

¿HACIA UNA CLINICA DE LA SINGULARIDAD?

DR. BENZION WINOGRAD

Si nos asomamos un tanto panorámicamente a los debates y discusiones en diferentes ámbitos grupales e institucionales en lo que llamamos “nuestros tiempos”, creo que puede inferirse un notorio interés compartido con el título de la actual revista. Me refiero al examen de las múltiples temáticas y problemáticas inherentes al campo clínico que los psicoanalistas enfocamos tanto en nuestro quehacer cotidiano como en nuestras reflexiones al respecto. Este marcadísimo interés expresable en discusiones en múltiples ámbitos tanto los de las asociaciones psicoanalíticas de distinto tipo como en instituciones también diferentes pueden, en mi criterio, presentar algunas causas u orígenes conceptualizables por supuesto sin pretender grados de precisión exacta. Podría pensarse en dos perspectivas valorativamente diferentes, desde un sector que podríamos llamar más problematizador surge la impresión de que lo que se llama “clínica psicoanalítica” presenta un grado de complejidad y heterogeneidad que ya el término en singular parece insuficiente o inadecuado. Este tipo de complejidad puede respaldarse en causas variadas que muy esquemáticamente intentaré enumerar: por un lado la discusión permanentemente renovada que podría ilustrarse con el debate entre dos colegas de campos geográfico culturales distintos como André Green y Robert Walerstein acerca de grado y de desacuerdos en el campo psicoanalítico e intentos de articulación o discriminación. Este debate ha mostrado un desacuerdo notorio, pues mientras uno de los participantes (Walerstein) sostenía que los desacuerdos estaban básicamente ubicados en el campo teórico meta psicológico o sea en los de niveles de explicación más global, en cambio acercándose a las experiencias clínicas los acuerdos eran mucho más posibles, en el caso de André Green se sostenía exactamente lo contrario aceptando la existencia de desacuerdos notorios en distintos grupos en el campo teórico explicativo sostenía que de ninguna manera en el acercamiento de la experiencia clínica tal desacuerdo se podía atenuar. Sin pretender tomar posición en esta polémica, aunque no puedo dejar de señalar que mi postura esta bastante más cerca de la de Green (con una serie de reconsideraciones y conceptualizaciones a realizar que por necesidad de síntesis y limitaciones espaciales no concretaré), sí cabe señalar la vigencia de este debate que si bien no es nuevo en el campo analítico pienso que mantiene un valor en cuanto a significación interesante. O sea que el problema de distintas posturas en los campos tanto teórico como clínico mas allá de la diferencia en este último caso, estaría fuertemente entroncada a la cantidad de léxicos que han aparecido en el campo psicoanalítico debido a la existencia de distintos grupos o escuelas, cada una con una identidad peculiar cuyos nexos, acuerdos o diferencias entre sí a veces son difíciles de establecer y que plantean también la cuestión de la existencia de una disciplina con distintos acentos o ya de la dificultad de sostener tal unidad, aunque en este caso también mi postura está más cercana a la primera posición. Una segunda cuestión que complejiza o problematiza el campo clínico y que en mi opinión tiene muchísimo más consenso entre colegas de posturas y escuelas muy diferentes, alude a la extensión de campos problemáticos de los cuales se ocupan los psicoanalistas y que de algún modo se instalan en su práctica tanto institucional como privada, me refiero a la extensión o a las variantes diferentes del modelo básico de neurosis en cuanto a las múltiples perspectivas clínico psicopatológicas que hallamos en el campo de nuestras tareas prácticas, en consultorios privados o ámbitos institucionales. Como señalaba antes,

en este contexto creo que podemos encontrar acuerdos en autores de líneas muy diferentes, podría ejemplificarse con el ya mencionado André Green quien lo sostiene taxativamente en su libro “Ideas para un psicoanálisis contemporáneo” lo mismo que en autores anglosajones y latinoamericanos que señalan que la aparición de problemáticas clínicas mucho más complejas que las que de algún modo son delimitadas por el modelo de las neurosis (paradigma de la base de la técnica freudiana) como pueden ser Jiménez y Bleichmar en el ámbito latinoamericano o Westen y Gabbard en los autores anglosajones, citados solamente para una mínima ejemplificación.

Una vez descritos esos dos factores, surgen algunos interrogantes inmediatamente consecuentes a los mismos que también están presentes en esos múltiples debates pero entiendo que es necesario explicitarlos. Para seguir el campo reflexivo de esta comunicación, me referiré al interrogante si los distintos léxicos, escuelas o esquemas referenciales generan distintas prácticas clínicas congruentes con los mismos, interrogante difícil de responder categóricamente pero que entiendo que puede sostenerse que parcialmente deben existir diferencias pues en el campo psicoanalítico las distintas teorías de nivel más abarcativo están articuladas con teorías más cercanas al campo de la experiencia clínica (como las de la transferencia o de la contra transferencia) o las distintas modalidades de concebir los abordajes formulativos o interpretativos.

Lo mismo cabe señalar referente al problema de las variantes problemáticas en el campo clínico psicopatológico, o sea que sin entrar en la discusión de si ha habido cambio de patología entre la época de Freud y nuestra contemporaneidad, creo que puede sostenerse que el método psicoanalítico llámese clásico o habitual o cualquier sinónimo que quiera referir al método psicoanalítico, estaba basado en la comprensión psicopatológica de las problemáticas neuróticas y su articulación con las mencionadas teorías más cercanas a la experiencia clínica. En la medida que el campo de la práctica clínica va siendo transitado por personas con sufrimientos mucho más variados que los que corresponden al nudo conceptual fundamental de la neurosis, hallables en combinatorias variadas llámese fronterizos, psicósomáticos, depresiones severas o problemáticas impulsivas o adictivas de distinto tipo, lo cierto es que tales cuestiones están absolutamente presentes en el campo del operador psicoanalítico de nuestros tiempos. Por supuesto cabe el interrogante de ¿hasta qué punto los parámetros del método psicoanalítico habitual se pueden articular con tal problemática o necesitan variar en alguno de sus alcances o eventualmente agregar otros modos de abordaje ante tales complejidades clínicas? Se trata de una pregunta que dejo absolutamente abierta porque mi posición personal es que los parámetros que de algún modo delimitan el método clínico (reglas básicas de asociación libre, atención flotante, teorías acerca del encuadre y dispositivo, articulaciones teórico clínicas como las teorías sobre resistencia, regresión, transferencia y contra transferencia, teorías sobre cambios u objetivo terapéutico y las teorías sobre el instrumento interpretación y variantes de las intervenciones) que podríamos llamar por un intento mínimo de un acuerdo semántico, “clásico, tradicional o habitual”, pero cuya especificidad necesita de una permanente reformulación en las distintas combinatorias de las personas con quienes enfrentamos la tarea clínica. Lo que sí creo que es sostenible y posibilitador de cierto consenso es que tales problemáticas requieren una reformulación de las distintas categorías del método asumiendo lo señalado en el apartado anterior que también dependerán del léxico, escuela o sistema referencial de cada operador en dicho campo.

Pero la complejización en el sentido problemático que estoy mencionando también presenta otras situaciones que contribuyen a tal problematización, me refiero a los cambios culturales que de algún modo inciden en los códigos, en el tipo de sufrimientos de las personas en nuestra contemporaneidad llámese catástrofes políticas, genocidios, terrorismos, grandes crisis económicas y también los cambios que suponen el haber variado algunos de los paradigmas culturales de otro siglo como puede ser la familia tradicional por un lado, y los lazos vinculares intergeneracionales por el otro que de algún modo presentan variantes a las cuales no intentaré ubicar valorativamente pero sí diagnosticar su existencia inferible de múltiples publicaciones también en distintos ámbitos institucionales y no necesariamente los que singularmente cada uno de nosotros recorremos.

Señalaba anteriormente que estas cuestiones que estoy examinando y mencionando han modificado lo que pudo haber sido un sistema referencial más ordenado de las problemáticas clínicas psicoanalíticas en los comienzos, en las épocas de Freud y sus contemporáneos y también en sus desarrollos ulteriores. Cabe también agregar a esta complejización y problematización y coherente con ella, la existencia de muchas variantes en el campo de los abordajes, las llamadas psicoterapias cuya relación con el modelo psicoanalítico puede ser de complementación pero también de diferenciación y muchas veces de contradicción o desacuerdo en alguno de los parámetros básicos del método, o sea que podría sostenerse la existencia de psicoterapias complementarias, psicoterapias o abordajes conceptuales diferentes y también de algunos antagónicos a las posturas básicas del psicoanálisis.

En este contexto creo que estos niveles de problemas, diversidad de léxicos, complejizaciones de sufrimientos y síntomas, variantes de códigos vinculados a problemas socio culturales y existencia de una serie extensa de modos y abordajes psicoterapéuticos, generarían lo que llamé el ámbito problemático o complicante, si lo queremos llamar así o complejizante, del campo clínico y que motivaría el interés de los debates para tratar a partir de categorizar dichas complejizaciones, encontrar cuáles son los consensos posibles, cuáles son las variantes más operativas, cuáles el status de las experiencias clínicas en nuestros tiempos actuales. Pero también señalaba que al lado de este polo de problematizaciones podríamos hallar diferente y complementariamente que tal re-examen permanente e interés en múltiples ámbitos también supone una cierta posibilidad de transformación y productividad, implicando que a partir de las complejizaciones clínicas pueden surgir nuevos caminos de transformación terapéutica, nuevas alternativas para tal productividad lo cual hace que la clínica se transforme para muchos grupos (no puedo sostener unanimidades en ese sentido) en un interesantísimo campo de inferencia, reflexión y reformulación incluso de las teorías de un nivel más general o más abstracto. En ese sentido no se trata de fórmulas generalizadores y reduccionistas como por ejemplo “sólo en la clínica van a estar nuestras verdades” u otras por un cierto desacuerdo con las formulaciones absolutistas de este y otro tipo, pero sí sostener conjeturalmente que efectivamente el poder formular reflexiones e inferencias más cercanas a lo experiencial clínico puede –probabilísticamente- permitirnos por un lado refuerzos de las distintas posturas teóricas que entendemos congruente con la misma, por otro lado intentar ciertos diálogos o conexiones entre distintos campos que pueden divergir teóricamente y no

necesariamente concordar clínicamente –tema de la discusión Green-Walerstein- sino reflexionar sobre algunas zonas de contacto posible y de redefiniciones operacionales que a cada grupo le puedan permitir un mayor énfasis de algunos modelos sobre otros.

Trataré dentro de las limitaciones espaciales de precisar un poco más estas últimas reflexiones que creo que constituyen el eje de la propuesta de esta comunicación. Lo que se está sosteniendo insisto no es que las complejidades clínicas nos van a permitir unificar modelos conceptuales o sistemas teóricos de un mayor nivel de explicación. Se está planteando que –como hipótesis- es posible que por la extensa variedad de recursos comprensivos y formulativos que cada psicoanalista necesita encontrar en su ámbito de tareas, muchas veces lo que se juega en la misma no son las pertenencias o las teorías más globales. Hay una serie de estudios que de algún modo intentan mostrar que muchas veces clínicos provenientes de distintos grupos o escuelas se ven en la necesidad de instrumentar abordajes que no corresponden a la propia sino a otros campos, incluso fuera del psicoanálisis como podría ser el del modelo cognitivo conductual. Esta cuestión creo que puede darle un cierto aval a la postura de Pichon Rivière cuando señalaba en cada practicante de nuestra disciplina la existencia de un esquema conceptual, referencial y operativo (ECRO) cuyos ingredientes no eran solamente las teorías asumidas o aquellas de su formación más global tipo “escuela” o “esquemas de referencia” sino que múltiples experiencias existenciales y que podrían constituir como sistemas conceptuales mucho más cercanos a lo artesanal o a la cocina del intercambio clínico, podrían estar presentes en el abordaje. De manera que tal alternativa podría implicar que en el estudio de los materiales clínicos con operadores de distintas escuelas lo cual se está intentando en varios congresos y que de ningún modo resulta sencillo ni transparente, pero que permite a veces encontrar ciertos acuerdos que provenían de abordajes espontáneos y que podrían permitir construir algunos sistemas conceptuales más cercanos a lo experiencial y en donde las teorías de nivel más general pudieran articularse y mostrar algún tipo de soformismo entre ellas o podrían discriminarse y surgir la ventaja de algunas sobre otras. Queda absolutamente claro que tal postura puede tener algunos ingredientes de utopía idealizadora, no descartables, pero lo que estaba sosteniendo que puede representar una posibilidad donde la diversidad clínica y sus complejidades tengan algún camino de estudio de discusión y de intercambios posibles.

En este contexto también tiene que quedar claro un supuesto asumido que también lo hallo consensualizable con posturas de colegas incluso de campos muy diferentes en sus fundamentos teóricos y creo que constituye uno de los polos que yo llamaba de una mayor valorización de las complejidades y dificultades clínicas actuales. Me refiero a una convicción cada vez más acentuada de la inconveniencia de los diagnósticos y las nosografías tipo “cuadro clínico” aplicables a las personas a tratar. En este contexto la hipótesis que la clínica psicoanalítica actual es una clínica de la singularidad y que el abordaje congruente debería justamente basarse en hipótesis correlativas a saber que cada proceso terapéutico necesita su estrategia propia sin excluir las grandes líneas conceptuales que caracterizan a la disciplina. Lo que algunos colegas han llamado modelos “de medida” y no “de confección”, creo que constituye un interesante aporte de la clínica actual para un desarrollo productivo y transformacional y que en la necesidad de la singularidad clínica puede haber un consenso entre practicantes de grupos referenciales diferentes. Pero cabe sostener que si coincidimos en que esto que llamo “clínica de la

singularidad” constituye uno de los polos interesantes de esta difícil complejización de las experiencias clínicas psicoanalíticas también cabe insistir en que no se trata de un enunciado suficiente en sí mismo pues podría tener una apariencia de una especie de propuesta excesivamente generalizadora, utópica o absolutista que es lo que justamente estábamos intentando cuestionar en esta comunicación. Si queremos hablar o si pensamos que tal clínica de la singularidad puede resultar una vertiente productiva de nuestro campo tan complicado, complejo y variado necesitaríamos encuadrarla en una serie de parámetros que implicaran una propuesta de una serie de contenidos no reducibles solamente a un enunciado global que simplemente pretende sintetizar lo que pueden ser muy diferentes vías para el alcance de tal alternativa, alguna de las cuales voy a mencionar para concluir esta comunicación y sin las cuales, como decía antes, la propuesta sería excesivamente esquemática y declarativa.

O sea que cabe insistir que este modelo conceptual llamado “clínica de la singularidad” no pretende ni resolver todas las complejidades del campo clínico ni instituirse en paradigma universal tipo “solución única”. Sí se intenta armar alternativas que conceptualicen las múltiples variantes de clínicas psicoanalíticas y permitan nuevos desarrollos productivos en este sector del campo disciplinario.

Intentaré, sosteniendo el planteo anterior, de simplemente intentar ubicar la propuesta en un contexto conceptual que imprescindiblemente debería delimitarla y articularla. En primer lugar serán mencionados aspectos que de alguna manera son interferentes o dificultan la construcción de un modelo de “clínica de la singularidad”.

- 1) Taxativamente como ya fue mencionado en esta comunicación resultan incompatibles las concepciones que unifican sujeto y estructura psicopatológica, o sea que el modelo de la singularidad parte de un supuesto (naturalmente discutible), de que cada sujeto en el campo clínico es muy imposible reducirlo a un solo funcionamiento estructural psicopatológico, es decir que el modelo que se puede llamar “el obsesivo”, “la histérica” o “el psicópata” no solamente son cuestionables éticamente sino que desde el punto de vista instrumental operacional resultan absolutamente inadecuados. Por lo menos en la experiencia de muchos colegas las personas que tratamos presentan mucho más de una modalidad o un sistema estructural psicopatológico único, lo que observamos son combinatorias y que por supuesto puede haber predominios de algunas que pueden implicar un abordaje coherente consecuente. En este contexto cabe reiterar la poca utilidad diagnóstica de los sistemas tipo DSM4 para el campo del psicoanálisis. No se cuestiona que puedan tener algún tipo de aporte en espacios de asistencia institucional donde a veces se necesitan diagnósticos muy rápidos para decisiones muy urgentes sobre todo en situaciones de mucha gravedad psicopatológica. Pero en la tarea del psicoanalista, el DSM4 es incompatible por: 1) sistematizar “cuadros” mientras que el psicoanalista acentúa la importancia de las historias, de las estructuras relacionales, de los modos peculiares en que cada sujeto se conecta consigo mismo y con los otros, indicios que de alguna manera no pueden remitir a sistemas fijos –posición que ya señalaran colegas argentinos como Bleger, Liberman y mucho más las generaciones más actuales; 2) cabe sostener que en el campo de la clínica y el método psicoanalítico se presentan algunas veces unos mitos que tampoco

resultan adecuados para la concepción que estamos proponiendo. Me estoy refiriendo a que muchas veces en las discusiones clínicas o en las evaluaciones del material surgen conceptualizaciones que llamaría distintos tipos de mitos ejemplificando por: 1) el que sostiene que unos pocos elementos de la relación terapéutica que aparece en un protocolo puede definir las características del proceso, lo llamaría “mito” del reduccionismo generalizador; 2) cuando se trata de postular otra interpretación que muchas veces proviene de distintos enfoques teóricos en relación a la que se está exponiendo en el material y estas alternativas se sostiene que hubieran cambiado el destino de un proceso terapéutico, lo llamo el mito del cambio interpretativo; 3) se postula que la falta de consideración de tal o cual conflicto que en el arsenal psicoanalítico son variadísimos, marco el destino del proceso terapéutico, lo llamo el mito de las hipótesis ausentes; 4) cuando se sintetizan aspectos de los tres anteriores para definir un proceso que también parece difícil sostener pues que en la práctica del proceso analítico surgen tantas alternativas y tal variante de conflictos inferibles que, a este último que lo llamo mito de la completud del proceso, es otro de los sistemas que considero muy poco compatible con el diseño de un modelo de la singularidad de cada proceso terapéutico.

Al lado de estas concepciones que considero poco compatibles o contrastantes voy a plantear algunas conjeturas que entiendo pueden contribuir aunque no sean ni suficientes ni totales a la construcción del modelo propuesto:

- 1) Hipótesis y sistemas conceptuales que puedan estar más cercanos a la experiencia clínica y menos saturada de términos teóricos o meta psicológicos, objetivo nada sencillo, como se viene insistiendo en esta comunicación. Se trata de intentar acercarse o generar ideas que puedan contribuir al mismo.
 - a) Considerar la sesión como unidad de proceso: esa idea presente que en pioneros del psicoanálisis rioplatense como Enrique Pichon y David Liberman está siendo formulada en el libro que mencionamos antes de “ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo” de André Green. Entendemos que esta congruencia entre posturas de ámbitos tan diferentes que ni siquiera son explicitadas como coincidentes, permitirían darle una cierta fuerza a sus sistemas conceptuales subyacentes.
 - b) Junto al anterior sostener conceptos como en los del “proceso en espiral” del nombrado Pichon Rivière y del “campo dinámico” de los rioplatenses Willy y Made Baranger, también pueden permitir construir sistemas conceptuales que están más cerca de la experiencia ínter subjetiva y del diálogo asimétrico propio del campo analítico y de las teorías de mayor nivel de abstracción que pueden eventualmente articularse con vicisitudes del mismo pero que no saturan la explicación del acontecer clínico que recordemos es un acontecer de un intercambio entre dos sujetos mientras que en las teorías explicativas muchas veces abordan el funcionamiento de “un” sujeto aunque varias de ellas examinen el vínculo ínter subjetivo (como puede ser la teoría de la transferencia o las teorías sobre el desarrollo infantil o de narcisismo, etc). De todos modos sí cabe insistir que la experiencia clínica resulta un intercambio constante entre dos sujetos y sus expresiones discursivas lo cual le da un

matiz sumamente peculiar que en las nociones de proceso, campo dinámico, sesión como unidad, comunicación intersubjetiva de algún modo muestran una posibilidad abarcativa.

- c) Un modelo que entiendo sumamente interesante para la construcción que se está proponiendo es el de nuestro compatriota Hugo Bleichmar llamado “modular transformacional” que propone modificar la causalidad sintomática y conductual en psicoanálisis que parte de un sistema unideterminístico (como podía ser la teoría pulsional) por otros sistemas y estructuras que según el autor convendría no considerarlas supeditadas sino coexistiendo con la teoría pulsional que él llama modelo “narcisismo”, “apego”, “auto y hetero conservación”, “sensitivo sexual”, etc.
- d) Una concepción central en esta propuesta la constituye sostener que en cada proceso clínico son útiles y necesarios diseños de estrategias de abordaje que conecten las motivaciones o las combinatorias psicopatológicas de cada persona en “singular” con el abordaje que las teorías psicoanalíticas del campo clínico propongan. Es decir que el abordaje sea congruente con la problemática particular de este sujeto y para diseñar y articular esta congruencia el término “estrategia” perdería su connotación de manipuleo o conductismo, para ilustrar el modo en que cada clínico cree que le puede resultar adecuado conducir el proceso terapéutico peculiar o singular que está enfocando.

Concluyendo, se trata de algunas propuestas que como veníamos sosteniendo no son ni totales, suficientes o absolutas, sino susceptibles de nuevos aportes pero insistiendo y subrayando lo que decíamos de la necesidad de cuestionar fuertemente la identidad entre personas y estructuras psicopatológicas y proponer un diagnóstico psicoanalítico basado en las combinatorias de funcionamientos, estructuras, conflictos, historias y vínculos. También insistir en desdemonizar el término “estrategia” que va a ser fundamental justamente para acentuar el enroque singular de la problemática de cada sujeto y también resaltar en que el arsenal del abordaje psicoanalítico necesita extenderse a toda una serie de aportes que muestran la complejidad de los problemas con que se enfrenta el psicoanalista clínico en su campo de tareas actuales, complejidad que insistimos una vez más, así como es fuente de múltiples dificultades puede también serlo de una serie de oportunidades para nuevos desarrollos de la clínica y por supuesto articulado con ella las teorías que el psicoanálisis propone al conocimiento del psiquismo humano y sus distintas vicisitudes e interrelaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- BARANGER, Willy
Proceso en espiral y campo dinámico
Rev. Uruguaya de psicoanálisis N° 59, 1979
- BARANGER, M. y W y J. MOM
Proceso y no proceso en el trabajo analítico
Rev. de Psicoanálisis APA T. 39, N° 4, 1982
- H. TÖMA y H. KACHELE
Teoría y práctica del psicoanálisis
Ed. Herder (Barcelona) 1989
- M. y W. BARANGER
Problemas del campo psicoanalítico
Ed. Kargleman. B. Aires, 1969
- PAZ, J. Rafael
Cuestiones disputadas en la clínica y teoría psicoanalítica
Ed. Biebel – SAP, B. Aires, 2008
- LIBERMAN, David
Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico
Ed. Nueva Visión, B. Aires 1971
- ISSAHAROFF, Eduardo
Comunicándonos en sesión
Revista SAP N° 6, 2003
- CANESTRI, Jorge
Transformations
International Journal of Psychoanalysis, vol. 75, 1994
- PICHON RIVIERE, Enrique
La teoría del vínculo
Ed. Nueva Visión, B. Aires, 1972
- JIMÉNEZ, Juan Pablo
El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica
Aperturas, Revista de Psicoanálisis (Internet) N° 20, Julio 2005
- GABBARD, Glenn; WESTEN, Drew
Repensando la acción terapéutica
Aperturas, Revista de Psicoanálisis (Internet) N° 26, Agosto 2007
Original International Journal of Psychoanalysis, 84, 2003, 823-841

GREEN, André

Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo

Ed. Amorrortu, 2005

BLEICHMAR, Hugo

Avances en psicoterapia psicoanalítica

Ed. Paidós, 1997

BLEGER, José

Criterios de diagnóstico

Rev. de Psicoanálisis APA N° 2, 1973

LIBERMAN, David

Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos

Rev. de Psicoanálisis APA N° 3, 1972

GALLI, V.

Diagnósticos y diagnosticadores

Curso EPSAM sobre diagnóstico, 1990

WINOGRAD, B.

Los procesos diagnósticos

Curso EPSAM sobre diagnóstico, 1990

WINOGRAD, B:

"Psicoanálisis hoy". Rev. A.E.A.P.G. N° 22, Pág. 153, 2002

WINOGRAD, B:

"Cambios psíquicos según la teoría de la técnica". Rev. de Psicoanálisis N° 1, 1990

WINOGRAD, B:

"El método psicoanalítico y la actualidad clínica". Jornadas A.U.D.E.P. Montevideo, Mayo 2001

WINOGRAD, B:

"Un modelo descriptivo-explicativo de la experiencia clínica: El psicoanálisis rioplatense". Aperturas, Rev. de psicoanálisis (Internet) N° 12, nov. 2002

WINOGRAD, B:

"Estrategias en clínica psicoanalítica". Exposición SAP, 21 nov. 2006

Discusión Green Wallerstein, Int. Journal of Psychoanalysis (versión electrónica)

RESUMEN

En esta comunicación se proponen los siguientes planteos:

1. Sostener que las experiencias clínicas contemporáneas presentan un notorio grado de complejización por:
 - a) La extensión clínico psicopatológica más allá del modelo neurosis base de los escritos (y propuestas) de la teoría de la técnica de Freud.
 - b) Presencia de léxicos y escuelas psicoanalíticas diferentes cuya articulación con el abordaje clínico puede mostrar variantes posibles.
 - c) Cambios culturales (variantes en la familia tipo, problemas de género) que se infiltran en las prácticas clínicas.
 - d) Existencia de psicoterapias complementarias o contradictorias con el método psicoanalítico y sus bases conceptuales. Ante tal panorama se sostiene que las complejidades mencionadas suponen dificultades pero también posibilidades de reformulación y nuevos recursos terapéuticos.

- 2) En este último contexto, se propone cuestionar los diagnósticos tipo DSM y la identificación “estructura psicopatológica” – identidad personal.
A cambio, se sostiene el valor de los diagnósticos basados en historias, vínculos, conflictos y proyectos.

- 3) También se pone el énfasis en las combinatorias psicopatológicas y personales para derivar en lo que se llama una “clínica de la singularidad”.

- 4) Una contribución a la misma podría hallarse en una red conceptual integrada por aportes rioplatenses que se consideran metodológicamente compatibles, enumerándose autores y títulos.
 - a) Modelos diagnósticos de Bleger, Liberman, Galli, Winograd y otros.
 - b) Teoría del “vínculo” y “proceso en espiral” de Pichon Rivière.
 - c) Nociones de “campo y proceso” de M. y W. Baranger y S. Mom.
 - d) Aportes sobre la comunicación y el diálogo (D. Liberman, E. Issaharoff).
 - e) Valorización del vínculo ínter subjetivo abarcado por las teorías de la transferencia y contra transferencia (E. Racker, R. Paz)
 - f) Jerarquización del concepto “estrategia” vinculando las combinatorias psicopatológicas con las variantes de intervención terapéutica (H. Bleichmar, J.P. Jiménez, B. Winograd).
 - g) Propuesta de un modelo polimotivacional el “modular transformacional” (Hugo Bleichmar).