

La transmisión de la experiencia clínica y el papel de la teoría clínica en psicoanálisis



RICARDO BERNARDI¹

El término *transmisión del psicoanálisis* suele ser usado en nuestra Asociación psicoanalítica como sinónimo de *formación o educación psicoanalítica*². Deseo cuestionar este uso, pues el término *transmisión* solo toma en cuenta un aspecto de la formación, y deja de lado la complejidad de los procesos y transformaciones que implica la formación. El término *transmisión* pone el acento en forma unilateral en lo que es transmitido del emisor al receptor, sin tomar en cuenta la participación activa de quien recibe la transmisión. Esto puede llevar a que se acentúe la repetición de lo ya instituido, más que la búsqueda de lo nuevo, favoreciendo que la educación psicoanalítica adquiera un carácter conservador.

De acuerdo con la Real Academia Española, *transmitir* significa: «trasladar, transferir, difundir», y se aplica en múltiples circunstancias, como ser la transmisión de mensajes, enfermedades, estados emocionales, etc. Por esa razón comparto el «desconcierto» de E. Tellería (11 de agosto de

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

2 Una primera versión de este trabajo fue presentada en las Jornadas del Instituto de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo, agosto de 2023, sobre «La transmisión del psicoanálisis en los institutos de formación». El texto original fue modificado en este trabajo. Agradezco a Ema Ponce de León y a Ximena Malmierca su estímulo para presentarlo.

2023) ante el sentido con el cual este término es usado en nuestro medio. En lo que sigue, intentaré examinar desde una perspectiva más amplia el proceso formativo, buscando colocar en primer lugar los aspectos creativos e innovadores del conocimiento y de la práctica psicoanalítica.

El uso del término *transmisión* se debe probablemente a la influencia de autores franceses, aunque no he podido identificar las obras o autores que constituyen las fuentes originales de su uso. Este uso se aparta de nuestra tradición rioplatense, originada en Pichon-Rivière y Bleger, quienes desarrollaron una visión rica y compleja del proceso educativo, la cual estuvo presente en los orígenes de nuestra Asociación y en la formulación del modelo uruguayo de formación psicoanalítica.

El papel de la transmisión debe ser colocado en el contexto del conjunto de los procesos involucrados en la formación psicoanalítica. Conuerdo con S. Hernández (11 de agosto de 2023) en la relevancia del traspaso transgeneracional del psicoanálisis como herencia o legado a ser transmitido. Pero corresponde destacar que quien recibe la transmisión no puede jugar un rol pasivo. Como señaló Freud (1913 [1912-1913]/1988) citando a Goethe, es necesario adquirir por sí mismo lo que se ha heredado para hacerlo propio. Por eso estoy de acuerdo con Castillo y Schroeder (11 de agosto de 2023) cuando destacan el carácter central que ocupan los procesos de creación y reflexión propia. C. Fulco (11 de agosto de 2023) se pregunta: «El psicoanálisis ¿se enseña?, ¿se transmite?». Yo creo que ninguno de estos términos por separado capta lo esencial. Como dice, con razón, M. Altmann (11 de agosto de 2023), la enseñanza y el aprendizaje (en especial el aprendizaje emocional) están entre sí en una relación dialéctica. Por lo tanto, creo conveniente retomar nuestra propia tradición y hablar, como hacían Pichon-Rivière y Bleger, de un proceso de enseñanza-aprendizaje, o «enseñaje». El aprendizaje activo y el intercambio mutuo entre quien aprende y quien enseña permiten que cada uno crezca en su singularidad propia y a su vez enriquezca a todo el grupo, al desarrollar lo que ha recibido desde su propia perspectiva.

Lacan (9 de julio de 1978/s. f.) afirmó que no era posible «transmitir» el psicoanálisis. Soy de la misma opinión por las razones que he expuesto. Pero dejo de estar de acuerdo con Lacan cuando él agrega, sin más aclaraciones, que cada psicoanalista debe «reinventar» el psicoanálisis. Esta es una cuestión crucial que necesita ser discutida.

La apropiación que cada uno debe hacer de lo esencial del psicoanálisis es algo que pertenece al orden del descubrimiento o redescubrimiento, y no al de la reinención. El psicoanálisis no es reinventado como si fuera una creación literaria o filosófica. No trata de invenciones o ficciones cuya creación solo se guía por criterios estéticos, lingüísticos o imaginativos. Una hipótesis psicoanalítica no es más verdadera por estar hermosamente expresada, como señalaba con razón P. Fonagy³. Debe tocar algo real que está presente y actuando en el paciente y en la relación terapéutica. Por eso redescubrir es distinto a reinventar. *Redescubrir* significa reencontrar en la clínica y en el propio análisis los «hechos seleccionados» (Poincaré, Bion), que están en la base de los conceptos teóricos de la disciplina. Los hechos seleccionados son aquellas experiencias que permiten que una multitud de observaciones dispersas sobre el material clínico den origen a una configuración que da sentido a lo que ocurre en el campo psicoanalítico. Un hecho clínico de esta naturaleza es algo muy distinto de una «idea sobrevalorada» que nos sirve para escapar de la incertidumbre, apoyándonos en nuestras teorías, las cuales no necesariamente coinciden con la realidad clínica (Britton y Steiner, 1994).

Reencontramos el núcleo duro de nuestra identidad psicoanalítica cuando nos enfrentamos, en nosotros mismos o en nuestros pacientes, con experiencias sobre las cuales nos cuesta pensar porque nos producen dolor o rechazo visceral, o superan nuestra capacidad de procesamiento mental (Bernardi, 2023). Descubrimos entonces, como si fuera por primera vez, los fenómenos de la resistencia inconsciente o las dificultades inherentes al crecimiento mental. Este es el tipo de experiencias vividas que están en el corazón del psicoanálisis y que nutren nuestra práctica.

Estoy de acuerdo con E. Tellería (11 de agosto de 2023), J. García (11 de agosto de 2023) y otros cuando señalan la importancia de la dimensión inconsciente en la formación psicoanalítica. El contacto con los propios aspectos inconscientes no se transmite, sino que se experimenta en el propio análisis, reanálisis o en los momentos de autoanálisis a lo largo de la vida (Bernardi y de León, 1992; de León y Bernardi, 2005). Nuestra

identidad profesional como analistas no puede separarse de nuestras experiencias y valores personales ni de la forma como nos relacionamos con los demás, dentro y fuera de nuestras sociedades psicoanalíticas (Lemma, 2023). Cuando me refiero a identidad psicoanalítica *in vivo* (Bernardi, 2023), estoy hablando de lo que está presente en lo que realmente hacemos y somos cuando trabajamos con nuestros pacientes y cuando nos relacionamos con nuestros colegas. Desde esta perspectiva, la formación constituye un proceso personal, cuyas múltiples dimensiones continúan estando presentes toda la vida, no solo a través de actividades específicas de educación continua, sino también como una actitud permanente de aprendizaje de la experiencia.

Aprender significa no solo adquirir conocimientos, sino también desarrollar actitudes y competencias o capacidades. Lo transmitido por una institución puede enriquecer, pero también obstaculizar o distorsionar, el proceso personal de aprendizaje. Comenzaré por examinar los potenciales efectos negativos.

La transmisión institucional tiene un efecto negativo cuando estimula la pertenencia grupal a través de fenómenos de idealización y de polarización que separan el psicoanálisis de las otras disciplinas o fomentan la creación de subgrupos que no dialogan entre sí. Los institutos de formación psicoanalítica han presentado problemas de este tipo, que han sido descritos todo a lo largo de la historia⁴. La idealización de ciertas posiciones teóricas o técnicas puede llevar a descalificar a los que piensan diferente. Las teorías acentúan entonces su carácter de paradigmas inconmensurables entre sí (Bernardi, 1989/1994) y las controversias se vuelven imposibles (Bernardi, 2002), lo que conduce a la fragmentación de la disciplina. Cuando estos fenómenos se acentúan y surge el intento de imponer ciertas ideas en forma hegemónica, quienes discrepan sienten el temor a quedar excluidos, por lo que inhiben su participación grupal. Estas actitudes frecuentemente se acompañan de la afirmación de la supremacía del psicoanálisis frente a otras disciplinas, lo que lleva a abandonar el diálogo interdisciplinario y a confundir la especificidad

4 Ver, por ejemplo: Wallerstein (1984), Kernberg (1994), Garza Guerrero (2004).

del psicoanálisis con su aislamiento epistemológico o con la ilusión de omnisciencia (Bernardi, 2015). Afortunadamente, nuestra Asociación siempre logró mantener una firme posición de apertura pluralista (Bernardi, 2008). Esto hizo posible la coexistencia de diversas corrientes y favoreció la apertura al medio, aunque no siempre se logró un diálogo interno e interdisciplinario suficientemente rico y fecundo. Este es un tema que las instituciones tienen que revisar permanentemente.

A veces una visión demasiado intelectualizada e idealizada del inconsciente lleva a considerarlo como un aliado confiable de la formación. Sugiero no perder de vista que los fenómenos inconscientes también se manifiestan en las luchas de prestigio y poder que se dan en los grupos psicoanalíticos. Estos fenómenos se acentúan cuando la transmisión se da en una relación de asimetría de poder como la que existe inevitablemente en los procesos de formación curricular. Con Marta Nieto (Bernardi y Nieto, 1992) señalamos la paradoja de que el análisis de los futuros analistas debe analizar el deseo de ser analista, cuando a la vez es parte del proceso formativo institucional. El análisis queda entonces expuesto a que surjan diversas formas de colusión o conflicto de intereses entre paciente (que es a la vez analista en formación en la institución) y su analista (que a su vez es parte del instituto). Algo similar ocurre en los seminarios y las supervisiones. No es fácil incluir en la formación los aspectos inconscientes, y por eso con Beatriz de León insistimos en la necesidad de una actitud permanente de autoanálisis (Bernardi y de León, 1992). Sería ingenuo pretender que la *identidad de percepción* buscada por el inconsciente se pusiera al servicio de la *identidad de pensamiento* que es requerida en la vida institucional. El inconsciente está más cerca de ser un tigre capaz de dominarnos que un gatito que se deja domesticar. Las discusiones aparentemente racionales rápidamente se transforman en la escena inconsciente en competencia fraternal que da lugar a fantasías de enfrentamiento fratricida. ¿Acaso alguien puede decir que en su inconsciente no anidan sentimientos agresivos, sexuales o narcisistas que buscan nuestro beneficio a costa del otro? ¿O es posible no sentirnos heridos en nuestro narcisismo o intimidados cuando el otro demuestra tener mejores argumentos que los nuestros en una discusión? La influencia de la escena inconsciente es inevitable y la tarea de la formación es hacer

lugar tanto a la necesidad de permeabilidad con el inconsciente como al desarrollo del pensamiento crítico que es propio del proceso secundario. Para que puedan surgir procesos cooperativos dentro del grupo analítico, debemos primero tomar conciencia de la vulnerabilidad de los procesos inconscientes. Esto incluye aprender a sobrellevar heridas narcisistas. Me ha llamado la atención la especial sensibilidad a este tipo de heridas en los grupos psicoanalíticos, lo fuerte que es el deseo de agrandar y lo poco que se toleran las discrepancias y críticas. Tal vez esto se deba a que el trabajo analítico favorece el desarrollo del narcisismo de piel fina (Eidlin y Bernardi, 2016). También puede ocurrir a la inversa, y el narcisismo de piel fina puede que sea uno de los factores que llevan a elegir esta profesión. Sea como fuere, para fortalecer la libertad de pensamiento no alcanza con que la institución la garantice. También es necesario que cada uno de nosotros la conquiste y la ejerza. El pensamiento crítico incluye la dimensión cooperativa (Ollinheimo y Hakkarainen, 2023), lo cual supone aceptar discrepancias y críticas. Tal vez uno de los aprendizajes más importantes en la formación es que cada analista aprenda a expresarse con su propia voz y a la vez aprenda a escuchar la voz de los demás.

La transmisión del pasado se vuelve especialmente positiva y valiosa cuando aporta elementos que nutren la visión del presente y su proyección futura. Para ello es necesario que esta transmisión tenga en su centro lo que enseña la experiencia clínica.

El psicoanálisis, como señala Green, es esencialmente un pensamiento clínico. En este punto Green sigue a S. Freud (1923 [1922]/1992), quien definió el psicoanálisis como un método terapéutico basado en la investigación de los fenómenos inconscientes, a partir de la cual formuló una teoría sobre el funcionamiento mental. La experiencia clínica tiene, para Freud (1914/1990), la última palabra. Debemos estar dispuestos a cambiar nuestras teorías metapsicológicas cuando la observación clínica nos lleva por otro camino (Freud, 1914/1990). Freud no dudó en proceder así con sus propias ideas. Por ejemplo, cuando pasó de la primera tópica a la teoría estructural, afirmó: «Entonces no usaremos más “inconsciente” en el sentido sistemático y daremos un nombre mejor, libre de malentendidos, a lo que hasta ahora designábamos así [se refiere a los conceptos de Yo, Ello y Superyó]» (Freud, 1933 [1932]/1991, p. 67). Sin embargo, volvió a usar

el término *inconsciente* cuando le pareció el más indicado. Es necesario seguir su ejemplo en esa actitud de respeto a lo que dicta la experiencia clínica. El conocimiento psicoanalítico no se fundamenta en la autoridad de determinados autores, sino que, a la inversa, la autoridad de estos autores, incluso la de Freud, surge de que lograron investigar los fenómenos clínicos de una forma que revolucionó el pensamiento psicoanalítico. Por eso es necesario atender no solo el contenido de lo que ellos dijeron y las conclusiones a las que llegaron, sino también su forma de observar los fenómenos clínicos y el camino que siguió su pensamiento clínico y teórico a partir de esta observación de los hechos.

El psicoanálisis se nutre de la investigación tanto clínica como extraclínica y conceptual (Bernardi, 1997, 2021). Necesitamos conocer las teorías psicoanalíticas para usar sus conceptos con rigor y precisión. El trabajo analítico necesita informarse de los resultados de la investigación empírica de proceso y resultados, de las neurociencias y del estudio del desarrollo. Pero la práctica clínica necesita apoyarse, en primer lugar, en la investigación del material clínico singular que nos ofrece cada paciente. No es infrecuente que el analista se apoye en primer lugar en sus teorías preferidas más que en lo que le muestra la situación clínica. Pero cuando razonamos clínicamente «de arriba abajo», o sea, deductivamente a partir de ciertas premisas teóricas a las que damos por ciertas y buscamos confirmarlas en el material clínico, corremos el riesgo de convertir los conceptos teóricos en clichés vacíos de contenido (Bernardi, 2014). Esos conceptos nebulosos pueden, entonces, aplicarse a cualquier paciente, sobre todo si el material clínico es artificialmente recortado y caemos en sesgos confirmatorios, razonamientos circulares. Los argumentos de autoridad se pueden tomar como verdades de tipo religioso, con las que no se puede discrepar. De esta forma, las teorías se convierten en paradigmas inconmensurables (Bernardi, 1989/1994), y se hacen difíciles o imposibles las controversias científicas (Bernardi, 2002/2003). Para evitar esta situación de fragmentación, es necesario proceder a la inversa y orientar el razonamiento clínico «de abajo hacia arriba», es decir, partir de la experiencia clínica y buscar cuáles son las hipótesis teóricas que dan mejor cuenta de lo que hemos observado clínicamente.

Existen razones, tanto interdisciplinarias como relacionadas con el momento histórico que está viviendo el psicoanálisis, para afirmar la primacía de la experiencia clínica en la transmisión psicoanalítica.

En el campo de las ciencias de la salud, el aprendizaje basado en casos es un método de aprendizaje activo ampliamente utilizado y valorado en diversos países (McLean, 2016). Se ha mostrado particularmente útil para articular los conocimientos teóricos con la práctica clínica y para poner en primer lugar el beneficio del paciente. Facilita que el estudiante disponga de definiciones operacionalizadas y ejemplificadas de los conceptos teóricos, lo que ayuda a desarrollar la capacidad de observación y facilita el monitoreo del avance del tratamiento.

El estudio pormenorizado de casos clínicos siempre jugó un papel fundamental al psicoanálisis. Este papel se ha vuelto especialmente importante en el momento actual, debido a que el pluralismo teórico y técnico enfrenta al psicoanálisis con nuevos desafíos. Las múltiples teorías existentes aportan una gran riqueza conceptual al psicoanálisis, pero, frente a las divergencias, no dispone de procedimientos aceptados consensualmente que permitan establecer las razones que llevan a preferir unas en vez de otras. La riqueza y variedad de los conceptos teóricos no está acompañada por un similar desarrollo de criterios clínicos que permitan comprobar su validez. Para exponer mejor esta idea, me permitiré una breve digresión histórica.

A grandes rasgos, luego de la muerte de Freud, pueden señalarse dos grandes líneas de crecimiento del psicoanálisis. Por un lado, se dio el surgimiento de múltiples teorías, en especial entre las décadas de 1940 y 1980. Estas corrientes teóricas, originadas en la obra de M. Klein, Bion, Winnicott, Lacan, los autores relacionales, y tantos otros, continúan vigentes hoy día. Estos enfoques metapsicológicos realizaron aportes de una gran riqueza conceptual y clínica, y continuaron en las cuatro décadas siguientes, o sea, hasta el presente, profundizando su contenido y despertando tanto adhesiones como rechazos dentro del conjunto de la comunidad analítica. Como dije, ninguna de ellas pudo demostrar de modo conclusivo su superioridad sobre las otras. Tampoco existe consenso acerca de si es más útil, para un analista, adherir a una teoría única desde la cual analizar todos los problemas clínicos (Blass, 2017) o si es más conveniente utilizar hipó-

tesis provenientes de diversas teorías, buscando cuál de ellas contribuye a comprender los aspectos específicos de un paciente dado (Baranger *et al.*, 1983; Cooper, 2017). El uso de múltiples perspectivas teóricas no significa que las teorías en sí sean integrables, sino que ellas alimentan las teorías implícitas y los modelos personales de cada analista.

La segunda línea de crecimiento, menos visible, tiene que ver con el desarrollo de la teoría clínica. Las teorías implícitas y los modelos personales reflejan el modo en que las grandes formulaciones metapsicológicas son internalizadas por cada analista y desarrolladas en su práctica. Reflejan la ecuación personal de cada analista y poseen un potencial explicativo que se actualiza y toma forma frente a los casos clínicos concretos. George Klein (1976) sostuvo la necesidad de diferenciar la teoría clínica de la teoría metapsicológica, haciendo notar que mientras la metapsicología clásica utiliza conceptos abstractos sobre mecanismos de funcionamiento psíquico, la teoría clínica con la que se maneja cada analista está centrada en el significado personal de los fenómenos clínicos. En la misma época, y en forma independiente, Bleger (1969) hizo también notar que las hipótesis que maneja el analista no se apoyan en una metapsicología basada en puntos de vista tópicos dinámicos y económicos, sino en un enfoque dramático, situacional y dialéctico del material del paciente. Sandler (1983), en un trabajo cuya repercusión fue aumentando a lo largo del tiempo, mostró que los analistas utilizan dos tipos de teorías. Por un lado, adhieren a las teorías públicas u oficiales que todos conocemos, pero al mismo tiempo, en forma en gran parte preconsciente, poseen teorías implícitas o privadas, que son aquellas con las cuales operan en la práctica. Sandler propone reconocer y jerarquizar el carácter creativo de estas teorías que están guiadas por lo que el analista considera que lleva al mayor beneficio para los pacientes. Recordemos en este punto la idea de Pichon-Rivière de *esquema conceptual, referencial y operativo*.

Estos esquemas personales son muchas veces de naturaleza metafórica y buscan expresar la mejor forma que tiene un clínico de explicar un problema que se le plantea en su práctica. El término *invención* o *reinención* podría utilizarse para designar la formulación de las hipótesis que buscan para explicar los fenómenos clínicos. Pero estas hipótesis deben luego ser comprobadas, y a este nivel no corresponde hablar de invención.

La abducción y la inferencia son habitualmente consideradas como los pasos fundamentales del razonamiento clínico. Desde el campo filosófico, se ha hecho notar que no necesariamente se trata del descubrimiento puntual de la mejor explicación posible a partir de, sino más bien –y más modestamente– de explicaciones *suficientemente buenas*, algunas de las cuales se van *consolidando* a lo largo del tiempo (Dellsen, 2021). Si este proceso de consolidación no se explicita adecuadamente en las discusiones científicas, se producen en las instituciones psicoanalíticas cambios bruscos de marco teórico, sin que se expongan las razones que llevaron a ese cambio. Podemos ver que esto fue lo que ocurrió en el Río de la Plata cuando, alrededor de las décadas de 1970 y 1980, se pasó de un fuerte predominio de la teoría kleiniana a una situación de pluralismo teórico muy influida por autores franceses. Las razones del cambio fueron escasamente discutidas (Bernardi, 2002). Estos cambios comienzan a nivel de las teorías implícitas y los modelos personales. He comprobado muchas veces que el aspecto más creativo y renovador del pensamiento psicoanalítico se expresa más en los corredores que en las actividades científicas oficiales. También en los grupos de discusión clínica, y por eso ellos ocupan hoy un lugar importante para el desarrollo del psicoanálisis.

El auge de los grupos de discusión clínica comienza a fines del siglo pasado. Ellos juegan un papel esencial en lo que he mencionado como la segunda línea de crecimiento del psicoanálisis, marcada por el retorno al pensamiento clínico. El primero de los grupos en desarrollarse fue el grupo de discusión clínica, o *working party*, denominado Métodos Clínicos Comparativos, que busca poner de manifiesto los diversos modelos de trabajo utilizados por los analistas en su práctica. Se sumaron luego otros grupos con diversos objetivos y fueron también utilizados por algunos institutos como parte de la formación psicoanalítica.

Examinaré algunos aspectos de la forma en la que estos grupos de discusión permiten transmitir los aspectos más vivos y creativos de la experiencia clínica, y ayudan a reflexionar sobre la relación entre práctica clínica y teoría metapsicológica. Tomaré como ejemplo los grupos de discusión basados en el Modelo de los tres niveles para estudiar las transformaciones del paciente (3-LM), pues es con el cual estoy más familiarizado por haber propuesto su formulación inicial al Comité de Observación

Clínica de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API). El modelo propone tres pasos, o niveles, de análisis sucesivos, que avanzan progresivamente «de abajo arriba», desde la observación clínica de los cambios del paciente hacia su explicación teórica.

El primer nivel de discusión es vivencial y fenomenológico, y busca que el grupo ponga en común la resonancia interna que le produce el material clínico. En este primer nivel habitualmente se da una comunicación muy rica en los grupos, lo cual permite confirmar que existe una base común clínica en nuestra disciplina entre analistas con distintas referencias teóricas, que había sido cuestionada hace unas décadas en el curso de una polémica entre Wallerstein y Green (Bernardi, 2017). En los grupos se da un fenómeno de inmersión en el material clínico a partir del entrecruzamiento de diversas perspectivas individuales. De esta forma, se da una triangulación. Esto permite triangular las distintas observaciones. Los acuerdos y desacuerdos dentro del grupo enriquecen la comprensión del caso, iluminando nuevas facetas del caso. Es unánime la satisfacción que muestran los grupos con la discusión en este primer nivel.

El segundo nivel de discusión del 3-LM examina los cambios del paciente desde una perspectiva descriptiva y diagnóstica, indagando en forma sistemática los cambios del paciente a nivel psicopatológico. El 3-LM utiliza las definiciones operacionales propuestas por el OPD-2 (2008) y el PDM-2 (Lingiardi y McWilliams, 2017), las cuales, al explicitar los procedimientos en los que se basa la definición, permiten una mejor objetivación de los fenómenos clínicos. Sobre los conceptos a utilizar en este nivel existe un menor acuerdo en los grupos, pues en muchos casos existe la necesidad de operacionalización de los conceptos psicopatológicos y se prefiere utilizarlos en forma personal, aunque resulte muy imprecisa. Palabras muy empleadas, como ser *simbolización*, *arcaico*, *relación dual*, etc., son utilizadas por distintos analistas con significados muy diferentes. Frente a esta situación resulta de gran ayuda el pedido que hace el 3-LM de referir, al menos todos los conceptos que se utilicen, al fragmento correspondiente del material clínico donde se considera que se ponen de manifiesto. La operacionalización y la referencia al material sirven de puente entre la investigación y la teoría clínica, por un lado, y por otro, con los conceptos provenientes tanto del lado de lo metapsicológico como del lado de la investigación empírica.

El tercer nivel explora las hipótesis explicativas sobre los dinamismos de cambio del paciente. Resulta llamativo que los participantes, como regla general, no hagan referencia a conceptos metapsicológicos abstractos, sino a sus propias teorías implícitas y modelos personales, tal como los utilizan en su práctica cotidiana. Considero que la transmisión de estos modelos de trabajo es fundamental para enriquecer nuestra práctica y, me atrevo a decir, para el avance teórico-clínico de nuestra disciplina.

A diferencia de lo que ocurre en las discusiones teóricas abstractas, en los grupos del 3-LM se muestra un apreciable grado de acuerdo entre los participantes (Rodríguez Quiroga de Pereira *et al.*, 2018; Rodríguez Quiroga *et al.* 2023a, 2023b; Azcona *et al.*, 2023). Se ha señalado que el clima cooperativo de los grupos estimula a jugar con la propia mente y formas de expresión corporal en una actitud de investigación clínica (Galeota *et al.*, 2023). Un ejemplo clínico que destaca el valor para el 3-LM de las transformaciones en las metáforas «encarnadas» centrales del paciente, desde la perspectiva del campo analítico, puede verse en de León de Bernardi (2023).

En gran parte, los procedimientos utilizados por los grupos del 3-LM pueden también ser empleados para la preparación de trabajos clínicos o para la reflexión individual. Junto con Mónica Eidlin, hemos sido invitados por *The Psychoanalytic Quarterly* a presentar un trabajo sobre cómo publicar un material clínico (Bernardi y Eidlin, 2024), publicado junto con trabajos de otros autores, como Ogden, Civitarese, entre otros, buscando reflejar la diversidad de opiniones sobre el tema. Discutimos en el trabajo sobre el nivel de evidencia clínica que es posible alcanzar frente a un material clínico, triangulando las observaciones y las hipótesis de ambos autores, y recurriendo a nuevo material clínico y a una ampliación del contexto cuando surgían discrepancias⁵. Siguiendo la experiencia de los grupos de discusión, procuramos señalar explícitamente los acuerdos y desacuerdos entre ambos autores, y referirlos al material clínico, examinando los límites de la evidencia disponible. Explicitamos los criterios en

5 Por *evidencia clínica* entendemos el tipo de razones o comprobaciones que sustentan las hipótesis en juego. Conviene tener presente que en ningún campo es fácil lograr un alto nivel de evidencia. En medicina, solo uno de cada diez tratamientos rigurosamente estudiados logra demostrar su eficacia en forma conclusiva (Howick *et al.*, 2022).

los que nos apoyamos, en base a lo expuesto en otros trabajos (Bernardi *et al.*, 2021).

Considero de especial valor para el desarrollo de la disciplina y, por ende, para la formación psicoanalítica, el indicar explícitamente en qué material clínico nos apoyamos y cuáles son los criterios utilizados para su selección, así como indicar las posibles limitaciones y sesgos de nuestras conclusiones. De esta forma el analista puede aprender mejor de su experiencia y del intercambio con sus colegas.

El intercambio mutuo que se da en forma horizontal en los grupos de discusión clínica tiene especial valor para la transmisión de la teoría clínica del psicoanálisis. Esta teoría clínica es la que nutre nuestra práctica cotidiana del psicoanálisis y debe también alimentar el desarrollo futuro del psicoanálisis. ♦

BIBLIOGRAFÍA

- Altmann, M. (11 de agosto de 2023). *Explorando las diferentes formas de transmisión en la formación psicoanalítica actual*. Trabajo presentado en Jornadas del Instituto, Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Azcona, M., Muller, F., Labaronnie, C., Zurita, L. J., Lardizábal, E. M. y Tolini, L. D. (2023). Agreements and differences between psychoanalysts with regard to changes observed during a treatment: A quantitative exploration using the Three-Level Model (3-LM). *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(4), 657-678.
- Baranger, M., Baranger, W. y Mom, J. (1983). Process and non-process in analytic work. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 64(1), 13.
- Bernardi, R. (1994). El papel de las teorías: El papel de los determinantes paradigmáticos en la comprensión psicoanalítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 79/80, 109-154. (Trabajo original publicado en 1989).
- Bernardi, R. (1997). Investigación clínica e investigación empírica sistemática en psicoanálisis. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, 84/85, 53-68.
- Bernardi, R. (2002). Por qué Klein y por qué no Klein. *Revista de Psicoanálisis*, 59(2), 263-273.
- Bernardi, R. (2003). La necesidad de verdaderas controversias en psicoanálisis: Los debates sobre M. Klein y J. Lacan en el Río de la Plata. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 97, 113-158. (Trabajo original publicado en 2002).
- Bernardi, R. (2008). Letter from Uruguay. *International Journal of Psycho-Analysis*, 89, 233-240.
- Bernardi, R. (2014). La reflexión metapsicológica en el marco del pluralismo teórico. En A. Vertzner Marucco (comp.), *Metapsicología: Una clínica con fundamentos* (pp. 27-48). Lugar.
- Bernardi, R. (2015). Investigación clínica e investigación empírica sistemática: ¿Qué nos enseñan las controversias actuales? *The International Journal of Psychoanalysis* 1(3), 836-866.

- Bernardi, R. (2017). La base común en grupos de discusión clínica: Resonancia intersubjetiva y teorías implícitas. *The International Journal of Psychoanalysis*, 3(5), 728-749.
- Bernardi, R. (2021). ¿Qué psicoterapia?, ¿para quién? Algunos avances en un largo camino. *Equinoccio*, 2(1), 137-162.
- Bernardi, R. (2023). Psychoanalytic identity in vivo: Permanence and change. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104, 834-842.
- Bernardi, R. y Eidlin (2024). Clinical evidence, triangulation of perspectives and contextualization. Part 1: The beginning of Carla's treatment. *The Psychoanalytic Quarterly*, 93(1), 33-76.
- Bernardi, R. y León, B. de (1992). ¿Incluimos nuestros presupuestos en la actividad de autoanálisis? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 76, 243-260.
- Bernardi, R. y Nieto, M. (1992). What makes the training analysis «good enough»? *The International Review of Psycho-Analysis*, 19, 137-146.
- Bernardi, R., Pérez Suquivilde, L. y Hanly, C. (2021). Assessing strengths and limitations of clinical evidence in a psychoanalytic clinical material. En M. A. Fitzpatrick Hanly, M. Altmann de Litvan y R. Bernardi (ed.), *Change through time in psychoanalysis. Transformations and interpretations, the Three-Level Model* (pp. 281-305). Routledge.
- Blass, R. (2017). Committed to a single model and open to reality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 65(5), 845-858.
- Bleger J. (1969). Teoría y práctica en psicoanálisis: La praxis psicoanalítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 11, 287-303.
- Britton, R. y Steiner, J. (1994). Interpretation: Selected fact or overvalued idea? *The International Journal of Psycho-Analysis*, 75(5), 1069.
- Castillo, D. y Schroeder, D. (11 de agosto de 2023). *Lo latente en la dimensión institucional de la transmisión*. Trabajo presentado en Jornadas del Instituto, Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Cooper, S. H. (2017). The analyst's «use» of theory or theories: The play of theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 65(5), 859-882.
- Dellsen, F. (2021). Explanatory consolidation: From 'best' to 'good enough'. *Philosophy and Phenomenological Research*, 103(1), 157-177.
- Eidlin, M. y Bernardi, R. (2016). Narcisismo de piel fina o vulnerable y narcisismo de piel gruesa o grandioso. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 123, 75-103.
- Freud, S. (1988). Tótem y tabú. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas* (vol. 13, pp. 1-164). Amorrotu. (Trabajo original publicado en 1913 [1912-1913]).
- Freud, S. (1990). Introducción del narcisismo. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas* (vol. 14, pp. 65-98). Amorrotu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1991). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas* (vol. 22). Amorrotu. (Trabajo original publicado en 1933 [1932]).
- Freud, S. (1992). Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas* (vol. 18, pp. 227-254). Amorrotu. (Trabajo original publicado en 1923 [1922]).
- Fulco, M. C. (11 de agosto de 2023). *La transmisión del psicoanálisis en los institutos de formación*. Trabajo presentado en Jornadas del Instituto, Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Galeota, M., Giustino, G., Masina, L., Nicolò, A. M., Riva Crugnola, C., Saraò, G., Tambelli, R. y Ierardi, E. (2023). Il 3level Model, l'esperienza italiana di un modello di ricerca. *Rivista di Psicoanalisi*, 69(4), 1219-1247.
- García, J. (11 de agosto de 2023). *La transmisión del psicoanálisis: Experiencias inconscientes y vías académicas*. Trabajo presentado en Jornadas del Instituto, Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

- Garza-Guerrero, C. (2004). Reorganisational and educational demands of psychoanalytic training today: Our long and marasmic night of one century. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(1), 3-25.
- Hernández, S. (11 de agosto de 2023). *Transmisión del psicoanálisis*. Trabajo presentado en Jornadas del Instituto, Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Howick, J., Koletsi, D., Ioannidis, J. P., Madigan, C., Pandis, N., Loef, M., Walach, H., Sauer, S., Kleijnen, J., Seehra, J., Johnson, T. y Schmidt S. (2022). Most healthcare interventions tested in Cochrane Reviews are not effective according to high quality evidence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical epidemiology*, 148, 160-169.
- Kernberg, O. F. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77(5), 1031.
- Klein, G. (1976). *Psychoanalytic theories: An exploration of essentials*. International Universities Press.
- Lacan, J. (s. f.). Conclusiones del 9º Congreso de la EFP: La transmisión. <https://colectivoescucharte.blogspot.com/2017/01/lacan-no-hay-transmision-9071978.html> (Trabajo original publicado el 9 de julio de 1978).
- Lemma, A. (2023). Who do you think you are? Some reflections on analytic identity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(5), 843-848.
- León, B. de y Bernardi, R. (2005). Contratransferencia y vulnerabilidad del analista. En S. Lewkowicz y S. Flechner (ed.), *Verdad, realidad y el psicoanalista: Contribuciones latinoamericanas al psicoanálisis* (pp. 23-41). The International Psychoanalysis Library.
- León de Bernardi, B. de (2023). Field theory: The transference-countertransference relationship and second look. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(4), 737-754.
- Lingiardi, V. y McWilliams, N. (ed.) (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2)*. Guilford.
- McLean, S. F. (2016). Case-based learning and its application in medical and health-care fields: A review of worldwide literature. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 3.
- Ollinheimo, A. y Hakkarainen, K. (2023). Critical thinking as cooperation and its relation to mental health and social welfare. *New Ideas in Psychology*, 68, 1-14.
- OPD Task Force (ed.) (2008). Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning. Hogrefe & Huber.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Borensztein, L., Corbella, V. y Marengo, J. C. (2018). The Lara case: A group analysis of initial psychoanalytic interviews using systematic clinical observation and empirical tools. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(6), 1327-1352.
- Rodríguez Quiroga, A., Aufenacker, S., Crawley, A., Waldron, S., Borensztein, L., Botero, C., Juan, S. y Bongiardino, L. (2023a). A multicentre study: Comparison of 3-LM group output and therapeutic outcome measures. Adding to the trustworthiness of the 3-LM? Part 1. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(1), 69-95.
- Rodríguez Quiroga, A., Aufenacker, S., Crawley, A., Waldron, S., Borensztein, L., Botero, C., Juan, S. y Bongiardino, L. (2023b). A multicentre study: Comparison of 3-LM group output and therapeutic outcome measures. Adding to the trustworthiness of the 3-LM? Part 2. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(1), 96-121.
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 64, 35.
- Tellería, E. (11 de agosto de 2023). *Transmisión: Un desafío*. Trabajo presentado en Jornadas del Instituto, Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Wallerstein, R. (ed.) (1984). *Changes in analysts and in their training*. International Psychoanalytical Association.