión actual, a la cual los analistas clínicos podríamos contribuir con consideraciones y observaciones de nuestra competencia.

Eso supone dejar de usar el cuestionamiento con fines defensivos frente a una actividad que, cuanto más se desconoce, mayor inquietud despierta. Lamentablemente es todavía escaso el número de clínicos suficientemente informados como para hacer esta clase de aporte.

La investigación psicoanalítica más significativa *depende y necesita de la colaboración indispensable del clínico*. Una es por la razón que acabo de dar: el aporte de sus observaciones. La otra, no menos importante, es que el clínico y sólo el clínico es quien puede proporcionar el material de estudio a investigar.

Aclarado lo anterior, habría que saber distinguir y separar ese *tipo de problemas inherente a investigar*, por un lado, del obstáculo representado por determinadas actitudes típicas de muchos analistas. Estas actitudes seguramente responden a complejas motivaciones que podrían agruparse, al parecer, en: a) factores cognitivos y culturales y, b) factores emocionales.

Culturales. Por un lado, hay una enraizada tradición post-freudiana, en principio no tanto opuesta como ajena a la investigación científica. Freud fue un hombre de cultura humanista, estudioso de los clásicos, un escritor con singulares virtudes literarias, un científico de formación rigurosa. Inventó y desarrolló el psicoanálisis con todo lo que él era. Se ocupó de que el psicoanálisis que inventaba tuviera una base y una organización científica. A la vez, lo que inventaba respondía al alma humana y su mundo y por eso debía tomar de las humanidades –y no hubiera podido ser de otro modo– sus demás componentes esenciales. Así, esta disciplina peculiar es polifacética en su mismo quehacer. Es cierto, el psicoanálisis no es pura ciencia; tampoco es puro arte, ni pura hermenéutica, ni pura mayéutica, ni pura terapéutica, ni literatura pura.

Históricamente hubo luego un apartamiento de lo científico, que *es una de sus raíces*. Luego de la segunda guerra, el *apartamiento* derivó en *oposición* a lo científico de algunos sectores, que ya es una ideología.

Hoy vemos por ejemplo, cómo el “lacanismo” está mucho más cerca de ser un movimiento misionero (con actitud de “verdadero saber” desde la cual se “explican” los otros), que un saber analítico que recoge los talentosos aportes de J. Lacan. Una vez despertado, el extremismo se puede extender en cualquier dirección. Un análisis “cientificista” sería tan disparatado como uno “lacanista”.

Emocionales. Entrelazado con esta tendencia (a la oposición apriorística a la investigación) opera el factor emocional, mucho más decisivo y también más complejo, porque se intrincan fenómenos que pertenecen a la psicología individual y a la social.

D. W. Winnicott (1989), en excelente síntesis, describe este factor emocional con meridiana claridad: “Dar cuenta del material analítico es difícil. En primer lugar está la enorme tarea de recordar y escribir lo trabajado durante la sesión. En segundo lugar está la cantidad de material y la dificultad para elegir de él. Y en tercer lugar, *los analistas parecen tener una especial dificultad para registrar lo que ellos mismos dijeron.*” (...) “... a los analistas con una moral analítica rígida que no permiten el contacto, mucho de lo que ahora estamos describiendo *les pasa inadvertido* (...) *nunca se enteran* de que ellos tienen una leve

sacudida cuando se adormecen por un momento o su mente vagabundea (como suele ocurrir) en alguna fantasía propia. Es el equivalente de una falla para sostener (...) la mente ha abandonado el paciente.” Y consecuente consigo mismo agrega: “... decidí escribir *lo que yo había dicho en la sesión, ya sea que me gustase o que me sintiera avergonzado de ello.*”¹⁶

Hay que recalcarlo: vergüenza de mostrar (dar a conocer) lo que hemos dicho y de mostrárnoslo a nosotros mismos. No me cabe duda que el avergonzamiento es el verdadero y principal motivo de tanta reserva en torno del material que, como el grabado, nos expondría en forma personal.¹⁷ Es lo que lleva a utilizar argumentos y cuestionamientos en forma defensiva, lo que en psicoanálisis se denomina *racionalización*.

Sabemos que la vergüenza y la humillación tienen *raíces inconcientes*. En la dimensión inconciente de esas raíces, la intimidad y reserva de la situación analítica, bien se presta a ser equiparada a las actividades que en la infancia se volvieron “secretas”, para evitar la desaprobación social.

A diferencia de lo que hizo Winnicott en el libro mencionado, el material clínico que damos a conocer por la expresión escrita o hablada (y cuánto más en alguna “supervisión pública” !!) es la “versión revisada, corregida y aumentada” por el autor, aunque también simultáneamente disminuida –censurada– por la supresión de “partes que no importan” (ver nota sobre la segunda censura).

Para mayor complicación, tal fantasma de “lo secreto” usualmente es robustecido por la colaboración del mundo externo, p. ej., cuando las prototípicas frases como “no seas tonto” o “eso no se hace”, resuenan o tienen réplica en ciertos hábitos institucionales del intercambio societario: “*habría que haber interpretado...*”; “*eso se explica mejor así...*”; “*ese modo de ver no tiene en cuenta...*”; “*falta incluir algo muy importante que*

¹⁶ La bastardilla es mía.

¹⁷ Hablando de la “segunda censura”, Sandler (1985) escribe: “...La evitación de la vergüenza y la humillación se origina tempranamente en la vida, cuando el niño comienza a sustituir el fantaseo conciente con juegos que encuentran desaprobación social. Así se establece la diferencia entre lo que se puede hacer en secreto y lo que se puede permitir que otros vean...”. La directiva: “no seas tonto” es una de las prohibiciones sociales más poderosas de la infancia, y el temor de ser “tonto” o “estúpido” es profundo.

dice fulano....”, cuando no el incisivo: “es por la *contratransferencia no analizada*”, “*eso no es profundo*” o, peor, “*eso no es análisis*”. (Por supuesto que siempre lo que “falta” es “importantísimo” y “elemental” a la vez !!; lo explica todo).¹⁸

En mayor o menor medida el “material clínico” que aparece en público tiene los retoques, aditamentos y adaptaciones preventivas a estas reconvenciones. Desde ya que esto crea no sólo graves obstáculos que impiden (o hacen muy difícil) investigar la práctica o a usar transcritos, sino que sencillamente impiden confiar en el material que sustentan las discusiones clínicas.

En virtud de lo anterior y para ser consecuentes, tendríamos que preguntarnos seriamente –*mutatis mutandis*– *qué clase de escuchas somos* los analistas, o nuestras sociedades, para nuestros pares y para quienes están en formación. Pareciera que somos más propensos al “deber ser” que a enterarnos pacientemente de *qué y cómo es* lo que se nos muestra; más propensos a decir que a preguntar; a saber que a sorprendernos. Por otra parte, tampoco enseñamos con el ejemplo, porque no mostramos ni dejamos ver cómo trabajamos en la sesión, tal cual como ésta sucedió (al revés del ejemplo citado de D.W.W.), “sea que nos guste o que nos avergüence.” Es muy problemático el hecho de que un analista, a medida que pasan los años y va sumando experiencia, menos muestra cómo trabaja. La formación en nuestros institutos se hace sobre la base del trabajo de los colegas en formación.

¹⁸ No pongo este énfasis con un afán crítico sino para resaltar lo problemático que resulta la falta de una sistemática que es necesaria, incluso, para disentir. En el mundo de la investigación psicoanalítica el disentimiento se considera de otro modo. Se trata de un desarrollo de los últimos veinte años y ha partido del estudio del hecho comprobado de que, efectivamente, los analistas aprecian las cosas en forma diferente. Evidentemente que la pugna entre puntos de vista distintos que se alzan en la consideración de un mismo material, por ejemplo, no es una manera de afrontar ni mucho menos de resolver la cuestión del consenso. En los estudios que menciono se aceptan estas diferencias como irreductibles en varios sentidos y se las estudia. Irreductibles, por ejemplo, porque la orientación teórica tiene un marcado impacto en el modo en que se trabaja con los pacientes. También porque cada uno reacciona de distinta manera al mismo material. En consecuencia se proponen alternativas a la pugna entre “evidencias subjetivas”, las que convergen en el planteo acordado de distintas formas de estudiar, cómo se hacen las diferencias y por qué. Ver Seitz 1966, Dahl y col. 1978, Peterfreund 1983, Pulver 1987, Thomä y Kächele 1989, Kächele 1995.

Sandler y Sandler (1985) se preguntan por qué el material desgrabado de las sesiones de otros analistas tan a menudo da la impresión de que son realmente muy malos analistas. No creo que sea por la falta de afectos, énfasis, tono, etc., porque estos componentes se pueden apreciar en las grabaciones que, sin embargo, causan idéntica impresión. Pregunto: ¿existe algún tratamiento correctamente encaminado desde el punto de vista psicoanalítico (los que no, pueden ser divertidos y se interrumpen) que no tenga muchísimos momentos que parecen “tontos” y resultan aburridos o pesados? Si queremos ser un poco objetivos y científicos, tomemos en cuenta este dato infaltable en la práctica. ¿Cómo se explica este fenómeno? – Entiendo que el aburrimiento o la pesadez son formas de manifestarse del “factor temporal”¹⁹ del psicoanálisis. El factor temporal se trasunta por ejemplo, en el hecho de lo prolongado que requiere ser el tratamiento analítico, por el inevitablemente lento *proceso de elaboración* que lo vertebra. Este silencioso y trascendental proceso, no se trasmite ni se refleja en ninguna viñeta o ejemplo clínico, por detallado que sea. Su presencia se refleja indirectamente en el carácter tedioso de buena parte de las reproducciones, si son fielmente reconstruidas o grabadas. Este tedio tiene que ser incluido en nuestros informes y superado, no suprimido ni ocultado.

En contraste, claro que son más atractivos y excitantes los chispazos de ingenio explicativo, los arrebatos literarios que adornan nuestros ejemplos !!. Pero éstos burlan algo esencial: los tratamientos no son así. Por otra parte, pasado el “lucimiento”, ¿para qué querer y a quién sirve, un psicoanálisis de firulete escriturístico, ajeno a curar y a demostrar, a ordenar un saber clínico, psicopatológico y técnico, a comprender el acontecer psíquico que trata y a explicarlo?

Es una gran incoherencia la de quienes proclaman un psicoanálisis de hermenéutica pura, analizadores del “texto” del paciente. Debiendo ellos ser por eso proclives a presentar el texto con indomable fidelidad, lo retacean y lo descalifican por literal (sic). Un texto es lo que es, no es una fuente de donde servirse frases a elección, para hacer juegos de palabras.

¹⁹ D. Winnicott, obra citada.

No desconozco ni quiero disminuir la importancia y utilidad de la “viñeta clínica” o del “ejemplo clínico”. Están entre los que conocemos y usamos de ordinario para estudiar, conocer y compenetrarnos de los trabajos y obras analíticos en general. Alternándolos y combinándolos con la conceptualización clara, es una de las formas más valederas de transmisión de conocimiento. Pero para que la vigencia, valor y legitimidad de dichos recursos no sean cuestionables, hay que reconocer sus limitaciones y su campo específico. Siendo tan complejo nuestro objeto de estudio, todos los recursos tienen sus alcances y sus limitaciones. Razón de más para hacerlos complementarios, no excluyentes.

Hay otro argumento típico usado defensivamente (racionalización). Todos escuchamos decir que es muy arduo establecer, explicar, describir y transmitir cómo es lo que hacemos en la práctica con un paciente —y más arduo todavía prescribirlo como técnica—, porque esa es *la parte artesanal del análisis*. Desde ya que el aspecto artesanal de la tarea tiene especial relevancia y se mantiene (se mantendrá siempre) con interrogantes. Pero hay formas de cerrar los interrogantes y formas de mantenerlos inquieta pero productivamente abiertos. Es preferible lo segundo, sin lo cual no habría historia del conocimiento, ni filosofía, ni análisis, ni ciencia.

Liberman, por ejemplo, era de los que manejaba el arte de mantener a los interrogantes científicamente abiertos. Creo que él se refería a una parte de esa artesanía, p. ej., cuando decía que el analista:

“...debe tener capacidades de desempeños lingüísticos... para poder encodificar (es decir, formular interpretaciones al analizando) por medio de las combinaciones sintácticas más adecuadas al estado del analizando como interlocutor, suponiendo que las infinitas combinaciones que constituyen la sintaxis de la “lengua” permitan elegir las que mejor hagan llegar al analizando los sentidos y significados que éste inadvertidamente nos ha hecho saber” (1976, p. 89).

Esta cita, por supuesto, se refiere sólo a una parte de lo que significamos como artesanía del analista. Sin duda; pero lo menciono para indicar que de este modo se avanza mucho más, que escudándose diciendo que el analizar es artesanal y punto. En

todo caso, poco habría que objetar si quien habla de artesanía mostrara (al igual que muchos artesanos) cómo hace su artesanía: que tipo de artesano es ²⁰. Pero a menudo sucede que el efecto de invocarla es esotérico. Y suele ocurrir, que a continuación, se espera que un supervisor venga..... a mostrar sus sesiones con un paciente.

IV. COMO CONCLUSION

Entre psicoanalistas la cuestión del cómo investigar, incluso de qué es investigación, continúa aventando la discusión en distintos sentidos. El tenor de muchas discusiones sería muy distinto, como en efecto lo es, cuando y si en lugar de basarse en la falta de información, se sustentara en el conocimiento de los esfuerzos y el progreso logrado en estas décadas. Hay una historia de las dificultades que, a medida que se presentaron, estimularon muchas iniciativas de superarlas. El diálogo fructífero impone que esta historia sea conocida. No se puede empezar ni repetir todos los días lo mismo.

La investigación empírica es, quizá, el esfuerzo más reciente, pero a la vez el más orgánico, para superar las dificultades del psicoanálisis, para verificar sus hipótesis y responder a las objeciones de la epistemología actual, salvando el dilema: hermenéutica vs. positivismo.

Me doy cuenta que, junto con el lector que me ha seguido, me he internado en una exposición no exhaustiva ni completa. Me gustaría agregar un comentario final, más para terminar de iniciar bien esta exposición, que para completarla.

Puede ser que cierto eclecticismo sea una “deformación profesional” de algún investigador psicoanalítico o que, en principio,

²⁰ Hay una apasionante y entre nosotros desconocida bibliografía que trata el aspecto artesanal del trabajo analítico. Trabajos de Bowly, Peterfreund, Spence, Sandler, etc., son algunos de los que contienen estudios llamativamente sutiles y a la vez sistemáticos sobre la contribución del analista al proceso. Sobre el modo como sus esquemas, teorías, esquemas de trabajo, sensibilidad personal y experiencias, interactúan con las disposiciones del paciente para dar lugar a los fenómenos que llamamos “transferenciales”. Una de las consecuencias de estos estudios, es la formulación de “modelos de procesos psicoanalíticos”. El lector puede encontrar el desarrollo de esta temática, p. ej., en un muy recomendable trabajo de H. Kächele, 1995. Ver bibliografía.

parezca ecléctica la postura de esta exposición. En realidad no abrigo posición alguna de eclecticismo teórico ni técnico. No creo que todas las teorías psicoanalíticas son iguales. Sí creo que hay muy buenos analistas que lo son a pesar de desarrollos teóricos estrechos, y fallas notorias en analistas munidos de teorías convincentes. Esto quiere decir que hay una distancia entre la teoría y la práctica, pero también que hay una relación. La teoría incide en el modo de afrontar la comprensión del paciente y, a la inversa, ésta puede ser peor o mejor reflejada en la construcción teórica.

Pero afirmaciones como la que estoy haciendo, no debiéramos seguir encarándolas como una cuestión de principios. Así, la confrontación entre facciones teóricas no tiene final. Lo que me ha llevado a atender el mundo de la moderna investigación, es la insistencia de ella en hacer lo que yo creo que es importantísimo en psicoanálisis: investigar la práctica. No lo que decimos que hacemos, sino lo que hacemos. Yo sé que esta perspectiva despierta profundas inquietudes de ser cuestionada. Pero ésta es, en todo caso, una deformación profesional o una formación caracterológica que tenemos los clínicos: creer que la evidencia subjetiva es la mejor, o la única.

Espero finalmente, haber aportado información y opinión suficientes como para continuar y alimentar un diálogo. Lo cual quiere decir que éstas son respuestas a muchos comentarios, reacciones y críticas que he recogido en la vida institucional.

La reflexión y, en todo caso, las respuestas, que ahora sean del lector.

RESUMEN

El objeto de estudio de la actual investigación empírica en psicoanálisis es los tratamientos analíticos y no la investigación de pacientes, propia del clínico. Luego del sesgo de investigador que Freud tuvo, la falta de discriminación entre método de tratamiento y de construcción teórica ha creado insuficiencias en la organización científica del conocimiento analítico. De tal modo, la fecundidad en generar teorías ha desembocado en una crisis de la teoría. Las consecuencias se evidencian en distintos planos, desde la formación, el clima de las sociedades, hasta la crisis actual del psicoanálisis. Este manejo de cuestiones relacionadas, prepara un próximo gran debate del análisis actual que definirá su futuro. La investigación es una de las más

importantes fuentes de respuestas a estas cuestiones. La necesidad de defender la profesión hace perder de vista su importancia intrínseca para el análisis.

Para ser científica y psicoanalítica, la investigación debe ser simultáneamente fiel a la alta complejidad y subjetividad de los datos del consultorio y a los cánones de la investigación científica. Hay dificultades “objetivas” en investigación en psicoanálisis, que son metodológicamente solucionables. Hay reparos culturales y emocionales de los analistas, fuertemente racionalizados. La mayor dificultad es la resistencia a mostrar lo que se hace, porque la investigación analíticamente más significativa, la investigación de procesos terapéuticos y de resultados, depende de la indispensable colaboración del clínico.

SUMMARY

The current empirical and systematic research in psychoanalysis pursues to investigate analytic treatments and not patients, as clinicians do. The lack of discrimination between treatment and research methods, has created deficiencies in the scientific features of the analytical knowledge. In such a way, the fruitfulness in generating theories has flawed into a crisis of the theory. The consequences of this are evident in different areas, from the analytical training, the climax of our societies, to the present crisis of the psychoanalysis.

This bundle of related issues is preparing the next great debate in psychoanalysis, which will define its future. The research field is one of the more important spring of answers to these questions.

In order to be analytic and scientific at same time, the research must respond to the high complexity and subjectivity of the data of the consulting room, as much as the canons of the scientific inquiry.

There are “objective” difficulties in research, which are methodologically possible to surpass it. On the other hand, there are “subjective” objections, which are matter of complicated rationalizations of the many analysts.

The main difficulties is the resistences of analysts to point out how they work in practice, because process and outcomes therapeutical research, depend on the collaborations of clinicians.

BIBLIOGRAFIA

- BACHRACH, H. M. ET AL. (1991) On the efficacy of psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 39: 871-916.
- DAHL, H.; RUBINSTEIN, B. & TELLER, V. (1978): *A study of psychoanalytical clinical inference as interpretive competence and performance.* Proporsal to the Fund for Psychoanalytic Research.
- EYSENCK, H. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *J. Consulting Psychology* 16: 319- 324.
- FREUD, S. (1918) Historia de una neurosis infantil. *Amorrortu Ed.*. Vol XVII pp 1-111. Buenos Aires.
- FREUD, S. (1927) Epílogo a ¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? *Amorrortu*, vol. XX, pp 235-242. Buenos Aires.

RESUME

Actuellement, l'objet d'étude de la recherche empirique en psychanalyse sont les traitements analytiques, et non la recherche sus des patients, propre de la clinique. A partir du caractère scientifique du travail de Freud, l'absence de différenciation entre la méthode du traitement et la construction théorique, a provoqué des insuffisances dans l'organisation scientifique du savoir analytique. Ainsi, la fécondité de la création de théories a abouti à une crise de la théorie, dont on perçoit les conséquences à plusieurs niveaux: depuis la formation et l'ambiance dans les sociétés, jusqu'à la crise actuelle de la psychanalyse. Cette ensemble de questions liées entre elles, prépare le terrain pour un grand débat prochain qui va définir le future de la psychanalyse. La recherche est une source importante de réponses à ces questions. Le besoin de défendre la proffession fait perdre de vue son importance intrinsèque pour l'analyse. Pour être scientifique et psychanalytique la recherche doit rester fidèle en même temps à la haute complexité et subjectivité des données du cabinet, et aux règles canoniques de l'inquisition scientifique. Dans la recherche psychanalytique, on se heurte à des difficultés "objectives" qui peuvent se résoudre méthodologiquement. Il existe des réticences culturelles et émotionnelles de la parte des analystes, fortement rationalistes. La plus grande difficulté réside dans la résistance à montrer ce qu'on fait, du moment que la recherche la plus significative analytiquement, celle des processus therapeutiques et de résultats, dépend de l'indispensable collaboration de la clinique.

- FREUD, S. (1933) Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. *Amorrortu*, vol. XXII pp 1-168. Buenos Aires.
- FREUD, A. (1972) Child Analysis as a sub-speciality of Psychoanalysis. *Int. J. of Psycho-anal.* 53:151-156.
- GOLDBERG, A. (1980) *Advances in Self Psychology*. I.U.P. N.York 1980.
- GREEN, A. (1996) What kind of research for psychoanalysis? . *International Psychoanalysis*. Newsletter of I.P.A.
- JIMÉNEZ, J. P. (1989) La modificación de la reacción a las separaciones como indicador de cambio psíquico. *Congreso Internacional de Psicoanálisis*. Roma. 1989.
- KÄCHELE, H. (1991) Investigación Psicoanalítica: 1930-1990. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, nº 9. Santiago de Chile, 1992.
- (1995) Aspectos clínicos y científicos del modelo de proceso psicoanalítico de Ulm. En *Psicoterapia Focal*. Comp. Defey D. Elizalde J.H., Ed. Roca Viva, Montevideo, 1995.
- LANCELLE, G. (1991). El cambio psíquico en la investigación psicoanalítica. *Publicación del Simposio APdeBA 1991*.
- (1992) Is Research Work compatible with the Interests of Clinicians about the Transference? *I.P.A. Standing Conference on Research*. London, March 19-21 /1992.
- (1992) La relación entre el trabajo clínico y la investigación. Biblioteca de la APdeBA, discutido en Ateneo Científico. *Publicación del Simposio*.
- (1993) Indagación de conceptos teóricos y técnicos de Winnicott en el material clínico de Sostén e Interpretación - Un bosquejo de investigación empírica. *Enfoques Teórico-técnicos sobre D.W.Winnicott - T.1*. Fundación Winnicott. Montevideo.
- y col. (1994) Exploración del uso complementario de dos métodos: el C.C.R.T. (Luborsky) y el D.S.E.A. (Diálogo Simétrico entre Analistas). *S.P.R. - Cap. L.Amer. Society for Psychotherapy Research* Santiago de Chile.
- LANCELLE, G.; BERNARDI, R.; EPSTEIN, R. (1996) Planning a Long Term Psychotherapy Research and Trying Some of Their Instruments: Experiences from a Pilot Phase in a Latin American Multicenter Study. *Stuttgart Kolleg. Forschungsstelle für Psychotherapie*.
- LIBERMAN, D. (1971) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Galerna - Nueva Visión, 3 tomos. Buenos Aires.
- LIBERMAN, D. (1976) *Lenguaje y Técnica Psicoanalítica*. Ediciones Kargieman. Buenos Aires.
- LUBORSKY, L. & CRITS-CHRISTOPH, P. (1990) *Understanding Transference*.

- The CCRT Method*. Basic Books, Inc. New York.
- PETERFREUND, E. (1983) *The Process of Psychoanalytic Therapy: Model and Strategies*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- PULVER, S.E. (1987) How theory shapes technique: Perspectives on a clinical study. *Psychoanalysis Inquiry* 7: 141-229.
- PHILLIPS, EL (1988) *Patient compliance. New light on health systems in medicine and psychotherapy*. Toronto Lewiston . NY Bern Stuttgart.
- PHILLIPS EL (1992) George Washington University's International Data on Psychotherapy Delivery systems. En Larry E. Beutler & Marjorie Crago (Eds) *Psychotherapy Research*, Washington. Am. Psychological Ass.
- SANDLER, J. & SANDLER, A.M. (1985) The past unconscious, the present unc. and interpretation of the transference. *Psychoanalytic Inquiry*, 4: 367-399.
- SEITZ, P. (1966) The consensus problem in psychoanalysis. In *Methods of Research in Psychotherapy*. ed. L.A. Gottschalk & A. H. Auerbach, New York: Appleton Century Crofts, pp. 209-225.
- THOMÄ, H. ET AL. (1985) Audio-recording of the Psychoanalytic Dialogue: Scientific, Clinical and Ethical Problems. En: Dahl H, Kächele H. Thomä H. (Ed.) *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Springer-Verlag. Berlín, Heidelberg, NY, London, Paris, Tokyo.
- THOMÄ, H. Y KÄCHELE, H. (1989) *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*. T.I Editorial Herder. Barcelona. 1989.
- WALLERSTEIN, R. S.; SAMSON, H. (1971) Issues in research in the psychoanalytic process. *Int. J. Psychoanal.* 52: 11-50.
- WALLERSTEIN, R. S. (1986) *Forty two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York. Guilford Press.
- WINNICOTT, D. W. (1989) *Sostén e Interpretación*. Paidós, 1992. Buenos Aires.

Descriptores: Clínica. Empirismo. Investigación. Investigación científica. Psicoanálisis. Situación analítica.

Guillermo Lancelle
Maure 1687, 2º "B"

GUILLERMO LANCELLE

1426 Buenos Aires
Argentina