

Eje: El Poder de las teorías

TÍTULO DEL TRABAJO: “Epistemología y clínica psicoanalítica. ¿Muros o puentes?”

Autora: Lic. Claudia Yellati de Darmun

Institución: APdeBA. Miembro adherente.

Teléfono: 4-785-6668

E-mail: claudia_yellati@yahoo.com.ar

Título de grado: Lic. en psicología UBA

-Marzo 2010-

Introducción

A partir de las dificultades e incertidumbres en mi práctica clínica, me encontré repasando la variedad de teorías que coexisten y conviven en el psicoanálisis. Esquemas referenciales disímiles, y hasta opuestos, pueden ser usados para entender o explicar un mismo síntoma lo cual nos interroga acerca de la eficacia terapéutica.

¿Debemos elegir un esquema referencial y ser coherentes con él en el trabajo con nuestros pacientes? ¿Es necesario poder dirimir los modelos teóricos con los que nos manejamos en nuestra práctica clínica?

Pienso que no solo es problemática la multiplicidad de interpretaciones que podemos darle a un mismo síntoma sino que, también, existen concepciones enfrentadas a la hora de decidir si el psicoanálisis es o no una ciencia debido a las particularidades de nuestra disciplina en donde el conocimiento es captado a través de la experiencia.

Para poder desarrollar mis inquietudes presentaré una situación clínica y ensayaré hipótesis desde diversas concepciones teóricas. A continuación, formularé algunos puntos problemáticos que cuestionan al psicoanálisis como ciencia y abren al debate.

Para finalizar, plantearé las conclusiones e intentaré integrar mi preocupación clínica, con mi necesidad de comprender al psicoanálisis epistemológicamente.

Desarrollo

A continuación relataré en líneas generales, contemplando el secreto profesional, la problemática clínica que motorizó en mí interrogantes que buscaré desplegar. No me centraré en el tratamiento ni en las vicisitudes del mismo, sino que utilizaré la situación clínica para pensar en algunos problemas del psicoanálisis y de las teorías psicoanalíticas.

El detonante de mis dudas deriva de la emergencia de pensamientos suicidas en una paciente con rasgos impulsivos de personalidad, como consecuencia de una situación de frustración. En los momentos en que la invaden las ideas de muerte, la paciente no sabe si son propias o ajenas y teme concretar la acción. Debido a la insistencia y persistencia de sus ideas, y a antecedentes familiares del orden de amenazas de suicidio, conductas impulsivas y trastornos psiquiátricos en su infancia, me pregunto acerca de lo genuino o parasitario de sus ideas y acerca del riesgo suicida que las mismas acarreen.

Me propongo entonces buscar en las teorías psicoanalíticas modelos que me permitan formular hipótesis para despejar mis dudas diagnósticas y ayudar a mi paciente.

1) Planteo de hipótesis

A partir de algunos textos freudianos y de otros autores psicoanalíticos, ensayaré diversos modos de entender la problemática de mi paciente, haciendo uso de teorías heterogéneas.

Pensado desde Freud en *"Psicoterapia de la histeria"*, se podría interpretar que las situaciones familiares vividas por la paciente, constituyeron un factor traumático que pugna por ser elaborado y resignificado a través de la repetición como modo de recordar la experiencia olvidada. (S. Freud, 1893-1895, Pág. 261-309)

Si lo pienso en cambio desde el capítulo VII de *Identificación en "Psicología de las masas y análisis del yo"*, podría conjeturar que mi paciente se ha identificado en forma histérica con algunas vicisitudes de sus objetos de la infancia, formando un síntoma neurótico a través del cual procura realizar deseos. *"La identificación reemplaza a la elección de objeto; la elección de objeto ha regresado hasta identificación"*. (1)

Sin embargo, con la perspectiva que me aporta el artículo de *"Duelo y Melancolía"*, esto mismo podría interpretarlo como una identificación melancólica (identificación del yo con el objeto resignado), en donde el conflicto entre el yo y la persona amada se transforma en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por la identificación. A través de la autopunición, la paciente se desquita de los objetos originarios y se entrega a la enfermedad para no tener que mostrarles su hostilidad en forma directa. (S. Freud, 1917(1915), Pág. 235-255)

Descubro otro punto de vista en el artículo *"Los que fracasan al triunfar"*, a partir del cual leería que las ideas suicidas son producto del sentimiento inconciente de culpa y funcionan como reproche y autocastigo por haber "traicionado" a los objetos dañados de su infancia. (S. Freud, 1916, Pág. 323-337)

Desde la perspectiva de Winnicott, podría deducir que el fracaso ambiental interrumpió la posibilidad del desarrollo de su self, forzándola a someterse a los patrones ambientales y a constituir un *falso self*.

La crisis de mi paciente puede ser producto del colapso de su sistema defensivo y las ideas suicidas, expresión del terror que le genera la explosión del verdadero self que daría por resultado su aniquilación.

"... El suicidio es la destrucción del self total para evitar la aniquilación del self verdadero". (2)

Desde el enfoque de Melanie Klein, en cambio, pensaría que la ansiedad surge de la pulsión de muerte y es sentida como temor a la aniquilación proveniente del objeto atacado que se torna persecutorio. Dado a la violenta escisión del yo y a la excesiva identificación proyectiva, los objetos externos pueden transformarse por introyección en perseguidores reforzando el temor a los impulsos destructivos internos que se expresan en sus ideas suicidas. (M. Klein, 1946, Pág.10-33)

Desde otra visión, se podría considerar que la frustración e impotencia despiertan en mi paciente un odio descontrolado que deriva en una respuesta onnipotente, que la manda a matarse para erradicar el

sufrimiento. H. Henseler (1974), psicoanalista alemán que trabajó en el tema del suicidio, considera a la inestabilidad narcisista como un factor de riesgo suicida. *“El suicidio es así considerado como una fantasía fusional que pretende preservar la autoestima, reuniéndose fantásticamente con un objeto primordial que le asegure salvación y paz”*. (3)

Podemos comprobar que en nuestra disciplina conviven múltiples puntos de vista a la hora de intentar comprender una problemática, lo cual constituye un desafío clínico. Entiendo que otro analista podría sumar otras lecturas posibles, lo cual amplía el universo y subraya el conflicto. Y, más aún, dos analistas que trabajan con el mismo referente teórico pueden hacer cosas distintas; es decir: no sólo hay muchas teorías psicoanalíticas sino que también hay múltiples maneras de “usarlas”.

Ahora bien, las ideas suicidas de mi paciente; ¿son producto de una situación traumática no elaborada que puede llevarla a una compulsión suicida? ¿De la formación neurótica de un síntoma vía identificación? ¿De la explosión del verdadero self? O, ¿de su inestabilidad narcisista? ¿Cómo decidir entre las diferentes concepciones?

Me pregunto si los distintos esquemas referenciales son alternativos, complementarios o dicen lo mismo con distinto nombre y si es necesario seleccionar una hipótesis o teoría y ser coherentes con ella, o si podemos trabajar con varias y conjugarlas.

Descubro que las teorías no me ayudan a desentrañar lo que le sucede a mi paciente por lo cual debo decidir cómo intervenir, confiando en mi intuición clínica y ahondando en mi trabajo de análisis y de supervisión.

2) El psicoanálisis es una ciencia, el psicoanálisis no es una ciencia.

A partir de lo desarrollado, ensayaré ideas que comienzan a gestarse en mí a partir de mirar y poner en cuestión formulaciones y saberes. Plantearé una serie enunciados cada uno importante en sí mismo, para reflexionar o debatir acerca de algunas de las objeciones que podrían hacerse al psicoanálisis en tanto no cumple con los requisitos necesarios como para ser considerado una ciencia. Por el momento, sólo puedo ordenarlos como una sucesión de puntos que denotan algunos de los obstáculos en la práctica analítica.

- a) Existen diversos esquemas referenciales para pensar al psiquismo. Sin embargo, no hay modo de corroborar si los distintos enfoques resultan igualmente eficaces en la curación de un paciente. La diversidad de criterios que a su vez sostienen diferentes postulados técnicos, deriva en un problema epistemológico.
- b) El observador es parte del proceso ya que está inmerso en el campo (transferencia/ contratransferencia). La mente del analista con su propio inconsciente como instrumento, puede producir una distorsión en lo

observado.

c) El analista trabaja con un conjunto de teorías implícitas o explícitas previas que operaran como conjunto de “creencias” y no de “certezas” en el momento en que enuncia la interpretación.

d) La presencia de brechas y hiatos entre la realidad e intimidad de la práctica clínica y los postulados teóricos con los cuales se pretende dar cuenta de dicha práctica, constituye otra de las dificultades de nuestra disciplina.

e) Dada la complejidad de los hechos singulares en ciencias humanas y sociales, la posibilidad de llegar a establecer regularidades es ínfima.

Reitero que los puntos arriba enumerados, son algunos de los problemas que interrogan al psicoanálisis como ciencia denotando las intercepciones que hay entre la clínica y la epistemología en nuestra disciplina.

Conclusiones

En la primera etapa del trabajo vimos que la variedad de teorías que conviven en el psicoanálisis se multiplican en el uso singular que cada analista hace de las mismas. Descubro que aún no puedo resolver qué hacer con la diversidad de hipótesis planteadas en relación con el material clínico ya que no tengo claro por qué optaría por una de ellas, ni cómo hacerlo. Es probable que cada versión de la problemática que aqueja a mi paciente, contenga una aproximación al conocimiento de lo inconciente aunque los puntos de vista no sean complementarios.

Considero que los distintos esquemas referenciales no son equivalentes entre sí y que, podemos conjugar distintas teorías en forma coherente siempre y cuando no mezclamos modelos conceptuales que partan de supuestos que se opongan entre sí.

Tener un respeto reverencial por cierto autor o teoría y usarlo como manual para su aplicación en la clínica, es distinto a operar con la o las teorías psicoanalíticas considerándolas hipótesis posibles que podrán ser contrastadas o refutadas, sirviéndonos de punto de partida para una ulterior investigación. Es tan riesgoso mezclar diferentes hipótesis sin ningún rigor epistemológico, como elegir sólo una de ellas y descartar al resto convirtiendo una teoría en un sistema cerrado y completo.

En psicoanálisis, el conocimiento tiene carácter de hipótesis provisorias a partir de sus éxitos explicativos, predictivos y terapéuticos, lo cual no es sinónimo de verdad absoluta. No hay sujeto neutro de la ciencia capaz de desubjetivar el proceso de conocimiento y de acceder a un conocimiento objetivo. Las

determinaciones inconcientes de los autores participan en el armado de una teoría y las del analista, en el trabajo con sus pacientes.

Creo que lo que nos reúne como analistas, a pesar de la diversidad de enfoques, es mantener el deseo de saber y de descubrir, la curiosidad ante lo desconocido, y el coraje de traspasar los límites de lo ya sabido. A su vez, nos liga procurar tolerar las incertidumbres que nos despierta nuestra práctica cotidiana, animándonos a soltarnos de aquello que se ha vuelto incompleto o insuficiente. O, al menos, ésa es mi ilusión.

Espero, que como analistas, podamos mantener la modalidad de interrogación y de apertura para acceder a la verdad incompleta e inagotable, emulando el espíritu científico del creador del psicoanálisis.

Éste trabajo es el comienzo de un recorrido que intentaré seguir, aspirando a poder contestar mis preguntas acerca del manejo de las teorías en la clínica, a sabiendas de que en el camino se abrirán en mí nuevos cuestionamientos.

Claudia Yellati de Darmun.

Bibliografía

*Freud Sigmund, 1893-1895, "Sobre la Psicoterapia de la histeria", tomo II. Buenos Aires, Amorrortu, 1987. Pág. 261-309

*Freud Sigmund, 1917 (1915), "Duelo y Melancolía", tomo XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1986. Pág., 235-255.

*Freud Sigmund, 1916, "Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo analítico, tomo XIV, Apartado II. Los que fracasan cuando triunfan". Buenos Aires, Amorrortu, 1986. Pág. 323-337.

*Freud Sigmund, 1921, "Psicología de las masas y análisis del yo", tomo XVIII, Cáp. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1986. Pág. 99-104.

*Klein, Melanie, 1946, "Acerca de algunos mecanismos esquizoides" Pág.10-33

*Winnicott Donald, 1960, "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador", Cap.12. "La distorsión del yo en términos del self verdadero y falso", Pág.182-199, Buenos Aires 2007.

* Moguillansky Carlos, 2002, "La confusión y su contribución a la comprensión de los suicidios", Departamento de niñez y adolescencia, Ateneo APdeBA.

Notas

(1) Freud, Sigmund (1921) "Psicología de las masas y análisis del yo", tomo XVIII, Cáp. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1986. Pág. 99-104.

(2) Winnicott, Donald (1960) "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador", Cap.12, Buenos Aires 2007. Pág.182-199

(3) Henseler H. (1974) citado por Moguillansky Carlos (2002) en "La confusión y su contribución a la comprensión de los suicidios". Departamento de niñez y adolescencia ateneo APdeBA, Buenos Aires.

Eje: El poder de las teorías

Título del trabajo: Epistemología y clínica psicoanalítica. ¿Muros o puentes?

Autora: Lic. Claudia Yellati

Resumen

El trabajo plantea problemáticas del psicoanálisis y de la práctica analítica.

En la primera etapa, presenta una situación clínica a partir de la cual se plantean hipótesis de un mismo síntoma o problemática, desde distintas teorías y esquemas referenciales. Se enuncian interrogantes acerca del uso de las teorías y se cuestiona la eficacia terapéutica debido a la cantidad de formulaciones y las diferencias entre las mismas.

A continuación, se puntúan algunas objeciones que podrían hacerse al psicoanálisis en tanto no cumple con los requisitos necesarios como para ser considerado una ciencia que son congruentes con los obstáculos en la práctica psicoanalítica que los distintos modelos teóricos no pueden resolver.

En las conclusiones, se expresa un hiato existente entre la práctica clínica y la epistemología psicoanalítica y se concluye que la multiplicidad de hipótesis planteadas en el material clínico no ayudan desentrañar el problema de la paciente.

Palabras del Tesauro: Psicoanálisis- Escuelas psicoanalíticas- Esquema referencial- Clínica.