

Comentario sobre «Sobre el valor del enfoque lacaniano para la práctica analítica» por Bruce Fink



RICARDO BERNARDI¹, BEATRIZ DE LEÓN²

Hemos aceptado con gusto la invitación a discutir el trabajo de Fink sobre la aproximación lacaniana a la práctica analítica, pues nos parece de gran interés que la discusión incluya el nivel clínico. Intentaremos señalar en primer lugar algunas diferencias y similitudes entre su enfoque y el nuestro para discutir luego de qué manera sería posible continuar avanzando en este diálogo.

Se nos ha pedido que hablemos a partir de nuestras propias posiciones personales. Esto nos obliga a hacer referencia al papel que jugó el pensamiento lacaniano en la cultura psicoanalítica en la que nos formamos. Ambos autores provenimos de una sociedad fuertemente pluralista, la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU). Durante la formación [training] cada candidato puede elegir algunos de los seminarios que desea cursar, mientras otros —en especial sobre la obra de Freud— son obligatorios. Ambos autores frecuentamos seminarios sobre Lacan, cuyas ideas teóricas se enseñan en los seminarios de la APU desde la década de 1970. También estudiamos durante la formación otros autores, en especial Klein, Bion, Winnicott y autores franceses contemporáneos. Durante esos años en Montevideo y Buenos Aires surgieron sociedades lacanianas, varias de ellas fuera de las sociedades de la IPA, pero también un grupo denominado

1 Miembro de Honor de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. ric.e.bernardi@gmail.com

2 Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. deleon.bea@gmail.com

«Lacan en IPA» del que forman parte analistas pertenecientes a sociedades de la IPA. Todo esto muestra la vigencia de la cuestión que Fink plantea en sus conclusiones acerca de los puntos en los que se producen convergencias entre el pensamiento lacaniano y el de las sociedades de la IPA y en qué puntos se produce un «cambio de paradigma» [paradigm shift].

Un cambio de paradigma, en sentido kuhniano, significa una modificación de la matriz disciplinaria que acarrea un cambio en la naturaleza de las preguntas relevantes, de las premisas desde las cuales se las responde y también del tipo de solución de problemas que se considera ejemplar (Kuhn, 1962). Las teorías psicoanalíticas se presentan como diferentes paradigmas cuando acentúan el papel que desempeñan premisas teóricas en la comprensión del material (Bernardi, 1989). Los cambios de paradigma pueden acarrear zonas de inconmensurabilidad entre las teorías, en las cuales no es seguro que exista compatibilidad lógica y congruencia semántica entre ellas. Pero también la inconmensurabilidad puede ser una falsa apariencia creada por una estrategia defensiva que busca que las teorías no queden expuestas a argumentos, en especial aquellos provenientes de la experiencia clínica, que pueden debilitarlas o incluso refutarlas (Bernardi, 2002).

En lo que sigue, examinaremos en primer lugar las propuestas de Fink, para discutir luego las dificultades que habría que superar y las condiciones que permitirían avanzar en un diálogo fructífero. Destacaremos el papel esencial que debe jugar en este diálogo la búsqueda de evidencia clínica en un contexto pluralista.

Fink destaca la importancia que tiene para Lacan la distinción entre neurosis y psicosis, pues el trabajo analítico encuentra en los neuróticos un inconsciente plenamente constituido. Creemos comprender la intención de Fink al colocar esta distinción en primer lugar cuando señala con sorpresa que encontró que no todos los analistas de la IPA conocen la importancia de las manifestaciones del inconsciente tales como los lapsus (slips of tongue). Fink intenta destacar la primacía del lenguaje y del significante [signifier] en la teoría lacaniana y al papel que esto tiene en la práctica clínica. Es interesante comparar la perspectiva de Fink con el modo en que las ideas de Lacan fueron recibidas en nuestro contexto cultural y dónde se consideró que radicaba el mayor aporte de su propuesta.

En nuestra región latinoamericana no fue el aspecto técnico el que resultó en primer lugar novedoso. Aprendimos a interpretar los lapsus, no de Lacan sino directamente de la obra de Freud. Tampoco la separación tajante de neurosis y psicosis resultaba atractiva. La influencia de autores como M. Klein y W. R. Bion, muy fuerte en las décadas de 1950 y siguientes, había llevado a prestar atención no solo a los fenómenos relacionados con la represión sino a mecanismos que se describían como psicóticos que podían coexistir con los aspectos neuróticos de la personalidad en un mismo paciente. Esto permitía introducir una perspectiva dimensional y no solo categorial, que resultaba precursora de algunas tendencias de la psicopatología actual. Pero por otro lado, desde los comienzos de la década del setenta se había producido en nuestra región un estancamiento en los modelos teóricos dominantes que hacían sentir la necesidad de una renovación.

El aporte de Lacan, tal vez en forma más clara que el de otros autores, ofreció, en ese momento, la posibilidad de pensar el psicoanálisis a partir de premisas diferentes. Cuando, Lacan comienza a mediados de la década de 1950 a utilizar el término freudiano de «Verwerfung» o forclusión (en francés y español) [repudiation or foreclosure] para caracterizar la psicosis, y lo diferencia de la represión (Verdrängung) [repression], que es propia de las neurosis, está en realidad introduciendo también un conjunto de conceptos que implican una nueva forma de teorización. El concepto lacaniano de «Verwerfung» es inseparable de la noción de «Nombre del Padre» [Name-of-the-Father], de la concepción estructural Edipo, de la definición del inconsciente como discurso del Otro [Other], y de otros muchos conceptos innovativos. En nuestro medio el interés estuvo puesto más que nada en esta amplia renovación conceptual y en especial en la relación de estos conceptos con el pensamiento filosófico. Oigamos testimonios de la época. Un analista uruguayo, G. Koolhaas que siempre había estado interesado en relacionar al psicoanálisis con la tradición filosófica europea, dice textualmente: «*En mi opinión, sólo esta reflexión filosófica sobre el lenguaje [se refiere a Heidegger] da fondo para entender la lectura lacaniana de Freud*» (Koolhaas, 1987, p. 347). Para otros autores de la época fue importante la relación con el pensamiento estructuralista. En Buenos Aires, Szpilka señala que Lacan significó un cambio epistemológico. En su

opinión la perspectiva kleiniana dominante se basaba en «... una epistemología positiva, continuista, evolucionista y empirista,...» mientras Lacan aporta «... una epistemología negativa, discontinua y apuntando hacia rupturas, estructural, con objetos que se privilegian desde su ausencia o pérdida, con una concepción de un tiempo de torsión, donde el antes queda constituido siempre “a posteriori” del después, y donde lo real velado y perdido en sí mismo, solo puede irrumpir en los intersticios de la trama de lo simbólico y lo imaginario». De esa manera, agrega Szpilka, el pensamiento de Lacan permite conectar las observaciones psicoanalíticas, por ejemplo, sobre las fantasías inconscientes, con la estructura simbólica pertinente (Szpilka, 1976, p. 295). Muchos de estos nuevos conceptos tuvieron amplia difusión e incluso con el tiempo no pudieron evitar estereotiparse y repetirse en forma de clichés. Pero al menos hasta donde obra en nuestro conocimiento, en los analistas de la IPA, si bien las ideas lacanianas condujeron a una forma de teorización diferente, no se acompañaron de cambios radicales a nivel técnico ni de una discusión a este nivel. No sabríamos decir hasta dónde la teoría lacaniana admite una práctica distinta a la que señala Fink, pero nos parece interesante señalar estas diferencias en el modo de recepción de las ideas de Lacan según el contexto cultural.

El segundo tópico planteado por Fink es el de la contratransferencia. Siguiendo a Lacan, Fink cree que ella solo sirve para introducir en el análisis los sesgos, pasiones, y dificultades del analista, o sea, vuelve a la idea inicial de la contratransferencia como resistencia, excluyendo la posibilidad de utilizarla como instrumento. Estamos de acuerdo con Fink en que la contratransferencia puede mostrar las resistencias del analista. Pero no comprendemos por qué razón descarta que también pueda servir como pista o indicador de la respuesta emocional inconsciente del analista a su paciente y por tanto resultar un instrumento útil para comprender la situación analítica con mayor profundidad. Fink parece sugerir que aceptar esto conduce a convertir la contratransferencia en la «vía real» [royal road] al inconciente y lleva a atribuir al paciente los sentimientos del analista. Esto constituye una exageración y equivale a suponer que la contratransferencia siempre es mal utilizada. Resulta más adecuado afirmar, con Hanna Segal, que la contratransferencia es una mala ama [master] pero una buena sirvienta [servant] (Hunter, 1994). Existen innumerables ejemplos clínicos

en la literatura psicoanalítica que muestran un uso útil de la contratransferencia como instrumento y es en este plano clínico donde nos gustaría profundizar la discusión. Nos parece muy improbable que la forma en la que un analista lacaniano decide las escansiones en la sesión no esté influida por su contratransferencia. En ese sentido, excluir su estudio y considerarlo irrelevante no parece ser un camino que ayude a manejarla mejor, ni a enriquecer la comprensión de lo que ocurre en la sesión.

En relación a los afectos, Fink plantea una falsa oposición similar a la que acabamos de ver respecto a la contratrasferencia. Es bien sabido desde Freud que los afectos pueden ser engañosos. Pero Fink agrega algo más: que siempre son engañosos. Esto es nuevamente una simplificación que se aparta de la experiencia clínica. En muchos análisis es posible ver con asombro cómo afectos rechazados largo tiempo por el paciente, por ejemplo, el dolor de un duelo, se abren camino como un torrente, marcando un antes y un después en el análisis. ¿Deben las experiencias emocionales de este tipo interpretarse solo como efectos de un juego de significantes que irrumpe puntualmente y se manifiesta en forma secundaria a través de cambios emocionales? Si es así, el analista no lacaniano estaría atribuyendo a los procesos emocionales que se dan en el análisis una importancia mayor que la que tienen. Pero cabe otra posibilidad, a saber, que las sesiones breves o escandidas no permitan ver adecuadamente el papel de estos procesos emocionales subyacentes, y por eso los analistas lacanianos no reconocen su importancia. Consideramos más probable esta segunda hipótesis. Es muy probable que las sesiones acortadas en una forma que el paciente no puede prever no faciliten la posibilidad de expresión emocional del paciente ni la capacidad de observación del analista. Puede suponerse que esta limitación tiene mayor efecto en las patologías graves en las que predomina la irrupción de afectos no regulados y las manifestaciones no verbales, como vemos en los trastornos limítrofes [borderline] y en los pacientes con fallas a nivel estructural. La separación radical a nivel teórico entre neurosis y psicosis agrega una limitación más, en este caso a nivel conceptual, para poder identificar estos fenómenos y reconocer su importancia. El papel de los afectos en la psicopatología está hoy jerarquizado por los estudios del desarrollo y de la neuroevolución (Panksepp, J.; Biven, L., 2012), pero es poco probable

que estos argumentos tengan valor para el pensamiento lacaniano, el cual acentúa la discontinuidad entre el mundo de la naturaleza por un lado y el de la cultura y el lenguaje, al que pertenecería el inconciente, por el otro. También enfatiza la radical heterogeneidad del inconciente frente a la conciencia lo que lo lleva a poner exclusivamente el acento en aquellas manifestaciones sorprendidas que rompen la continuidad y coherencia del discurso del paciente en la sesión. Este énfasis en la heterogeneidad del inconciente, en nuestra opinión, simplifica y empobrece aspectos que estaban mejor expuestos en la idea inicial de Freud de un comercio [communication] entre ambos sistemas y por desarrollos posteriores, tales como los de Bleger, Ogden y otros, que destacan el carácter dialéctico de la relación entre los sistemas.

En los puntos siguientes, Fink señala la dirección que sigue un análisis lacaniano. El tema de la castración ocupa un lugar clave. El concepto lacaniano de castración es diferente a los de abstinencia o frustración. Está relacionado con el papel estructurante que juega a nivel simbólico el reconocimiento de la falta [lack] inherente a todo ser humano (manque à être), que es condición para que el analizando pueda ser sujeto de deseo. Los comentarios de Fink sobre los temas de la satisfacción, la separación, la escansión, así como con el lenguaje y al sinsentido [nonsense], buscan desarrollar estas ideas que ocupan un lugar central en la práctica clínica lacaniana.

En las conclusiones, Fink señala que los analistas no lacanianos podrían incorporar ciertos recursos de la práctica lacaniana, como la puntuación [punctuation] o la interpretación oracular [oracular interpretation]. Otros recursos, en cambio, como la escansión requerirían un cambio paradigmático [paradigm shift]. La propuesta de Fink respecto a la puntuación y a la interpretación oracular presenta algunas dificultades. Si por puntuación Fink se refiere simplemente a que el analista destaque algunos dichos del paciente, o sugiera interrogantes, contestaríamos que esto es común en nuestra práctica. Pero si definimos la puntuación como una operación sobre la cadena significativa, su uso es difícilmente compatible con las sesiones prolongadas habituales en los analistas de la IPA. Al menos esto es lo que piensa J. A. Miller (2016) cuando dice que en las sesiones largas, las puntuaciones se difuminan, se borran unas a otras y pierden eficacia.

Del mismo modo, la interpretación oracular debe ser sorpresiva, gratuita, lúdica, cercana al chiste. A veces nos encontramos haciendo este tipo de intervenciones, pero acompañadas a lo largo de la sesión de otras interpretaciones que probablemente desde la perspectiva lacaniana tendrían demasiados elementos explicativos y construcciones imaginarias.

Debemos agradecer a Fink el expresarse en forma clara a diferencia de otros textos de autores lacanianos que utilizan un lenguaje hermético, con formulaciones equívocas o ambiguas, cuyo referente clínico es siempre difícil de determinar. Pero, aunque Fink se expresa en forma comprensible, muchas de sus afirmaciones comparten el carácter absoluto y unilateral característico de las afirmaciones lacanianas y que excluye la posibilidad de tomar en cuenta otras posibilidades. Encontramos este mismo espíritu en la forma en la que Fink describe las prácticas de los analistas no lacanianos a partir de anécdotas de variado origen, que Fink generaliza en forma cuestionable.

Si se nos permite expresarnos en forma humorística, podríamos describir la imagen que sugieren las observaciones de Fink del siguiente modo. Los analistas no lacanianos colocaríamos a nuestros pacientes en una especie de nursery, buscando así compensar sus experiencias traumáticas pasadas, dar contención a sus emociones actuales y lograr que nos quieran. Esto nos permitiría sentirnos como madres suficientemente buenas, capaces de alimentar a nuestros pacientes con los productos contratransferenciales emanados de nuestra capacidad de reverie. Pero también, es posible describir con el mismo sentido del humor la forma de trabajar de los analistas lacanianos, tal como la describe Fink. El analista lacaniano sería aquel que es capaz de decir al paciente, aunque esté severamente deprimido, que deje de lado sus pérdidas o culpas imaginarias, asocie libremente y tenga el coraje de cumplir con el deber ético de no ceder en su deseo. Por medio de los cortes en acto que realiza en las sesiones, acompañándolos de fórmulas oraculares que tienen una resonancia litúrgica, el analista lacaniano llevaría a cabo una suerte de «briz» simbólico, que permitiría que el paciente pueda acceder a la castración y renunciar a sus fantasías de una completud imaginaria. Esta operación dejaría detrás suyo un resto o residuo no reintegrable, objeto «a», causa del deseo, cuya búsqueda inalcanzable convertiría al paciente en sujeto deseante.

Ambas comparaciones son sin duda caricaturescas y simplistas. Sin embargo, conviene no descartarlas sin examinar antes si pueden encerrar algo de verdad. Ciertos sesgos se perciben mejor cuando se mira desde una perspectiva diferente a la propia. La perspectiva lacaniana obliga a que nos preguntemos si la práctica exclusiva de tratamientos de alta frecuencia puede llevar a que los analistas vean a sus pacientes como más graves, regresivos y dependientes de lo que lo son en realidad. A su vez, podemos interrogarnos sobre el efecto que puede tener en el analista de la práctica exclusiva de sesiones escandidas y breves (no tenemos noticia de sesiones que se hayan alargado), cuya duración es decidida por el analista. Esto puede llevar a desconocer, como hemos dicho, los aspectos emocionales en juego en el análisis y en el propio analista y a brindar una visión restringida de la conflictiva del paciente.

No existen procedimientos infalibles para eliminar los sesgos en la práctica clínica. Pero existen algunos criterios que permiten un avance. En primer lugar, colocar la observación clínica en la base del edificio teórico y avanzar «de abajo hacia arriba» [bottom-up], desde la escucha directa del material hacia los niveles interpretativos más abstractos. En segundo lugar, utilizar la pluralidad de enfoques como fuente de hipótesis alternativas sobre el material clínico, procurando encontrar la interpretación más convincente y que mejor se ajuste a dicho material. De esa forma el pluralismo actual se convierte en un camino de avance, guiado por la experiencia clínica y extraclínica. Los diferentes enfoques existentes ofrecen la posibilidad de triangular perspectivas teóricas, observadores, materiales y métodos. El valor de estos procedimientos de triangulación, aconsejables en la investigación clínica y cualitativa, es un punto que nos interesa considerar en esta discusión con Fink.

Si solo se acepta como válido e incuestionable un determinado sistema de premisas teóricas se favorecen exclusivamente los razonamientos clínicos de tipo deductivo, «de arriba-abajo» [«top-down»], que solo permiten ver aquellos aspectos del material clínico que concuerdan con dichas premisas. Dentro de la IPA existen grupos o tendencias que se definen a nivel teórico y técnico en base a la obra de un determinado autor: bionianos, kohutianos, kleinianos, etc. Todos estos enfoques tienen derecho a pensar que ellos constituyen el verdadero psicoanálisis. No es

esta convicción la que diferencia a lacanianos y no lacanianos. La diferencia surge de la disposición a confrontar el propio punto de vista con el de otros enfoques en el marco de una institución abierta al diálogo intra e interteórico. Este diálogo muchas veces puede fracasar, pero también da lugar a experiencias exitosas. Existen actualmente en la IPA diversos grupos de discusión clínica (Working Parties y Working Groups) en los que participan analistas con diferentes orientaciones teóricas. La posibilidad de intercambio aumenta cuando se ponen en juego los modelos personales o teorías implícitas (Sandler, 1983) de los analistas participantes. Si bien cada analista parte de su propia perspectiva, el intercambio de opiniones suele favorecer una resonancia compartida y una mejor escucha del material. Se promueven procesos inferenciales de tipo abductivo o propios de la inducción eliminativa, los cuales orientan la discusión del material clínico hacia la búsqueda del mejor argumento en la que predomina el ajuste a ese material y no la conformidad con premisas teóricas previas. Las experiencias, por ejemplo, con el Modelo de los tres niveles para observar las transformaciones del paciente (3-LM) (Altmann de Litvan, 2015) muestran que por este camino es posible poner de manifiesto la existencia de una base común clínica entre analistas con diferentes afiliaciones teóricas y que es posible lograr una comunicación fructífera entre los modelos clínicos implícitos de dichos analistas (Bernardi, 2017). A continuación, queremos exponer cómo imaginamos el tipo de discusión clínica que podría darse desde esta perspectiva sobre los ejemplos clínicos aportados por Fink.

Fink refiere el caso de un paciente absorbido por fantasías grandiosas, las cuales le servían para compensar el sentimiento de ser insignificante. El análisis, en el que estuvieron presentes puntuaciones y escansiones, permitió al paciente salir de su encierro, aceptar su incompletud y ser quien en realidad era. El mecanismo de cambio, esto es, el proceso interno que llevó a estos cambios no está expuesto detalladamente, pero podemos suponer que al negarse el analista a satisfacer sus demandas, pudieron ponerse en juego los significantes propios del paciente, permitiéndole posicionarse como sujeto de deseo.

¿Es esta la única hipótesis posible y la que mejor se ajusta a los hechos clínicos? Si tomáramos como referencia los grupos de discusión clínica que siguen el Modelo de los Tres Niveles, necesitaríamos en primer lugar

material clínico más abundante y textual, que nos permitiera escuchar al paciente como narrador de su historia y no solo narrado por el analista. También pediríamos al analista que nos hable su contratransferencia, pues aunque Fink no le da valor, para muchos analistas esto podría ayudar a comprender mejor la transferencia del paciente y el papel del analista en sus transformaciones. Todo esto probablemente llevaría la discusión grupal a explorar el efecto en el paciente de los «hum» del analista y de los cortes de la sesión. Podríamos así, discutir en base a una mayor evidencia clínica si los procesos emocionales subyacentes pudieron o no jugar un papel en los cambios del paciente. Las fantasías grandiosas parecen encubrir aspectos de narcisismo vulnerable o de «piel fina» (Bernardi y Eidlin, 2018), lo cual llevaría a explorar estos aspectos vulnerables, y su incidencia en su dificultad para desarrollar un self más verdadero. Se podrían de esta forma plantear diversas hipótesis alternativas. Junto a la hipótesis de Fink, que subraya el efecto de ruptura de la interpretación, cabría también preguntarse, si al mismo tiempo, las intervenciones del analista no dieron lugar a procesos de integración, tanto simbólica como afectiva en la situación transferencial-contratransferencial. Por este camino podría discutirse si es la «castración» de las fantasías grandiosas la que permitió que surja un sujeto más verdadero o si, a la inversa, es el sentirse menos insignificante en el análisis lo que permitió al paciente abandonar sus fantasías grandiosas.

Queremos hacer un comentario más acerca de la evidencia clínica, pues nos preocupa el modo en el que Fink se refiere al análisis de los pacientes deprimidos. El análisis tiene efectos que afectan la salud y la vida de las personas y por tanto es necesario emplear todos los recursos de la investigación clínica y extraclínica para conocer mejor estos efectos. Esta necesidad es mayor en los pacientes que presentan situaciones de mayor gravedad o riesgo. Existen muchos tipos de depresión y son también múltiples los factores que intervienen. ¿El planteo ético-terapéutico que propone Fink vale para todos los casos?, ¿cuál es la evidencia disponible sobre los efectos de este enfoque en los pacientes? Nos cuesta imaginar cómo y hasta dónde es posible evaluar la evolución de un paciente deprimido en sesiones breves y escandidas. Si damos fe a los testimonios que cita Roudinesco (1997), el suicidio de pacientes deprimidos despertó

preocupación en Lacan. Pero este tema no puede ser abordado en base a evidencia anecdótica y requiere la combinación de la investigación clínica y de la a investigación empírica de proceso-resultados. La importancia de este último tipo de estudios es controversial dentro de la IPA, pero eso no ha impedido que se lleven a cabo en su ámbito de influencia investigaciones rigurosas sobre el resultado de los tratamientos psicoanalíticos a pacientes deprimidos (por ejemplo, Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, j., McPherson F., Thomas R., Pasco Fearon, R.M., Goldberg D., Taylor D., 2015); (Leuzinger-Bohleber, M. Kallenbach, L. Schoett, M., 2016) (Leichsenring & Rabung, 2011). No conocemos investigaciones de este tipo en el campo lacaniano, ni tampoco sabemos si existe disposición para realizarlas. Sin embargo, la investigación tanto clínica como extraclínica es el mejor sistema de auditoría de la calidad de la atención y el que más garantías da al paciente. Consideramos que el tema de la mejor práctica para el paciente, que está presente en la agenda interna de la A.P.I., debe también formar parte de la agenda del diálogo con los analistas lacanianos.

Para resumir, en nuestra opinión es posible dar la razón a Lacan en muchas de las cuestiones que introduce, algo de razón en algunas de sus propuestas innovativas, y muy escasa razón en lo que rechaza o excluye del campo del psicoanálisis.

Tiene razón en reclamar al psicoanálisis una mayor reflexión filosófica y cultural. Aunque sus posiciones filosóficas y epistemológicas son muy distintas a las nuestras, está en lo cierto cuando afirma que este tipo de cuestiones no pueden ser eludidas.

Si bien el retorno lacaniano a Freud conduce más a Lacan que a Freud, su insistencia llevó a que en algunas sociedades, como la nuestra, se estudiara con más profundidad la obra de Freud. Otras ideas de Lacan también permearon y en muchas ocasiones, encontramos en nosotros mismos influencias de su pensamiento. Esto lo vemos en nuestra forma de escuchar el discurso del paciente, y en el espesor conceptual que adquirieron muchos términos tales como deseo, sujeto, Edipo, el lugar del padre como tercero en la relación entre el niño y la madre, y en la importancia de la incompletud o de lo negativo, entre otros conceptos.

Consideramos, en cambio, que tiene efectos negativos el énfasis unilateral en el discurso verbal con desconocimiento de los procesos emociona-

les y relacionales. Como dijimos, esto limita su percepción de los aspectos escindidos y de las fallas estructurales del funcionamiento mental. Estos aspectos necesitan ser explorados activamente y pueden requerir modificaciones técnicas, pero para ello es necesario primero identificarlos. Si se parte a priori de que es necesario privilegiar en todos los análisis el efecto de ruptura de las intervenciones del analista, se descuidan aquellas situaciones en las que es necesario atender a las necesidades de integración.

Nuestra mayor discrepancia con el enfoque lacaniano radica en la dificultad que encontramos para poner a prueba sus concepciones a partir de la experiencia clínica. Si bien en todas las disciplinas existe cierto grado de subdeterminación de la teoría por la evidencia empírica, la teoría lacaniana está formulada a excesiva distancia de las observaciones clínicas. El proceso inferencial que conduce a dichas ideas más abstractas no es por lo general trazable a partir de la práctica clínica. Aunque pueden resultar muy interesantes y sugestivas, estas ideas se presentan como evidentes por sí mismas y son transmitidas en base a argumentos de autoridad. No se distingue entre lo que es especulación teórica y lo que es comprobación clínica. Todo esto vuelve difícil el diálogo en el plano teórico.

El texto de Fink nos sugiere en cambio que tal vez se pudiera avanzar en un diálogo sobre materiales de análisis. Esto requiere que cada enfoque presente material clínico tratado de acuerdo a sus propias premisas, y que brinde la información que los otros enfoques necesitan para desarrollar sus hipótesis clínicas y para discutir el grado de ajuste de las ideas teóricas con ese material de análisis. Sin dudas habrá sesgos, pero también una mayor posibilidad de evidenciarlos y en algunos casos corregirlos. Consideramos que este tipo de diálogo merece ser explorado, pues una discusión clínica no es exitosa solo cuando logra consenso, sino fundamentalmente cuando el intercambio de perspectivas nos lleva a enriquecer nuestras observaciones, a revisar las premisas de las que partimos y en definitiva a mejorar nuestra práctica. Esta es la riqueza del pluralismo. ♦

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altmann de Litvan, M. (Ed.). (2015). *Tiempo de cambio. Indagando las Transformaciones en Psicoanálisis: el Modelo de los Tres Niveles*. London: Karnac.
- Bernardi, R. (1989). The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *Int. J. Psychoanal.*, 70 (Pt 2), pp. 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, pp. 851-873.
- Bernardi, R. (2017). A Common Ground in Clinical Discussion Groups: Intersubjective Resonance and Implicit Operational Theories. *Int. J. Psychoanal.*, 98(5), pp. 1291-1309.
- Bernardi, R., Eidlin, M. (2018). Thin-skinned or vulnerable narcissism and thick-skinned or grandiose narcissism: Similarities and differences. *Int. J. Psycho-Anal.*, 99(2), pp. 291-313.
- Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, J., McPherson F., Thomas R., Pasco Fearon, R.M., Goldberg D., Taylor D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long term psychoanalytic psychotherapy for treatment resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14(3), pp. 312-321.
- Hunter, V. (1994). *Psychoanalysts Talk*. New York: The Guilford Press.
- Jacques Allan Miller. (2016). *Un esfuerzo de poesía*. Buenos Aires: Paidós.
- Koolhaas, G. (1987). *El Cuerpo, El Lenguaje, El Inconciente* (Vols. 1-2). Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Kuhn, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, pp. 15-22.
- Leuzinger-Bohleber, M. Kallenbach, L. Schoett, M. (2016). Pluralistic approaches to the study of process and outcome in psychoanalysis. The IAC depression study: a case in point. *Psychoanal. Psychother.*, 30(1), pp. 4-22.
- Panksepp, J.; Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind. Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York, London: W. W. Norton and Co.
- Roudinesco, E (1997). *Jacques Lacan: An outline of a life and a history of a system of thought [Esquisse d'une vie, histoire de d'un système de pensée]*. Bray B, translator. New York: Columbia University Press. [1994. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.]
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int. J. Psychoanal.*, 64, pp. 35-45.
- Szpilka, J. I. (1976). Complejo de Edipo y «a posteriori». *Revista de Psicoanálisis*, XXXIII(2), pp. 285-300.