

## Contra el Psicoanálisis: confusiones, tópicos y críticas

Ramón Echevarría

*A partir de la resonancia que ha tenido en los medios de comunicación el 150 aniversario del nacimiento de Freud, se hace un breve recuento de los principales tópicos y confusiones que se difunden en torno al psicoanálisis, y se presenta una breve reflexión acerca de las dos principales críticas de que es objeto, las referidas a la falta de validez de su conocimiento y a la falta de eficacia de sus tratamientos.*

*En la mayoría de los hombres, la falta de fe en una cosa está basada sobre la ciega creencia en otra. (Lichtenberg)*

*La Epistemología, es necesario subrayar en estos tiempos de Epistemología armada, no es un punto estratégico a ocupar para controlar soberanamente todo conocimiento, rechazar toda teoría adversa, y atribuirse el monopolio de la verificación y, por lo tanto, de la verdad. La Epistemología no es pontificia ni judicial. (Edgar Morin )*

*Annie: ¡Ah! ¿Vas al psicoanalista?*

*Alvy: Sólo hace quince años.*

*Annie: ¿Quince años?*

*Alvy: Sí... le concederé un año más y luego me iré a Lourdes.*

*(Woody Allen, Annie Hall)*

**L**a conmemoración del 150 aniversario del nacimiento de Sigmund Freud está teniendo un eco notable en los medios de comunicación. Se presta una mayor atención al psicoanálisis y, por tanto, es una buena oportunidad para reflexionar sobre la imagen de éste en nuestra sociedad. El presente artículo es una breve reflexión sobre algunos de los tópicos, confusiones y críticas que se vierten acerca del psicoanálisis. Y surge a partir de un seguimiento atento pero parcial –de ninguna

manera exhaustivo— de las opiniones que han ido expresándose acerca del psicoanálisis en los medios de comunicación en el transcurso del presente año. También el diálogo con alumnos universitarios, a veces a través de cursos relacionados con el psicoanálisis, ha desempeñado un papel relevante en las siguientes consideraciones.

Al lado de valoraciones informadas y de críticas razonables, se puede constatar la vigencia de una serie de confusiones y tópicos cuya persistencia sólo se puede atribuir a la ignorancia.

Todavía para algunos la realidad del psicoanálisis parece corresponderse con la que aparece en las películas de Woody Allen. Me refiero al tópico del analista mudo, que interrumpe a media frase el discurso de su paciente porque “ya es la hora”; o peor, que deja de ser mudo para decir cosas estrafalarias o especulativas más o menos relacionadas con el sexo; el psicoanalista inútil, cuya ineficacia hace evidente el propio personaje interpretado por Allen, a través de su excesiva dependencia y de la permanencia de los problemas a través de los años. Como se ve, no todo el mundo tiene sentido del humor; hay quien se toma en serio las bromas de Allen.

Si duda, llegar a una comprensión de lo que es el psicoanálisis y sus diferentes escuelas, no es fácil. Se trata de un ámbito complejo y especializado que requiere esfuerzo para su comprensión. Ello puede justificar algunos de estos tópicos y confusiones. Es menos justificable cuando éstos son formulados por profesionales de la salud mental, exhibiendo su ignorancia con extraño desparpajo y tono pontificio. O cuando se expresan desde el ámbito universitario —incluso desde facultades de psicología—, dando cuenta de una pereza intelectual preocupante.

A continuación presento un breve inventario particular de algunos de esos tópicos y confusiones —los que me parecen más relevantes—, y apunto una breve respuesta a las dos críticas más importantes que, a mi modo de ver, ha de responder el psicoanálisis: la que se refiere a la validez de su conocimiento, y la que cuestiona su eficacia terapéutica.

### **El psicoanálisis es mucho más que la obra de Freud**

Llama la atención la persistente identificación que se hace entre Freud y el Psicoanálisis. Sigue reduciéndose el Psicoanálisis a Freud, ignorando los desarrollos teóricos y técnicos posteriores. Sin duda, el

psicoanálisis no se puede entender sin Freud: es fruto de su esfuerzo investigador y de su creatividad. Freud inaugura un nuevo método de observación clínica y una nueva manera de ayudar terapéuticamente a los pacientes a partir de un nuevo tipo de comprensión (que tiene en cuenta, entre otras cosas, la actividad mental inconsciente). Pero el psicoanálisis es en la actualidad mucho más que la obra de Freud.

De la identificación entre psicoanálisis y (la obra de) Freud se desprende como consecuencia inevitable una visión estática del Psicoanálisis: una visión de éste como teoría extemporánea, superada por el paso del tiempo. Se facilita también la ilusión de que existe una supuesta ortodoxia psicoanalítica –que remite a la obra de Freud–, alimentándose así el prejuicio acerca del dogmatismo de los psicoanalistas.

Reducir el Psicoanálisis a la obra de Freud implica negar al Psicoanálisis la condición de disciplina que progresa y se adapta a los nuevos tiempos. Impide considerar el psicoanálisis como una tradición psicoterapéutica viva, en la que se viven apasionantes discusiones, y en la que se investigan y se aplican diferentes técnicas. Por último, confundir el Psicoanálisis con Freud permite contraponer a Freud con los desarrollos psicoanalíticos posteriores. O, criticando a Freud, descalificar estos desarrollos.

### **El tópico de la seducción y de la perversidad**

Un tópico que parece que se va difundiendo cada vez más es el que atribuye al estilo de Freud la enorme influencia del psicoanálisis en la asistencia psicológica, psicoterapéutica y psiquiátrica, así como en la cultura del siglo XX. Para los que pensamos que la claridad de estilo es la cortesía de la inteligencia, el estilo de Freud es una invitación al pensamiento y al uso de la inteligencia crítica. Curiosamente, para otros, la claridad de estilo se convierte en un medio de seducción y engaño, del que habrían sido víctimas por lo visto generaciones enteras de psicoterapeutas y psiquiatras (y la cultura del siglo pasado).

Una versión *light* de este tópico dice que la influencia freudiana es el resultado de una técnica literaria de seducción. Aparte de que es una manera de llamar ingenuos y/o estúpidos a tantos y tantos profesionales, hay que recordar el comentario de John Forrester (2001), cuando refiriéndose a este tipo de críticas, las comparaba a la posible crítica de un crítico literario que dijera que Swann o Marcel, los personajes de

*En busca del tiempo perdido*, son falsos y carecen de valor, y que sólo el estilo de Proust los hace auténticos e interesantes.

Hay también una versión dura del tópico, que atribuye la influencia freudiana al engaño deliberado y perverso de Freud. A la seducción del estilo se le suma en este caso la acusación acerca de la distorsión premeditada de los datos. Todo un subgénero literario pseudobiográfico, digno de estudio psicológico y sociológico, ha respaldado este tópico. En efecto, en los últimos 25 años se ha pasado del predominio de las biografías que presentaban una visión idealizada de Freud, a la irrupción de un montón de libros denigratorios, maquillados por un extraño eruditismo. Me refiero a obras como las de Jeffrey M. Masson, Peter Sawles, Hans Israel, Mikkel Borch-Jacobsen, por mencionar los autores más relevantes de esta tendencia. Y es que la vastísima información que tenemos sobre Freud a través de su correspondencia, testimonios y documentos, así como de su extensa obra, facilita que allí se puedan encontrar toda clase de equivocaciones, contradicciones, errores, defectos, etcétera, con los que determinados personajes arman sus pequeñas construcciones más o menos verosímiles o deliroides.

### **Los tratamientos psicoanalíticos no sólo se hacen con diván: hay diferentes tratamientos psicoanalíticos**

Otra confusión frecuente es identificar la práctica psicoanalítica con la llamada *cura clásica*, el tratamiento psicoterapéutico intensivo de cuatro o cinco sesiones semanales y con diván, que Freud introduce e implanta. Sin duda, la cura clásica fue –y es– la matriz del método terapéutico y de investigación psicoanalíticos, pero el tratamiento psicoanalítico no se puede reducir a ella. Hay que entender el psicoanálisis como una *tradicón psicoterapéutica* que inspira múltiples teorías y técnicas psicoterapéuticas –también algunas psicodiagnósticas como los tests proyectivos, por ejemplo–.

Como decíamos antes (Echevarría, 2004), el psicoanálisis como *tradicón psicoterapéutica* se caracteriza por una manera de observar –sobre todo, una manera de escuchar– y una manera de comprender al servicio de la ayuda del paciente, de un cambio terapéutico. Esta escucha y esta comprensión pueden dirigirse a diversos tipos de problemas y aplicarse en diferentes ámbitos y de distinta manera: psicoterapias breves, psicoterapias de duración e intensidad diversa, psicoterapias de pareja, psicoterapias de grupos, psicoterapias de niños, intervenciones

psicológicas y psiquiátricas en atención primaria o en los equipos de Salud Mental, etcétera.

### Tópicos reduccionistas

Son muchos los tópicos que se expresan de manera continua acerca del Psicoanálisis. Algunos de los más divulgados son los siguientes:

- *El tópico de que el Psicoanálisis reduce el presente al pasado*; es decir, el tópico del psicoanalista que ve en toda conducta actual una repetición de experiencias anteriores. Emparentado con éste, sigue vigente también *el tópico del psicoanalista-detective*, que busca en el pasado un trauma omniexplicativo que daría cuenta de todos los problemas del paciente.
- *El tópico del psicoanalista “solipsista”*, que se desinteresa por los condicionantes externos de la vida de los pacientes, desentendiéndose de sus problemas externos, y actuando como si negara su existencia.
- *El tópico del psicoanalista que ve en cualquier comportamiento, pensamiento o sueño una motivación sexual*. Este tópico se corresponde con la concepción del psicoanálisis como una psicobiología (centrada en las bases pulsionales biológicas de la vida mental) y tiene como contrapunto el tópico de que el psicoanálisis es una pura psicología, que desatiende los factores biológicos que inciden en la aparición de un trastorno mental, reduciendo su aparición a una pura psicogenia.

Se trata de tópicos que ofrecen una visión o bien *reduccionista* o bien *disyuntora* de las teorías psicoanalíticas. En ellos, se reduce el presente al pasado; lo psicológico a lo biológico, o viceversa. O se presenta la realidad interna aislada de la realidad externa, negando la interacción entre ambas.

Sin embargo, el pensamiento psicoanalítico no es reduccionista ni disyuntor; no es simplificador: conecta, por el contrario, con los postulados de lo que actualmente se llama pensamiento complejo.

Como decíamos en un trabajo anterior (Echevarría, Laudo, Nicolás y Silva, 2004), desde sus inicios, Freud concibió el síntoma histérico de manera que superaba las oposiciones simplificadoras entre cuerpo y mente, entre lo manifiesto y lo latente, entre lo infantil y lo adulto.

Muy pronto, Freud y sus discípulos establecieron una dialógica<sup>1</sup> entre realidad y fantasía, realidad interna y realidad externa, entre presente y pasado, entre subjetividad y objetividad, etcétera. Desde esta perspectiva, ninguno de los elementos de cada uno de estos pares se puede concebir aisladamente, ninguno se puede definir sin el otro, ni reducirse al otro. Todos estos pares de conceptos pueden combinarse, complementarse y fecundarse mutuamente. Así, por ejemplo, frente a la oposición *pasado/presente*, hablamos de un *pasado presente*. Frente a la oposición *interno/externo* nos referimos a lo *externo interiorizado*. Frente a la oposición *realidad/imaginación (fantasía)*, hablamos de *la realidad de la fantasía* (de la imaginación), y sabemos que la imaginación (fantasía) es un constituyente de nuestra concepción de la realidad.

En la obra de Freud, pues, está el germen de los desarrollos posteriores que han permitido profundizar en estas dialógicas entre pasado y presente, entre realidad externa y realidad interna, entre lo pulsional y lo relacional, etcétera. Y ello reconociendo la complejidad de las interacciones y estableciendo puentes entre conceptos opuestos de manera que las diferenciaciones conceptuales no supongan ni disyunciones radicales (“o esto o aquello”) ni reducciones.

Así, por referirme brevemente sólo al primero de los tópicos mencionados, el psicoanálisis ha concebido de una manera compleja la interacción entre pasado y presente, de manera que el pasado nos ayuda a entender el presente, como el presente ayuda a entender el pasado. El Psicoanálisis proporciona un método que permite que esas experiencias del pasado se actualicen y se revivan –recreándose– en la relación terapéutica. Y ofrece una teoría compleja que permite entender la influencia de las experiencias en la organización de la personalidad y la manera en que las relaciones del pasado influyen en las del presente (la transferencia). El Psicoanálisis no sostiene que ese pasado se repite sin más, o que la relación terapéutica se reduce a la transferencia. En un tratamiento, no sólo hay transferencia de vivencias y conflictos

<sup>1</sup> El término *dialógica* remite a “diálogo”; el diálogo requiere tanto comunicación y vinculación (no aislamiento) como diferenciación (no reducción) de los elementos que dialogan. La dialógica, dice Edgar Morin (1994), permite asociar de manera complementaria procesos antagonistas que tenderían a excluirse mutuamente; nos permite vincular las entidades que nuestro pensamiento debe necesariamente distinguir pero no aislar entre sí. Pensar dialógicamente supone asociar conceptos opuestos y articular conceptos disyuntivos.

del pasado; está también la experiencia actual, estableciéndose una dialógica entre ambas. Como dice Horacio Etchegoyen (1986), la transferencia está en todo, pero no todo es transferencia. La transferencia, cuando es comprendida e interpretada, conduce a una nueva experiencia que es terapéutica. Y, al contrario, cuando no es comprendida, conduce a colusiones y reacciones contratransferenciales que pueden dar lugar a experiencias de incompreensión que actualizarán otras transferencias, dando lugar, si no se comprenden e interpretan, a un círculo antiterapéutico. El psicoanálisis actual sabe, pues, que también la contratransferencia del analista puede condicionar la transferencia del paciente, y no sólo a la inversa.

Al psicoanalista actual le interesa, no tanto lo que pasó, sino cómo lo vivió el paciente: cómo lo vivenció e interiorizó. Y sobre todo: cómo lo revive en el *aquí y ahora* de la sesión. Cuando el paciente, en medio de una sesión, habla de su pasado, el analista actual no pretende conocer *lo que realmente pasó*, aunque seguramente se preguntará qué vivencia del pasado se está dramatizando –o reviviendo– en ese momento. Lo que le interesa y se pregunta el analista actual es qué está pasando en el aquí y ahora de la relación terapéutica; por qué ese pasado se ha actualizado y hecho presente en este momento determinado; qué suscita ahora ese recuerdo: qué del momento actual ha hecho revivir el pasado; qué simboliza ese recuerdo respecto de la experiencia actual; qué figura de ese pasado está representando él en ese momento. Se pregunta, en definitiva, de qué manera el paciente **construye** su experiencia de la relación terapéutica. Porque en la comprensión de cómo construimos la relación con los otros, a través de la relación y la experiencia con el terapeuta, el psicoanálisis actual cifra un elemento fundamental de su valor terapéutico.

### **Críticas sobre la validez del conocimiento psicoanalítico**

Pero no todo son confusiones y tópicos, cuando se habla de psicoanálisis. También hay críticas razonables. Y hay dos críticas que se han argumentado seriamente y a las que tenemos que responder todos los que trabajamos en esta tradición. Críticas que muchos nos planteamos todos los días en nuestro trabajo clínico. Son las que se refieren a la validez de nuestra comprensión y a la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos.

La primera –que cuestiona la validez del conocimiento psicoanalítico– se plantea a menudo como el problema de la no cientificidad. Vale la

pena señalar que muchos niegan al Psicoanálisis la condición de ciencia, utilizando su supuesta no científicidad como un arma arrojadiza. Muchas veces, han decidido por su cuenta y riesgo qué es la ciencia, y el criterio de demarcación entre lo que ésta es y lo que no. De manera similar a W.C. Fields, que consideraba “borracho” a todo el que bebía más que él, utilizan sus propios criterios como baremo universal. Se erigen así ellos mismos en árbitros de lo que es un conocimiento válido. O como dice Edgar Morin, en pontífices y jueces que legislan desde su propia epistemología armada lo que vale y lo que no vale. Y hay también quien, criticando a los demás, se emborracha alegremente de científicidad e incluso de eficacia.

Aclarémoslo de entrada. Para la mayoría de los psicoterapeutas psicoanalíticos actuales, ha dejado de ser un problema fundamental dilucidar si el psicoanálisis es una ciencia o no. Eso siempre dependerá de lo que llamemos ciencia. Sabemos que hay diversos criterios de demarcación, diferentes modelos de ciencia y distintos tipos de razonamiento científico (Hacking, 1995). Por eso, a muchos nos parece más útil caracterizar el Psicoanálisis como una tecnología clínica.

En efecto, el Psicoanálisis se puede caracterizar como una tecnología clínica (Tizón, 1994), de la que se derivan diferentes técnicas psicoterapéuticas con unos objetivos determinados. Una técnica, decía Laín Entralgo, es “saber hacer algo sabiendo con cierto rigor qué se hace y por qué se hace lo que se hace” (Laín Entralgo, 1950); ese saber es racional (se basa en una teoría que puede ser científica o no) y va más allá del conocimiento empírico o mágico. La técnica es un saber hacer que se traduce en un poder hacer; es decir, es un saber que capacita para lograr determinados objetivos. Dicho de otra manera: para alcanzar determinados objetivos se requiere desarrollar y utilizar unos saberes y unas habilidades, unas teorías y técnicas al servicio de la consecución de los mismos.

En mi opinión, los objetivos que siempre se propone un terapeuta psicoanalítico –lo que debe saber hacer– son tres: 1) comprender a su paciente (es decir, comprender sus vivencias, su manera de relacionarse, su “funcionamiento”, sus síntomas, etcétera); 2) ayudar al paciente a que se comprenda mejor (es decir, transmitirle su comprensión); y 3) todo ello de manera que el paciente se “sienta comprendido” por un analista que satisface las necesidades de apego, reconocimiento, etcétera... (lo que Frank (1988) llamaría ofrecer al paciente una relación

de ayuda, a través de una relación de confianza, emocionalmente significativa).

Propongo considerar estas tres “funciones” o “tareas” que debe *saber hacer* un terapeuta psicoanalítico como objetivos fundamentales de esa tecnología clínica que es el psicoanálisis. Para el psicoanálisis estos objetivos se consiguen a través de un método de observación y de escucha –que es también una manera de relacionarse con el paciente (Echevarría, 2004)– y de la comprensión que ofrecen las teorías que ha ido desarrollando y validando.

Creo que la especificidad de la comprensión psicoanalítica –lo que históricamente la ha diferenciado de la comprensión aportada por otros tipos de psicoterapia, de otros enfoques comprensivos, que pueden compartir los mismos objetivos– se puede condensar en una serie de características fundamentales, entre las que sin duda se encuentran:

- 1<sup>a</sup>.- La comprensión del terapeuta psicoanalítico parte del supuesto de la existencia de procesos psíquicos inconscientes. Parte, pues, del supuesto de que el sujeto tiene un desconocimiento de sí mismo; entre otras causas, porque la conciencia no se explica por sí misma.
- 2<sup>a</sup>.- La comprensión de la interacción terapeuta-paciente y, en especial, de la dialéctica transferencia-contratransferencia, es un componente esencial de la comprensión psicoanalítica.
- 3<sup>a</sup>.- El psicoanálisis sostiene una concepción no unitaria de la mente, una mente en la que sus diferentes instancias, valores y pulsiones o deseos, pueden entrar en conflicto; una mente dividida por la represión y por la escisión. A través de la toma de conciencia y la comprensión de esos conflictos, el analista ayuda a integrar la vida psíquica del paciente, vinculando sus diferentes ámbitos. Así, lo que el paciente dice de su pasado ayuda a comprender el presente; lo que pasa en el presente ayuda a comprender su pasado; lo que el paciente dice que pasa fuera de la sesión ayuda a comprender lo que pasa en la sesión, y viceversa; lo que dice que pasa en sus sueños ayuda a comprender lo que pasa en la vigilia; y viceversa; los conflictos y relaciones interpersonales ayudan a comprender los conflictos y relaciones intrapsíquicos, y viceversa. Cuanto más de estos ámbitos de vivencias sepa integrar la comprensión que aporta el analista, más psicoanalítica es su comprensión.

4ª.- El terapeuta psicoanalítico atiende también, para comprender a sus pacientes, los condicionantes biológicos de la conducta y de la mente humana: la sexualidad y la agresión.

5ª.- La comprensión psicoanalítica remite a una comprensión vivencial; se formula en términos experienciales, de vivencia interna. Hay una continuidad entre la interpretación y la explicación psicoanalítica y las interpretaciones y explicaciones que realizamos en la vida cotidiana acerca de nosotros mismos y de los demás: ésta es una de las características de las teorías clínicas.

Al igual que cualquier otra tecnología, la validez del psicoanálisis se evalúa en relación al grado en que sirve para cumplir sus objetivos. Hay que hablar, por lo tanto, de validación a través de la experiencia y no de verificación experimental de las teorías.

Es importante tener en cuenta que de la consecución de los mencionados objetivos se deriva un potencial terapéutico: comprenderse mejor y la experiencia de sentirse comprendido –en tanto que conduce a una mayor integración de la personalidad– tiene efectos terapéuticos en el sentido de un alivio y supresión de los síntomas psicoapatológicos de muchos trastornos mentales. Pero nótese que es la eficacia la que depende de la validez, y no la validez la que depende de la eficacia terapéutica.

El psicoanálisis no es sólo un método terapéutico, es al mismo tiempo un método de investigación clínica. A partir de su método de investigación clínica –que tiene una lógica diferente de la investigación científica– los psicoanalistas han buscado y desarrollado mejores teorías y técnicas para cumplir los mencionados objetivos psicoanalíticos: teorías y técnicas cada vez más válidas para comprender a los pacientes, y para ayudarles a comprenderse, sintiéndose comprendidos. Este método de investigación clínica involucra siempre, por su propia naturaleza, a los pacientes: la comprensión psicoanalítica sólo es válida si sirve para que el paciente se comprenda mejor a sí mismo. De ahí las dificultades de evaluarla fuera del contexto clínico, y que las investigaciones estadísticas sólo puedan jugar un papel complementario, pero no primordial.

Entre los muchos problemas que plantea la investigación psicoanalítica cabe destacar las dificultades de alcanzar consensos acerca de

qué hipótesis o teoría es mejor entre varias rivales, en tanto que en la investigación clínica se carece de aquellos elementos que facilitan y catalizan el consenso entre los científicos: los experimentos, la predicción, la posibilidad de replicar las experiencias, los estudios correlacionales. Pero la dificultad de la evaluación entre teorías rivales depende también del hecho que en el psicoanálisis convergen varios objetivos que se solapan y que, incluso, pueden contraponerse. Hay teorías psicoanalíticas que son más válidas para cumplir uno de esos objetivos que para alcanzar otros. Por ejemplo, una teoría puede ser válida porque le sirve al analista para comprender mucho a los pacientes, pero menos válida para que el paciente se sienta comprendido. O al contrario: la teoría de que los aspectos agresivos del paciente se deben fundamentalmente a las carencias y agresiones experimentadas en su infancia tiene una gran capacidad para conseguir que el paciente se sienta comprendido, pero no la tiene para que el analista comprenda (el analista y, con su ayuda, el paciente) lo que pasa en la sesión.

Podemos hablar, pues, de diferentes tipos de validez de las teorías psicoanalíticas, dependiendo del tipo de objetivo que consideremos. Podemos hablar de una *validez (de las teorías) para observar y reconocer los fenómenos de la sesión*, de una *validez para describir comprensivamente esos fenómenos*, de una *validez para explicarlos (genéticamente)*, de una *validez para que el paciente se sienta comprendido*, etcétera. Y también de una *validez convergente* que sería el grado en que esa teoría es congruente con otras teorías validadas extraclínicamente. Pasa entonces como en las **clasificaciones de los trastornos mentales**, en las que, dada la diversidad de objetivos, se deben diferenciar diversos tipos de validez, lo que explica también en su caso las dificultades en alcanzar consensos (Spitzer y Williams, 1989). Y de manera similar a lo que pasa con las clasificaciones de los trastornos mentales, también con las teorías psicoanalíticas se suscitan enconadas discusiones, y también esas discusiones pueden posibilitar determinados consensos.

Vale la pena señalar que buena parte de las teorías psicoanalíticas son descriptivas: nos permiten, utilizando la hipótesis del inconsciente con un bajo nivel de inferencia, describir los fenómenos de la sesión de una manera comprensiva. Nos permiten observar y reconocer fenómenos. Nos permiten ayudar al paciente a observarse y a reconocerse mejor. Mediante sus teorías y técnicas, el analista ayuda a su paciente a observar y a reconocer patrones de relación e interacción, y de fun-

cionamiento mental, que el paciente no podía observar ni reconocer por sí mismo: que eran inconscientes –o insuficientemente conscientes– para él. Pienso que el desarrollo de unas teorías descriptivas cada vez mejores constituye la parte fundamental de la investigación psicoanalítica. Y que estas teorías descriptivas son las que mejor pueden ser validadas por el método psicoanalítico, ya que es en el marco del tratamiento analítico donde mejor se puede “poner a prueba” su capacidad de generar *comprensión psicoanalítica* en el analista y, a través de él, en el paciente. El método psicoanalítico permite evaluar la capacidad del paciente de reconocerse en dichas descripciones, la capacidad de dichas descripciones de ayudar al paciente a sentirse comprendido y a comprenderse, y las consecuencias que tiene todo ello en la dinámica de la relación.

Pero el método clínico de investigación psicoanalítica no puede validar suficientemente todas las teorías. Se puede pensar que las teorías explicativas, etiológicas o genéticas difícilmente pueden validarse en el campo de la investigación clínica, en tanto que surgen como derivaciones y extrapolaciones, en el tiempo y fuera de la sesión, de las observaciones y teorizaciones de los fenómenos de la sesión. Requerirán, pues, investigaciones complementarias de tipo correlacional y extraclínico, así como observaciones sistemáticas. Es de prever que este tipo de investigación complementaria jugará progresivamente un mayor papel en la consecución del consenso entre hipótesis o teorías explicativas o genéticas rivales.

Concluyendo: cada vez los terapeutas psicoanalíticos son más conscientes de que la clínica no puede ser la única fuente de justificación de las teorías psicoanalíticas. No todas las hipótesis psicoanalíticas se pueden validar clínicamente. Debemos diferenciar las hipótesis y teorías que ayudan a comprender los fenómenos observables en la sesión –fenómenos relacionales e interaccionales, especialmente– y que no pueden investigarse al margen de la situación clínica, de las hipótesis y teorías que tratan de comprender el origen o el desarrollo de los trastornos, o de la estructura de la personalidad. En este tipo de hipótesis pueden ser muy útiles otras fuentes de validación: observación sistemática de bebés y niños, investigaciones correlacionales, hallazgos neurobilógicos, etcétera. La *validez convergente*, la convergencia entre las hipótesis psicoanalíticas y las de otras psicologías, así como con los avances de las neurociencias, juega y jugará un papel cada vez más importante en el futuro.

Sirva lo anterior como botón de muestra para exponer los problemas apasionantes que plantea la investigación psicoanalítica. La investigación psicoanalítica combina la experiencia clínica con la discusión crítica, seleccionado a partir de éstas entre hipótesis alternativas. La discusión crítica es el caldo de cultivo a partir del cual se da el desarrollo y cambio en los usos de teorías y técnicas dentro del psicoanálisis. El uso de las nuevas teorías y de los nuevos procedimientos técnicos se extenderá, en la medida que otros analistas sean persuadidos –a través de la discusión crítica y de su experiencia clínica–, de la mayor utilidad de determinada teoría para contribuir a los tres objetivos mencionados. La evolución de las teorías psicoanalíticas se corresponde con el modelo que Stephen Toulmin (1977) propuso para la evolución de las teorías científicas y que establece analogías con la evolución darwiniana de las especies. Las diferentes teorías analíticas compiten entre sí, y sobreviven las más aptas, las que mejor se adaptan a las necesidades de comprensión tanto de los clínicos como de los pacientes, jugando la crítica una función selectiva fundamental.

### **Crítica sobre la eficacia**

La psicoterapia necesita someterse al criterio de eficacia, pero no puede someterse a la ideología de la eficacia. Para ello, el concepto de eficacia debe ser cuestionado, criticado, dilucidado. Pienso que hay que rescatar los criterios de evaluación de la psicoterapia –los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia– del ámbito de los gestores, de los auditores y de los tecnócratas, de algunos pontífices de la científicidad también, y analizarlo con todas sus implicaciones ideológicas desde una perspectiva epistemológica y crítica. Sin ese análisis crítico, corremos el riesgo de que el concepto de eficacia resulte insuficiente –ineficaz, se podría decir– para evaluar la psicoterapia.

Podría decirse que es el concepto de eficacia el que se ha poner al servicio de la psicoterapia, y no la psicoterapia al servicio de la eficacia. Interesa la *eficacia de la psicoterapia*, y no la *psicoterapia de la eficacia*, entendida de manera simple y reduccionista como mera supresión de los síntomas, a la manera en que se entiende en muchos trabajos de investigación psicofarmacológica.

Son muchas las investigaciones ya existentes que muestran que los tratamientos psicoanalíticos son eficaces para mejorar o suprimir la sin-

tomatología de muchos trastornos mentales (Castillo, 2004; Fonagy *et al.*, sf). Pero conviene tener en cuenta lo señalado anteriormente: que no es la eficacia terapéutica respecto de los síntomas la que da validez al psicoanálisis; al contrario, esa eficacia terapéutica es la consecuencia de la validez del tratamiento psicoanalítico para cumplir con los objetivos de ayudar al paciente *a comprenderse mejor sintiéndose comprendido*. Para el psicoanálisis, el alivio o la supresión de los síntomas es una consecuencia de una mayor comprensión acerca de los propios conflictos intrapsíquicos e interpersonales; de la manera de defenderse contra los propios pensamientos, deseos y emociones que provocan sufrimiento; de cómo uno distorsiona y valora las situaciones a su particular manera; de cómo se utilizan las propias fantasías, tanto conscientes como inconscientes, para compensar el sufrimiento, la ansiedad y la envidia, etcétera (Coderch, 2001). Y esa comprensión está siempre vinculada a la experiencia de la relación terapéutica: se trata de una experiencia de autoconocimiento en el que la experiencia de la relación con el terapeuta juega un papel fundamental.

Los beneficios del tratamiento psicoanalítico, pues, no se reducen al alivio o a la supresión de los síntomas. Quien se interese sólo por eso, es posible que encuentre otros tipos de psicoterapia más eficaces o eficientes. El tratamiento psicoanalítico ofrece algo más: una relación terapéutica que facilita el crecimiento de la personalidad; una comprensión y una experiencia relacional que revierte en una mayor “capacidad de amar, trabajar, disfrutar y tolerar” (Bofill y Tizón, 1994) –así se entiende psicoanalíticamente la salud mental–, es decir, en la capacidad de llevar una vida más plena. Estos aspectos de la eficacia del tratamiento son mucho más difíciles de medir que la evolución de los síntomas y es difícil reducirlos a evidencias estadísticas. Lo que no impide que se realicen y se desarrollen cada vez mayores esfuerzos en este sentido (Fonagy, 2005).

## BIBLIOGRAFÍA

- BOFILL, P. Y TIZÓN, J. (1994): *¿Qué es el psicoanálisis? Orígenes, temas e instituciones actuales*. Herder, Barcelona.
- CODERCH, J. (2001): *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer y Paidós.
- FRANK, J.D. (1988): “*Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapia*.” En J.M Mahoney y A. Freeman (comp.): *Cognición y Psicoterapia* (pp. 73-102). Paidós, Barcelona.
- CASTILLO, J.A. (2004): “*La psicoterapia focal i breu. Aspectes tècnics i investigació empírica*”, *Aloma. Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*. 2004. Nº14, pp. 41-60.
- ECHEVARRÍA, R. (2004): “*La psicoanàlisi, una tradició psicoterapèutica*”, *Aloma. Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*. 2004. Nº14, pp.13-22.
- ECHEVARRÍA, R., LAUDO, I., NICOLÁS, R., SILVA, M.(2004): “*L'analista i el que passa fora de la sessió*”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. 2004, Vol.XXI, Nº1-2, pp. 55-66
- ETCHEGOYEN, H. (1986): *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu, Buenos Aires.
- FONAGY, P. (Editor y Coordinador) y col.: *Una revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis*. Ed. por Asociación Psicoanalítica Internacional.
- FORRESTER, J. (2001): *Sigmund Freud. Partes de guerra*. Gedisa, Barcelona.
- HACKING, I. (1995): *La domesticación del azar: la erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Gedisa, Barcelona.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1950): *La historia clínica*. CSIC, Madrid.
- MORIN, E. (1979): *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona.
- POPPER, K. (1994): *El mito del marco común*, Ed. Paidós, Madrid, 1997.
- SPITZER, R.L. Y WILLIAMS, J. (1989): “*Clasificación de los trastornos mentales*”. En *Tratado de Psiquiatría I*. De Kaplan, H.I. y Sadock, B.J., Ed. Salvat Ed., Barcelona.
- TIZÓN, J. (1994): “*Una reflexión acerca de los límites epistemológicos del conocimiento psicoanalítico*”. En *Filosofía de la ciencia hoy*, “Cuadernos de Teología Fonamental”. Editado por Cristianisme i Justícia, Barcelona.
- TOULMIN, S. (1977): *La comprensión humana*. Alianza Universidad, Madrid.

## ABSTRACTS

A partir de la ressonància que ha tingut en els mitjans de comunicació el 150 aniversari del naixement de Freud, hom fa un breu recompte dels principals tòpics i confusions que es difonen entorn de la psicoanàlisi, i hom presenta una breu reflexió entorn de les dues principals crítiques de què és objecte: les referides a la manca de validesa del seu coneixement i a la manca d'eficàcia dels seus tractaments.

Starting from the impact that the 150th anniversary of Freud's birth has had in mass media, this article reviews some of the main clichés and confusions disseminated about psychoanalysis, and presents a short reflection about the two main lines of criticism it is subjected to: Those referring to its knowledge lacking validity, and its treatments lacking efficiency

À partir de la résonance que le 150 anniversaire de la naissance de Freud a eu dans les moyens de communication, on fait une brève vérification des principaux clichés et des confusions qui se diffusent autour de la psychanalyse, et on présente aussi une brève réflexion autour des deux principales critiques qu'elle a reçû: celles rattachées au manque de validité de sa connaissance et au manque d'efficacité de ses traitements.