



## **SOBRE LA CUESTION DE LA REFUTABILIDAD Y LA INVESTIGACION CLINICA PLANIFICADA EN PSICOANALISIS**

**Daniel Widlöcher<sup>1</sup>**

### **Resumen**

*El autor propone inscribir el psicoanálisis en el marco de las ciencias de las prácticas de la intersubjetividad. El método está constituido como un conjunto de modelos más o menos ajustados, que se agregaron unos a otros. Los modelos son comparables a los relevamientos topográficos contruidos a partir de las descripciones del terreno explorado, y se fueron afinando y complejizando con el desarrollo del psicoanálisis. Es necesario respetar la complejidad y precisar nuevas reglas de refutabilidad, que sean propias del psicoanálisis. El autor propone renunciar a los valores de adecuación a lo real y recurrir en cambio a valores de objetividad, es decir que los practicantes se reconocen en el empleo de métodos y modelos comunes. Lo objetivo es el texto de una observación clínica, que expresa el acto por el cual los protagonistas (paciente y analista) han producido sentido. La comunidad científica descubre la ilustración de un modelo que pone en interacción elementos teóricos, técnicos y clínicos. Cuando es aceptado, el conjunto es reconocido como un modelo aceptable al que se procura reencontrar en la práctica de cada uno. Aceptar un modelo no implica refutar otro. Existe un pluralismo de modelos que, al entrar en pugna, constituye un factor de progreso. La objetividad refleja a la vez un consenso y divergencias. El reconocimiento de las diferencias valida la utilidad de un consenso de base.*

*El autor agrega que en la clínica no existe una experiencia crucial para establecer la verdad o falsedad de una hipótesis. El éxito de una teoría se sustenta en su valor heurístico para la práctica. Las teorías se desarrollan por un reconocimiento inductivo. Ciertas experiencias son realizadas en el marco de un paradigma y otras son inconciliables con este, que entonces es remplazado por otro, con mayor valor explicativo, que será el nuevo marco teórico para el desarrollo científico. Así ocurre con la investigación clínica. La clínica es el terreno en el que se confrontan las construcciones hipotéticas que constituyen nuestros paradigmas. Para ello, la cualidad de la observación constituye un test de verificación de las teorías. En la investigación el clínico tiene un rol activo para individualizar el hecho observable. Además, el clínico posee un procedimiento de investigación. Una definición opera -*

---

<sup>1</sup> Presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional.



*toria implica precisar el procedimiento y el objeto de la investigación. En este marco, el autor destaca que carecemos actualmente de escalas suficientemente sensibles para categorizar ciertos hechos clínicos. En cuanto a la valoración de las construcciones hipotéticas, el autor destaca dos criterios: el poder explicativo de la teoría y la capacidad para el descubrimiento de nuevos campos de ignorancia.*

### **Summary**

*The author intends to record psychoanalysis into the sciences of intersubjectivity frame. The method is established as a set of models, more or less adapted, which are added to one another. Models are compared to topographic surveying made from the explored territories descriptions. They became more complex throughout the psychoanalysis development. It is necessary to respect the complexity and to set up new refutability rules, which must be suitable with psychoanalysis.*

*The author invites us to give up the values of reality adecuation, and instead to consider objectivity values. It is important that clinicians could join themselves in the employment of common methods and models. The objective thing is the clinical observation text, that expresses the action by which the protagonists (analyst and patient) have produced a meaning.*

*The scientific community discovers a model illustration, that puts in interaction the -oretical, technical and clinical elements.*

*When it is accepted, the whole makes an acceptable model which scientists try to find it in one 's own work. Accepting a model doesn't mean the rejection of another. Pluralism of models exists, and when these collide a factor of agreement and disagreement is present.*

*In clinical work doesn't exist a decisive experience to establish a hypothesis truth or falsity. A theory success is supported by its practical heuristic value. Theories develop by induction. Some experiments are made into the paradigm frame, while others don't fit with this one, so it is replaced, with one that has less explicative value. This one will be the new theory frame for the scientific development. This happens inside the clinical research. Clinic is the territory in which the hypothetic constructions that made our paradigms are confronted. Observation quality become a test of the -ory verification. The clinician has an active rol in research, in order to individualise the observable facts. An operator definition implies drawing the procedure and the research object. Inside this frame, the author highlights that nowadays we lack enough sensitive scales to categorize some clinical facts. In order to value hypothet -ical constructions, the author presents two criteria: theory explicative power and capacity to discover new realms of ignorance.*

**Los psicoanalistas reivindican la legitimidad de una ciencia de la subjetividad. Les**



cuesta abandonar el malentendido entre su legítima reivindicación de un pensamiento científico y el debate con las ciencias de la naturaleza. En la medida que los conocimientos que el psicoanálisis ha aportado a la vida del espíritu deben inscribirse en un pensamiento interdisciplinario, los psicoanalistas deben plegarse a las exigencias de la racionalidad de las ciencias de la naturaleza. Su práctica clínica puede ser evaluada y comparada con los resultados de otras prácticas.

Pero esta misma práctica se inscribe en una lógica de la intersubjetividad que tiene en cuenta métodos científicos de naturaleza diferente. La evolución de nuestra comprensión de los hallazgos psicoanalíticos durante los últimos cincuenta años ha estado marcada por la creciente consideración de la intersubjetividad. El término intersubjetividad se presta actualmente a confusión. Los psicoanalistas están lejos de entenderse sobre su uso. Aquí lo empleo en su sentido más amplio, es decir, no sólo como la forma en que un espíritu humano se dirige a otro espíritu, sino también como la forma en que ambos entran en un proceso de resonancia y de participación en un pensamiento común. La idea de un método científico de observación está prácticamente abandonada, en provecho de una práctica de escucha y de diálogo que toma en cuenta lo que se produce más allá de los enunciados conscientes. Por lo tanto, se acentuó la distancia entre la práctica y lo que sería un desarrollo científico. Los psicoanalistas continúan debatiendo para saber si “su” ciencia es compatible con las otras ciencias naturalistas del espíritu, en tanto que el problema que se plantea realmente es el de las relaciones de su ciencia con su práctica. Recuerdo aquí la fórmula propuesta por Lacan en 1955: “[El análisis] lejos de estar aislado, ni siquiera aislable, encuentra su lugar en el centro de un vasto movimiento conceptual que en nuestra época, al reestructurar tantas ciencias impropriamente llamadas ‘sociales’, al cambiar y reencontrar el sentido de ciertas secciones de la ciencia exacta por excelencia, la matemática, al restaurar las bases de una ciencia de la acción humana, en tanto ella se funda sobre la conjetura, reclasifica bajo el nombre de ciencias humanas el cuerpo de las ciencias de la intersubjetividad”. El propósito es doble: inscribir al psicoanálisis en el marco de las ciencias de las prácticas de la intersubjetividad y proponer la referencia a modelos formales surgidos de la matemática. Considero que todos los psicoanalistas deberían reencontrarse en el primer término del programa, sin por eso acordar con el segundo.

Como toda práctica de la acción humana, el método en general (el psicoanálisis) y los métodos particulares que caracterizan lo que se ha convenido en llamar las diferentes escuelas, reposan sobre un trípode operativo. Este constituye un modelo que articula una teoría, una técnica y un conjunto de objetos de conocimiento (en esta circunstancia, una clínica). Teoría, técnica y clínica son inseparables. De este modo, el psicoanálisis en general está fundado sobre la teoría del inconsciente, propone el estudio por medio de la técnica de la asociación libre de pensamientos y puede describir tanto el proceso de la cura como la psicopatología de las neurosis. Para la interpretación de los sueños, primeramente Freud propuso una técnica, la asociación



de pensamientos, que permitió dar un sentido al sueño y explicar su función. Más frecuentemente, las escuelas han propuesto técnicas de interpretación que permitieron establecer miradas clínicas diferentes y modelos teóricos.

De esta manera, a medida que se desarrollaban modelos distintos (y esto ya es así en la evolución del pensamiento de Freud mismo), el método aparecía como un conjunto de modelos más o menos ajustados. El pluralismo actual es un pluralismo tanto de teorías como de técnicas y grillas de lecturas clínicas. Estos modelos se han agregado unos a otros, a pesar de lo que pretendían los numerosos promotores y adeptos, que tomaban a veces en ciertos lugares una posición predominante, casi de monopolio, pero sin hacer caducar nunca el modelo precedente.

La naturaleza científica del psicoanálisis resulta de los conocimientos generales surgidos de las prácticas individuales, pero estos conocimientos no son ni hechos objetivos, ni realidades empíricas que pueden ser observadas, ni leyes que expresan la regularidad de los encadenamientos causales. Por lo tanto, no tienen que ver con el campo de las ciencias de la naturaleza, contrariamente a los deseos de Grünbaum. Estos conocimientos tienen que ver con una lógica del descubrimiento. Los modelos son comparables a los relevamientos topográficos, a las cartas geográficas, construidas a partir de las descripciones del terreno explorado. Aquellos que contribuyen al desarrollo científico del psicoanálisis proceden a la manera de los exploradores que recorren territorios nuevos, o más frecuentemente que vuelven a visitar tierras ya exploradas, para realizar un conocimiento del terreno y modificar ciertos relevamientos precedentes, juzgados inexactos o demasiado imprecisos. Hasta el presente, lo que marcó los desarrollos del psicoanálisis ha sido el afinamiento y la complejización de estos modelos.

Este tipo de proceso evidentemente está más comprometido con la crítica popperiana. Por cierto, las prácticas evolucionan en función de sus efectos; el psicoanalista, así como el político o el educador, adapta su métodos a los datos de lo real. Pero esto último es la suma de un conjunto finito de experiencias individuales, casos clínicos, situación histórica o logro escolar. La generalización estadística reposa sobre una reducción que libera una variable dependiente (una mejoría sintomática, un efecto económico o un nivel de rendimiento), un indicador entre otros. Respetar la complejidad sigue siendo el principio de toda acción. Esta sólo puede ser conjetural. Y sin embargo, los métodos evolucionan en los tres niveles considerados: la teoría, la técnica y la clínica. Y no es razonable sostener la idea de que esta evolución sólo es cuestión de opiniones y de moda. Por lo tanto, abogar en favor de la científicidad de la evolución clínica psicoanalítica toma entonces un sentido preciso: el de definir criterios de refutabilidad propia. Para el psicoanálisis se trata, como para las ciencias vecinas de la complejidad y de la acción, de precisar nuevas reglas de refutabilidad.

Partamos del principio de que en este campo el método no puede ser validado por sus



efectos en lo real. ¿Es posible, pues, para hacer esto, dirigirse a la teoría, a la técnica o a la clínica? ¿Sobre qué criterios fundar una validación apoyada en lo real? Adelantaré la idea de que, si debemos renunciar a valores de adecuación a lo real (valores de verdad), nos es necesario recurrir a valores de objetividad, es decir, al hecho de que los practicantes, colectivamente, se reconocen en el empleo de métodos y modelos comunes.

Lo que en psiquiatría nosotros llamamos comunicación de un caso clínico, como en todo el campo de la medicina, se presenta bajo la forma de una observación que pretende el máximo de objetividad, en el sentido de que cualquier otro observador notaría los mismos hechos que se relatan. En este sentido, la observación clínica apela a un método muy general de las ciencias de la naturaleza, método descriptivo que en este campo se opone a la experimentación.

Relatar acontecimientos observados durante el transcurso de un tratamiento psicoanalítico obedece a una lógica totalmente diferente. El clínico informa lo que ha escuchado, y lo que implícita o explícitamente ha inferido de lo que ha sido dicho. Nada es más “subjetivo” que el relato de una sesión o de un fragmento de sesión en psicoterapia. El objeto que está sometido a la atención de un tercero no es el paciente sino el terapeuta mismo en lo que ha entendido de la situación. Lo objetivo es el texto de la observación, y a través de esto el acto por el cual los dos protagonistas han producido sentido, sentido del cual solamente contamos con la versión del terapeuta.

El objetivo de la comunicación psicoanalítica es proponer a la atención de un tercero un elemento de referencia que puede ser un elemento teórico, técnico o clínico. A título de ejemplo, mencionemos el concepto de apego como teoría nueva, la interpretación simbólica del sueño como discusión técnica o la descripción del narcisismo patológico como “nueva” clínica. Con toda seguridad, en la mayoría de las comunicaciones psicoanalíticas los elementos propuestos son mucho más modestos, verdaderamente ya introducidos en la literatura especializada.

Lo que el tercero, o la comunidad descubre, es la ilustración de un modelo que pone en interacción uno o varios datos teóricos, un desarrollo o un marco técnico y uno o varios datos clínicos. El modelo inicial en la obra de Freud está ilustrado en **La interpretación de los sueños** a través del mensaje implícito siguiente: si usted trata el relato del sueño por medio del método de la libre asociación de pensamientos, descubrirá el sentido latente de los sueños. La interpretación del sueño llamado de “la inyección de Irma” constituye el “caso” sometido al juicio de terceros.

Estos por lo tanto aprehenden un texto al que se trata no de interpretar, sino de hacer jugar dentro de su modo habitual de pensamiento. La respuesta de estos puede ser negativa, porque la innovación clínica les parece nula, sea porque la técnica es inaceptable, sea porque la teoría es inconciliable con el marco reconocido. Cuando la



respuesta es favorable, el conjunto es reconocido como un modelo aceptable al que se tratará de reencontrar en la práctica de cada uno.

La aceptación de un modelo no es para nada la refutación de otro. Constituye un juicio de existencia: hay por lo menos un caso para el que este modelo es válido, aún cuando es posible describir este caso bajo uno u otros modelos (Edelson). El pluralismo de los modelos que se ha materializado por lo que se dio en llamar querellas de escuelas es un factor de progreso. Este último resulta de la confrontación de modelos nuevos.

De este modo se constituye un diccionario conceptual común que se refiere a una realidad objetiva. Esta última no resulta de una relación con un real absoluto sino con la constancia con la que los conceptos identificados de esta manera y los campos de inclusión son reconocidos por terceros. Nadie ha “testado” jamás la existencia de la angustia de castración o la de la identificación proyectiva, pero una cierta comunidad de clínicos tiene la experiencia de un campo de la práctica donde estos conceptos se refieren a formas de pensamiento identificadas por todos.

Lo objetivo es el acuerdo de los clínicos para reconocer la pertinencia de un cierto modelo en referencia a una cierta clínica. Esta objetividad refleja a la vez un consenso y sus divergencias. Si el consenso fuese total, el riesgo sería ver a la comunidad de juicio volverse vacía, como un dogma o una cerrazón sectaria. El debate clínico prueba de esta forma la inanidad de un consenso total. El reconocimiento de las diferencias valida, por cierto, la utilidad de un consenso de base (“*Nosotros debatimos a partir de una experiencia común*”) pero es necesario “trabajar” lo inevitable de las insuficiencias en las afirmaciones planteadas.

Como ya lo hemos dicho, este juego entre consensos y diversidades de los modelos no es específico del psicoanálisis. Encontramos este tipo de proceso en el conjunto de las llamadas ciencias humanas. Las ciencias de las prácticas humanas obedecen a las mismas reglas. Por cierto, merecen la crítica que les ha dirigido K. Popper, pero esto no significa que ellas estén privadas de toda racionalidad. Esta pasa por un movimiento dialéctico entre la identificación del consenso y la de las diferencias que alimentan el debate alrededor de la práctica.

Pero, en otro nivel, el problema planteado aquí no deja de tener interés para la psiquiatría en general. La lógica de la presentación clínica obedece a dos reglas diferentes; una es objetivante, reúne el estudio naturalista de los hechos, y la otra está comprometida en una cierta intersubjetividad. La primera se inscribe en la lógica médica, la segunda se desprende de ella y se inscribe en el debate permanente entre los modelos en el campo de la intersubjetividad. También hay que tener en cuenta el hecho de que la práctica psicoanalítica se inscribe, en gran medida, en el campo de la salud mental, y que desde este punto de vista ofrece a los marcos metodológicos de la psiquiatría una apertura a la intersubjetividad que implica una



idea de cientificidad diferente a la de las ciencias naturalistas refutables.

Debemos reconocer que en clínica no existe una experiencia crucial que nos permita establecer la verdad o la falsedad de una hipótesis. Cada construcción teórica explica una parte de los hechos observables. El éxito de una hipótesis no se basa en la demostración de una prueba sino en un progresivo proceso de persuasión. El éxito de una teoría se sustenta en su valor heurístico para la práctica. Las teorías se desarrollan por un razonamiento inductivo. Por supuesto que este modo de legitimización científica corre el riesgo de provocar escepticismo entre los practicantes de las ciencias exactas. ¿El consenso de los clínicos no es un efecto de la moda, un reflejo de las prácticas o de las ideologías? Estas críticas están parcialmente justificadas, pero Kuhn ha mostrado adecuadamente que un proceso similar se encuentra en todas las ciencias. Una hipótesis particularmente heurística se mantiene en la medida en que un gran número de observaciones empíricas son conciliables con ella. Ciertas experiencias son realizadas en el marco de este paradigma, y luego un cierto número de hechos aparecen inconciliables con éste. Es entonces que se propone un nuevo paradigma, que implica un mayor valor explicativo y constituye a su vez el marco teórico en el cual se inscribirá el desarrollo científico. Este es el modelo que encontramos en la investigación clínica. Los clínicos trabajan dentro de un cierto paradigma, por ejemplo, la teoría freudiana de las neurosis, o la del dualismo “depresión endógena versus depresión reactiva”. Luego aparecen ciertos datos que son incompatibles con este marco teórico; entonces se propone un nuevo marco, una disyunción radical entre conversión somática y estado ansioso y fóbico-obsesivo, o por el contrario la unicidad del marco de las depresiones. Esto no quiere decir que la teoría precedente sea falsa, sino que se considera, con razón o sin ella, que tiene un alcance explicativo menor que la nueva.

De este modo la clínica, tanto en el plano semiológico como por todos los sistemas de clasificación que utiliza, es el terreno de experiencia en el que se confrontan las construcciones hipotéticas que constituyen nuestros paradigmas. Hablar de ansiedad o de agresividad es trabajar en el marco de uno de estos paradigmas.

Pero darle a la práctica clínica este valor de verificación frente a las teorías no nos dispensa de interrogarnos sobre los criterios de validez de la observación clínica, en tanto modo de verificación de una hipótesis. ¿Cuáles son las condiciones que debe cumplir la investigación clínica para pretender validar o invalidar la utilidad de una nueva construcción teórica?

La idea que yo quisiera defender aquí es que la *cualidad de la observación* constituye un test de verificación de las teorías. Ya no estamos en la época en que toda descripción detallada de rasgos observables constituía una prueba. La idea de que la actividad mental del clínico consiste en recoger, de manera neutra y pasiva, un máximo de informaciones sobre las acciones del enfermo para justificar una hipótesis, ya no es aceptable.



Precisar en qué medida la investigación clínica es un instrumento científico de verificación, es ante todo definir mejor la lógica a la que obedece esta investigación. Considero que se deben subrayar dos elementos. El primero es el rol activo del clínico para individualizar el hecho observable. Por cierto, el delirante puede exponernos bruscamente el objeto de su delirio, o el narcisista la amplitud de su megalomanía, pero una investigación clínica correcta necesita que el práctico vaya al encuentro del rasgo. Detrás de la queja banal, es necesario hacer surgir el tema delirante o la infatuación narcisista, es necesario estar dispuesto a revelar los síntomas. Por lo tanto, se puede explicitar el procedimiento del que dispone el clínico: cómo hacer que se exprese la parte delirante o narcisista de la actividad mental del paciente.

El segundo elemento es la definición del *procedimiento*. Freud nos ha dado un ejemplo a propósito del sueño; el primer capítulo de *La interpretación de los sueños* define este procedimiento: descomponer el sueño en elementos separados, observar las asociaciones de pensamiento para cada elemento, reencontrar los hilos conductores de un elemento al otro y construir de esta manera, a título hipotético, uno o más temas del contenido latente. Es gracias a este procedimiento que se descubrirán el sentido y los procesos del sueño. Por ejemplo, la identificación está definida bajo la forma de un precepto operatorio: “Cuando se encuentra en un sueño la representación de un hecho que es común a dos personas, esto indica habitualmente que es necesario buscar otra cosa que es común a los dos y que permanece escondida porque la censura ha hecho que la representación sea imposible”. Freud, en su obra, utiliza frecuentemente este tipo de argumentos.

La ciencia, dice Jean Ullmo, no se contenta con informar acerca de observaciones: “Ella muestra aquello de lo que habla ... Es necesario transmitir a otro un procedimiento regular para que pueda reencontrar, por sus propios medios, aquello de lo que se trata”. De este modo, una definición operatoria es una definición que implica “la descripción de un procedimiento regular para señalar, medir, más generalmente alcanzar e identificar el concepto definido”. En la clínica por lo menos (pero seguramente en numerosos desarrollos científicos), una definición operatoria de este tipo supone que uno precisa a la vez el procedimiento de investigación y el objeto cuya presencia o ausencia implica este procedimiento. En términos lógicos, definiciones de procedimiento y declarativas son complementarias. Es necesario a la vez precisar de qué manera se investiga un hecho clínico y aquello que debe ser el objeto de esta investigación. La clínica, para acceder a ser más rigurosa y para testear mejor las hipótesis teóricas de las que se nutre, deberá estar más atenta a estas dos definiciones.

Con el objeto de apreciar la cualidad de estas definiciones, encontramos primeramente los criterios que se aplican desde hace tiempo para la validación de los tests psicométricos. Fidelidad, sensibilidad y validez se aplican tanto al desarrollo clínico en general como a la evaluación de un test. Por ejemplo, las descripciones confusas de los estados límites hacen muy difícil el consenso de los clínicos. La multi-



plicidad de los criterios, las contradicciones, la dificultad de construir escalas de evaluación muestran, a mi entender, que el concepto de estado límite, tal como lo utilizamos, no responde a un buen criterio de fidelidad. Por otra parte, esto tiene que ver con el hecho de que este concepto es sustentado por teorías explicativas divergentes. Del mismo modo, es importante que un concepto clínico no pueda aplicarse a cualquier situación. Conceptos tan de moda como los de “falso self” u “objeto transicional” pueden aplicarse a situaciones clínicas tan diversas que pierden mucho de su valor operatorio. Es difícil decir actualmente si disponemos de herramientas conceptuales suficientemente sensibles para clasificar los problemas productivos o deficitarios de los estados esquizofrénicos. Las escalas propuestas actualmente a este efecto tal vez no adquirieron todavía una sensibilidad suficiente. Es probable que suceda lo mismo con la oposición entre ataques de pánico y ansiedad generalizada, a pesar del éxito de esta diferenciación en la literatura actual sobre la ansiedad.

En cuanto a la validez de las construcciones hipotéticas definidas de este modo, recordemos que no puede fundarse enteramente ni sobre la prueba ni sobre la refutabilidad. Retendremos aquí dos criterios: el primero, al que ya nos hemos referido, concierne al *poder explicativo* de la teoría y a la extensión de los hechos y de las correlaciones que ella se propone explicar. Debemos sustituir una hipótesis por otra sólo a condición de poder mostrar con ella un mayor poder explicativo. Un segundo criterio me parece esencial, y que puede parecer el inverso del precedente: la capacidad de una teoría para hacernos descubrir nuevos enigmas, nuevos campos de ignorancia. Con frecuencia, los proyectos de investigación clínica pecan menos por las imprecisiones metodológicas que por la imprecisión que rodea la formulación misma del problema planteado.

De este modo, la investigación clínica progresa por un proceso dialéctico que va de la construcción hipotética a la definición operatoria de los modos de verificación. Es lamentable que los científicos de las disciplinas vecinas, en particular los neurobiologistas, no reconozcan siempre la importancia de estas precauciones metodológicas.

**Descriptores:**

refutación / investigación clínica / objetividad / método inductivo.

refutation / clinical research / objectivity / induction.

**Bibliografía**

- Edelson, M. (1984), *Hypothesis and Evidence in Psychoanalysis*. Chicago, University of Chicago Press.

- Grünbaum, A. (1996), *Les fondements de la psychanalyse*. Trad. fr. J.C. Dumoncel. Paris, Presses Universitaires de France.



- Kuhn, T.S. (1972), *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion.
- Lacan, J. (1966), “Variantes de la cure type”. In *Ecrits*. Paris, Seuil.
- Popper, K.R.(1978), *La logique de la découverte scientifique*, trad. franç. N. Thyssen-Rutten et P. Devaux, Paris, Payot.
- Ullmo, J. (1969) *La pensée scientifique moderne*, Paris, Flammarion.
- Widlöcher, D. (1995), “Un cas n’est pas un fait”. In *L’Inactuel*, Paris, Calmann-Levy.

**Primera versión: 13 de marzo de 2001**

**Aprobado: 30 de mayo de 2001**