

## **Aprender la práctica de los psicoanalistas en sus propios méritos<sup>\*</sup>**

Juan Pablo Jiménez

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Universidad de Chile,  
Av. Salvador 486, Santiago, Chile — [jjimenez@med.uchile.cl](mailto:jjimenez@med.uchile.cl)

«La théorie c'est bon, mais  
ça n'empêche pas d'exister»  
(Charcot)

«Psychoanalysis is what is  
practiced by  
psychoanalysts» (Sandler)

**Sumario (Summary).** No se pueden estudiar las convergencias y divergencias en la clínica psicoanalítica sin saber lo que los psicoanalistas *realmente* hacen en su práctica. Se esbozan una fenomenología de la práctica clínica y de los procesos de validación de las intervenciones; se proponen metodologías para estudiar la práctica en sus propios méritos.

### **Resumen (Abstract)**

*El objetivo central de esta presentación es reflexionar sobre los obstáculos que se oponen a la tarea que propone el congreso de Chicago, a saber, explorar las convergencias y las divergencias en la práctica psicoanalítica. El autor plantea dos obstáculos principales. Primero, los problemas epistemológicos y metodológicos que existen en la construcción de teoría en psicoanálisis y, sobre todo, la imposibilidad de acceder de manera confiable a lo que los psicoanalistas realmente hacen en la intimidad de su práctica. Propone separar, al menos en parte, la teoría de la práctica en psicoanálisis para así intentar aprender la práctica de los psicoanalistas en sus propios méritos. En lo que sigue esboza una fenomenología de la práctica del psicoanálisis, donde descubre que, en su trabajo con el paciente, el analista se guía más por razones prácticas que por razones teóricas, es decir, sus intervenciones son más bien predicciones y no explicaciones. Las razones prácticas deben validarse permanentemente en la relación analítica por sus efectos, por lo que se ocupa del tema de la validación en el contexto clínico*

---

<sup>\*</sup> *Grasping psychoanalysts' practice in its own merits.* Keynote Lecture. 46th Congress of the International Psychoanalytical Association. Chicago, 29 July – 1 August 2009.

*de la teoría nuclear del cambio terapéutico en psicoanálisis, a saber, de las condiciones que debe cumplir la práctica clínica para que se satisfaga la tesis de la unión inseparable entre logro de conocimiento e insight. Termina desafiando el núcleo de la teoría psicoanalítica del cambio, con el argumento de que ésta no hace justicia a la práctica de los psicoanalistas ni tampoco a los conocimientos actuales sobre los procesos y mecanismos de cambio terapéutico. Propone finalmente desacoplar la práctica de la teoría, para así estudiarla en sus propios méritos, es decir, de acuerdo con sus efectos en el paciente, a través de una pluralidad de métodos, que van desde la investigación sistemática hasta la reciente metodología de los Working Party.*

## **1. Introducción**

El panorama del psicoanálisis contemporáneo es complejo. Como nunca antes, la controversia en torno a su estatuto epistemológico ha alcanzado el interior mismo del movimiento psicoanalítico. El tema de este congreso habla por sí mismo. Ya no sólo está puesta en duda la unidad teórica del psicoanálisis, sino también la unidad de su práctica. Se nos convoca entonces a reflexionar sobre lo que nos une y sobre lo que nos separa. En esta presentación espero mostrar que la tarea propuesta está plagada de obstáculos difíciles de superar, primero, por las condiciones en las que se desenvuelve la construcción de teoría en psicoanálisis y, segundo, por las dificultades de acceder de manera confiable a la práctica de los psicoanalistas, es decir, a lo que los psicoanalistas *realmente hacen* en la intimidad de la relación terapéutica.

Por cierto, este es un asunto que va más allá del psicoanálisis y también compromete la práctica clínica en Salud Mental. Cuando era un joven psiquiatra que soñaba con llegar a ser psicoanalista, sentía incomodidad frente a la liviandad con la que colegas generalizaban el conocimiento obtenido en el estudio clínico de un paciente particular. Pero, otra cosa me producía aún más inquietud, a saber, la sospecha de que los clínicos, cuando dan cuenta de su experiencia con pacientes, tienden a sesgar la realidad clínica hasta hacerla calzar dentro de categorías establecidas, dentro de teorías preferidas, o dentro del pensamiento del autor de moda. Así terminan hablando, no de lo que *realmente* sucede en la práctica clínica o de lo que efectivamente hacen (o dicen) en el consultorio, sino de lo que quisieran haber hecho (o haber dicho), es decir, presentan una clínica idealizada, lo cual dificulta enormemente el intercambio entre colegas (Jiménez 2005 p. 608). Por cierto, no se me escapa de que en esto no se trata en primer lugar de un ocultamiento más o menos intencional de parte de quien presenta material clínico, producto de la adscripción a escuelas e ideologías psicoanalíticas, o del sometimiento al “superyó técnico” que

regula el intercambio público (Figuera 1994), “políticamente correcto”, entre psicoanalistas, sino también del impacto de las teorías implícitas (Canestri et al. 2006), es decir, del efecto de razones no conscientes que guían la acción práctica con los pacientes. Con esto, quiero destacar lo dificultoso que parece ser en las discusiones psicoanalíticas mantener el contacto con el paciente, sin desviar rápidamente la discusión a variados niveles de teorías *sobre* la práctica o, incluso, a las ideas de autores psicoanalíticos que, a su vez, construyen *teorías* sobre la práctica. Quizás esto tenga que ver con la tendencia predominante en todas las culturas psicoanalíticas de confiar demasiado en definiciones teóricas que dejan un amplio rango de imprecisión, junto a una gran desconfianza en estudios fundados empíricamente (Tuckett 2006). Esto se convierte en problema si es que queremos seguir siendo fieles a la afirmación freudiana de que, no importando cuán lejos haya llegado, el psicoanálisis “nunca ha abandonado su patria de origen, y en cuanto a su profundización y ulterior desarrollo sigue dependiendo del trato con enfermos” (1933<sup>a</sup> p.151).

Se habrá notado que parto de la base de que es posible separar, al menos en parte, la teoría de la práctica en psicoanálisis y que, más aún, vale la pena intentar aprehender la práctica de los psicoanalistas en sus propios méritos. Sé que muchos cuestionan este supuesto. Mi respuesta es pragmática: Antes de rechazarla por razones ‘teóricas’, invito primero a examinar el valor heurístico de tal separación.

Muy tempranamente en mi carrera profesional me interesé por la epistemología clínica (Jiménez 2005) y, sobre todo, por la metodología, entendida ésta como el estudio de las reglas y caminos que conducen a las ‘buenas’ inferencias y, desde ahí, al enriquecimiento de un conocimiento clínico válido, capaz de producir consenso, ser comunicable y, sobre todo, refutable, al menos, a través de la discusión colectiva y la argumentación racional. Aún más, la reflexión epistemológica, apoyada en mis estudios previos de filosofía, cultivó en mí una insatisfacción creciente con el método clínico como la única vertiente de logro de conocimiento en psicoanálisis y me llevó a interesarme en la investigación sistemática en psicoanálisis en sus diferentes vertientes: investigación empírica en proceso y resultados, investigación en la relación temprana madre-bebé, investigación conceptual. En los últimos años, en parte impulsado por la necesidad de intercambio académico con mis colegas psiquiatras, me he maravillado con los desarrollos de la nueva biología de la mente (Jiménez 2006) que nos permite retomar el camino de integración ‘neuro-psicoanalítica’ abandonado por Freud en 1895. En los 25 años de búsqueda de caminos de articulación del conocimiento psicoanalítico con disciplinas afines, he aprendido de métodos

de variada sofisticación que se pueden aplicar a las ‘huellas’ o registros de procesos psicoanalíticos y, últimamente, he tomado conocimiento de las fascinantes combinaciones entre registros de variables subjetivas procesales e imágenes dinámicas del funcionamiento cerebral.

La diversidad teórica y práctica en psicoanálisis es un hecho que actualmente pocos discuten. Ya en 1966 Philip Seitz demostró que psicoanalistas expertos no pueden lograr un acuerdo confiable sobre interpretaciones basadas en inferencias sobre estados internos complejos. Posteriormente, Pulver (1987a, 1987b) y Bernardi (1989) llegaron a conclusiones semejantes. Con todo, es cuestionable describir esta situación en términos de pluralismo, porque lo que parece existir es una mera pluralidad o, peor aún, una fragmentación teórica y práctica, desde el momento en que carecemos de una metodología para comparar sistemáticamente las diversas teorías y enfoques técnicos. Ricardo Bernardi (2005) se pregunta acerca de lo que viene después del llamado pluralismo si no se crean condiciones necesarias para que la diversidad observada se convierta en un factor de progreso y no de destrucción del psicoanálisis. Sus investigaciones (Bernardi 2002, 2003) sobre cómo los psicoanalistas argumentamos en las controversias dejan una sensación de pesimismo sobre nuestra capacidad de encontrarnos en un terreno común. Por su parte, Tuckett considera esta situación como una oportunidad para el cambio: “Ha llegado el tiempo, no sólo de revisar nuestra metodología para inducir nuestras verdades, sino también de desarrollar nuevos enfoques que hagan posible estar abiertos a nuevas ideas a la vez de ser capaces de evaluar su utilidad por medio de argumentaciones razonadas. La alternativa es la Torre de Babel” (Tuckett 1994a, p. 865).

Por cierto, la exuberante diversidad de teorías es producto inevitable de la práctica clínica. En su afán por mantener la vitalidad de la situación analítica, el analista va necesariamente modificando su técnica de manera más o menos idiosincrática, a veces apartándose bastante de la técnica ‘estándar’, es decir, de aquella que internalizó como ‘el análisis correcto’. Tales modificaciones técnicas se relacionan más con una “teoría intrínsecamente privada [sobre] el material del paciente que [con] las teorías oficiales públicas a las cuales el analista puede subscribir conscientemente” (Sandler 1983, p.38). Los psicoanalistas somos expertos en construir narrativas, que en su detalle, pretenden captar la singularidad de la subjetividad de los pacientes. Es altamente probable que los desarrollos en la teoría psicoanalítica a lo largo de la historia provengan, precisamente, del hecho de que algunas de estas teorías privadas fueron ‘oficializadas’. El problema no está ahí, sino en el traspaso inadvertido, en la confusión de los niveles de abstracción. A estos fragmentos teóricos, productos de inferencias inductivas que bien se aplican

a un paciente particular, se les atribuye un valor universal que no poseen, lo que engendra una teoría oficial ‘sobre-especificada’ (Fonagy 2006). Esta generalización espuria es en última instancia la razón de la ‘confusión de lenguas’ en la construcción de teoría en psicoanálisis.

## 2. Hacia una fenomenología de la práctica en psicoanálisis

La pregunta que me planteo en relación con la práctica psicoanalítica se puede formular de la siguiente manera: *¿Cómo podemos estar seguros de que vemos la práctica clínica tal como es, de que la conocemos en su propia realidad y que no estamos simplemente proyectando sobre ella nuestras propias teorías?* Es obvio que los sistemas conceptuales son absolutamente necesarios para quien pretenda observar cualquier realidad y comunicar lo visto en forma válida; pero, frente a procesos intersubjetivos, en los que la exigencia de validez es tan necesaria como difícil, el riesgo de apriorismo en los esquemas se convierte en un problema. Por demasiado tiempo hemos subestimado la complejidad de la situación clínica y supuesto una relación simple y directa entre teoría y práctica en psicoanálisis.<sup>1</sup> La innegable existencia de prácticas diferentes, nos obliga a desarrollar un método que nos permita describir tales diferencias de una manera confiable.

Estudiando los debates que se produjeron durante la década de 1970 en Buenos Aires y Montevideo, cuando las ideas kleinianas entraron en contacto con el pensamiento lacaniano, Bernardi (2003) ha mostrado que la dificultad para establecer controversias genuinas que estén al servicio del desarrollo de la disciplina no depende tanto de características propias de las teorías (como por ejemplo su inconmensurabilidad), sino de estrategias defensivas destinadas a mantener las premisas de cada teoría a salvo de los argumentos de la otra parte. Por lo tanto, las dificultades del diálogo no se deben tanto a razones teóricas como a razones prácticas. Por cierto, la situación descrita, de falta de verdadera confrontación entre puntos de vista diferentes, ha impedido la formación de un corpus teórico-práctico coherente en psicoanálisis. Con todo, las dificultades se multiplican cuando se trata de compartir la práctica clínica misma.

El primer obstáculo reside, precisamente, en que no se le asigna a la práctica un estatuto propio, independiente de la teoría. En vez de un debate apoyado por argumentos y ejemplos clínicos, lo que suele darse es un debate puramente ‘teórico’, obviando las peculiaridades de la práctica. El

---

<sup>1</sup> Por ejemplo, Etchegoyen establece una relación biunívoca entre teoría y práctica cuando afirma: “Así como hay una *correlación estricta* de la teoría psicoanalítica con la técnica y con la investigación, también se da en el psicoanálisis, en forma singular, la relación entre la técnica y la ética” (Etchegoyen 1986, p.27; el énfasis es mío)

segundo obstáculo es aún más espinoso. El estudio de la serie *Psychoanalyst at Work*, publicado en el *International Journal of Psychoanalysis*, lleva a Tuckett a afirmar que “la tradición de la discusión psicoanalítica del material clínico de otro colega es, por así decirlo, de supervisarlo” (Tuckett 2007 p.1047) La supervisión del material presentado parece ser el patrón de discusión habitual en las sociedades psicoanalíticas y en los congresos internacionales. Personalmente me tocó hacer el reporte final de los diferentes paneles que discutieron material clínico presentado por Helmut Thomä en el congreso psicoanalítico de Nueva Orleans. Con anterioridad, Thomä había comunicado su temor de no ser entendido y de no ser discutido en sus propios términos y, en cambio, ser ‘supervisado’ desde las teorías preferidas de los panelistas (Thomä, Jiménez & Kächele 2006, p. 193s) <sup>2</sup>. En un trabajo reciente, Thomä & Kächele (2007) plantean que “para hacer del psicoanálisis comparativo una empresa fructífera, es esencial evaluar como el analista tratante aplica su conocimiento profesional en interacciones específicas” (p. 651). Entonces, un problema crucial es que, *en las presentaciones de material, quien presenta, habitualmente no se preocupa de explicitar las razones a partir de las cuales intervino de la manera en que lo hizo y, quien discute, tampoco se interesa en elucidar las razones del presentador*. Se produce así un diálogo de sordos, que nunca se encuentran en un terreno compartido, que conduce a malentendidos y a una creciente babelización.

En lo que sigue intentaré avanzar pasos hacia la construcción de una fenomenología de la práctica en psicoanálisis. Sumariamente, usar el método fenomenológico significa poner atención cuidadosa y reflexiva al modo como una realidad se nos aparece, tratando de poner entre paréntesis los prejuicios que tenemos acerca de ella (Jiménez 2003). Es algo así como ver la situación analítica, como solía decir Freud, *in statu nascendi*, esto es, en su momento originario.

Una manera provechosa de acercarse a un fenómeno es a través de la exploración del significado original de las palabras que lo denotan. La palabra “práctica”, presente en todos los idiomas europeos, viene del griego “praxis” y no sólo significa acción, acto, actividad, ejercicio, ejecución, realización, sino también manera de obrar, manera de ser, resultado, consecuencia. De este modo, algo “práctico” es precisamente algo “que obra”, activo, eficaz (Mendizabal 1959). Este último sentido es el que toma

---

<sup>2</sup> Por cierto, supervisar no significa necesariamente ver el material ajeno desde el punto de vista de las teorías oficiales y públicas preferidas del supervisor. Imre Szecsödy, psicoanalista húngaro-sueco, ha desarrollado un método de supervisión analítica, con fuerte base empírica, de acuerdo con el cual se trata de crear en la relación con el supervisando una situación de *aprendizaje mutativo*, en la que éste aprenda a reconocer el *sistema de interacción* que establece con su paciente (Szecsödy 1990).

Owen Renik en su libro “Practical Psychoanalysis for Therapists and Patients” (2006). Para Renik, en un psicoanálisis *práctico* el paciente es capaz de revisar con su analista diversos aspectos de la manera como él o ella construye la realidad, con el resultado de que se siente mejor. Quisiera que retengan esta definición, para cuando más adelante examinemos la llamada tesis del *Junktim*, es decir, de la unión inseparable entre logro de conocimiento y curación en psicoanálisis.

Demos un paso más e intentemos ponernos en el ‘aquí y ahora’ de la situación del analista con su paciente y comparemos esa situación con la de una supervisión. Durante una supervisión miramos los eventos después de que ellos sucedieron, por lo tanto, es natural preguntarse por el porqué ellos ocurrieron. Lo que se busca entonces es una explicación; este es el momento propio de las teorías psicoanalíticas en cuanto razones explicativas. Pero si nos ponemos en la situación en la que ellos están sucediendo, es decir, en el lugar del analista en el momento en que interactúa con su paciente, es claro que la tarea no es tanto de explicación como de predicción, es decir, de determinar que pasará en el futuro, cómo reaccionará el o la paciente si el analista interviene de tal o de cual manera. La tarea de predicción exige razones prácticas y no teóricas.<sup>3</sup> Las razones prácticas buscan responder, a partir de una serie de alternativas –ninguna de las cuales ha sido todavía consumada–, sobre cuál es la mejor de entre ellas, esto es, sobre qué se debe hacer. No se trata entonces de cuestiones de hecho y de su explicación, sino de asuntos de valor, de lo que es deseable hacer.

Durante la sesión, en la mente del analista hay un movimiento permanente entre razones teóricas que, a modo de mini-teorías parciales, le permiten entender y explicar la interacción del momento en términos del conocimiento adquirido a lo largo del proceso, y razones prácticas, que orientan la toma de decisiones con relación a qué decir, y a cuando y cómo intervenir. Si tenemos a mano material de una secuencia de sesiones, seguramente encontraremos confirmación, o refutación, de las predicciones que el analista arriesga durante una sesión en particular. Eso es, sin embargo, algo que no corresponde a la realidad del momento en cuestión, pues ahí no se trata de encontrar explicaciones *ex post facto*, sino de aventurar hipótesis predictivas sobre algo que aún no ha sucedido. En el razonamiento práctico,

---

<sup>3</sup> La distinción entre razones teóricas y razones prácticas es un antiguo tema filosófico que se puede rastrear hasta el mismo Aristóteles. Éstas difieren por el carácter de su fin; a la razón práctica la estimula el objeto del apetito. Los escolásticos siguieron la tradición haciendo la diferencia entre razón especulativa y razón operativa, diferencia que también retoma Kant cuando destaca que las dos razones, la teórica y la práctica, no son dos tipos distintos de razón, sino la misma razón, la cual difiere en su aplicación (véase José Ferrater Mora 1969).

el agente busca evaluar y sopesar sus razones para actuar, de ponderar lo que habla a favor o en contra de los cursos alternativos de acción que se abren frente a él. Más aún, esta decisión se toma definitivamente en primera persona, esto es, desde un punto de vista subjetivo, en términos del predicamento en el cual uno se encuentra en ese momento. Así, la decisión de intervenir arrastra toda la singularidad de un encuentro con otro en el *aquí y ahora*. Este es un momento ideográfico, creativo e inefable, en el que el analista asume un riesgo que, por razones de principio, nunca puede ser totalmente ceñido por la teoría explicativa, es, por así decirlo, un momento “vacío” de teoría.

Con todo, si vamos más allá de las apariencias, en realidad este momento de supuesto “vacío” de teoría no es tal, sino que, en él, el analista hace uso de conocimiento teórico-práctico primariamente no consciente y lo aplica sin darse cuenta de que lo hace. Hace 25 años, Joseph Sandler hizo notar que:

"Con el aumento de la experiencia clínica, y en la medida en que llega a ser más competente, el analista construye preconscientemente (descriptivamente hablando, inconscientemente) toda una variedad de segmentos teóricos que se relacionan directamente con su trabajo clínico. *Ellos son productos del pensamiento inconsciente, en gran medida teorías parciales, modelos o esquemas, que tienen la cualidad de estar disponibles, por así decirlo, en reserva, para ser evocados cada vez que sea necesario.* El que puedan contradecirse mutuamente no es problema. Coexisten felizmente mientras tanto sean inconscientes" (Sandler, 1983, p.38, énfasis mío).

Si esto es así, entonces los analistas, al igual que los neuróticos, no somos ‘señores en nuestra propia casa’, trabajamos con nuestros pacientes sin saber cabalmente como lo hacemos. Una parte importante del trabajo analítico, si no la más importante, se despliega en el nivel implícito. Victoria Hamilton nos recuerda que “aun los pensadores más consistentes practican inconsistentemente y de maneras que son más personales e idiosincrásicas.” (Hamilton, 1996, p. 317). Lo anterior tiene consecuencias importantes sobre las discusiones clínicas, pues, quien discute, lo suele hacer desde sus propias teorías explicativas explícitas, es decir, oficiales y públicas, mientras que quien presenta el material probablemente no alcanza a percibir acabadamente, ni menos a comunicar, las razones prácticas, implícitas, que lo llevaron a intervenir de tal o cual manera. Por cierto esta situación no puede sino obstaculizar la posibilidad de un diálogo clínico constructivo.



Probablemente sea ésta una de las razones de por qué la tradición de supervisar durante las discusiones clínicas falla en captar la esencia del trabajo del analista con su paciente. La singularidad de la relación terapéutica se construye en el entramado de predicciones y validaciones (o refutaciones) que constituyen el diálogo entre analista y paciente. En este sentido, es útil pensar en el trabajo analítico como un trabajo artesanal. Un artesano suele utilizar cantidades limitadas de materiales y de instrumentos teórico-prácticos para crear sus obras. De forma similar, el analista se vale de información heterogénea, acumulada durante su formación y experiencia y que debe ser creativamente adaptada a cada caso concreto. En nuestra artesanía psicoanalítica, como norma, utilizamos materiales (modelos de trabajo, teorías parciales, esquemas) preexistentes. La combinación de atención parejamente flotante y libre asociación facilita la evocación momento a momento y espontánea de estos modelos en la interacción diádica. El trabajo está guiado por las teorías o meta-modelos del analista sobre el ‘mejor modo’ de psicoanalizar. En suma, estoy describiendo la naturaleza constructivista del trabajo clínico según la cual el analista parte de materiales diversos en origen y naturaleza (Jiménez 2008). Para Canestri, “no debe subestimarse la cantidad de elementos de todo tipo y origen que contribuye a la construcción de estas ‘teorías’ o modelos parciales. Entre estos elementos están los contenidos específicos del inconsciente y preconsciente del analista, su *Weltanschauung*, la psicología del sentido común, su conexión con un grupo o escuela psicoanalítica, la calidad de esta conexión y la relación que él tiene con las ‘autoridades’ psicoanalíticas, sus creencias científicas y precientíficas, su elaboración y reelaboración personal de los conceptos de la disciplina, su contratransferencia, etc. [...] Si se toma en cuenta la especificidad de la práctica clínica, se puede ver que los conceptos en psicoanálisis nunca están formados de una vez para siempre, sino que están en constante transformación y reelaboración”. (Canestri 2006. p.13s)

Con todo, pienso que en este proceso de ‘continua transformación y reelaboración’ de los conceptos se ha subestimado el rol del paciente. Aquí nos encontramos con el tema de una heurística intersubjetiva, pues se trata del rol que atribuimos a la interacción entre dos mentes trabajando conjuntamente. Con esto, sugiero que en la mente del analista se da un proceso continuado de toma de decisiones que, sobre el trasfondo del ‘uso implícito de las teorías explícitas’<sup>4</sup>, está influido permanentemente por la acción y la reacción del paciente. En el curso de esta interacción se producen los procesos de validación, o refutación, de las intervenciones del analista.

---

<sup>4</sup> El ‘uso implícito’ apunta a un proceso de decisiones que está determinado por razones prácticas que juzgan el valor de uso o *utilidad* de las teorías explícitas en un determinado momento. La pregunta que orienta en este caso no es el *porqué* sino el *para qué*.

Dije anteriormente que el trabajo analítico está guiado por las teorías o meta-modelos del analista sobre el 'mejor modo' de psicoanalizar. Debemos a continuación revisar más de cerca qué podemos entender por el 'mejor modo de analizar', lo que nos lleva a las diversas maneras de concebir la teoría psicoanalítica del cambio.

### 3. La teoría nuclear del cambio terapéutico en la práctica clínica

Como bien lo han destacado Thomä & Kächele (1987), el núcleo de la concepción causal de la teoría del cambio terapéutico en psicoanálisis está formulado por Freud en el *Epílogo a ¿Pueden los legos ejercer el análisis?* (Freud 1927<sup>a</sup>):

“En el psicoanálisis existió desde el comienzo mismo una unión inseparable [*Junktim*] entre curar e investigar; el conocimiento aportaba el éxito, y no era posible tratar sin enterarse de algo nuevo, ni se ganaba un esclarecimiento sin vivenciar su benéfico efecto. Nuestro procedimiento analítico es el único en que se conserva esta preciosa conjunción. Sólo cuando cultivamos la cura analítica de almas ahondamos en la intelección de la vida anímica del ser humano, cuyos destellos acabábamos de entrever. Esta perspectiva de ganancia científica fue el rasgo más preclaro y promisorio del trabajo analítico” (Freud 1927<sup>a</sup>, p.256)

Úrsula Dreher (2000) hace notar que, si bien en tiempos de Freud tal conjunción entre cura e investigación puede no haber sido problemática, a partir del entendimiento actual esta pretendida unión necesita de elaboración. Pero, sin entrar en la controversia acerca de qué se entiende por investigación, es posible describir importantes diferencias en la manera como, en la práctica clínica, los psicoanalistas han concebido la unión entre logro de conocimiento y cura. El tema se conecta con el asunto de las metas u objetivos de la terapia psicoanalítica.

La historia del psicoanálisis muestra que nunca ha habido mucho consenso acerca de los objetivos o metas del tratamiento analítico (Sandler & Dreher 1996). Desde los tiempos de Freud ha existido una variedad de opiniones que van desde la idea de que el psicoanálisis es una búsqueda de la verdad acerca del paciente (Segal 2006) hasta la visión de que su objetivo es la remoción o disminución de síntomas a través de formaciones de compromiso más efectivas y adaptativas (Brenner 1982). En la práctica, pareciera existir una polarización entre dos extremos indeseados, por un lado, el llamado *furor curandi* y, por el otro, la conducción de tratamientos que cursan sin objetivos claramente establecidos. Al respecto, Gunderson y Gabbard declaran que “en nuestra experiencia como consultores de otros

terapeutas y analistas, hemos observado que no son raros los tratamientos que vagan indefinidamente. A veces, ellos se justifican estableciendo una distinción entre metas ‘analíticas y ‘terapéuticas” (Gunderson & Gabbard 1999, p. 694). Renik parece opinar lo mismo cuando afirma: “La mayoría de los psicoanalistas ofrecen [...] un largo viaje de auto descubrimiento durante el cual se considera contraproducente demasiada preocupación con el alivio sintomático.” (Renik 2006, p.1)

Marilia Aisenstein advierte que la pregunta –bien conocida en los círculos psicoanalíticos franceses–, “la cura, ¿llega como un subproducto del tratamiento psicoanalítico? ha sido a menudo atribuida a Jacques Lacan”. Lacan hizo de esta idea, originalmente de Freud, “prácticamente un imperativo: el psicoanalista no debe interesarse en la terapia, posición que ha influido largamente el psicoanálisis en Francia” (Aisenstein 2003, p. 263). Aún cuando Aisenstein insiste en que es un error separar la meta terapéutica del proceso psicoanalítico, reafirma que la búsqueda de la verdad representa la base de la mejoría en psicoanálisis. Por cierto, la idea de que hay que buscar la verdad del inconsciente y que la cura vendrá por añadidura, es una idea muy extendida en psicoanálisis, y no sólo patrimonio de la tradición psicoanalítica francesa.

Sin duda, hay un vasto acuerdo entre psicoanalistas de las más diversas orientaciones de que “a lo largo de una terapia, en especial de una exitosa, sobreviene una sensación distintiva de estar encontrando y formulando gradualmente una *verdad* sobre el paciente” (Strenger 1991, p. 1, énfasis mío). Hanna Segal lo dice así: “el tipo de verdad que concierne al psicoanálisis es la verdad respecto de la realidad psíquica, respecto del funcionamiento de la mente y sus raíces inconscientes” (Segal 2006, p. 284). Las divergencias surgen cuando se trata de detallar lo que se entiende por encontrar y formular la verdad acerca del paciente. En este sentido, las diferencias son significativas.

Aún cuando estemos de acuerdo con aquello de que se trata de la búsqueda de la verdad del paciente, surge naturalmente la pregunta: ¿Quién determina cuál es la verdad del paciente? ¿Cómo evaluar cuál es la verdad del paciente en un momento dado? Aquí es donde se produce la mayor concentración de opiniones divergentes y las mayores consecuencias para la práctica. En la respuesta a estas preguntas podemos distinguir básicamente dos concepciones. Por un lado, una concepción monádica, que coloca al analista como un experto que ‘conoce mejor’ el funcionamiento de la mente del paciente y sus raíces inconscientes, y una concepción diádica, que plantea que la verdad es co-construida en la interacción interpersonal e intersubjetiva entre paciente y analista.

Una fenomenología de la práctica en psicoanálisis no apoya la concepción monádica. Más aún, pienso que en esta concepción, los criterios para evaluar el ‘funcionamiento de la mente y sus raíces inconscientes’, tienden a surgir más de las ‘teorías’ que el analista tiene en su mente, que del paciente. La concepción diádica predispone al analista a escuchar con más cuidado lo que el paciente busca en el tratamiento, generalmente, sentirse mejor, aun cuando, por cierto, muchos pacientes busquen hacerlo a través de la ampliación del conocimiento de sí. El alivio sintomático se transforma así en una guía en la búsqueda de la verdad del paciente. Para Renik, “muchas de las decisiones que un analista hace –qué investigar, cómo intervenir– deben estar determinadas por si acaso el paciente está experimentado beneficio terapéutico” (Renik 2006, p. 26). Para Thomä & Kächele (2007, p. 662) “el *junktim* sólo se satisface si se prueba el ‘efecto benéfico’”. Para estos autores, los informes de tratamiento, es decir, las presentaciones de material clínico, deben estar centradas en mostrar los cambios en el paciente.

Si bien es cierto que durante mucho tiempo prevaleció la idea de que el objeto del psicoanálisis es la búsqueda de la verdad del inconsciente, en las últimas décadas “se observa una redefinición de [su] objeto de estudio hacia la particular figura intersubjetiva constituida por la relación analista-paciente” (Canestri 1994, p. 1079). En este último sentido, no es posible seguir separando la exploración del inconsciente con la consideración de lo que paciente y analista intentan con tal búsqueda, y que va más allá de la contemplación de la conjeturada verdad del inconsciente. Parafraseando a Sandler & Dreher (1996), no es posible seguir ignorando ‘what analysts and patients want’. La búsqueda de la verdad del paciente no se hace en el vacío, sino en el seno de una relación entre dos personas, lo cual nos lleva a profundizar en el tema de la validación en el contexto clínico.

La validación en el contexto clínico, esto es, dentro de la sesión con el paciente, es un proceso permanente e ineludible. Como plantea Tuckett (1994b, p. 1162), “es parte esencial de la técnica analítica aceptada, el que busquemos corregir nuestro entendimiento e interpretación de acuerdo con un constante monitoreo subjetivo de la ‘verdad’ de lo que pensamos está pasando”.

Desde el punto de vista de la validación del trabajo psicoanalítico durante la sesión, los criterios clásicos de verdad, coherencia, correspondencia y utilidad del conocimiento, pueden considerarse como abstracciones de un proceso único y amplio de validación, que incluye *observación*, *conversación* e *interacción* (Kvale 1995). Para que sea aplicable a la realidad

psicoanalítica, se debe reemplazar la idea clásica del conocimiento como reflejo de la realidad por una concepción en la que el conocimiento es una co-construcción social y lingüística de la realidad intersubjetiva entre paciente y analista. En la situación analítica, analista y paciente están permanentemente interpretando y negociando el significado de la relación, pasando esto a ser materia de comunicación entre ambos. La conversación llega a ser el contexto último dentro del cual se debe entender el conocer (Rorty 2000). La verdad se constituye a través del diálogo, el conocimiento válido emerge como resultado de interpretaciones y posibilidades de acción alternativas y en conflicto, las que son discutidas, negociadas y discernidas siguiendo las reglas del método psicoanalítico.

En el contexto clínico, lo que interesa es la relación entre significados y actos, entre interpretación y acción. Si abandonamos la dicotomía entre hechos y valores, al asunto de la verdad se agrega el tema de la estética y de la ética. Al tratarse de construcción social, la belleza y el valor de uso del conocimiento construido pasan a ocupar el primer plano. Se produce así un giro, desde un modelo psicoanalítico basado en la arqueología, donde el objeto es el descubrimiento de una verdad escondida, a un *modelo arquitectónico*, donde lo que importa es la construcción de una nueva casa. El énfasis se pone ahora en la prueba pragmática a través de la acción. El tema del valor del conocimiento no pertenece más a un ámbito separado del conocimiento 'científico', sino que está intrínsecamente unido a la creación y aplicación de éste.<sup>5</sup>

Validar en la sesión analítica es entonces un proceso permanente de chequeo de hipótesis y conjeturas, de cuestionamiento de las mismas y de comparación con las teorías y modelos que el analista tiene a mano en ese momento. En este proceso, la coherencia del propio discurso pasa a ser un criterio de validación. Pero validar también es chequear el conocimiento con el paciente. A través del diálogo, analista y paciente llegan a consensos o acotan sus diferencias sobre lo observado, sobre lo que para ellos será considerado como 'dato clínico' y su significado.

Con todo, el logro de conocimiento consensuado sobre observaciones y sus significados no agota la validación en el contexto clínico. La validación pragmática de las interpretaciones va más allá de la validación comunicativa.

---

<sup>5</sup> Peter Fonagy ha adelantado recientemente ideas similares: "La teoría psicoanalítica, como cualquier otra teoría, sirve inconscientemente para organizar la acción. Así, la verdad de una teoría ya no es vista como algo absolutamente restringido a su relación con una realidad externa. Más bien, la validez de una teoría descansa en su capacidad para facilitar la acción. El conocimiento no es la constatación (awareness) de hechos absolutos, sino la capacidad de alcanzar un objetivo dentro de un contexto específico". (Fonagy 2006, p.83)

El interés –que guía las razones prácticas de ayudar a los pacientes a alcanzar el cambio deseado–, es intrínseco a la empresa terapéutica. Para Freud, una de las distinciones del psicoanálisis es, precisamente, el que investigación y cura van de la mano. Si la validación comunicativa incluye un aspecto estético, la validación pragmática implica la dimensión ética. Para Freud no bastaba la validación comunicativa; para él, el ‘sí’ o el ‘no’ del paciente a la intervención del terapeuta nunca fue una confirmación o invalidación suficiente. Recomendaba formas más indirectas de validación, mediante la observación de cambios en la conducta del paciente subsiguiente a la interpretación, tales como cambios en las asociaciones, sueños, aparición de recuerdos o alteración de los síntomas. Para Ricoeur, “el éxito terapéutico [...] constituye [...] un criterio autónomo de validación” (1977, p.868). La verdad narrativa se construye en el encuentro terapéutico, lleva consigo la convicción de una ‘buena historia’, y debe ser juzgada tanto por su valor estético como por el efecto curativo de su fuerza retórica (Spence 1982).

En resumen, un examen de los procesos de validación en la situación clínica nos lleva a la conclusión de que el esfuerzo de comprensión del material clínico, propio y ajeno, debiera consistir, primariamente, en descubrir las razones prácticas que subyacen a las intervenciones del analista y la relación de éstas con los cambios observados en el paciente.

#### **4. Más allá de la unión inseparable: estudiar la práctica en sus propios méritos**

Después de esbozar una fenomenología de la práctica en psicoanálisis debimos hacer un recorrido por la teoría del cambio terapéutico. En lo que sigue, intentaré dar un paso más, poniendo en entredicho el núcleo central de la teoría psicoanalítica del cambio. Adelanto la afirmación de que la idea del *junktim*, es decir, de que en el tratamiento psicoanalítico ‘el conocimiento aporta el éxito, y que no es posible tratar sin enterarse de algo nuevo, ni se gana un esclarecimiento sin vivenciar su benéfico efecto’, no puede seguir siendo sostenida como una verdad universal. No se me escapa la gravedad de esta afirmación, pero estoy convencido de que la idea del *junktim* no hace justicia a la realidad de la práctica de los psicoanalistas ni tampoco al conocimiento que tenemos actualmente sobre los mecanismos de cambio terapéutico. Para atreverme a desafiar una tesis tan central en el pensamiento de Freud, me apoyo en sus propias palabras, cuando, refiriéndose con admiración a Charcot, escribió que éste “no se fatigaba nunca de defender los derechos de la labor puramente clínica, consistente en ver y ordenar, contra la intervención de la medicina teórica” (Freud 1893<sup>f</sup> p.13). En la nota necrológica sobre Charcot, Freud recuerda que uno de sus

alumnos le planteó una vez que cierto hecho clínico no podía ser, pues contradecía la teoría. La respuesta de Charcot no se hizo esperar: 'Tanto peor para la teoría. Los hechos clínicos tienen primacía'. Y terminó con una frase que impresionó intensamente al joven Freud: 'La théorie c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister' (p. 13).

Hasta donde llega mi saber, el primero que restringió explícitamente el alcance de la idea de la unión inseparable entre logro de conocimiento y curación fue un psicoanalista latinoamericano. José Bleger, en su trabajo póstumo de 1971, "criterios de curación y objetivos del psicoanálisis", observó que no es infrecuente que el "paciente se beneficie con un tratamiento psicoanalítico sin que se haya curado de lo que deseaban curar. [...] En otros casos –plantea–, se considera un buen progreso y un buen final de tratamiento (cuando no se puede lograr otra cosa) que el paciente reconozca y acepte sus síntomas, sus errores, limitaciones y dificultades. Es decir, se logran [...] objetivos o efectos mayéuticos [o de auto conocimiento] y no los curativos" (Bleger 1973 p. 79).

Naturalmente, los clínicos también conocemos el caso contrario, a saber, pacientes en los cuales la magnitud del autoconocimiento adquirido en el proceso no hace justicia al alcance de los cambios sintomáticos y estructurales logrados. El grupo de estudios del proceso de cambio de Boston (PCSG 1998, Stern 2004) nos ofrece una explicación a este hecho clínico. Ellos han propuesto un modelo de cambio en terapia psicoanalítica que sostiene que el efecto terapéutico del vínculo analista-paciente está en los procesos intersubjetivos e interactivos que dan lugar a lo que llaman *conocimiento relacional implícito*. Este es un campo no simbólico, diferente del conocimiento declarativo, explícito, consciente o preconsciente, que se representa simbólicamente en un modo verbal o imaginario. Históricamente, la teoría del cambio terapéutico se centró en la interpretación de la dinámica intrapsíquica representada en el nivel simbólico, más que en las reglas implícitas que gobiernan las propias transacciones con los otros. Estas reglas no son conscientes, están inscritas en la memoria procedural de largo plazo. Los distintos momentos de interacción entre paciente y terapeuta toman forma en un proceso secuencial dirigido por el intercambio verbal que puede incluir variadas intervenciones. El locus mutativo en la terapia se produce, sin embargo, cuando el movimiento de negociación intersubjetivo conduce a *momentos de encuentro* en los que se comparte el entendimiento de la relación implícita mutua y con ello se produce una recontextualización del conocimiento relacional implícito del paciente. En estos momentos se produce entre paciente y analista un reconocimiento recíproco de lo que está en la mente del otro en lo que concierne a la naturaleza actual y al estado de la relación mutua. El reconocimiento mutuo lleva a paciente y analista a un

dominio que trasciende la relación ‘profesional’, sin derogarla y, al hacerlo, los libera parcialmente de las tonalidades de la relación transferencia-contratransferencia. El conocimiento compartido puede ser ulteriormente validado conscientemente. Sin embargo, puede también permanecer implícito.

Por cierto, el modelo propuesto por el PCSG debe aún ser validado; a mi entender no está claro el significado clínico y empírico de lo que ellos llaman un “momento de encuentro”. Con todo, lo que si es claro es que las ideas del grupo de Boston van más allá de la teoría psicoanalítica nuclear del cambio en psicoanálisis y apuntan al rol que juega la calidad del vínculo intersubjetivo, esto es, la llamada alianza terapéutica, como factor curativo independiente en terapia. La verdad es que el valor de la experiencia del paciente del analista como elemento pronóstico y factor curativo ha sido reconocido desde los tiempos de Ferenczi. Sin embargo, nunca ha tenido en la teoría del cambio un lugar comparable al de la interpretación y el insight y sigue siendo un tema controversial en el psicoanálisis contemporáneo. La siguiente cita de un trabajo reciente de Hanna Segal prueba lo dicho: “El Middle Group, [...] estableció un nuevo modelo de la mente, derivado de Ferenczi y desarrollado por Balint, Winnicott, y posteriormente en los Estados Unidos por Kohut. La diferencia fundamental entre este modelo y aquellos de Freud, Klein y sus seguidores no reside en el hecho de que tome en consideración nueva evidencia clínica, sino más bien en el tipo de uso que hace de la evidencia clínica. Emergió una nueva preocupación que se enfoca en variadas nociones de cura y cambio que no descansan en alcanzar la verdad y que consideran las influencias personales del analista [...] como parte integral del proceso analítico. En esto, los cambios en la técnica son del tipo que los hacen esencialmente no analíticos. Ellos van en contra del esfuerzo analítico de lograr el cambio a través de la búsqueda de la verdad” (Segal 2006, p. 289s).

Si bien es cierto que la calidad del vínculo como factor de cambio terapéutico no pertenece al núcleo de la teoría de la cura, en este punto habría que responder con Charcot, ‘tanto peor para la teoría’, pues los hallazgos de más de 50 años de investigación empírica en proceso y resultados en psicoterapia apoyan la idea de que la calidad de la relación terapéutica es el factor más potente de cambio en toda forma de terapia, incluida la psicoanalítica. Las intervenciones específicas, en este caso, la interpretación y el logro de insight, explican una parte ínfima de la varianza de los resultados del tratamiento (Wampold 2001, Jiménez 2007). Desde un punto de vista clínico, esto significa que las técnicas e intervenciones no son eficaces en sí o por sí mismas. El peso de la evidencia favorece la idea de que la terapia es una relación profesional en la cual la calidad de la relación



personal entre paciente y analista es un factor clave en el incremento (o la limitación) del impacto de los procedimientos terapéuticos (Orlinsky y Ronnestad 2005). Por cierto, esto también significa que el rango de técnicas que los analistas exitosos aplican es mucho mayor que el prescrito por la teoría de la técnica oficial.

En vista de esto, Carlo Strenger es enfático: “la consecuencia de estos hechos para la cuestión de la unión entre verdad reconstructiva y efecto terapéutico parece ser la siguiente. La relación entre estas dos propiedades de la interpretación ciertamente no es tan categórica como Freud creyó que era. *La verdad reconstructiva no es condición necesaria ni suficiente para la eficiencia terapéutica*” (Strenger 1991, p.140; énfasis mío).

La especificidad del psicoanálisis en la *práctica real* de los psicoanalistas también ha sido cuestionada por la investigación psicoterapéutica comparada. Ablon & Jones (1998) han demostrado que los tratamientos psicoanalíticos incluyen conjuntos diversos de intervenciones, donde los terapeutas, además de aplicar estrategias consideradas como de naturaleza psicodinámica, en medida significativa también aplican intervenciones técnicas que habitualmente se asocian con el enfoque cognitivo conductual. En otras palabras, existiría una sobre posición significativa en la manera como terapeutas de distintas orientaciones conducen los tratamientos, entre modelos teóricos que se asume corresponden a estrategias de intervención diferentes. Sus investigaciones son consistentes con otras (Goldfried et al. 1998; Jones & Pulos 1993) que han encontrado una extensa sobre posición entre terapias psicoanalíticas, interpersonales y cognitivo conductuales. Por cierto, también se encontró diferencias entre los enfoques, por ejemplo, que la terapia cognitivo conductual promovía el control de los afectos negativos a través del uso del intelecto y la racionalidad en combinación con una vigorosa estimulación, apoyo y refuerzo por parte de los terapeutas; en las terapias psicoanalíticas, en cambio, el énfasis estuvo puesto en la evocación de afectos, en traer a la conciencia sentimientos inquietantes y en integrar dificultades actuales dentro de la experiencia de vida previa, usando la relación terapeuta paciente como agente de cambio. Si bien estas investigaciones han sido hechas en terapias breves, mientras no haya datos que afirmen lo contrario en terapias psicoanalíticas de larga duración y de alta frecuencia, podemos asumir que en estas últimas la sobre posición descrita también existe.

Estamos entonces ante un campo nuevo que exige más investigación. Por ejemplo, no es claro que las ideas de Sandler sobre las teorías implícitas que maneja el psicoanalista, lo que Fonagy ha llamado *base de*

*conocimiento psicoanalítico implícito*,<sup>6</sup> sean equivalentes al conocimiento relacional implícito del grupo de Boston. Aquí hay un tema, aún no totalmente esclarecido, que apunta a la relación entre el conocimiento explícito, declarativo y simbólico, y el conocimiento implícito, procedural, no simbólico. Este último es enactuado en la interacción no verbal y parte importante de él probablemente *nunca* alcanza el nivel explícito (Jiménez 2006).

En todo caso, y frente a los nuevos hallazgos de la investigación sistemática en disciplinas afines de la mente, y en proceso y resultados en psicoterapia, que validan una gama de intervenciones técnicas que, si bien no pertenecen a la teoría psicoanalítica oficial del cambio, parecen ser aplicadas privadamente por muchos analistas en su trabajo cotidiano, Gabbard & Westen (2003 p.826; énfasis en el original) han sugerido que debiéramos “diferir la cuestión de si acaso estas técnicas son analíticas y focalizarnos más bien en si acaso ellas son *terapéuticas*. Si la respuesta a esta cuestión es afirmativa –continúan–, la pregunta que sigue es cómo integrarlas [oficialmente] en la práctica psicoanalítica y psicoterapéutica de la manera que más ayude al paciente”. Para estos autores, una teoría moderna de la acción terapéutica debe describir tanto lo que cambia (los objetivos del tratamiento) como las estrategias que son probablemente útiles para promover tales cambios (técnicas). Hemos llegado a un punto –agregan–, en que las teorías de mecanismo único de acción terapéutica –no importando cuán complejas ellas sean–, han probado ser poco útiles en este sentido, a causa de la variedad de metas de cambio y de la variedad de métodos eficaces para lograr el cambio en la dirección de tales metas.

Finalmente, la argumentación que he llevado a lo largo de esta presentación me lleva a plantear que ha llegado el momento de liberar a la práctica de la teoría, para así estudiarla en sus propios méritos. “Si la teoría es desacoplada de la práctica, la técnica podría progresar sobre bases puramente pragmáticas, sobre la base de lo que se ve funciona. La teoría psicoanalítica de la función mental podría entonces seguir a la práctica, integrando lo recientemente descubierto a través de métodos innovativos de trabajo clínico” (Fonagy 2006, p.70). *Este es un planteamiento metodológico y no epistemológico pues una separación total entre teoría y práctica es imposible*. La idea es dar a las miniteorías implícitas legitimidad, es decir, la posibilidad de aflorar y de expresarse para poder ser estudiadas en sus propios méritos.

---

<sup>6</sup> “Esta [...] reconstrucción teórica aún no ha tenido lugar en la teoría pública del psicoanálisis. Se mantiene en un recipiente inexplorado, algo misterioso, que uno podría llamar la *base de conocimiento psicoanalítico implícito*”. (Fonagy 2006, p. 83; énfasis en el original)

Este programa de investigación es una ampliación del formulado por Sandler en su trabajo de 1983.<sup>7</sup>, pues integra distintas formas de investigación moderna en disciplinas de la mente (Jiménez 2006). Se trata de la construcción de un nuevo paradigma, que se basa en los principios del pluralismo metodológico y que, creo, puede sacar al psicoanálisis de su aislamiento secular (Luyten, Blatt & Corveleyn 2006). Cuando hablo de investigación sistemática de la práctica, me refiero tanto a la investigación empírica en proceso y resultados, como a la muy nueva metodología cualitativa que ha introducido el movimiento de renovación científica de los *Working Party* (Canestri 2006; Tuckett et al., 2008).

Termino esta presentación con un mensaje esperanzador: La iniciativa científica impulsada por la *Federación Psicoanalítica Europea* (Tuckett 2002, 2003), que ha hecho posible el surgimiento del movimiento de los *Working Party*, nos ofrece una metodología para investigar colectivamente una parte importante del campo de lo implícito en la práctica del psicoanálisis. Es altamente significativo para la argumentación que he llevado a lo largo de este trabajo comprobar que la metodología usada para discutir material clínico en los *Working Party* parte del respeto a la siguiente regla fundamental: *Psicoanálisis es aquello practicado por los psicoanalistas* (Sandler 1982, p. 44), lo cual significa que “todo presentador es considerado por el grupo como psicoanalista, no importando lo que él muestre” (Tuckett 2007, p.1051) Mi propia experiencia como presentador de material clínico durante la Conferencia de la Federación Europea en marzo del 2007 avala mi convicción de que estamos frente a un nuevo comienzo. Creo firmemente que esta manera inédita de acercarse a la práctica de los psicoanalistas traerá consigo un cambio cultural que redundará en una revitalización del psicoanálisis.

## Bibliografía

- Ablon JS, Jones EE (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res* 8:71-83.
- Aisenstein M (2003) Does the Cure come as a Byproduct of Psychoanalytic Treatment? *Psychoanalytic Quarterly*, LXXII, pp. 263-273.
- Bernardi R (1989) The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *Int. J. Psycho-Anal.* 70: 341-357.
- Bernardi R (2002). The need for true controversies in psychoanalysis: The debates on Melanie Klein and Jacques Lacan in the Rio de la Plata. *Int J Psychoanal* 83:851-73.
- Bernardi R (2003). What kind of evidence makes the analyst change his or her theoretical and technical ideas? In: M Leuzinger-Bohleber, AU Dreher, & J Canestri (eds).

---

<sup>7</sup> “Es mi firme convicción que la investigación de las teorías implícitas privadas de los psicoanalistas clínicos abre una puerta mayor en investigación psicoanalítica”. (Sandler 1983, p. 38)

- Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*, London: IPA pp. 125–36.
- Bernardi R (2005). What after pluralism? Ulysses still on the road. *Psychoanal Inq* **25**:654–66.
- Bleger J (1973) Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis APA*. 30(2):317-342
- Brenner C (1982) *The Mind in Conflict*. New York: International University Press.
- Canestri J (1994) Transformations. *Int J Psychoanal*. **75**: 1079-1092.
- Canestri J (2006) *Psychoanalysis from practice to theory*. West Sussex: Wiley.
- Dreher U (2000) *Foundation for Conceptual Research in Psychoanalysis*. Psychoanalytic Monograph. London: Karnac.
- Etchegoyen H (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Aditores.
- Ferrater Mora J (1969) *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Figuera S.A. (1994) Toward the dissection of the psychoanalyst's mind: The psychoanalytic technical superego. En: *The analyst's mind: from listening to interpretation*. International Psychoanalytical Association. London, pp.31-41.
- Fonagy P (2006) The failure of practice to inform theory and the role of implicit theory in bridging the transmisión gap. In J Canestri (ed.) *Psychoanalysis from practice to theory*. West Sussex: Wiley, pp. 69-86.
- Freud S (1893<sup>f</sup>) Charcot *SE III*, pp. 7-23.
- Freud S (1927<sup>a</sup>) Postscript to The Question of Lay Analysis *SE XX*, pp. 251-258
- Freud S (1933<sup>a</sup>) New introductory lectures on psycho-analysis *SE XXII*, pp 1-182.
- Gabbard GO, Westen D (2003). Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* **84**:823–41.
- Goldfried MR, Raue PJ, Castonguay LG (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive–behavioral and psychodynamic–interpersonal interventions. *J Consult Clin Psychol* **66**:803–10.
- Gunderson JG & Gabbard GO (1999) Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. **47** (3) 679-704.
- Hamilton V (1996), *The analyst's preconscious*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Jiménez JP (2003) A psychoanalytical phenomenology of perversion. *Int J Psychoanal*; **85**:65-82.
- Jiménez JP (2005) The search for integration or how to work as a pluralist psychoanalyst. *Psychoanal Inq* **25**:602–34.
- Jimenez JP (2006) After pluralism: Towards a new, integrated psychoanalytic paradigm. *Int J Psychoanal*, **87**:1–20
- Jiménez JP (2007) Can research influence clinical practice? *Int J Psychoanal*, **88**: 661–679.
- Jiménez JP (2008) Theoretical plurality and pluralism in psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal*, 2008; **89**:579–599
- Jones EE, Pullos SM (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive–behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol* **61**:306–16.
- Luyten P, Blatt SJ, & Corveyleen J (2006) Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **54**: 571-610.
- Kvale S (1995) The social construction of validity. *Qualitative Inquiry* **1**(1): 19-40.
- Mendizabal R (1959) *Diccionario griego-español ilustrado*. Madrid: Razón y fe.
- Orlinsky DE Ronnestad MH (2005) *How Psychotherapists Develop. A study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington: American Psychological Association.
- PCSG (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *Int J Psychoanal* **79**:903–21

- Pulver SE (1987a), How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. Prologue. *Psychoanal. Inq.* **7**: 141-145.
- Pulver SE (1987b), How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. Epilogue. *Psychoanal. Inq.* **7**: 289-299.
- Renik O (2006) *Practical Psychoanalysis for therapists and patients*. New York: Other Press.
- Ricoeur P (1977) The question of proof in Freud's psychoanalytic writings. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* **25**: 835-871.
- Rorty R (2000) Pragmatism. *Int. J. Psycho-Anal.* **81**: 819-823.
- Sandler J (1982) Psychoanalysis and Psychotherapy. The training analyst's dilemma. In ED Joseph & RS Wallerstein (eds.) *Psychotherapy. Impact on psychoanalytic training. The influence of practice and theory of psychotherapy on education in psychoanalysis*. Int. Psychoanal. Assoc. monograph series n. 1°. New York: International University Press, pp. 39-47.
- Sandler J (1983) Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int. J. Psycho-Anal.* **64**: 35-45.
- Sandler J & Dreher AU (1996), *What do psychoanalysts want? The problem of aims in psychoanalytic therapy*. London: Routledge.
- Segal H (2006) Reflections on Thruth, Tradition, and the Psychoanalytic Tradition of Truth. *American Imago*, **64** (3), 283-292.
- Seitz PFD (1966) The consensus problem in psychoanalytic research. In LA Gottschalk & AH Auerbach (eds.) *Method of research in psychotherapy*. New York: Appleton-Century-Crofts, pp. 209-225.
- Spence D (1982) *Narrative and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton.
- Stern DN (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York, NY: Norton.
- Strenger C (1991). *Between hermeneutic and sciences: An essay on the epistemology of psychoanalysis*. Madison, CT: International UP. 234 p. (*Psychological Issues*, Monograph 59.)
- Szecsödy I (1990) *The learning process in psychotherapy supervision*. Stockholm: Karolinska Institut.
- Thomä H, Jiménez JP, Kächele H (2006) Vergleichende Psychoanalyse – textnahe klinische Forschung (Comparative Psychoanalysis – Textual Clinical Research). In: H Thomä & H Kächele (eds) *Psychoanalytische Therapie. Forschung*. Heidelberg: Springer pp. 177-198.
- Thomä H, Kächele H (1987) *Psychoanalytic Practice. 1. Principles*. Heidelberg: Srpinger.
- Thomä H, Kächele H (2007) on the Basis of a New Form of Treatment Report. *Psychoanalytic Inquiry*, **27** (5) pp. 650-685.
- Tuckett D (1994a) The conceptualization and communication of clinical facts in psychoanalysis. Foreword. *Int J Psychoanal.* **75**: 865-870.
- Tuckett D (1994b) Developing a grounded hypothesis to understand a clinical process: the role of conceptualisation in validation. *Int J Psychoanal.* **75**: 1159-1180.
- Tuckett D (2002) *The New Style Conference and Devolving a Peer Culture in European Psychoanalysis*. Presidential Adress, Prague. EPF Bulletin, **56**, 2002.
- Tuckett D (2003) *A Ten-Year European Scientific Initiative. Presidential Adress*, EPF Bulletin, **57**, 2003.
- Tuckett D (2006) The search to define and describe how psychoanalysts work: preliminary report on the project of the EPF Working Party on Comparative Clinical Methods. In J Canestri J (ed.) *Psychoanalysis from practice to theory*. West Sussex: Wiley, pp. 167-200.
- Tuckett D (2007) Wie können Fällen in der Psychoanalyse verglichen und diskutiert werden? Implikationen für künftige Standard der klinischen Arbeit. (On the problem

of comparing and discussing clinical material in psychoanalysis: implications for future standards of clinical work) *Psyche – Z Psychoanal* 61, 1042-1071.

Tuckett D, Basile R, Birksted-Breen D, Böhm T, Denis P, Ferro A, Hinz H, Jernstedt A, Mariotti P & Schubert J (2008) *Psychoanalysis Comparable & Incomparable. The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. London: Routledge.

Wampold BE (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.