

André Green: Pensamiento Clínico Y Complejidad. Cuestiones Pendientes

Ricardo Bernardi

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

La obra de André Green constituye una contribución sustancial para el psicoanálisis actual, en la que a partir de una referencia freudiana central abre caminos de diálogo con diferentes corrientes y enriquece la comprensión del trabajo clínico y de la naturaleza compleja de nuestra disciplina. En esta presentación se hace referencia a algunos aspectos en los que Green logra que los conceptos metapsicológicos y la experiencia clínica se enriquezcan y vivifiquen mutuamente. Sin embargo, Green también establece ciertas exclusiones, especialmente de desarrollos metodológicos actuales, que resultan restrictivas para una necesaria triangulación de perspectivas y procedimientos de investigación. Se señalan algunos aspectos del campo clínico donde resultaría más fértil un «y» integrador, aunque problemático, en vez de un «o» dilemático y excluyente. Se señala que este problema está relacionado con la naturaleza de la complejidad del psicoanálisis, en especial en relación a su doble vinculación con la ciencia de la naturaleza y con las disciplinas humanísticas.

^{Ψ12}Es para mí un honor participar en este panel de cierre dedicado al pensamiento clínico de André Green³ y a su visión de la complejidad. Lo es doblemente: por lo que significa Green para el psicoanálisis actual y también porque este diálogo tiene lugar en un espacio generado por APA en el cual se ha reflexionado con tanta profundidad y conocimiento en sus ideas. Mi agradecimiento, por tanto, a los organizadores del evento por esta invitación.

¿Por qué importa Green hoy? Por muchas razones, pero me limitaré a señalar lo que me ha resultado más enriquecedor en sus planteos sobre la clínica y sobre la complejidad en

psicoanálisis. Para ser fiel al espíritu crítico de André Green hablaré también de las divergencias tal vez más extensamente, pues su pensamiento no necesita ser desarrollado aquí por ser suficientemente conocido; alcanza con mencionar los titulares, sin que sea necesario repetir el contenido, salvo algunas ideas que me interesa destacar y comentar.

Green otorga un lugar central a la experiencia clínica; en esto continúa en la senda de Freud cuando decía que el aspecto terapéutico era la tierra materna de la teoría psicoanalítica y que era a través de ella que podían llegar los nuevos avances. Dice Green en *El pensamiento clínico* (2002):

^ΨAgradecemos a la Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (114): 139-153 la autorización para publicar este texto.

¹ Trabajo presentado en el «Primer encuentro internacional André Green: Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo» en ocasión del décimo aniversario del Espacio Green de la APA, realizado los días 27 y

28 de octubre de 2011. Publicado en Revista de Psicoanálisis, Vol. 69 (1), 2012.

² Luego de escrita esta presentación, recibí con pesar la noticia de que André Green había fallecido el 22 de enero de 2012. Quiero considerar lo escrito aquí como un homenaje a la significación que tuvo su contribución al psicoanálisis.



El pensamiento clínico crea conceptos que tratan con las razones del inconsciente y sus parámetros, la diversidad de respuestas que son exigidas por ellas, sus transformaciones, su racionalización, bajo la influencia de contrainvestidura que en ciertas instancias inducen desinvestiduras [...]. Es dialógico: es una racionalidad entre psicoanalistas que comparten la misma experiencia y convicción de que el así llamado razonamiento científico objetivo no es apropiado para la comprensión de los problemas mentales [28-29].

Comparto la importancia que Green otorga a la clínica, tal cual surge de la experiencia compartida entre colegas. Son los descubrimientos clínicos los que dan sostén a la teoría.

Dicho esto, se vuelve crucial discutir el camino que nos permite acceder a la percepción de los hechos clínicos en los que nos apoyamos para inferir a partir de ellos las teorías e hipótesis que constituyen nuestra disciplina. La expresión «hecho clínico» no deja de ser controvertible, pues sabemos que no existe observación libre de teoría. Pero existe algo en los hechos clínicos que va más allá de nuestras narrativas sobre ellos. Podemos intentar acomodarlos a nuestros supuestos teóricos, pero algo obstinado y tenaz en ellos nos hace saber que no dependen totalmente de nosotros. Podemos tejer especulaciones en forma libre e incluso arbitraria, pero la experiencia nos muestra que al final los hechos terminan imponiéndose (al menos mientras conservemos el juicio de realidad) y constatamos así que

nuestros pacientes no siempre marchan como esperamos, ni se ajustan a las teorías que hacemos sobre ellos, obligándonos a ponerlas en cuestión. Pero pese a la dureza con la que los hechos a veces nos desmienten, nos cuesta dar a la observación clínica el lugar que merece. Para dar este paso es necesario comenzar por reconocer la complejidad de la observación en psicoanálisis. Green nos ayuda a rescatar tanto la primacía de la clínica como su complejidad³. Para reconocer el lugar que ocupa la observación en psicoanálisis es necesario incluir en ella la escucha analítica habitual (asociación libre-atención flotante) con una actitud de observación clínica investigadora que la complementa. Lejos de oponer a ambas (escucha analítica y observación clínica), las afirmaciones de Green nos muestran su complementariedad. También en *El pensamiento clínico*, Green describe la escucha analítica como instrumento para percibir la conflictividad interna, esto es, «la manera en que el discurso se acerca y se aleja alternativamente con respecto a un núcleo significativo o conjunto de núcleos significativos que intentan abrir una brecha hacia lo consciente» (179). Aclara que no es necesario tener una idea precisa de lo que activa o frena la comunicación para percibir este movimiento que acerca o aleja la expresión de lo que se busca transmitir: esas variaciones se perciben intuitivamente, aunque no se conozca la naturaleza exacta del núcleo alrededor del cual gravitan. Este núcleo «a menudo aparecerá más o menos súbitamente, unas veces en plena claridad, otras de manera más accidental, durante el recorrido discursivo».

³ Esta complejidad proviene de que la observación psicoanalítica va más allá de lo manifiesto: incluye los efectos que la observación produce en el analista, las fantasías que paciente y analista co-construyen en la sesión, las resonancias mutuas que intervienen en que un sueño se plasme o que se pongan en acto escenas

que abarcan a la pareja analítica, etcétera. Una observación que no tome en cuenta esta complejidad es, como lo señala reiteradamente Green, un método muy poco apropiado para el psicoanálisis.



Agrega Green a continuación:

Es en este último caso cuando la atención flotante cambia de estado para convertirse en agudeza investigadora, tiempo de reorganización de aquello que se ha deslizado bajo la fluidez de la recepción 'en suspenso' del discurso en asociación más o menos libre del analizante. [...] Por lo tanto un movimiento convergente –que está lejos de ser sincrónico– hace evolucionar el pensamiento del analista, desde su identificación de la posición transferencial puntual del analizante en el momento presente hacia una imagen más global de su conflictividad tal como el flujo del discurso permite aprehenderla, y también hacia aquello que en un momento definido da cuenta, por una parte, de la activación de un conflicto singular y, por otra, de la manera en que éste toma un relieve momentáneo en una configuración de conjunto [180].

He transcrito extensamente el texto de Green porque permite comprender mejor su concepción del pensamiento clínico. Me refiero al momento de objetivación y conceptualización que debe complementar los momentos en los que nos dejamos llevar por la escucha de las asociaciones del paciente en una situación transferencial dada. A veces esta escucha libre es lo único que se considera específicamente psicoanalítico, olvidando que el psicoanálisis existe porque es capaz además de identificar fenómenos, conceptualizarlos y proponer hipótesis generales sobre su génesis y naturaleza. La inferencia clínica necesita complementarse con la «agudeza investigadora» de la que habla Green para habilitar así lo que él considera como un «tiempo de reorganización» de lo que hemos percibido, permitiéndonos llegar a «una imagen más global de la conflictividad del paciente». Que el analista también debe incluirse en estos momentos de objetivación es algo que ya

había sido enseñado en el Río de la Plata por W. y M. Baranger cuando hablaron de la «segunda mirada» que el analista, cuando es necesario, dirige sobre la marcha del proceso y lo que está ocurriendo en la sesión.

Para describir la experiencia clínica, Green hace uso de conceptos que poseen un considerable nivel de abstracción metapsicológica. Esto constituye, en mi opinión, a la vez uno de sus mayores virtuosismos, pero también un punto problemático que puede tener efectos restrictivos sobre la descripción clínica. Quisiera explicar por qué digo que constituye a la vez una fortaleza y una debilidad. En sus textos Green logra en forma magistral utilizar conceptos altamente abstractos para transmitir una experiencia vivencial del análisis que hace presente en nosotros su comprensión del paciente y la forma en que se comunica con él. Logra también establecer conexiones con el pensamiento de Freud, en primer lugar, y también con el de otros autores significativos, como Bion, Winnicott y Lacan, con quienes nos hace saber sus acuerdos y desacuerdos. Basta recordar casos como el de Gabriel en *El pensamiento clínico* o sus reflexiones sobre la «madre muerta» para que a todos se nos haga evidente el poder evocador que tiene el lenguaje de Green, y su capacidad para hacer resonar su experiencia en nosotros, despertando el recuerdo de experiencias similares a través de conceptos que nos ayudan a comprender mejor nuestra práctica.

Estas cualidades son las que valoro especialmente en los textos de Green sobre la clínica y las que hacen que agradezca sinceramente la oportunidad de rendirle homenaje aquí. Pero, dicho esto, quiero señalar un punto donde, en mi opinión, estas virtudes dejan de serlo y no sería veraz si no señalara a este respecto mis divergencias. Conociendo la franqueza de Green para plantear sus desacuerdos, y su desenvoltura para hacerlo dejando de lado toda consideración que fuera ajena al problema en discusión, exponer aquí



con claridad mis acuerdos y discrepancias forma parte del homenaje que Green merece.

Quiero volver a lo que Green dice en un texto posterior⁴:

Yo pensé [se está refiriendo a *La pensée clinique*] que había un tipo específico de causalidad en el pensamiento clínico que no podía ser reducido a otros modos de pensamiento que están más ligados a la ciencia. Indicaban una clase de racionalidad y desarrollo propios.

Hasta aquí puedo acompañarlo, pero no cuando agrega: «El tema de debate es el valor de la investigación clínica como única base confiable» (30, traducción del autor). ¿Por qué única? Mis coincidencias con Green están en lo que afirma a favor de la clínica, pero no en lo que excluye. En mi opinión no existe una «única base confiable»: la validez del conocimiento clínico surge precisamente de su posibilidad de corroboración desde distintas metodologías, supuestos e investigaciones, proceso conocido como triangulación del conocimiento.

Green, en mi opinión, plantea un «o» disyuntivo («esto y no aquello») donde en realidad corresponde un «y» inclusivo («esto y aquello»). Admito que la inclusión es problemática, porque no se trata de un «y» indiscriminado y liviano, sino de establecer una tensión entre polaridades difíciles de armonizar, pero que sin embargo son necesarias para que el psicoanálisis no cercene y limite su riqueza y pueda establecer un diálogo más rico con el pensamiento y los avances metodológicos actuales tanto hacia adentro como hacia afuera. Las restricciones que Green impone para preservar un «verdadero» psicoanálisis son innecesarias, y aunque su propósito sea el de

preservar la pureza y especificidad del psicoanálisis, pueden tener el efecto opuesto, limitando sus posibilidades de diálogo internos y con otras zonas del pensamiento actual.

Me referiré a tres zonas donde, en relación al campo clínico, considero que sería más conveniente un «y» inclusivo en vez de un «o» excluyente. Aunque todos estos puntos requerirían una exposición más extensa, solo podré mencionarlos sucintamente y hacer una breve referencia a algunos de los aspectos que sería necesario desarrollar más extensamente.

En primer lugar, con respecto a la observación clínica, creo que reconocer la especificidad de la escucha del analista en la sesión no obliga a excluir las observaciones que utilicen un lenguaje operacionalizado o más cercano a la experiencia, o que provengan de otros métodos o perspectivas. Más aun teniendo en cuenta que Green, al reforzar la amarra entre la observación clínica y la especulación metapsicológica, si bien logra, como dije, vivificar la metapsicología y darle un gran potencial evocativo, tiene también la desventaja de confinar dentro de sus límites la «agudeza investigadora» que él mismo reclama para indagar la conflictividad del paciente. Pondré un ejemplo concreto para ilustrar lo que estoy diciendo. Cuando Green, a partir del caso de Gabriel reflexiona sobre si los resultados obtenidos justifican el esfuerzo que requieren los pacientes con patología fronteriza, dice:

Me adelanto a la pregunta sobre si se justifican tantos esfuerzos en estos pacientes. No negaré que el resultado que se obtiene en estas estructuras no se puede comparar con lo que se logra en una neurosis bien constituida. Sin embargo, hay que destacar

⁴ «The pluralism of science and psychoanalytic thinking» (2003).



que a la larga se producen: 1) modificaciones de funcionamiento del yo; 2) una mayor tolerancia a recibir los mensajes del inconsciente; 3) a reconocer su fuente pulsional; 4) a distender los lazos de dependencia con los objetos primitivos; 5) a invertir nuevos ámbitos de interés. Además se experimenta la sensación de que ningún otro método fuera del psicoanálisis, o al menos con un psicoanalista, es capaz de traer aparejados cambios comparables [2002: 230].

Concuerdo con la relevancia de las preguntas que formula Green acerca de cuáles son los resultados obtenidos por el psicoanálisis y su comparación con las que se obtienen por otros métodos de tratamiento. Sin embargo, creo que su consideración del tema resulta limitada por dejar de lado la consideración de los avances sobre este punto realizados desde otras fuentes y metodologías, o sea, por colocar una «o» donde sería más fértil una «y».

Para avanzar en la descripción de «las modificaciones del funcionamiento del yo» necesitamos conceptos clínicos descriptivos y minuciosos, que no estén saturados metapsicológicamente. El uso de metáforas personales o tomadas del paciente puede, sin duda, resultar también muy enriquecedor, pero cuando su uso se generaliza se vuelve necesario indicar su alcance y sus límites, esto es, a qué situaciones pueden aplicarse estas metáforas y a cuáles no, pues de lo contrario pueden llevar a formas de lenguaje que se cierran en sí mismas o que se aplican indiscriminadamente para todo fenómeno que tenga algún parecido con el original, sin prestar atención a las diferencias. Todo esto no significa negar la magia que Green logra en muchas de sus descripciones, sino reconocer que, para un uso diario y más universal, conviene complementar las nociones de nivel más general con instrumentos conceptuales cuya forma de operacionalización y su grado de validez y

confiabilidad puedan establecerse de forma más explícita. Cierta grado de operacionalización (esto es, de indicar las operaciones metodológicas y lógicas que conducen a determinado concepto) es necesario para poder establecer el grado de validez y confiabilidad de las categorías que estamos utilizando. Es necesario conocer la validez de los conceptos para comprender mejor a qué estamos refiriéndonos, esto es, si no estamos usando un mismo concepto para hablar de cosas diferentes, o si, a la inversa, estamos hablando de las mismas cosas llamándolas con distinto nombre. La confiabilidad busca poner de manifiesto el grado de acuerdo que existe entre diferentes observadores. Existen en el psicoanálisis actual diferentes intentos de desarrollar sistemas de evaluación de los fenómenos clínicos en forma operacionalizada, utilizando categorías o dimensiones que tengan validez y confiabilidad conocida. En mi opinión la falta de diálogo entre la clínica tradicional y estos nuevos sistemas lleva a un desconocimiento mutuo que es a la vez causa y efecto del «o» excluyente al que me referí antes. Me estoy refiriendo, por ejemplo, a los interesantes intentos actuales por formular sistemas diagnósticos de naturaleza psicoanalítica, tales como los desarrollados en Alemania por el grupo del OPD-2, o en Norteamérica por los autores del pdm. Algunos de estos criterios coinciden en forma sorprendente (o no tan sorprendente, si tenemos en cuenta que se trata de temas en los que existe una influencia psicoanalítica común) con algunos de los criterios



propuestos en el borrador del DSM-5⁵ para evaluar el nivel de funcionamiento mental.

Estas categorías tienen también cercanía conceptual con las utilizadas por Green; la diferencia no está tanto en los conceptos como en la forma de elaborarlos metodológicamente, esto es, de definirlos operacionalmente para poder evaluar su validez y confiabilidad. Si comparamos, a modo de ejemplo, los criterios propuestos por Green señalados más arriba (modificaciones del funcionamiento del yo, tolerancia a los mensajes del inconsciente y a reconocer su fuente pulsional, distensión de los lazos con objetos primitivos, nuevos intereses) con las categorías propuestas por el OPD-2 veremos que su contenido conceptual no difiere significativamente. Podríamos hacer el mismo ejercicio con las categorías del pdm o la evaluación del funcionamiento de la personalidad del DSM-5 y veríamos un resultado similar, pues, como dije, los tres sistemas son convergentes en este punto. Volviendo al OPD-2, los criterios que propone en el eje que evalúa el nivel de integración de la estructura psíquica (eje IV) se basan en la capacidad del paciente para: 1) percibirse a sí mismo y a los demás; 2) regular sus impulsos, afectos y autoestima; 3) desarrollar la comunicación con objetos internos y externos y utilizar los procesos mentales

para simbolizar lo que ocurre en su cuerpo, mente y relaciones y 4) su forma de manejar los vínculos internos y externos. A este eje IV se suman otros, destinados a los conflictos, las pautas de relación interpersonal, la vivencia subjetiva de los trastornos y las expectativas con respecto al tratamiento y los focos del trabajo con el analista. Cada uno de estos ejes incluye a su vez numerosas subcategorías para las cuales el OPD-2 especifica muy minuciosamente la forma en que estos fenómenos pueden ser evaluados y la forma de sintetizar los resultados obtenidos. Procediendo de esta manera, los autores de este sistema diagnóstico lograron conceptos que representan algo así como un «máximo común denominador» que recoge influencias de las diversas corrientes psicoanalíticas, y que, en los estudios realizados, ha logrado índices de validez y confiabilidad muy altos, lo cual constituye un argumento fuerte a su favor sobre las ventajas de su uso. Pero volvamos a nuestro problema. ¿Es posible conciliar el uso más libre e inspirado que hace Green de conceptos y metáforas con el metodológicamente más elaborado que proponen otros sistemas conceptuales? ¿Conviene un «o» excluyente o un «y» que abra las puertas a la triangulación de diversas perspectivas de la observación? Antes de continuar examinando este problema quisiera

⁵ La nueva versión del DSM (DSM-5), que está aún en borrador, pero cuya versión definitiva está anunciada para comienzos de 2013, contiene numerosos aspectos que han sido muy controvertidos (por ejemplo, en el caso de los trastornos de la personalidad, el número de categorías de trastornos y la importancia de los rasgos de la personalidad para su definición). Sin embargo, uno de los criterios que han sido menos cuestionados tiene que ver con la evaluación dimensional del funcionamiento mental (véase al respecto American Psychiatric Association.

<http://www.DSM5.org/ProposedRevisions/pages/proposedrevision.aspx?rid=468>.) Este tipo de criterio, que autores como Bleger ya reclamaban décadas atrás, es

evaluado en forma muy similar por los sistemas diagnósticos psicoanalíticos recién mencionados y por el DSM-5. Esta similitud puede inferirse de la comparación de ambos textos que había planteado tiempo atrás (Bernardi) pero también comprobarse empíricamente. En el último Congreso Psicoanalítico Internacional (México, 2011), Manfred Cierpka, coordinador del OPD-2, encontró una correlación de 0,92 entre los criterios de ambos sistemas para evaluar el funcionamiento mental, lo cual es una cifra sorprendentemente alta teniendo en cuenta que no existía un conocimiento mutuo previo del trabajo que cada uno de los grupos estaba haciendo.



referirme a otro problema implicado, que es el de la evaluación de los resultados de los tratamientos.

La triangulación de los hallazgos está especialmente en cuestión cuando queremos comparar distintos procesos terapéuticos. Green, como vimos, afirma que se «experimenta la sensación» de que el psicoanálisis obtiene mejores resultados que otros métodos. Pero estas razones son poco convincentes pues, en último término, remiten a argumentos de autoridad fácilmente cuestionables (¿por qué aceptar la impresión de una persona en vez de la de otra que piensa lo contrario?). En el tema de la comparación de resultados existe una larga y muy discutida elaboración de criterios para establecer las formas más apropiadas de evaluación. ¿Por qué no tomar en cuenta esta larga tradición? Se trata de procedimientos en continua revisión en los que todo el mundo está de acuerdo en que deben ser perfeccionados. ¿Por qué ignorarlos en vez de examinar sus debilidades y fortalezas y proponer nuevos caminos? La comparación de resultados entre distintos tratamientos analíticos y no analíticos en base a criterios específicos ha avanzado considerablemente⁶. Estas investigaciones no quitan su valor a las impresiones clínicas tales como las que propone Green, más bien la tendencia actual dominante es la que impulsa a la vez hacia una investigación informada por la clínica y hacia una clínica informada por la investigación.

Se puede objetar que no es posible combinar la comprensión clínica del analista con lo que surge de otros tipos de observación. Green sería el primero en rechazar esa

posibilidad aduciendo que ambas formas de observación se guían con criterios distintos. Coincido solo parcialmente con Green. Es verdad que los criterios utilizados son distintos y que no es posible configurar un campo de conocimiento homogéneo entre ellos. Pero eso no es razón para excluir a ninguno, sino para incluirlos teniendo en cuenta la tensión que se crea entre ellos, las incertidumbres y desafíos que se generan y la necesidad de mediaciones conceptuales entre los diversos hallazgos. Dicho de otra manera, es necesario tomar en cuenta y albergar lo que cada forma de observación aporta y a la vez examinar cómo se articula o no con lo que aporta otro método distinto. El Comité de Observación Clínica de la IPA⁷ propuso un método (guía o heurística para la observación de las transformaciones del paciente en una sesión y a través de sesiones separadas en el tiempo) a partir de la distinción de tres niveles. En un primer nivel se trata de describir los cambios tal como los percibe el analista en una segunda mirada sobre el proceso analítico, utilizando todos los recursos de su capacidad de escucha y buscando en el lenguaje común que se da en la comunicación informal entre colegas. En un segundo nivel el objetivo es conceptualizar las diferentes dimensiones implicadas en el cambio, esto es, expresar qué es lo que ha cambiado. Para esto resultan útiles las categorías elaboradas por los principales sistemas diagnósticos a los que me he referido antes. En un tercer nivel se trata de comparar las hipótesis y teorías explícitas e implícitas que buscan explicar el cambio desde diferentes perspectivas teóricas, examinando su grado de adecuación

⁶ Véase, por ejemplo, la comparación entre tres formas de tratamiento de los trastornos fronterizos, dos de ellas de inspiración psicoanalítica (la terapia basada en la transferencia, de Kernberg et al.; la terapia basada en la mentalización, de Fonagy et al.) y la terapia dinámica conductual de M. Linehan a partir de los cambios

en la función reflexiva (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg).

⁷ Para más información véase <https://sites.google.com/site/clinicalobservation/>



al material. La denominación de «modelo de los tres niveles para evaluar transformaciones del paciente» se basa en la importancia dada a la distinción de estos diferentes niveles (sin negar, obviamente, sus interrelaciones), buscando confrontar y combinar lo que cada uno de ellos muestra, buscando el mejor ajuste de la observación (y de lo que se infiere de ella) con el material clínico. La experiencia obtenida a partir de discusiones grupales siguiendo este modelo confirma la utilidad de diferenciar los niveles y, de manera más general, refuerza la idea de que la observación psicoanalítica es de naturaleza compleja y se enriquece abriéndose a diferentes perspectivas y métodos.

Aunque en la práctica la clínica psicoanalítica pueda beneficiarse con diferentes formas de triangulación, creo que existe una objeción más profunda que lleva a aislarla y volverla autosuficiente, reforzando el «o» excluyente de otras perspectivas y que tiene su raíz en una postura epistemológica. En el fondo de la cuestión está el problema de la ubicación del psicoanálisis en relación a las ciencias naturales y a las disciplinas humanísticas. Freud intentó construir una ciencia natural utilizando un método hermenéutico, y los efectos de esta situación paradójica no dejan de hacerse sentir cuando se trata de aprehender lo específico del psicoanálisis.

Atendamos lo que dice Green en *La causalité psychique* (1995), donde establece las bases para una complementariedad entre dos polos. En *El pensamiento clínico* Green vuelve sobre lo que había expresado en 1995:

Definiremos dos polos antagonistas en apariencia, aunque de hecho son complementarios. Por una parte el enfoque del

psiquismo, según las ciencias naturales, por otra, el método de las ciencias antropológicas. Entre ambas se despliega el ámbito incierto y muy poco especificado de la psicología, pues no sería difícil encontrar en su seno una tendencia objetivista, pariente del polo de las ciencias naturales, y otra más próxima a las ciencias humanas, de inspiración antropológica e histórica. A nuestro entender el psicoanálisis está situado en el entrecruzamiento de estas dos grandes orientaciones [325].

Recordemos que con una concepción similar, Laplanche coloca al psicoanálisis «entre» el determinismo y la hermenéutica. Nuevamente, agrego yo ahora, el problema no está en lo que estos enunciados afirman sino en lo que excluyen. El psicoanálisis es sin duda una disciplina específica, pero no está «entre» sino que de hecho y de derecho contiene preguntas y problemas que requieren tanto de los métodos de las disciplinas humanísticas como de las ciencias naturales, así como su propio método clínico. Especificidad no implica exclusión ni aislamiento. Por eso, dependiendo de la naturaleza de la pregunta que se formule, el psicoanálisis puede enriquecerse de desarrollos que provengan, por ejemplo, tanto de la literatura como de las neurociencias. Si los artistas son capaces de hacernos ver con una luz especial aspectos ocultos de la naturaleza humana, debemos continuar escuchándolos y aprender de ellos con la misma atención que merecen hoy los neurobiólogos cuando nos dicen que los actuales métodos imagenológicos permiten comprobar que la psicoterapia modifica el cerebro⁸. La complejidad del psicoanálisis no radica en estar situado «entre» las ciencias humanas y las naturales, sino en

⁸ Véase, por ejemplo, Beutel, Stark, Silbersweig y Dietrich



pertenecer a ambas, o, dicho más exactamente, en incluir preguntas necesarias para su desarrollo que pertenecen tanto a uno como a otro de estos dos grupos de disciplinas y que requieren, según el caso, tanto sus propios métodos como los métodos de uno o del otro.

Cuando Green, en «The pluralism of science and psychoanalytic thinking» (44), se refiere a la complejidad en psicoanálisis se dirige hacia Morin y presta atención a los instrumentos del pensamiento hipercomplejo, tales como su carácter hologramático (la parte está en el todo, el cual está en la parte), su naturaleza recursiva (la causa produce efectos que retroactúan en las causas) y su carácter dialógico (que une los términos en una relación que es a la vez complementaria y antagonista). Este tipo de complejidad la encontramos sin duda en el psicoanálisis y en buena parte de las ciencias actuales. El psicoanálisis presenta además un tipo de complejidad especial, que tiene que ver con su relación con las disciplinas humanísticas y con las científicas, la cual genera una tensión o polaridad que es necesario reconocer y sostener para no caer en el aislamiento o en la indiscriminación.

Esta tensión es la que hace posible el «y» integrador entre términos cuyas relaciones pueden muy bien ser definidas como complementarias a la vez que antagonistas. Esta es, en mi opinión, la complejidad mayor del psicoanálisis y es la que, si no la asumimos plenamente, puede limitar la comunicación y el crecimiento dentro y fuera de nuestra disciplina.

He intentado mostrar la riqueza y la fecundidad del pensamiento clínico de Green, así como la forma en que su derrotero nos conduce hacia puntos donde se abren diferentes caminos posibles. Es allí donde se hace necesario reconocer esta diversidad de opciones, y elegir, a nuestra cuenta y riesgo, aquel que nos parece que abre mejores perspectivas para el avance de nuestra disciplina.



Referencias:

- BERNARDI, R. DSM-5, OPD-2 y PDM. Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. En: Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 74, No 2, 2010, pp. 179-205.
- BEUTEL, M. E., STARK, R., PAN, H., SILBERSWEIG, D. y DIETRICH, S. Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy. An fMRI study of panic disorder patients. Psychiatry Research: Neuroimaging. Vol. 184, Issue 2, 2010, pp. 96-104.
- CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F. & KERNBERG, O. Evaluating three treatments for borderline personality disorder. A multi-wave study. American Journal of Psychiatry, Vol. 164, 2007, pp. 1-8.
- GREEN, A. La causalité psychique. Paris, Odile Jacob, 1995.
- GREEN, A. La pensée clinique. Paris, Odile Jacob, 2002. (El pensamiento clínico. Amorrortu, Buenos Aires-Madrid, 2010.)
- GREEN, A. The pluralism of science and psychoanalytic thinking. En: Pluralism and Unity? Methods of research in psychoanalysis. London, edited by Marianne Leuzinger-Bohleber, Anna Ursula Dreher and Jorge Canestri, ipa, 2003.
- OPD-2 Grupo de Trabajo. Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado. opd-2. Barcelona, Herder, 2008.
- PDM. Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations. 2006.

