

**Trabajos vinculados
al tema del Congreso
Psicoanalítico Internacional**

Replanteo de la polémica sobre los acuerdos en la clínica¹

*Jorge Lebas*²

“...al pasar un año en un comunidad compuesta de científicos sociales... me asombré ante la cantidad y alcance de los desacuerdos patentes... sobre la naturaleza de problemas y métodos científicos aceptados”

Kuhn, T. S. (1971), *La Estructura de las revoluciones Científicas*.

Fondo de Cultura Económica, México.

ALGO DE HISTORIA

Las divergencias entre analistas necesitaron ser acalladas desde un comienzo dentro de la “Sociedad Psicológica de los miércoles” entre 1902 y 1912. Cito a Peter Gay (1989), “en aquellos primeros días, (esos hombres) le proporcionaron a Freud el eco psicológico que anhelaba. Las desavenencias y disensiones quedaban para el futuro”.

Fue ese un momento inaugural en la lucha de un pionero que buscaba instalar sus ideas contra la violenta reacción de rechazo de la cultura positivista de la Viena de fin de siglo. Su obra fue

¹ Este trabajo retoma datos, argumentos y conceptos de mi Tesis de Maestría en Psicoanálisis, del Proyecto de investigación subsidiado por el RAB de la IPA y del trabajo aprobado para su lectura en el 46º Congreso Internacional de la IPA, Chicago, 2009.

² Deseo agradecer muy especialmente a Cecilia Hidalgo, Directora de mi Tesis de Maestría, quien me impulsó, me guió y me sostuvo en esa ardua tarea, dentro de un clima amistoso y estimulante.

catalogada como pornográfica y propusieron penas de prisión para sus autores. Entre 1912 y 1927 los conflictos entre analistas necesitaron de una sociedad secreta para ser contenidos: el Comité de los Siete Anillos (Ferschtut, G., 2002).

Después de esa época fundacional, esa tarea pudo ser dejada en manos de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Freud dio suficientes muestras de flexibilidad, con la amplia transformación de sus propias teorías y la progresiva aceptación institucional de nuevos desarrollos teóricos y técnicos, divergentes con el suyo, como por ejemplo, los de Melanie Klein.

Quizás por identificación con el maestro, sus seguidores crearon nuevos modelos, destinados a explicar la complejidad de la clínica. Aunque con ciertas reticencias, fue instalándose un pluralismo teórico que volvió a preocupar a algunos psicoanalistas medio siglo más tarde, frente a la “creciente diversidad psicoanalítica” como denominaban al pluralismo teórico. Esa preocupación quedó expuesta por Robert Wallerstein en el título de su conferencia inaugural del Congreso Internacional de Psicoanálisis de Montreal en 1987: “Un psicoanálisis o muchos”, tema que eligió por considerarlo de importancia relevante para la comunidad psicoanalítica. Esa conferencia suele tomarse como punto de referencia para las nuevas discusiones sobre coincidencias y sobre los riesgos de las discrepancias para la unidad del psicoanálisis; contiene un mensaje implícito que intentó ser tranquilizador: “a pesar de las diferencias en las teorías, todos los psicoanalistas coincidimos en la clínica”.

Tanto el disertante como algunos autores, se expresaron desde entonces a favor del predominio de coincidencias entre psicoanalistas en el contexto clínico (Guimaraes Filho, 2004). Otros autores expresaron opiniones opuestas a lo largo de estos años; por ejemplo, Kachele (1990) escribió: “Los acuerdos no suelen ocupar el primer plano en las discusiones clínicas”.

Wallerstein insistió con sus conceptos hasta su trabajo de 2002 y su enfática polémica con Andre Green publicada en el *International Journal* en 2005. Allí mantuvo su idea del psicoanálisis como una disciplina basada en una “teoría clínica común”. Green, en cambio, sostuvo que predominaba una divergencia basada en inevitables conflictos personales entre los analistas. En ese sentido, recordó las divergencias entre los diversos grupos que compusieron la Sociedad Británica y entre los analistas norteamericanos. Además, Green expresó su sospecha que las convergencias teóricas son más ilusorias

que reales y que de la llamada “teoría clínica común”, sólo se habla en Estados Unidos.

INTRODUCCION

Las divergencias entre analistas despertaron mi interés por sus implicancias epistemológicas y por su incidencia sobre la ruptura de los lazos institucionales. Ese interés no habrá sido ajeno a la escisión en dos instituciones que me tocó vivir durante mi formación. En esa experiencia comencé a vislumbrar que las verdaderas motivaciones de la división eran conflictos personales que se trataban de encubrir bajo el disfraz de divergencias teóricas.

Desde la conferencia de Wallerstein, vivimos veinte años de una fuerte polémica, cuya importancia y vigencia se refleja en el título del Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional del corriente año (2009): “La práctica psicoanalítica: Convergencias y Divergencias”.

Ante la vitalidad de esa polémica, decidí presentar ante el citado Congreso de 2009 los resultados de una investigación que había desarrollado entre 2004 y 2008 como base de mi tesis de maestría. Mi intención fue efectuar un aporte desde uno de los puntos de partida muy poco frecuentado: explorar en forma directa los acuerdos y desacuerdos en la clínica, mediante el análisis cualitativo de las opiniones escritas textuales y explícitas de varios psicoanalistas, confrontadas con las de quien presentó el relato del tratamiento completo de una paciente.

La investigación nació en mi participación en una Jornada Clínica entre Instituciones Psicoanalíticas de Buenos Aires: “Similitudes y diferencias en el modo de pensar la clínica”, en 2003. Fueron invitadas 16 instituciones psicoanalíticas, a las cuales se les solicitó que prepararan un amplio comentario escrito sobre un historial, el de la “Sra. Oggi”, publicado por René Kaës (1976); los comentarios serían presentados y discutidos seis meses más tarde.

Tomé entonces el relato del tratamiento completo, escrito por el analista (30 páginas) y 23 comentarios escritos sobre el caso (150 páginas), como cuerpo documental para la citada investigación, cuyos resultados retomo en este escrito, con el agregado de nuevos argumentos y conceptos.

El planteo de la polémica nunca me resultó satisfactorio; me parecía inadecuado, superficial y maniqueo. Un caso clínico presenta infinitos blancos para el comentario y quienes lo efectúen, habrán de

elegir los temas más afines a su modo de pensar. Además habrá que contar con la sobredeterminación y la ambigüedad propias del campo psicoanalítico. Ante una comparación tan multifacética, resulta imposible expresarse en términos de simple coincidencia o divergencia, ya que al menos será necesario definir sobre qué temas o aspectos hay acuerdo o desacuerdo con el presentador. Para tratar de reducir esas dificultades, utilicé un procedimiento de codificación, con doce dimensiones de análisis o temas teóricos y técnicos. Separé párrafos textuales de las opiniones del analista tratante y de los comentaristas, que fueron entonces comparados conceptualmente, en busca de coincidencias y divergencias. La subdivisión del material fue definida a partir, tanto de los conceptos que parecían ser relevantes en el análisis de la formulación del caso clínico y de las críticas de los colegas, como de mis propios conocimientos sobre el tema. Seguí en ese punto el procedimiento que aconsejan Strauss y Corbin (2008) en la primera etapa del método de investigación conocido como “Teoría Fundamentada” (“Grounded Theory”): “codificación abierta” (“Open coding”) y extracción de “muestras teóricas” (“Theoretical Sampling”).

Mi objetivo principal, fue estudiar en qué medida los comentaristas coincidían o no con el analista presentador en cada uno de los temas. Como el discernimiento personal de las coincidencias o divergencias puede ser cuestionada con justicia. Con el objeto de reducir ese factor de arbitrariedad en las decisiones, recorté además las expresiones explícitas de los comentaristas que manifestaran acuerdo o desacuerdo con el presentador del caso y las muestro en un cuadro aparte para su consideración.

En cuanto a la influencia de las teorías, por ahora rescato dos opiniones de autores muy valiosos para mí: Freud en “Pulsiones y destinos de la pulsión” escribió: “El comienzo correcto de la actividad científica consiste en describir fenómenos que luego son agrupados, ordenados e insertados en conexiones. Ya para la descripción misma es inevitable aplicar al material ciertas ideas abstractas que se recogieron en alguna otra parte. Y más insoslayables todavía son esas ideas en la tarea de agrupación, ordenamiento y conexión. Esas ideas abstractas llegarán a ser definiciones, pero aun así experimentan un constante cambio de contenido”.

En la actualidad: “La actividad clínica desarrollada por los psicoanalistas requiere teorías científicas como arma indispensable para fundamentar su acción práctica y desarrollar técnicas exitosas” (Klimovsky, G.; Hidalgo, C., 2001).

Acuerdo con los autores; en el contexto de aplicación no se trata sólo de estudiar hechos aislados o singulares, sino que es inevitable incluir las correlaciones y ligaduras de los hechos con el conocimiento ya producido. Por ese motivo, al estudiar las coincidencias y divergencias que se produjeron en el encuentro clínico, me propuse investigar la relación de los acuerdos y desacuerdos hallados con las teorías sobre las que se apoyaba cada participante, tanto el analista que presentaba el historial, como cada uno de los comentaristas.

SINTESIS DE LA BIBLIOGRAFIA SOBRE EL TEMA

En la Introducción he mencionado los puntos que me interesa destacar de los trabajos de Wallerstein (1987 y 2005), de Green (2005) y de Kachele (1990).

En el Panel Anual de 1990 de la Asociación Psicoanalítica Americana, eco del Congreso de 1987, Schuker, E. subrayó que “frente al caso clínico presentado, se observaron diferencias en la técnica y en el proceso”, resultado contrario a las ideas de Wallerstein. En el siguiente Congreso Internacional, Roma 1989, Schafer, A., también encontró que en la discusión de los casos clínicos las opiniones de los participantes estuvieron lejos de la coincidencia.

Para explorar la relación entre teoría y clínica, Bernardi, R. (1989) investigó el enfoque del sueño del Hombre de los lobos por parte de Freud, Klein y Lacan. De su examen surgió que predominaban las divergencias y que las teorías de cada autor se hacían presentes con claridad. En 1994, este autor agregó que en la discusión de este tema, están en juego supuestos de naturaleza ética y axiológica: ¿cuáles son los valores asumidos cuando se pretende mantener una unidad teórica? ¿Hasta qué punto se pierde el respeto por la alteridad del semejante?

Siguiendo con el tema de la influencia de las teorías, Pulver, S. E. (1987) sintetizó una opinión personal sobre los comentarios de siete destacados psicoanalistas con diferentes orientaciones teóricas sobre un mismo material clínico: “Una reflexión indudable emerge con claridad del estudio: la orientación teórica de un analista deja su impronta en su modo de pensar y de trabajar sobre el material del paciente”. Fine, S. y col. (1990) desarrollaron una investigación dirigida a explorar las opiniones de Wallerstein. Sus resultados mostraron que existen suficientes diferencias en el modo de dar

interpretaciones entre analistas clásicos, kleinianos, kohutianos y kernbergianos.

Si en estos artículos detenemos la atención en el tema de las coincidencias, los autores destacan la falta de coincidencias en la clínica.

Caston y el maniquí

Este psicoanalista de San Francisco desarrolló un complejo método para detectar los estereotipos que simulan consensos entre analistas, el test del maniquí. A pesar de que este método constituye un interesante avance, no resultó aplicable en mi investigación porque Caston compara las formulaciones de varios analistas entre sí, mientras que mi objetivo fue comparar las ideas de los comentaristas con las del presentador, atento a las características del material que pude disponer.

El asombro de Kuhn

Como ya lo había notado Epstein (2000), el valor de los conceptos de paradigma y matriz disciplinaria, fue reconocido por este investigador después de un largo tiempo de trabajo con científicos sociales. Kuhn se mostró asombrado “ante la cantidad y alcance de los desacuerdos...sobre la naturaleza de los problemas y métodos científicos aceptados”. La semejanza de los problemas encontrados por Kuhn lleva a pensar que sus conceptos resultarán muy valiosos para la elaboración de explicaciones de las divergencias que pude observar en la confrontación entre psicoanalistas.

El tema de las teorías en la mente del analista Primeros desarrollos en Buenos Aires

Dentro del tema de esta presentación se incluye el de los factores sobre los que se funda el accionar de un psicoanalista. Mi primer contacto con el mismo se debe a Pichon Riviére y su idea sobre el ECRO, Esquema Conceptual, Referencial y Operativo, que marcó a mi generación (Zito Lema, 1976, cit. en Arbiser, S., 2009).

Desde los trabajos de Racker en la década del '50 sobre la contratransferencia, los psicoanalistas de nuestro medio, estuvimos atentos a la influencia de lo inconsciente del analista en el modo de comprender la clínica.

Joel Zac (1972) lo incluyó en sus ideas sobre cómo y dónde se originan las interpretaciones en la mente del analista. Introdujo dos nuevos conceptos: “Yo irracional”, predominantemente inconsciente y el “Yo privado” fundamentalmente personal y plantea que cada uno de ellos opera con una teoría para luego formarse un producto conjunto.

También Liberman dejó su enseñanza sobre las diferencias entre lo que un analista elabora fuera de la sesión y lo que procesa del material en la sesión. Sintetizo algunos conceptos de Arbiser, S. (2009): cuando está en sesión, está expuesto al campo emocional propio de la misma. El estudio del diálogo “fuera” de la sesión, fue considerado por él como importante, en tanto permite un juicio más distanciado y objetivo. El o los esquemas referenciales se ponen en actividad y se silencian según las características del caso y del momento que atraviesa el terapeuta.

Este autor consideraba que poner apellidos al esquema referencial es algo nocivo para poder discutir sobre esquemas de abordaje, idea que ejerció su influencia en mi forma de catalogar a las teorías.

Lancelle, G. y col. (1990) efectuaron un estudio sistemático de sesiones con el fin de observar cómo inciden la personalidad y concepciones del analista en la situación terapéutica.

Las “teorías implícitas” - Sandler

La discriminación entre teorías explícitas o públicas por un lado y las implícitas por otro, tan utilizadas en la actualidad, es tomada de los trabajos sobre el modelo de las tres cajas de Joseph y Anne Marie Sandler (1983). Incluimos ese tema aquí por su conexión con el de las coincidencias entre analistas. De sus descripciones del estado de las teorías implícitas en la mente del analista, se puede sospechar que la selección que cada analista haga entre ellas en cada intervención, tenderá a ser personal y difícilmente sea coincidente con la de otro.

Ideas más recientes en Buenos Aires - La influencia de lo inconsciente

Un aporte sustancial a este tema fue el efectuado por Samuel Zsysman (2006), al subrayar los aspectos inconscientes de las teorías que usa el psicoanalista. Piensa además, que las teorías pueden sufrir algunas vicisitudes similares a las de los objetos internos, que están sujetos a continuos movimientos de cambio y remodelación. Distin-

que así dos clases de teorías implícitas: una que coincide con la descripción de Sandler antes mencionada y una segunda clase, que no habrían alcanzado la “publicación” (en el sentido de Bion) en la mente del propio analista.

En los trabajos que presenté en los dos últimos Congresos de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (Lebas, J., 2007 y 2008), valoro el uso de las teorías, pero agrego que con el tiempo, se produce una reelaboración personal de la o las teorías de referencia, creando cada analista un esquema referencial propio, parte de su ECRO de Pichon Rivière. Además, postulo que en el contexto de aplicación de las teorías no existe un determinismo simple: Teoría → Interpretación, sino una multideterminación compleja que incluye dimensiones personales, algunas de ellas inconscientes, en especial la contra-transferencia y otros factores que ampliaré más adelante. Propuse allí que el carácter personal de esos factores sería una de las principales razones del predominio de las divergencias que encontré en mi investigación.

Las investigaciones en la Federación Europea de Psicoanálisis (EPF)

Esta Federación viene desarrollando un vasto proyecto de investigación desde 2002, muy valioso por su amplitud y por la calidad científica de los autores (Tuckett, R., 2008). La producción de este grupo durante estos casi diez años fue amplia: setenta casos clínicos trabajados por más de quinientos psicoanalistas experimentados en workshops prolongados, en pequeños grupos. El disenso entre los analistas de los grupos se presentó con intensidad desde el principio, acompañado por fuertes indicios de hostilidad encubierta y ansiedad. Los coordinadores evitaron enfrentar el disenso mediante el recurso a la autoridad y cambiaron el enfoque de “supervisar” al presentador por el de focalizar la tarea investigativa en qué hace, por qué y para qué. Los resultados pueden verse en el libro citado, recién publicado; sólo me interesa destacar aquí que el giro en la metodología de la investigación surgió ante la profundidad de los desacuerdos generalizados y teniendo en cuenta las situaciones inconscientes tanto del presentador como de los comentaristas. El cuadro descrito por los autores es coincidente con lo hallado en mis investigaciones, dentro de otro contexto.

Otro grupo de psicoanalistas de la EPF (Canestri, Fonagy, Bohleber y Davis (2006) investigan sesiones textuales desgrabadas en busca de

las motivaciones de las intervenciones del analista. Una visión de conjunto de sus resultados, muestra el peso de los factores que hacen que las decisiones de un analista sean fuertemente personales y en buena medida inconscientes. Esos resultados explican, al menos en parte, las dificultades para lograr coincidencias entre distintas personas ante un material clínico.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION Y RESULTADOS

Ante el citado cuerpo documental, se me plantearon dos preguntas básicas para iniciar mi plan de investigación: ¿qué grado de coincidencia o divergencia se puede producir entre las opiniones de quien presenta un caso clínico y las de quienes lo comentan? y, ¿qué influencia tienen las teorías sobre las que se basan los analistas participantes? En especial, ¿coinciden los comentaristas con el presentador a pesar de basarse en diferentes teorías?

La base empírica estudiada resultó ser muy amplia (150 páginas, 65.000 palabras). La subdivisión en doce dimensiones de análisis, permitió precisar sobre qué temas teóricos y técnicos se producían o no las coincidencias y comparar párrafos de extensión adecuada.

Mostraré al principio los resultados cuantitativos, a sabiendas de que son poco valorizados en psicoanálisis. En esta investigación fueron considerados de utilidad en dos sentidos: 1) como reflejo de la fuerza relativa de las razones de las coincidencias y divergencias que serán propuestas más adelante; 2) como forma de mostrar el panorama de coincidencias y divergencias analizadas en forma conceptual, sin pretensiones cuantitativas.

Divergencias y coincidencias totales (Explícitas + Decididas)

Denominé divergencias y coincidencias “decididas” a las que fueron resultas por mí, sobre la base de su contenido conceptual, aunque no se expresaran de un modo explícito. Si bien existe un riesgo de discrecionalidad, tienen al menos un valor descriptivo.

COMENTARIOS	CANTIDAD	COINCIDENCIAS	%	DIVERGENCIAS	%
TEÓRICOS	55	12	21.82	43	78.18
TÉCNICOS	92	14	15.22	78	84.78
TOTAL	147	26	17.68	121	82.32

Cuadro N° 1

La diferencia entre comentarios coincidentes con el presentador y los divergentes (17,26% y 82,73% respectivamente) es amplia, con una pequeña menor proporción entre los comentarios sobre la técnica empleada por el presentador del caso clínico ((15,22%) con relación a los comentarios sobre temas teóricos (21.82%).

Divergencias y coincidencias explícitas

Con el objeto de reducir o, si se quiere, anular el efecto de la arbitrariedad del investigador en la determinación de las coincidencias o divergencias, la estrategia más sólida de mi investigación fue mostrar, aisladas de los demás, las opiniones explícitas de los comentaristas que se referían a su acuerdo o desacuerdo con quien presentaba el caso.

COMENTARIOS	CANTIDAD	COINCIDENCIA EXPLÍCITA	%	DIVERGENCIA EXPLÍCITA	%
TEÓRICOS	22	0	0	22	100
TÉCNICOS	64	2	3,12	62	96,87
TOTAL	86	2	2,32	84	97,68

Cuadro N° 2- Resultados separando los comentarios explícitos

Como se puede ver en el cuadro, al analizar sólo los comentarios explícitos, el porcentaje de las divergencias entre los comentaristas y quien presentó el caso clínico, se aproximó a un 100%.

Si bien no es apropiado hablar de evidencia en la investigación cualitativa, los porcentajes de divergencias explícitas me resultaron impactantes. Nunca había imaginado un resultado tan abrumador. Ante ese panorama, me sentí motivado para desarrollar una argumentación sobre los motivos de tal predominio (ver Comentario... página 113 y sig.). También pensé en los posibles desvíos del proceso investigativo; mi primera respuesta fue afirmarme en el carácter explícito y textual de las opiniones de quienes comentaban. Además, debido a las peculiaridades del caso clínico presentado, me sentí impulsado a repetir la investigación con un caso más estándar y con una metodología más afinada.³

Influencia de las teorías

Ante la gran difusión del argumento de que las divergencias entre analistas se producen porque sus opiniones sobre el caso clínico se apoyan en distintas teorías, traté de estudiar esa influencia dentro del contexto de mi investigación.

Agrego aquí los detalles del método creado para la determinación de la teoría o teorías sobre las que se basan los autores de las 23 presentaciones y el presentador. Teniendo en cuenta la dificultad de la tarea, procedí mediante la sumatoria de los siguientes cuatro criterios: a) analicé la bibliografía presentada, y registré la concordante con las opiniones del autor; b) registré las declaraciones explícitas de los autores sobre sus apoyaturas teóricas; c) efectué un recorrido en cada presentación para detectar la existencia de líneas teóricas no declaradas por los autores. En caso de discrepancia entre los resultados obtenidos con esos tres criterios; d) recurrí al juicio de un árbitro para definir cuál era la línea teórica con mayor valor heurístico en la presentación.

Incluí a cada presentación y al presentador en una “línea teórica”, que definí sobre la base de los datos obtenidos al aplicar el método

³ Proyecto aprobado y subsidiado para reenvío por el Consejo de Consulta de Investigaciones (RAB) de la IPA.

descrito. Examinando los hallazgos, decidí determinar 6 líneas teóricas: 1) la línea en la cual se privilegia lo pulsional; 2) la línea evolutiva; 3) la de las relaciones objetales; 4) la línea que atribuye mayor valor heurístico a la influencia del medio ambiente; 5) la línea de quienes siguen las ideas de Lacan; 6) la línea que pone el acento en el vínculo.

Las teorías no declaradas y detectadas en mi recorrido de los textos, fueron consignadas aparte, dentro de un cuadro general que no presento aquí por cuestiones de espacio.

Comparación de resultados según las diversas líneas teóricas

El cuadro que sigue fue efectuado a partir de los resultados totales (explícitos+juicios de coincidencia efectuados por mí).

	COMENTARIOS TOTALES		COMENTARIOS TÉCNICOS		COMENTARIOS TEÓRICOS	
	COINC.	DIVERG.	COINC.	DIVERG.	COINC.	DIVERG.
TEORÍA 1	2 (15%)	11 (85%)	5 (21%)	19 (79%)	7 (19%)	30 (81%)
TEORÍA 2	1	0	1	0	2	0
TEORÍA 3	0	0	0	0	0	0
TEORÍA 4	4 (26%)	11 (74%)	2 (10%)	19 (90%)	6 (17%)	30 (83%)
TEORÍA 5	0 (0%)	11 (100%)	0 (0%)	21 (100%)	0 (0%)	31 (100%)
TEORÍA 6	5 (35%)	9 (65%)	5 (25%)	15 (75%)	10 (30%)	24 (70%)
RESULTADO GENERAL	12 22%	43 78%	14 15%	78 85%	26 18%	121 82%

Cuadro N° 3 - Resultado de coincidencias y divergencias en cada teoría

Como se puede observar, no se encontró una mayor cantidad de coincidencias en las presentaciones que se apoyaban en la misma teoría del presentador. El uso de la misma teoría no influyó para que se produjeran mayores coincidencias

En las presentaciones basadas en la teoría de Lacan, no se encontró ninguna coincidencia con el presentador, quien se apoyó en la línea que privilegia la influencia del medio ambiente. En este caso, parece haber una influencia de las teorías en la divergencia. Sin embargo, en ocho presentaciones basadas en otras teorías, también encontré el mismo nivel de desacuerdos (100%).

(Llamó la atención la falta de presentaciones basadas predominantemente en la teoría kleiniana (3). Esa teoría apareció en varias presentaciones como implícita o secundaria. La única presentación con predominio de teorías del desarrollo, proviene de una institución dedicada a análisis infantil; en ella, el número de opiniones es escaso y casi dividido en partes iguales.)

Coincidencias y divergencias en las diversas dimensiones de análisis

Tomando la totalidad de los recortes efectuados en las presentaciones, siguiendo las dimensiones de análisis utilizadas, el resultado numérico de los recortes textuales de los comentaristas considerados coincidentes y divergentes con los del mismo tema del presentador, se puede observar en el siguiente cuadro N° 4.

JORGE LEBAS

DIMENS. ANÁLISIS	CE	CPD	TOTAL COINC.	DD	DE	DPD	TOTAL DIVER.	TOTAL COMENT.
B1		2	2		5	1	6	8
B2		0	0	4	3	0	7	7
B3		2	2	6	5	2	13	15
B4		1	1	4	5	3	12	13
B5		7	7	1	4	0	5	12
TOTAL B		12	12	15	22	6	43	55
C1		5	5	2	19		21	26
C2	1		1	2	10	2	14	15
C3			0	5	5		10	10
C4		1	1	1	6		7	8
C5	1	2	3		6		6	9
C6			0	1	2	2	5	5
C7		4	4	1	14		15	19
TOTAL C	2	12	14	12	62	4	78	92
TOTAL	2	24	26	27	84	10	121	147

Cuadro N° 4

Distribución de las coincidencias y divergencias en las diferentes dimensiones de análisis (fueron eliminadas las columnas CPE, y DPE ante la ausencia de comentarios así calificados). El detalle del significado de las abreviaturas: P: Parcial (Coincidencia o Divergencia); D: Decidida por mí; E: Explícita; B: Comentarios teóricos; B1: Concepciones sobre el desarrollo; B2: Correlaciones entre psicopatología y desarrollo; B3: Enfoque psicopatológico; B4: Intento de explicación de síntomas; B5: Diagnóstico psicopatológico.

C: Comentarios técnicos; C1: Sobre el abordaje del presentador; C2: Encuadre; C3: Transferencia; C4: Contratransferencia; C5: Evolución del tratamiento; C6: Resultado del tratamiento; C7: Abordaje propuesto por los comentaristas.

Entre los resultados de esta tabla, se puede destacar que no hubo coincidencias en temas centrales: correlaciones entre psicopatología y desarrollo (B2), transferencia (C3) y resultado del tratamiento (C6).

Llama también la atención la menor proporción de coincidencias en el tema de la contratransferencia (C4), de valor parecido al grupo anterior. También el tema del encuadre (C1) recibió menos comentarios coincidentes con el presentador del caso.

El único tema en el cual se encontró mayor proporción de coincidencias que divergencias, fue el del diagnóstico clínico de la paciente, tema de raigambre más psiquiátrica que psicoanalítica, tal como fue expresado.

COMENTARIO SOBRE LOS POSIBLES MOTIVOS DE DIVERGENCIAS Y COINCIDENCIAS

El motivo más esgrimido en la bibliografía y en los comentarios personales recabados entre los colegas, es la relación entre los acuerdos o desacuerdos y las teorías de presentador y comentaristas. Siguiendo el método descrito, la teoría que aparentemente demostró ejercer influencia fue la de Lacan.

Al tratar de encontrar explicaciones sobre la amplitud de las divergencias, pensé que el estado de las teorías en la mente y una multitud de otros factores podrían explicar mejor las coincidencias o divergencias. Paso a desarrollar el tema.

Algunos argumentos sobre la escasez de coincidencias

Los diversos motivos que describiré pueden actuar al mismo tiempo e interactuar entre sí. Para mayor claridad expositiva, los dividiré en individuales, grupales e institucionales.

Razones individuales y personales

Muchas de las razones de la escasez de coincidencias que expon-

dré en este punto, se aplican plenamente en el trabajo de un analista frente a su paciente en el consultorio. Sin embargo, no puedo dejar de mencionarlas, aún cuando en la mencionada investigación trabajé con comentarios escritos fuera de sesión. Puedo suponer que en los comentaristas operan estos factores, algunos con menos intensidad y, además, otros factores que derivan de escribir, de hacerlo en grupo y tratando de representar a una institución. También en el analista que presentó el caso habrán ejercido su influencia los factores personales que aquí desarrollo, así como los institucionales, grupales y transferenceles. Los factores agregados a los individuales serán considerados en otros lugares de este escrito.

Las formas de la influencia de las teorías

En la tarea clínica, los psicoanalistas somos usuarios de teorías que orientan la comprensión del paciente y otorgan una imprescindible base de racionalidad a nuestro accionar. Es de esperar que el analista trabaje centrado en el material que ofrece el paciente y guiado por sus teorías y no que las teorías distorsionen su percepción del paciente hasta colocarlo en el “lecho de Procusto”.

Adhiero a la idea de otorgar un valor central a la teoría, pero pienso que lo que lleva a un analista a recortar lo que ve en el material y a decidir qué hacer y qué decir en consecuencia, es un conjunto de factores mucho más complejo, que contiene a las teorías con una reelaboración personal, más otros importantes factores, también personales, que las acompañan e interactúan con ellas.

Es difícil si no imposible describir el estado de las teorías en la mente de un analista actual. No hay una generalización válida; en cada analista el cuadro es diferente y, además, cambiante en el tiempo. Algunos trabajan dando preferencia casi exclusiva a una teoría o autor; otros con una conjunción personalizada de varias teorías.

En cualquiera de los casos mencionados, me interesa destacar que se produce una *reelaboración personal* de la o las teorías de preferencia. Esta remodelación personal de las teorías se produce mediante diversos procesos: la reflexión sobre sus contenidos, el resultado de repetidas contrastaciones entre la teoría original y la clínica propia o ajena o con otras teorías. Es muy frecuente que se genere un conglomerado con partes de una teoría central y algunas fracciones de otras teorías.

También influyen en la elección, la personalidad, la historia personal, el análisis y la formación del analista. Algunos factores son poco racionales y hasta inconscientes: el sentido común, la pertenencia a un grupo o escuela de psicoanálisis, la cualidad particular de esta pertenencia y las relaciones que mantiene con las “autoridades” psicoanalíticas, sus convicciones científicas y precientíficas, sus elaboraciones personales de los conceptos de la disciplina, la influencia de conflictos con los autores o sus seguidores, oscuros restos transferenciales con las personas significativas de la formación o del intercambio con colegas y otros fenómenos grupales e institucionales. Como puede colegirse, diversos sectores de este esquema conceptual resultante, tienen una variada situación con su posibilidad de conciencia.

Una de las consecuencias de esta remodelación es que entre los analistas que se apoyen en la misma teoría, es muy común observar que cada uno tiene una versión diferente de esa teoría. Aunque haya coincidencias, que explican las que se encuentran en la clínica, a veces, las diferencias entre ellos son muy marcadas.

El carácter personal de la remodelación de las teorías es una de las razones, dependientes de lo teórico, para que la comprensión del material clínico y sus consecuencias técnicas, sea también personal y tienda a ser diferente a la de otros analistas.

Las Teorías Implícitas

El conocimiento de la manera de operar de las teorías en la mente del analista, tiene entre nosotros un antecedente valioso: el concepto de ECRO de Pichon Rivière y los posteriores desarrollos de Liberman y Zac que marcaron mi formación.

Sólo en parte las teorías se encuentran organizadas al estilo de la “metapsicología”. En ese estado se las utiliza en la docencia, al escribir, para comunicarse con colegas, etc. (teorías explícitas).

Un sector importante de las teorías se encuentra bajo la forma de teorías implícitas, una serie de ideas, hipótesis parciales, esquemas teóricos, “miniteorías” clínicas del momento, que son las herramientas personales de trabajo, destinadas a la construcción de una interpretación o la comprensión del material clínico. En general, estas teorías implícitas son preconscientes, pero comparto la idea de la importancia de la influencia de lo inconsciente en las teorías que usa el psicoanalista.

Considero que las teorías implícitas son las de mayor utilidad en

la clínica. Las organizadas al estilo de una metapsicología, más aún cuando conservan un nombre de autor, sólo son útiles como guía general, pero pueden perturbar en la clínica.

En mi recorrida de las presentaciones que comentaban el caso clínico, pude comprobar la presencia de teorías implícitas, no mencionadas por los autores.

El tema de las teorías implícitas, de tanta actualidad, y el de la influencia de lo inconsciente sobre las mismas, no hace más que dar apoyo a la idea de un sesgo personal en la comprensión del paciente y aporta a la explicación de las divergencias entre analistas.

*Factores que acompañan a las teorías
Un conjunto complejo y su descripción*

Además del factor teórico con sus particularidades personales que acabo de resumir, quiero resaltar a los otros factores que acompañan a las teorías y que también intervienen en la comprensión del material de los pacientes y en la determinación de la actividad del analista. Trataré de profundizar en los factores contenidos en analista como ser humano, como persona, inmerso en una compleja red de significaciones, con sus pasiones, deseos y carencias, ejerciendo efectos inconscientes en sus interacciones con sus pacientes. Los describo porque pienso que explican parte de las coincidencias y divergencias entre psicoanalistas.

La teoría es sólo una parte de lo que determina la comprensión y el accionar interpretativo de un analista. No existe un determinismo simple: Teoría → Interpretación, sino una multideterminación que incluye una dimensión íntima del analista que contiene la contra-transferencia y otros factores personales.

“La ecuación personal del analista, su influencia como persona real, su bagaje teórico, su modelo del proceso, su manera de configurar el encuadre, su imagen latente del ser humano, son, todos ellos, factores que inciden de manera decisiva sobre las transferencias y resistencias específicas que establece el paciente en el proceso analítico” (Toma y Kachele, 1989).

Esos factores personales siempre fueron mencionados, pero habitualmente en un contexto de informalidad. Su estudio más preciso muestra el peso de los factores agregados a las teorías y explica que las decisiones de un analista sean, en su mayoría, personales a pesar de estar encuadradas dentro del esquema teórico que eligió. Los

destaco porque pienso que explican parte de las divergencias entre psicoanalistas. Pondré una lupa sobre esos factores; no quiero apoyar con ello una visión del analista como alguien continuamente dominado por prejuicios, conflictos o desvíos, pero discrepo con una concepción, defensiva, de un analista “perfectamente analizado” que se remite a aplicar las teorías de una manera objetiva.

El conjunto de factores que influyen sobre el analista es muy amplio, complejo y cambiante. En principio parece imposible lograr una descripción que los abarque por completo. Utilizaré varias perspectivas no excluyentes para tratar de mostrar una visión de conjunto sobre el tema. Podrán agregarse otros factores y otros puntos de vista.

1. Influencia de la contratransferencia

No es éste un espacio para insistir sobre este tema, ya bastante discutido e incorporado a nuestro acervo teórico y técnico. Freud consideró a la contratransferencia como un obstáculo que *debía* ser resuelto con el análisis del analista. Muchos años después llegó a la conclusión de que el análisis es interminable, con lo cual *debemos* contar con una resolución parcial de la contratransferencia y luchar con los desvíos que provocan sus restos. Pienso que los resultados de esa batalla son diferentes en cada analista, constituyéndose así en un factor personal en la respuesta de cada analista en el campo clínico.

Dentro de la escuela kleiniana, Racker introdujo la idea del papel de la contratransferencia como instrumento para comprensión del analizando. Pero la contratransferencia no funciona como un código automático que da cuenta del significado del mensaje del paciente ni debe ser usada como una racionalización destinada a encubrir la intolerancia a la incertidumbre o a satisfacer un ideal de omnisciencia del analista. Aun aceptando las ideas de Racker, el uso de la contratransferencia para comprender a un paciente será exitoso en la medida del éxito de su análisis en el analista.

Basados en otras líneas teóricas (Lacan), se sigue privilegiando el carácter de obstáculo de la contratransferencia planteado por Freud y su presencia discontinua, marcando la existencia de modos divergentes de concebir la tarea psicoanalítica.

La influencia de la contratransferencia en la clínica, fundamental para muchos, no deja de plantear polémicas y divergencias en la

clínica, pero marca el carácter personal de las decisiones el analista y la dificultad para coincidir con otros.

2 . Situaciones personales - Mundos superpuestos

Creo que no hace falta más que enumerar las situaciones personales que pueden ejercer influencia sobre la comprensión y el accionar de un analista. Como cualquier persona, el analista puede estar atravesando conflictos personales, familiares, divorcios, embarazos, frustraciones, duelos, preocupaciones económicas, exceso o falta de trabajo y otros. Con sus capacidades personales y profesionales, su análisis, su formación, puede contener parte de esos factores perturbadores potenciales pero, de un modo más o menos sutil, algunas de esas situaciones interfieren en el consultorio, más aún cuando el material del paciente toma contacto con temas conflictivos personales del analista. También es cierto que el haber atravesado el analista un buen análisis de alguno de esos conflictos, puede favorecer su comprensión y análisis del paciente. De cualquier forma, el carácter personal de estos factores, contribuye a favorecer las divergencias.

La influencia de los factores sociales en la manera de comprender al paciente, varía en cada analista, en cada momento histórico y en cada grupo humano. Esas variaciones constituyen así un motivo determinante de desacuerdos en la clínica.

La declinación del clima de autoritarismo y verticalismo en las últimas décadas, fue posibilitando el cuestionamiento de los supuestos acuerdos uniformes entre analistas en el campo de la clínica basados en la existencia de una teoría única, al pasar a tomar en cuenta la diversidad y la complejidad. “En este momento del desarrollo del conocimiento humano no existe ninguna teoría unificadora ni siquiera en física” (Klimovsky, Hidalgo, 2001).

No quisiera dejar de lado a las ideas planteadas por Puget (2009) quien agrega que “operan también importantes factores como la ideología, las presiones políticas a las que cada uno está sometido, motivaciones ideológicas, la defensa de intereses sociales y económicos propios o de un grupo. Interesa entender como se relaciona el conocimiento aceptado por una comunidad científica con la estructura política y social dominante en ese momento”.

La manera personal de vivenciar eventos especialmente traumáticos de la realidad social es otra fuente de desacuerdos. Un caso especial fue estudiado por Puget y Wender (1982), denominado por

ellos como el “fenómeno de los mundos superpuestos”. A través de sus investigaciones sobre estas muestras de *violencia social* que *penetra en el encuadre*, los autores pudieron conceptualizar las dificultades para recortar el material de una sesión y resolver los dilemas éticos y morales que se plantean, cuando nos encontramos envueltos por la misma situación traumática social que el paciente. En nuestra experiencia, las diferencias personales se vieron amplificadas en esas circunstancias, favoreciendo las divergencias.

3. *Las ideas generales*

Incluyo aquí a varios tipos de contenidos estudiados en principio por la sociología y la filosofía, pero que tienen también su interés para el psicoanálisis.

Cosmovisiones (Weltanschauungen), Concepciones del mundo

Según la definición clásica, una cosmovisión es un conjunto de opiniones y creencias a partir del cual el hombre interpreta su propia naturaleza y la de todo lo existente; se aplica a todos los campos de la vida, desde la política, la sociedad, la economía o la ciencia, hasta la religión, la moral o la filosofía. Es una creación social que funda un marco para las restantes ideas sobre el sentido de las cosas; son un factor fundamental de la identidad social y unión entre quienes las comparten.

Las cosmovisiones son complejas y *resistentes al cambio*, cualidad que aporta a la consistencia de nuestra identidad, pero que puede también interferir con el progreso de un análisis y del psicoanálisis en general. En este sentido, puede ser visualizada como una dificultad en psicoanálisis.

La necesidad de un borde de flexibilidad de las cosmovisiones, se hizo patente, por ejemplo, en la llegada de los europeos a América. Desde su cosmovisión, los aborígenes tomaron a los europeos como dioses y no pudieron sospechar los afanes de conquista y esclavización, propia de la cosmovisión de esos europeos. El ejemplo es útil para mostrar el riesgo de la “colonización” intelectual, con deificación de autores prestigiosos y esclavización inadvertida, con pérdida de la libertad para disentir, argumentar, criticar y cambiar postulaciones. La distancia entre iconoclastas y defensores entusiastas de una teoría, enmarca una posibilidad más de divergencia en la clínica.

Una mirada psicoanalítica de este interesante concepto, permite aventurarse en una ampliación, a riesgo de caer en deslizamientos desde su significado original. Sabemos que Freud advirtió sobre el riesgo de hacer del psicoanálisis una cosmovisión. Contando con ese límite, la ampliación antes planteada nos llevaría a diferenciar sectores conscientes, los clásicamente conocidos, de otros con distinto lugar topográfico: algunos, preconscious, son ignorados de momento, pero pueden ser aceptados mediante un simple señalamiento o reflexión propia. Otros sectores de la variante personal de la cosmovisión, muestran su carácter de inconscientes cuando son firmemente negados por el portador, quien los vive como una contradicción a su identidad.

Desde una perspectiva psicoanalítica, podemos considerar a la cosmovisión como un producto resultado de innumerables identificaciones y mandatos familiares y sociales, procesos predominantemente inconscientes en su origen.

Siguiendo con la licencia, podemos diferenciar además una parte de la cosmovisión específicamente psicoanalítica, resultado de nuestra formación, que tiene como eje central a las teorías que incorporamos y va madurando con la experiencia personal. Es nuestra manera psicoanalítica de entender a los seres humanos. Lo ideal es que sea flexible, modificable por la experiencia y no universal. Postulo que el carácter personal de un sector de esta compleja formación humana, contribuye a la dificultad de lograr coincidencias entre analistas.

Prejuicios: Como su nombre lo indica, tener un prejuicio es sostener certezas sobre un asunto, antes de informarse o conocer suficiente sobre el mismo; es actuar con ligereza, aceptando o rechazando algo sin análisis ni fundamentos; el prejuicio puede ocasionar rechazos y hostilidades automáticos. A la inversa, puede llevar a la aceptación de ideas sin un juicio bien fundado.

Un prejuicio frecuente, es el prejuicio de autoridad antes mencionado.

Se puede suponer que el analista tiene resuelto lo más manifiesto de los prejuicios usuales: sexistas, sociales, religiosos, raciales; sin embargo, no es raro que alguien nos detecte algún resto inadvertido de los llamados prejuicios sutiles. Pueden ser hostiles o favorables hacia la persona o las ideas del paciente o de un colega. En cualquiera de estos casos, los prejuicios personales perturban la captación de la realidad clínica de un modo idiosincrásico y pueden favorecer las divergencias.

Relacionada con los prejuicios, ubico a la *discriminación*; el significado que más me interesa de la palabra, es el de un trato desigual a otras personas por razones de orden social, sexual o religiosa. También aquí se supone que podremos encontrar sólo vestigios en un analista, pero a veces son suficientes para distorsionar el campo transferencial o generar divergencias entre analistas.

Nos queda por considerar el lugar de la *ideología* entre los factores que inciden en la tarea clínica. Se trata de un tema complejo y polémico. Es un concepto que ha recibido significaciones contradictorias a partir de la concepción original: la aplicación de ideas en el conocimiento de la realidad. En el polo opuesto, se entiende a la ideología como el uso de las ideas para la obstrucción del conocimiento de la realidad. En la práctica, la ideología suele contener una cuota de convicción e inflexibilidad que pueden llevar a provocar profundas divergencias insalvables.

Síntesis de algunas razones individuales de la escasez de coincidencias

Al observar la gran escasez de coincidencias entre analistas sobre el mismo caso clínico en esta investigación, concentré mi atención en sus razones. La enorme variedad de factores profundamente personales que influyen en el modo de entender al paciente, reaccionar frente a sus producciones y decidir qué decir y qué hacer, me permitió explicar, al menos parcialmente, el predominio de las divergencias en el contexto personal.

Es interesante destacar que este panorama fue observado con nitidez en esta investigación, con comentarios escritos en soledad. En mi experiencia, cuando se comenta un caso clínico, improvisando en una reunión pública, se produce en nuestro medio algo que llamé un “espejismo de coincidencias”. Las divergencias son silenciadas por diversas razones políticas y personales. Todos parecen estar de acuerdo; las divergencias aparecen poco después, en otros contextos, los de mayor intimidad. (Más detalles en Lebas, J., 2007).

Al referirse al comité de los Siete Anillos, Abraham decía: “en nuestro círculo hay armonía cuando estamos juntos, mientras en nuestra correspondencia somos muy diferentes” (Ferschtut, 2002).

Razones grupales e institucionales de las divergencias

El factor nombrado es la divergencia entre las posturas teorías del

presentador y del comentador. En el contexto de mi investigación, sólo operó con claridad en el caso de los comentaristas que siguieron las teorías de Lacan. No hubo mayores coincidencias en las presentaciones que se apoyaron en la misma línea teórica del presentador, ni menores coincidencias en las demás.

Si tomamos en cuenta que los comentarios de esta base empírica fueron redactados con la idea de representar a las respectivas instituciones, habrá que contar con los motivos políticos opuestos entre los que provocan divergencias.

La mención de este factor implica aludir a las relaciones entre analistas, las tensiones narcisistas, los intercambios solidarios, las amistades, las rivalidades, las envidias. Este cuadro se observaba ya en el grupo que rodeaba a Freud desde el comienzo, como quedó descrito en la introducción. Los conflictos se presentaron con claridad en los grupos del programa de investigación de la Federación Europea (Tuckett, 2008). Era de esperar entonces que aparecieran también, aunque con características propias, en los grupos que redactaron las presentaciones. Las dificultades durante la elaboración de las presentaciones, fueron mencionadas de manera explícita en seis casos; se podían sospechar también en otro grupo que resolvió enviar siete presentaciones individuales en lugar de una común, contrariando la consigna de los organizadores.

Contando con estas menciones constantes de conflictos grupales e institucionales, se los puede suponer como motivos y expresión de divergencias entre analistas.

Razones propias del campo psicoanalítico para las divergencias

Desde sus primeros trabajos, Freud valorizó el denominado principio de complementariedad teórica, según el cual hay varios caminos concurrentes y válidos para organizar los datos de la observación. Un clásico ejemplo de su uso en la clínica fue su aplicación en la interpretación de los sueños y de los síntomas neuróticos, bajo el título de la sobredeterminación. Desde entonces, en psicoanálisis se considera que no hay una sola respuesta frente a un interrogante de la clínica.

Más adelante, Freud utilizó ese principio dentro del modelo tripartito de la mente, afirmando que todos los fenómenos psíquicos están simultáneamente al servicio del Yo, del Superyo y del Ello y de las complejas interrelaciones que estas instancias mantienen entre sí.

Si no se toma en cuenta este concepto de la dependencia de múltiples variables, se cae en alguna forma de reduccionismo. Además, la sutileza de la organización psíquica y la complejidad del campo transferencial, son factores que llevan a que sea difícil que dos analistas coincidan frente al mismo material. Los acuerdos o desacuerdos basados en el reduccionismo pueden dar una sensación de mayor claridad, pero a costa de la pérdida de la sutileza y la riqueza del campo explorado, salvo que se las utilice como un primer tiempo, a sabiendas de la necesidad de una integración posterior del resto de los elementos.

En su tarea clínica, se espera que el analista formado maneje esa compleja situación multivariable mediante sutiles movimientos intuitivos que lo llevan a atender a unos y otros aspectos del material; acude a las “teorías implícitas”, a su ECRO, genera miniteorías adecuadas a la situación y recorre su contratransferencia para comprender al paciente y construir su interpretación. Estos sutiles movimientos entre contenidos tan personales, permiten justificar la escasa convergencia entre analistas.

Algunas razones que explican las convergencias

Si bien las coincidencias se presentaron en franca minoría, merecen una argumentación que aclare los motivos que las favorecen: a) que comentaristas y presentador comparten el paradigma psicoanalítico; b) que tengan una misma pertenencia grupal e institucional; c) una misma cultura local que los influye; d) que se apoyen en la misma teoría, etc.

Quiero también aclarar que esas razones aparecen como valiosas, pero a la hora de medir su eficacia para expresarse dentro de las condiciones de esta investigación, aun cuando esto pueda resultar inquietante, fueron mucho menos poderosas que las razones de las divergencias antes desarrolladas.

En “La tensión esencial”, Thomas Kuhn (1987) postuló que “en las ciencias, es preferible emplear las herramientas que se dispone antes que detenerse a contemplar los enfoques divergentes”. Comenta que otros autores defienden la idea de “rechazar la solución antigua tomando una dirección nueva” (Getzel y Jackson). Dice Kuhn que eso es correcto y que en los episodios más importantes del desarrollo científico hay divergencias gigantescas. Pero se pregunta si no se insiste demasiado en la flexibilidad, la imparcialidad y lo nuevo en

la investigación actual. Por eso sugiere que un “pensamiento convergente es tan esencial como el divergente para el avance de la ciencia”.

También tomo en cuenta el efecto de la coincidencia parcial entre las comprensiones del mismo material clínico por parte de dos analistas que puede hacer aparecer a las dos opiniones como divergentes por referirse a diferentes detalles del material.

Esta situación me hizo recordar una broma talmúdica que advierte “Donde hay dos rabinos, tendrás tres opiniones”. Esta metáfora se puede aplicar a todas las disciplinas interpretativas. Siempre se puede sospechar que por debajo de algunas divergencias, como ocurre con los rabinos, dos analistas concuerdan más que lo aparente.

Por último, también estuve alerta a los acuerdos artificiales que se logran al estar basados en concepciones simplificadas o estereotipadas del complejo funcionamiento mental.

REPLANTEO DE LA POLEMICA

Este trabajo aporta detalles poco descritos y valorizados al tema de los acuerdos entre analistas: sobre la influencia de las teorías, su reelaboración dentro del analista, los factores del contexto de aplicación clínica y la relación entre ambos contextos.

De sus contenidos, surge como consecuencia un replanteo de la polémica sobre coincidencias entre analistas en la clínica: a) No es razonable hablar de acuerdos o desacuerdos en bloque; es más informativo discriminar sobre qué temas se producen o no coincidencias; b) en el campo clínico, el uso de las teorías con una remodelación personal, utilizadas como teorías implícitas, con influencias inconscientes, personaliza el marco teórico y aporta a las divergencias; c) existen otros factores importantes y personales para la comprensión del material, muchos de ellos inconscientes (por ejemplo, la contra-transferencia), que incrementan las posibilidades de divergencias entre analistas frente a un caso clínico.

En la investigación que origina los datos de este trabajo, la magnitud de las divergencias quizás resultó exagerada debido a las peculiaridades del caso presentado; planifico efectuar otra exploración con un caso más estándar, como primer paso en la continuidad de mis investigaciones.

Teniendo en cuenta las particularidades del material y el método que utilicé para la exploración directa de la confrontación entre

analistas, las coincidencias fueron muy escasas y la influencia de las teorías de referencia, no resultó aparente.

En realidad, existen coincidencias entre psicoanalistas, que les permiten reconocerse entre sí como miembros de una comunidad científica, partícipes del mismo paradigma. Sin embargo, conceptos muy generales sólo brindan una orientación también general a las intervenciones del analista. Las decisiones más comprometidas en el campo de aplicación, las interpretaciones y las demás intervenciones más valorizadas por el analista, se apoyan en los detalles más particulares de las teorías implícitas y los demás factores que describí en detalle en este escrito.

Los resultados y argumentaciones que presento refuerzan el valor de las influencias inconscientes y los factores personales en las decisiones clínicas; considero que actúan junto a la orientación teórica general, los resultados de la formación y la experiencia clínica, en una multideterminación compleja.

El argumento de que las coincidencias son necesarias para la unidad del psicoanálisis, conlleva el riesgo de acercarse al perimido ideal de la teoría única. Considero que el conocimiento podrá progresar mejor en nuestro campo desde la contrastación argumentada entre las ideas diferentes y la aceptación de la fortaleza de los factores personales en nuestra práctica.

BIBLIOGRAFIA

- ARBISER, S. (2009) "Las teorías en la práctica psicoanalítica". Ateneo APdeBA, 23-4-09.
- BERNARDI, R. (1989) "El poder de las teorías". *Revista de Psicoanálisis* (APA), 46, 6:904-929.
- (1994) "Sobre el pluralismo en psicoanálisis". *Psicoanálisis APdeBA*, Vol. XVI, 3:433-454
- (1997) "Investigación clínica e investigación empírica sistemática en psicoanálisis". *Rev. Uruguay de Psicoanálisis*, 84/85:53/68.
- (2003) "¿Qué tipo de argumentación utilizamos en psicoanálisis?" *Psicoanálisis APdeBA*, Vol. XXV, 2/3: 255/267.
- CANESTRI, J.; BOHLEBER, W.; DENIS, P.; FONAGY, P. (2006) "The map of private (implicit, preconscious) theories in clinical practice". En: *Psychoanalysis: from practice to theory*, Whurr Publisher.

- CANESTRI, J. (2006) "Las teorías en psicoanálisis". Conferencia APdeBA, 10/10/2006.
- CASTON, J. (1991) "Can Analysts agree?" *JAPA*, 37: 493.
- CLARK, R. W. (1985) *Freud-El hombre y su causa*. Editorial Planeta, Barcelona.
- EPSTEIN, R. (2000) "Cuestiones epistemológicas del psicoanálisis de hoy". 40^a Congreso Latinoamericano, FEPAL, Gramado.
- (2003) "Los conceptos en el campo psicoanalítico: problema clínico o teórico". Ateneo APdeBA, 17-6-2003.
- FERSCHTUT, G. (2002) "De los siete anillos a la cadena infinita". *Psicoanálisis APdeBA*, Vol. XXIV, 1/2: 293.
- GAY, P. (1989) *Freud-Una vida de nuestro tiempo*. Paidós, Buenos Aires.
- GOLDBERG, A. (1994) "Farewell to the objective analyst". *Int.J.Psycho-anal.* 75:23-30.
- GUIMARAES FILHO, P. D. (2004) "Las recientes convergencias teóricas en psicoanálisis y su importancia epistemológica". *Psicoanálisis APdeBA*, Vol. XXVI, 3:577.
- GREEN, A. (2005) "The illusion of *common ground* and mythical pluralism". *Int. J. Psychoanal.*, 86: 627-632.
- HANLY, C. (2006) "Pensamiento perceptivo y percepción reflexiva". Conferencia APdeBA.
- JONES, E. (1959) *Vida y obra de Sigmund Freud*. Editorial Nova, Buenos Aires.
- KACHELE, H. Y COL. (1976) "El problema del consenso en psicoanálisis". Deutsche Forschungsgemeinschaft, Ficha.
- KAËS, R. (1979) *Crisis, ruptura y superación*. Buenos Aires, Editorial Cinco.
- KLEIN, G. S. (1976) *Psychoanalytic Theory: An Exploration of Essentials*. New York, Int. Univ. Press.
- KLIMOVSKY, G.; HIDALGO, C. (2001) *La inexplicable Sociedad*. Buenos Aires, A-Z Editora.
- KUHN, T. (1987) *La Tensión esencial* (Conferencia 1959) Fondo de Cultura Económica, México.
- LANCELLE, G. Y COL. (1985) "Identificaciones propias e impropias del analizar". Presentado en el XXXIV Congreso Internacional de Psicoanálisis, Hamburgo.
- LEBAS, J. (2007) "Influencia de las teorías y otros factores en la clínica psicoanalítica". XXIX Simposio Anual y Congreso Interno APdeBA.
- (2008) "Coincidencias y divergencias en la Clínica Psicoanalítica". XXX Simposio Anual y Congreso Interno APdeBA.
- (2008) "Coincidencias y divergencias en la Clínica Psicoanalítica".

- Tesis de Maestría en Psicoanálisis, Universidad Nacional de La Matanza, Escuela Argentina de Psicoterapia Para Graduados, Buenos Aires.
- (2009) "Coincidencias y Divergencias en la clínica psicoanalítica". Será presentado en el 46^a Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional, Chicago.
- PUGET, J. (2008) "Coartada social y psicoanálisis". Ateneo ApdeBA 4/11/2008.
- PULVER, S. E. (Chair) (1991) "Freudian and kleinian theory". Panel Report Annual Meeting Am. Psych., *JAPA*, 39:801-826.
- RACKER, H. (1960) "Significado y usos de la contratransferencia". En *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires.
- RENIK, O. (2006) "La intersubjetividad en Psicoanálisis". Conferencia en APdeBA.
- SANDLER, J. & SANDLER, A. M. (1983) "The second censorship, the three box model and some technical implication". *Int. J. Psychoanal*, 64: 413-425.
- SCHUKER, E.; SCHLESINGER, H. J. (Chair) (1990) Panel Report American Psychoan. Assoc.: "Effects of Theory on psychoanalytical technique and on the development of psychoanalytic process", *JAPA*, 38:221-233.
- SEITZ, P. (1966) "The consensus problem in psychoanalytic research". En: Gottschal, L. A. y col. (1966) *Methods of research in psychotherapy*. New York, Appleton Century.
- STRUPP, H. (1960) *Psychotherapist in action*. New York, Grune & Stratton.
- THOMA, H. Y KACHELE, L (1989) *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*. Editorial Herder S.A., Barcelona.
- TUCKETT, D. & COL. (2008) *Psychoanalysis Comparable & Incomparable*. Ed. Rutledge, Sussex-New York, in association with the Institute of Psychoanalysis, London.
- WALLERSTEIN, R. S. (1988) "One psychoanalysis or many?" *Int. J. Psychoanal*, 69:5-21.
- (1990) "Psychoanalysis: The common ground". *Int.J.Psychoanal*, 71:3-20.
- (2002) "The trajectory of psychoanalysis: A prognostication". *Int. J. Psychoanal*, 83:1247-1267.
- (2005) "Will Psychoanalytic pluralism be an enduring state of our discipline?" *Int. J. Psychoanal*, 86: 623-626.
- (2005) "Dialogue or illusion? How do we go from here?" *Int. J. Psychoanal*, 86: 633-638.
- ZSYSMAN, S. Y COL. (2005) "Las teorías en la mente del analista durante su trabajo". XXVII Simposio y Congreso Interno de APdeBA.

JORGE LEBAS

Jorge Lebas
Av. Luis M. Campos 1550, PB “1”
C1426BPN, Capital Federal
Argentina