La clínica psicoanalítica y el diálogo intra e interdisciplinario¹

Ricardo Bernardi

Quiero manifestar lo honroso y grato que me resulta participar en esta Conferencia Interregional organizada por la IPA. Ella posibilita que abordemos, desde distintas perspectivas, el tema de la clínica, tan ligado a nuestros orígenes y a nuestro desarrollo como disciplina científica.

Parece también justificado colocar en primer lugar la pregunta por sus modificaciones. Todos somos concientes de que a lo largo del siglo nuestra práctica ha cambiado y se ha diversificado y que también han variado las teorías psicoanalíticas en las que ella se apoya, así como el contexto socio-cultural en el que se lleva a cabo. Estos cambios no son irrelevantes para nuestra disciplina, pues la clínica continúa siendo nuestra principal fuente de conocimientos², a la vez que, por sus resultados terapéuticos, es aquello que la sociedad está dispuesta a sostener para que nuestra ciencia continúe desenvolviéndose.

Al hablar de clínica nos estamos refiriendo, en primer lugar, a un método: la evaluación y toma de decisiones que se realiza

¹ Leído en la Conferencia Interregional “La clínica actual: cambios y desafíos”, de la I.P.A., en la ciudad de Montevideo, Uruguay, en Abril de 1999.

² “Ustedes saben que el psicoanálisis nació como terapia: 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”. Creo que estas palabras de S. Freud en 1933 (Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis, *AE* XXII, p. 140) mantienen su vigencia. Quisiera detenerme en dos expresiones. El “trato con enfermos” caracteriza la actividad clínica (del griego “klinikos”: el que visita a los que guardan cama –“kline”–) y esta actividad es para Freud la patria de origen (en el original “Mutterboden”, literalmente: suelo materno) de nuestra disciplina.

junto al paciente (por ejemplo, qué o cuándo interpretar); en segundo lugar, a la base empírica generada por esta actividad –la evidencia clínica–; y por último, y esto tiene especial interés para nosotros, analistas, a un modo de relacionarnos con el paciente que nos coloca ante el campo intersubjetivo de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales.

Transferencia y contratransferencia constituyen el corazón de la clínica psicoanalítica. Sin embargo, abordaré el tema no a partir de lo que está en su centro, sino desde sus bordes e intersticios. Bordes que marcan la interfase con disciplinas vecinas e intersticios trazados por las líneas de convergencia o divergencia que separan o unen a las distintas corrientes psicoanalíticas. Ambas zonas de frontera –fronteras externas e internas– ayudan a abordar desde una perspectiva distinta los problemas actuales de la clínica psicoanalítica.

La existencia de cambios en nuestra práctica obliga a examinar si estas modificaciones tienen un carácter favorable o contraproducente. Este examen no es sin embargo fácil pues la multiplicidad de marcos teóricos hace que la discusión de los hechos clínicos se vuelva inseparable del debate sobre las premisas desde los cuales los conceptualizamos. Las divergencias en los supuestos de base hacen difícil alcanzar criterios clínicos compartidos. Por otra parte, la clínica psicoanalítica, que fue pionera a comienzos de siglo en el campo del diagnóstico psicopatológico, de las hipótesis etiopatogénicas y de la terapéutica, se encuentra hoy confrontada al desarrollo de otros campos: nuevas técnicas psicoterapéuticas, neurociencias, estudios sobre el desarrollo, etc. Menos mencionado, pero tal vez más crucial, es el surgimiento de nuevos métodos para evaluar las intervenciones clínicas en salud mental, basados en la epidemiología clínica y en una revisión de los criterios de evidencia. Por último, la demanda de psicoanálisis se ha también modificado, trayendo numerosos interrogantes. Coincido con dar el nombre de “desafíos” a estos nuevos requerimientos. Cuando cerramos los ojos a lo que nos rodea para no dejar entrar los problemas, nos invade una sensación de crisis; en cuanto los abrimos, lo que encontramos son nuevos desafíos.

Me referiré en especial a los desafíos a la clínica psicoanalítica que surgen a) de la multiplicación de técnicas y teorías psicoanalíticas y, b) de los nuevos requerimientos del diálogo

interdisciplinario. Tópicos demasiados amplios, sin duda, y algunos de ellos ajenos a nuestro lenguaje habitual. Intentaré, sin embargo, arriesgar algunas opiniones sobre ellos.

Toda actividad clínica se enfrenta necesariamente a tres órdenes de interrogantes: al problema diagnóstico (cualquiera sea el tipo de diagnóstico que prefiramos), al etiopatogénico, y al terapéutico. Dicho más claramente, a la pregunta de qué es lo que le pasa al analizando (y a nosotros cuando estamos con él), a qué se debe y cómo se cura. ¿Cómo nos encontramos hoy en relación a estas tres preguntas, por comparación a los comienzos del siglo?

Es difícil decir con certeza hasta dónde cambió la patología mental. Es evidente, en cambio, que cambiaron nuestros diagnósticos, aunque es poco probable que este cambio haya traído, en nuestro campo, un mayor acuerdo acerca de los criterios diagnósticos. Respecto a la etiopatogenia, las hipótesis psicoanalíticas sobre los efectos del trauma temprano han sido reforzadas por muchos estudios sobre el desarrollo, aunque ellos todavía no están suficientemente integrados a la actividad clínica. Si nos preguntamos por el aspecto terapéutico, es difícil encontrar un acuerdo firme para decir en qué ha mejorado y en qué no. Este es un punto al que me referiré en especial.

Creo que, en términos globales, puede decirse que en cierto sentido sabemos más y a la vez sabemos menos que antes. Disponemos de nuevas técnicas y conocimientos, pero tenemos escaso acuerdo sobre el alcance y la validez de estos nuevos desarrollos. Hoy aplicamos los conocimientos psicoanalíticos a tratamientos de grupo, familia, pareja, relación madre-bebé, etc. También en los hechos practicamos y enseñamos psicoterapias psicoanalíticas que tienen diferente duración y frecuencia de sesiones. Al mismo tiempo, los tratamientos clásicos tienden a disminuir. Nuestras propias resistencias a analizar pueden jugar un papel, lo mismo que los cambios a nivel sociocultural, pero haríamos bien examinando el problema con mayor atención.

Hemos discutido mucho sobre qué es psicoanálisis y qué es psicoterapia, pero, llevados tal vez por la búsqueda de modelos ideales, hemos aplicado un enfoque categorial a fenómenos que probablemente sean de grado, perdiendo flexibilidad clínica ante la variedad de las situaciones reales. Sabemos que ciertos cambios del encuadre o de la técnica conducen a modificaciones en

el proceso del análisis, pero, a ciencia cierta, sabemos poco aún acerca de cuáles son los efectos a corto y largo plazo de estas modificaciones en el proceso. Veamos este último punto tomando el manejo de la transferencia como ejemplo.

La relación transferencial es central en nuestra práctica. Existen, sin embargo, dos factores que introducen considerable variabilidad en la forma de conceptualizarla y manejarla técnicamente. Una de ellas radica en las diferencias de paradigma. En nuestro país (Uruguay) pudimos observar un cambio en el estilo de las interpretaciones transferenciales de la década del 60, orientada por el pensamiento kleiniano, a las de la década del 90, en que, aparecen otras influencias teóricas y decrecen las interpretaciones transferenciales. Estas variaciones no se dan sólo en el tiempo; podemos observarlas entre distintas culturas psicoanalíticas y también en el interior de una misma cultura³. La segunda fuente de variación radica en el aumento de tratamientos con una menor frecuencia semanal. En ambos casos el proceso psicoanalítico en su conjunto tiende a modificarse: transferencia, interpretación, regresión, etc. Pero no es fácil afirmar en forma indiscutible en cuáles pacientes estos cambios en el proceso llevan a qué tipo de cambios en los resultados. ¿Debemos aplicar la técnica clásica en los pacientes severamente perturbados o una técnica modificada? ¿En base a qué evidencia sobre los resultados? ¿O qué ocurre cuando se aplica la técnica clásica en tratamientos con baja frecuencia de sesiones semanales? Afortunadamente, investigaciones recientes, como las de Rolf Sandell⁴ en Suecia, nos permiten ir acumulando una mayor información sobre la respuesta a algunos de estos interrogantes.

En realidad la pregunta de cuáles características se asocian a cuáles efectos, es una pregunta relevante no sólo para las distintas formas de tratamiento psicoanalítico, sino también en el

³ Ver al respecto: Hamilton, V. (1996), *The analyst's preconscious*. New Jersey: The Analytic Press

⁴ Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A. (1997), When reality doesn't fit the blueprint: doing research on psychoanalysis and long term psychotherapy in a public health service program. The Stockholm Karolinska Study (SKIS). *Psychotherapy Research*, 7, 333-334. También en: *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. P. Fonagy (Editor). IPA Draft. Sandell muestra que el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica tienen ambos resultados positivos (aunque algo superiores los del psicoanálisis). El resultado más pobre se da en las psicoterapias de baja frecuencia que mantienen el encuadre clásico.

diálogo del psicoanálisis con otros tipos de psicoterapia. La necesidad de una mayor fundamentación en el plano terapéutico abarca a todo el campo de la salud: sólo una minoría de los tratamientos médicos ha demostrado tener una base científica indiscutible. La necesidad de una mayor garantía en la calidad de la atención llevó tanto a la Medicina como a la Psicología Clínica a una serie de desarrollos metodológicos y conceptuales importantes. Tales son, por ejemplo, el enfoque de la Práctica Basada en la Evidencia⁵, o los estudios actuales sobre la inferencia clínica⁶. Se constituyen así nuevos contextos para la actividad clínica con los que no podemos mimetizarnos, pero a los que debemos responder desde nuestra propia especificidad. Pero el diálogo interdisciplinario requiere bordes porosos⁷. Para que los conceptos realmente circulen entre las disciplinas, es necesario un “trabajo de la interdisciplinaridad⁸”, que nos exige asimilar conceptos que nos son inicialmente extraños, a la vez que debemos aceptar que nuestros conceptos sean transformados por otra disciplina. Es el momento, al decir de Widlöcher⁹, de renovar nuestras cartas para que se nos abran, a su vez, nuevos rumbos.

Conviene que nos detengamos en el tema de los logros terapéuticos, es decir, en qué medida el paciente logra aquello que ha venido a buscar legítimamente en el análisis. Otras psicoterapias, como la cognitiva-conductual o la interpersonal, han impulsado fuertemente la investigación de resultados, lo que ha puesto a su disposición una abundante información que demuestra la eficacia, efectividad y eficiencia de las psicoterapias, con resultados que igualan o superan los de los psicofármacos en muchas situaciones clínicas. Esta información ha permeado hacia los textos

⁵ Sackett, D.; Richardson, W. S.; Rosenberg, W.; Haynes, R. B. (1997), *Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.

⁶ Turk, D. & Salovey, P. (1988), *Reasoning, Inference and Judgement in Clinical Psychology*. The Free Press. Macmillan.

⁷ A veces puede parecer que defendemos mejor la identidad del psicoanálisis trazando límites menos porosos, que separen más claramente al psicoanálisis de lo que no lo es. Sin embargo, esta postura nos quita flexibilidad para responder a los nuevos contextos internos y externos, los que entonces se vuelven amenazadores y conducen a la sensación de crisis.

⁸ Bernardi, R. (1996) Los conceptos psicoanalíticos y el trabajo de la interdisciplinaridad. (Trabajo presentado a la Mesa Redonda sobre Interdisciplina, realizada en APdeBA, el 4 de octubre del 96. Inédito)

⁹ Widlöcher, D. (1996), *Les Nouvelles Cartes de la Psychanalyse*. Paris: Odile Jacob.

actuales de Medicina y de Psicología y hacia el público general. Este es un punto del debate científico en que el psicoanálisis estaba en desventaja, pero existe hoy una vigorosa reacción de la IPA en este campo, y la información sobre resultados del análisis ha comenzado a incrementarse y difundirse¹⁰. Al mismo tiempo existe una inflexión en el debate. Las actuales tendencias de la investigación en psicoterapia hacen de la confrontación entre las distintas técnicas sólo un aspecto parcial del problema, existiendo al mismo tiempo un fuerte interés en los modelos genéricos que buscan comprender los factores comunes que operan en todas ellas¹¹. Creo que el psicoanálisis puede hacer honor a su papel pionero, aportando la riqueza y complejidad de su enfoque para una mejor comprensión de los mecanismos que actúan en todo proceso de cambio psíquico.

En este punto se abren caminos divergentes. Para muchos la clínica psicoanalítica define mejor su identidad y su especificidad marcando sus diferencias con la clínica psicológica y con la clínica psiquiátrica. Para otros, tanto las diferencias como los elementos comunes deben ser atendidos, pues ninguna ciencia crece en aislamiento. La clínica psicoanalítica tiene sus procedimientos metodológicos propios, pero esto no la coloca al margen de las exigencias básicas propias de todo conocimiento clínico. Del mismo modo no es posible sostener la extraterritorialidad del psicoanálisis respecto a todo conocimiento psicológico o psiquiátrico. Si Freud postuló la hipótesis del inconsciente, es precisamente porque encontró en el campo de la psicología y de la psiquiatría fenómenos que no podía explicar sin la hipótesis del inconsciente.

Llegamos así a una cuestión de la mayor importancia epistemológica. Cuando hablamos de los cambios terapéuticos producidos por el psicoanálisis no nos estamos refiriendo a un aspecto de segundo orden, que agrega algo a nuestra disciplina “por

¹⁰ Fonagy, P. (Editor) (1998), *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. (Report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the President. IPA Draft.)

¹¹ Orlinsky, D.E.; Grawe, K., Parks, B.K. (1994), *Process and Outcome in Psychotherapy—noch einmal*. In: Bergin, A. E., Garfield, S.L. (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. N.Y., Wiley, 1994., p.270-376. También: Grawe, K. 1997: *Research-informed Psychotherapy*. *Research. Journal of the Society for Psychotherapy Research*, vol. 7, n.1: 1-20.

añadidura”. Para Ricoeur “Únicamente el éxito terapéutico puede asegurarnos que la realidad del inconsciente no es invención del psicoanálisis...¹²”. En esto Ricoeur se mantiene fiel a las ideas de Freud, para quien “En el psicoanálisis existió desde el comienzo una unión inseparable del curar e investigar...”¹³. “La solución de sus conflictos [los del paciente] y la superación de sus resistencias sólo se logra si se le han dado las representaciones-expectativa que coinciden con su realidad interior”¹⁴. La tesis de la unión inseparable, la de la condición necesaria (del insight para el éxito terapéutico), o el argumento de la coincidencia, han sido objeto de amplia discusión epistemológica¹⁵, que replantea los problemas de investigación: investigación durante la sesión, y la sesión como objeto de investigación, al decir de D. Liberman¹⁶. En términos más generales, lo que está en debate es la relación entre los distintos niveles de conocimiento que componen el campo clínico¹⁷. Si bien muchas de estas cuestiones son específicas del psicoanálisis, ellas se dan sobre el trasfondo más general de la articulación de la actividad clínica con el conocimiento básico. Pero aunque los problemas epistemológicos y metodológicos son complejos, ciertos puntos parecen ser claros. Debemos aspirar a ser más que una terapia, pero no podemos resignarnos a ser menos. Nuestras teorías deben explicitar con claridad la forma cómo ellas se articulan con la clínica y cuáles

¹² Ricoeur, P. (1969), *Le conflit des interprétations*. Paris: Ed. du Seuil, p.19. (Trad. al castellano como: *Hermenéutica y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. La Aurora, 1975, p. 14)

¹³ Freud, S., Epílogo a ¿Pueden los legos ejercer el análisis? *AE*, XX, p. 240. Para Freud la superación de las dificultades de un análisis era lo que nos aseguraba la adquisición de nuevos conocimientos. Estos a su vez posibilitaban nuevos logros terapéuticos.

¹⁴ Freud, S., Conferencias de introducción al psicoanálisis. *AE*, XV-XVI, p.412

¹⁵ Ver al respecto Grunbaum, A. (1984). *The foundations of Psychoanalysis: A philosophical critique*. Univ. California Press. Y del mismo autor: (1993) *Validation in the clinical theory of Psychoanalysis*. International Univ. Press. Una discusión particularmente cuidadosa de estos problemas puede encontrarse en: Thöma, H. & Kächele, H.(1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis. I. Fundamentos*. Herder., p. 409-428.

¹⁶ Liberman, D. (1970), *Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*. Bs. As: Galerna, 1971.

¹⁷ En un intento de clarificar el problema, Thöma y Kächele (*op. cit.*, p. 428) han propuesto distinguir, dentro de las exigencias que se le plantean a la teoría de la técnica, distintos componentes, cada uno de los cuales requiere examen independiente; a saber: el de la curación, el de la obtención de nuevas hipótesis, el de la prueba de las hipótesis, el de la exactitud de las explicaciones, y el de la utilidad del conocimiento.

son sus hipótesis contrastables. ¿Hasta dónde puede llegar la investigación clínica basada en el estudio de casos individuales en esta tarea de validación de las hipótesis psicoanalíticas? Etchegoyen¹⁸ ha insistido con razón en la necesidad de testear las interpretaciones durante la sesión, dándoles el carácter de hipótesis que pueden ser confirmadas o no por el material subsiguiente. Admitido esto, queda, sin embargo, por saber cuál es el alcance de este testeo. No es sencillo identificar cuáles son los aspectos de la interpretación que resultan confirmados, y mucho menos hasta dónde esta confirmación alcanza a la teoría subyacente. En el momento actual el problema de la validación parece requerir la unión de la evidencia clínica con las investigaciones de caso único rigurosamente registrados y con los estudios epidemiológicos de tipo estadístico que den garantías sobre la validez externa o generalizabilidad¹⁹ de las hipótesis.

Es necesario reconocer que la elaboración de la experiencia recogida en los análisis requiere –al menos por el momento– dos regímenes de lenguajes diferentes. Por un lado está la formulación de la experiencia subjetiva vivida por paciente y analista de modo de permanecer lo más próximo posible al proceso primario sin perder por ello inteligibilidad. Para usar un término del segundo Wittgenstein, podemos decir que para acercarnos a los procesos inconscientes y a los matices de la transferencia, es necesario crear los “juegos de lenguaje” que den expresión a lo que de peculiar, único y sorpresivo tiene cada análisis. En este nivel se trata de fenómenos subjetivos, frente a los cuales, al igual que en la toma de decisiones, la clínica resulta soberana. Es sobre esta base, en realidad, que luego pueden operar tanto los estudios estadísticos como las investigaciones minuciosas de caso único. Estos estudios, por su parte, requieren un segundo tipo de lenguaje, que pertenece al campo de las ciencias, en el sentido habitual del término. Arte clínico y ciencia básica, son,

¹⁸ Etchegoyen, Horacio (1990), Sobre la interpretación y su testeo. *Psicoanálisis*, APdeBA, 12 (2/3).

¹⁹ J. P. Jiménez ha insistido en que los analistas no estamos a salvo de la “ilusión del clínico” (Cohen, P., Cohen, J. (1984) The clinician’s illusion. *Arch. Gen. Psych.*, 41:1178-1182), que lleva a extrapolar a toda la población resultados que surgen de un pequeño número de casos. (J. P. Jiménez 1995) Un modelo de análisis de atención psicoterapéutica. En: *Investigación en Psicoterapia. Proceso y Resultados*. Ed. J.P. Jiménez, Buguñá, Belmar, C, SPR-Corporación para el Desarrollo, Santiago, Chile).

pues, las dos vertientes a las que el psicoanálisis debe mantenerse fiel.

La indiscriminación entre estos dos lenguajes contribuyó a la proliferación de formulaciones metapsicológicas que no siempre resultan útiles para el desarrollo de la clínica. No es raro encontrar construcciones metapsicológicas que se alimenten de sus propias premisas, saturando los datos de la clínica con elementos teóricos. Esto dificulta que los juicios clínicos logren ser consensuales, y, como es sabido, sin confiabilidad (esto es, concordancia en las observaciones) no puede garantizarse la validez. El arte clínico se diferencia del arte a secas, entre otras cosas, en que no alcanza con que el clínico exprese su subjetividad, sino que debe formular sus observaciones de tal manera que otro clínico pueda compararlas en forma rigurosa con las que él realiza²⁰. Para avanzar en este camino es necesario preservar un espacio en el cual la clínica, auxiliada por diversos tipos de investigación, pueda tomar la delantera para hacer oír su propio lenguaje frente al de las teorías abstractas. Es cierto que no hay experiencia totalmente libre de teoría, pero también es cierto que los hechos clínicos tienen muchas veces la necesaria tozudez para imponerse a pesar de las teorías.

Cabe a la clínica, pues, la responsabilidad de lograr un espacio en el que puedan ser examinadas y debatidas las distintas perspectivas teóricas y técnicas, y en especial en el que puedan confrontarse hipótesis alternativas²¹. Esto implica preguntarnos cuándo y por qué preferimos un tipo de interpretación a otra y qué efectos es probable que tenga esta elección sobre el proceso terapéutico. Para ello necesitamos encontrar criterios compartidos que nos permitan, como quería Freud, llevar nuestras divergencias al tribunal de la experiencia, “poniéndolas a prueba en casos y problemas singulares”²².

¿Qué significa en la práctica cotejar hipótesis alternativas? Supongamos que estamos tratando de comprender un período

²⁰ La fuerza de sistemas diagnósticos como el DSM-IV o el CIE10 no está en su fineza clínica, sino en la mayor fiabilidad o posibilidad de consenso que poseen sus categorías. Es fácil reclamar criterios más complejos, pero darles forma es una tarea ardua a la que no hemos prestado suficiente atención.

²¹ Sobre el cotejo entre teorías ver también Winograd, B (1987), Aportes de autores argentinos al psicoanálisis. *Correio da Fepal*, s/d:81.

²² Freud, S., De la historia de una neurosis infantil. *AE*, XVII, p.47.

difícil de un análisis. Seguramente, en algún momento, las preguntas básicas de la clínica vuelven a la mente. ¿Qué está ocurriendo? ¿A qué se debe? ¿Cómo puede darse un cambio? Al inicio sólo se dispone comúnmente de conceptos borrosos, y las intervenciones pueden limitarse a favorecer el proceso asociativo. Pero en algún momento surge algo que parece organizar el campo. Pensemos en varios ejemplos comunes. Por ejemplo, puede darse que el analista sienta que conflictos suyos se reactivaron debido a algo que siente como identificaciones proyectivas del paciente. O que la dificultad surge de que está tratando con aspectos que le sugieren la idea de un falso self del paciente. O pensar que está situado con el paciente en un plano puramente imaginario, alejado de los verdaderos determinantes de su posición como sujeto, etc. Cada una de estas hipótesis recoge líneas de fuerza que estaban presentes en el campo y que dieron origen a formas iniciales de inteligibilidad –o fantasías-teoría, como las llamó Marta Nieto²³– que se organizan luego en forma de elementos conceptuales más abstractos, que ya forman parte de una determinada teoría. Al quedar incluidos en las mallas de un sistema teórico ciertas puertas se abren y otras se cierran. Por ejemplo, si pienso en identificación proyectiva, voy a estar más proclive a pensar en hipótesis explicativas basadas en la agresividad que si reflexiono en términos de falso self, y también tenderé con más facilidad a formular interpretaciones transferenciales que si estoy preocupado por la distinción entre lo imaginario y lo simbólico. Cada una de estas opciones orienta nuestra participación en el análisis por diferentes caminos.

¿Cómo evitar que el peso de la teoría aplaste a la clínica y a la vez permitir que los conceptos teóricos aporten inteligibilidad y coherencia al campo clínico? En primer lugar, no perdiendo contacto con las fantasías-teoría iniciales, es decir, con los niveles de conceptualización más próximos a la experiencia y por tanto menos saturados. En segundo lugar, utilizar el macro o microanálisis del proceso para abrir interrogantes sobre los ca-

²³ Nieto, M.; Bernardi, R. (1984), La investigación en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis XLI*, 5, pp. 839-843. (También publicado en: Actas del XV Congreso Psicoanalítico de América Latina: Paneles Especiales y Contribuciones Libres: 39-49. Publicación de la Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL) y la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA); Buenos Aires, 1984).

minos posibles. Para avanzar en el cotejo de hipótesis alternativas necesitamos reconvertir las teorías abstractas al tipo de experiencia que estuvo en su origen (y que no siempre estas teorías revelan con claridad) y dejar que distintas “formas de ver” reorganicen el campo desde diferente ángulo y muestren si traen un enriquecimiento o un empobrecimiento a la comprensión del material²⁴. En forma de experimento mental, podemos preguntarnos cuáles elementos nuevos se integran, cuáles quedan excluidos al cambiar de perspectiva y qué significaría esto para el paciente.

Este tipo de ejercicios tiene efectos muy positivos en la supervisión. También ayuda al necesario proceso de revisión de la elección de teoría, complementando lo que puede lograrse por medio del análisis o autoanálisis de esta elección, que en gran medida no es consciente²⁵. Detrás de su aparente arbitrariedad podemos rastrear las filiaciones inconscientes, reales o imaginarias, que ligan al analista con aquellos a los que considera sus maestros o adversarios. Dados los componentes narcisistas e idealizadores en juego, estas elecciones son escasamente críticas y por eso puede ser tan útil que la formación analítica ayude a crear el espacio favorable para que estos procesos puedan ser revisados.

La comparación de teorías rivales a nivel clínico es también crucial para mantener la continuidad de nuestro desarrollo histórico²⁶, especialmente en regiones como la latinoamericana, en las que muchas veces la recepción de ideas venidas del exterior no se acompaña de la suficiente confrontación explícita con los aportes y tradiciones locales. Volviendo al tema de la transferencia y la

²⁴ Ciertamente no es posible considerar todas las opciones posibles –los matices son quizás casi tantos como analistas–, ni formular con certeza condicionales contrafácticos (esto es, decir qué hubiera pasado en caso de haber interpretado de otra manera). Pero lo esencial es utilizar algún modo de pensar alternativo como herramienta para someter a examen nuestras convicciones.

²⁵ B. Bernardi, R.; de León, B. (1992), ¿Incluimos nuestros presupuestos en la actividad de autoanálisis? En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 76, pp. 243-260. También publicado como: Does our Self-Analysis Take into Consideration our Assumptions? En: James W. Barron (ed.), *Self-Analysis. Critical Inquiries, Personal Visions*. New Jersey: The Analytic Press.

²⁶ Ver al respecto Herrmann, F. (1987), Mensagem inaugural ao I Simpósio da FEPAL em Sao Paulo. *Correio da FEPAL* s/d:7-9.

contratransferencia, podemos ver que si consideramos, por ejemplo, la década del 70 en Uruguay, vemos que se produce un brusco cambio en los autores citados, al mismo tiempo que una disminución marcada en las referencias a la contratransferencia²⁷. Decae al mismo tiempo el desarrollo de conceptos de indudable valor teórico y clínico como el de “campo analítico”. Si observamos con más detalle, percibimos que los nuevos autores citados y los que desaparecen parecen situarse en estratos geológicos distintos, sin interpenetración visible entre ellos. Este fenómeno constituye, sin duda, uno de los aspectos problemáticos del pluralismo, de los que encontramos múltiples ejemplos en nuestra disciplina. Pero el abandonar unas ideas y tomar otras sin exponer los fundamentos del cambio tiene un efecto demoledor²⁸ en el campo de la clínica, pues dificulta la constitución de esa tradición de conocimientos y destrezas que es reconocida como sabiduría clínica.

En suma, y para terminar, creo que podemos esperar de la clínica que nos ayude a avanzar en nuestras hipótesis diagnósticas y etiopatogénicas, abriendo el campo para un diálogo con las disciplinas vecinas. En especial, confiamos en que nos permita, dentro de sus límites, poner a prueba nuestras hipótesis terapéuticas divergentes, de modo de mejorar nuestra práctica.

A su vez, la clínica tiene derecho a teorías metapsicológicas más “amigables”, que establezcan con mayor claridad los puntos de controversia que pueden clarificarse con los aportes que surjan de la práctica o de la investigación empírica. A su vez es necesario a nivel teórico un trabajo de retraducción con otras disciplinas que permita establecer puentes a nivel de construcciones teóricas y de hallazgos empíricos. Por este camino, clínica y teoría, actuando en forma conjunta, podrán conducir a un diálogo intra e interdisciplinario fecundo.

²⁷ de León de Bernardi, B.; Frioni de Ortega, F.; Gómez de Sprechmann, M.; Bernardi, R.: (1998), Cambios en la frecuencia del uso de la noción de contratransferencia, y su relación con los cambios en las teorías dominantes. (Trabajo presentado al 4º Encuentro del Capítulo Sudamericano de la Society for Pshychotherapy Research (SPR): “Investigación Empírica en Psicoterapia”. Montevideo, 25 al 27 de setiembre de 1998.

²⁸ El efecto es aún más devastador cuando la adopción de nuevas ideas se apoya más en el hecho de que están a tono con el contexto cultural del momento, que en sus consecuencias para la práctica.

Descriptores: Clínica. Diálogo. Investigación. Psicoanálisis.

Ricardo Bernardi
Santiago Vázquez 1140
11300 Montevideo
Uruguay