

EPISTEMOLOGÍA E HISTORIA DE LA CIENCIA

SELECCIÓN DE TRABAJOS DE LAS XIV JORNADAS

VOLUMEN 10 (2004), Nº10

Pío García
Patricia Morey
Editores



ÁREA LOGICO-EPISTEMOLÓGICA DE LA ESCUELA DE FILOSOFÍA
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons atribución NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina



La constitución del Psicoanálisis como 'programa de investigación'

Juan de la Cruz Argañaraz*

Ni la prueba de inconsistencia por parte del lógico, ni el veredicto de anomalía por parte del científico experimental pueden anular un programa de investigación de un solo golpe.

Imre Lakatos (1987:31)

Introducción

"...no he leído ningún ensayo sobre el método científico que exprese opiniones tan estrechamente paralelas a las mías, ..." "La semejanza entre nuestras posiciones debería descalificarme como comentador". De tal manera se expresa Kuhn (1987) sobre el trabajo de Lakatos. Sin embargo aquel, está seguro de haber mejorado y especificado con sus "programas" la noción de paradigma kuhniano.

El objetivo de este trabajo es aplicar la metodología de reconstrucción lakatosiana sobre la primera formulación del Psicoanálisis de Sigmund Freud. Tal metodología nos obliga a presentar mínimamente, y sólo a éstos fines, los programas anteriores y contemporáneos rivales del Psicoanálisis. Describiremos a Freud en términos de 'programa de investigación' incidiendo en las discusiones psicológicas sobre Psicoanálisis. Intentaremos mostrar la mayor eficacia comparativa de la reconstrucción lakatosiana con respecto al paradigma kuhniano en un caso -el Psicoanálisis-, que se ha probado conflictivo en el campo epistemológico. Si bien Laurent- Assoun (1998) no explicita su posición kuhniana, como se verá, puede tomarse como caso de una matriz semejante y con él compararemos uno de nuestros resultados. Por lo tanto, como programa de investigación dentro de la historiografía de la ciencia, el programa lakatosiano sería progresivo respecto a Kuhn según se juzguen nuestros resultados. Efectivamente la afirmación de que *un científico puede*, y de hecho Lakatos prueba que así ha sucedido en algunos casos, *trabajar en el desarrollo de dos programas opuestos simultáneamente*, le quita a la noción de programa la carga de inconmensurabilidad que el paradigma conlleva -y en la que Laurent Assoun parece perder consistencia-, dando más racionalidad a la elección del científico.

Por otra parte, la ausencia de una normativa acerca de la elección de un programa u otro en esa metodología, y la plausible adhesión de una comunidad científica a programas estancados, también verificada en la historia de la ciencia, hacen del instrumento algo dúctil y en nuestra opinión, capaz de afrontar los desafíos que implica una interrogación epistemológica del psicoanálisis.

Por último, la concepción de la presencia siempre de *al menos dos programas en oposición en un campo de fenómenos* (aunque uno de ellos se encuentre estancado), no deja de serle familiar al psicoanalista acostumbrado a concebir los fenómenos

* Universidad Nacional de Córdoba.

como consecuencia de la pugna y oposición recíproca de tendencias. El avance de un programa produce anomalías a otro, obligándolo a hipótesis *ad hoc*.

Según indica Lakatos, el historiador que acepte la metodología de programas de investigación como guía, buscará en la historia programas de investigación rivales, problemáticas progresivas y estancadas. Donde otro vea una revolución, este buscará un programa progresivo a gran escala que se impone a otro estancado; detrás de cualquier supuesto experimento crucial, detrás de cualquier supuesta batalla entre teoría y experimento, hay una lucha oculta entre dos programas de investigación (Lakatos 1987:31). Pero el campo de disciplinas *psi*, como las ciencias sociales, parece poseer como característica, una dinámica menos definitiva en el reemplazo de programas estancados, haciendo que programas distintos mantengan una adhesión y rivalidad constante en un mismo tiempo sin conseguir uno reemplazar a otro y, con un desarrollo, como dice Lakatos, "canceroso" de hipótesis *ad hoc*. La relevancia dada a la *heurística* que guía la elección de problemas, es fundamental por el estado de la ciencia en la época.

El programa clínico y la neuropsicología

A partir de la obra de Sydenham y su "retorno a Hipócrates" (1681), la medicina galénica entrará en decadencia y desprestigio, siendo suplantada a mediados del siglo XVIII por la "medicina clínica".

En este marco, desde Pinel y durante un siglo, se desarrolla desde la medicina, un programa de investigación en la psiquiatría, basado y entrecruzado con la clínica médica a tal punto que algunos de sus referentes lograron celebridad por descubrimientos en ambos campos (Griesinger, Charcot). La sociedad requería a los médicos, educadores y filósofos, sobre un conjunto de problemáticas para las cuales no tenían herramientas o las que tenían no funcionaban. Los médicos debían predecir acerca de los miles de alienados que tenían a su cargo y asesorar a los tribunales sobre su peligrosidad, prever presupuestos, asignar recursos.

Aunado a los conceptos médicos de la época, los clínicos eran fundamentalmente pragmáticos en sus referencias filosóficas y psicológicas, cuyas especulaciones tendían a rechazar (aún las neurológicas). El núcleo firme supone la existencia de la entidad mórbida (Foucault 1966; Bercherie 1986) para cuyo estudio confiaba en el método hipocrático de la expectación, es decir observar el comienzo y evolución de una enfermedad concebida como una "entidad", en lucha dramática con las fuerzas de la salud. La intervención médica se dirigía por el criterio de ayudar a las fuerzas de la salud en tal lucha.

La heurística positiva consistía en que la descripción de distintos elementos que parecen heterogéneos, síntomas mentales, patologías orgánicas, hábitos, y la reunión de casos e información, permitirían la descripción de las "formas naturales" mórbidas. Para ellos *describir era sinónimo de descubrir* y por ello las enfermedades llevaban el nombre propio de aquel que la había descrito. Si con posterioridad se encontraba la etiología, fuera esta de cualquier índole, *no se afectaba el programa ya que no era un problema indicado por su heurística*. Muy por el contrario, era convalidado y perfeccionada la descripción e incluso los futuros criterios de descripción, ya que sus hipótesis etiológicas eran inespecíficas y abiertas. Si algo era confuso estaba mal descrito.

El intento era construir una investigación clínica pura de carácter multidireccional, con el objetivo de encontrar principios que permitieran seleccionar, en la masa de las observaciones por recoger, las que fueran significativas, jerarquizarlas, a fin de edificar conjuntos de valores idénticos al de las "enfermedades" que se aislaban por el método anátomo-clínico. Por esto la historia de la psiquiatría clínica está dominada por la historia de las distintas propuestas nosográficas.

Su pragmatismo y su heurística negativa, se fundaban en que ni la psicología, ni la tecnología en la investigación biológica, permitían para la época resultados relevantes para su práctica de diagnóstico, pronóstico y atención de enfermos.

Para el estado de la ciencia de la época, el programa fue progresivo por mucho tiempo. Permutó a los médicos hacer predicciones relevantes acerca del diagnóstico y pronóstico de los pacientes, acerca de su insania ante los jueces. Además, avanzaron cada vez más en la pertenencia de las enfermedades del alma al territorio de la medicina y no de la religión o la filosofía. Desde entonces los filósofos no serán idóneos *prima facie* para hablar de la locura como lo hacían antes Kant o Hegel.

Además de Pinel y J.P. Falret, a este programa pertenecen las obras de Griesinger, F. Leuret, Hecker, Krafft-Ebing, Kraepelin y, quizá el más ejemplar, Kahlbaum.

La terapéutica de los clínicos correspondía a este pragmatismo, usando alternativa o simultáneamente lo que ellos consideraban reeducación, castigos, cambios ambientales, medios físicos y químicos; y lo que comenzó a difundirse como "tratamiento moral" (W. Griesinger en Alemania, F. Leuret en Francia), pero ya impartido por el médico y no por el filósofo o sacerdote o moralista.

Perteneciendo plenamente a este programa y luego de un prestigio ganado en la descripción de enfermedades neuronales, Charcot se orienta a la descripción de la histeria diferenciándola de otros cuadros con compromiso orgánico como las parálisis y la epilepsia. Describe la evolución de los ataques, de las "formas frustradas" y, fundamentalmente, prueba la posibilidad de producir artificialmente, ataques histéricos. Al ocuparse de la histeria, "él repetía en pequeño la hazaña liberadora en virtud de la cual el retrato de Pinel adornaba la sala de conferencias de la Salpetriere" (Freud 1893 1992). W. Griesinger traduce a Pinel, Freud a Charcot.

Asociada a la histeria, la temática de la hipnosis, abre en el programa clínico, otro debate más. El de una posibilidad terapéutica diferente al viejo "tratamiento moral" obligando a una especificación de sus supuestos psicológicos. Por otra parte los probados trastornos orgánicos de origen psíquico, *invertían* la relación que estableció la parálisis general progresiva desde 1840 con graves trastornos psíquicos producto de lesiones cerebrales difíciles de ubicar en la época, exigiendo una teoría psicológica.

El apogeo del programa clínico llega entre 1890 y 1910 con un total control sobre los asilos de alienados, fondos para investigación, integración de las experiencias reeducativas de los asilos-granja ingleses, cuyo modelo propugna Kraepelin y la gran síntesis nosográfica de éste. Luego comienza a estancarse con el avance de la polémica psicológico-organicista, y fundamentalmente por no conseguir el

consenso de la comunidad científica sobre una nosografía común, núcleo de su heurística.

Así se ha subrayado el debate etiológico como eje de ubicación de la psiquiatría del siglo XIX, cuando sólo corresponde al final. Así Foucault en su "Historia de la locura en la época clásica" antedata la relación entre P.G.P. y sífilis (en verdad de 1878) para suponer la relación entre pecado carnal y locura en la psiquiatría de *todo* el s. XIX; y H. Ey quiere encontrar antecedentes de su organodinamismo (Bercherie 1986).

El malogrado destino del descubrimiento de Bayle demuestra la poderosa influencia de Pinel y la reticencia de los clínicos a abordar la cuestión. Si es evidente que el rechazo de los clínicos a la especulación filosófica iba de la mano de reafirmar su autonomía respecto de la religión. El psicoanálisis se constituye apoyado en el mismo movimiento por el cual la medicina arrancará la sexualidad del campo de la moral y la religión.

Además de la referida necesidad de tomar posición sobre los aspectos psicológicos de las enfermedades mentales, los avances de la neurología comenzaron a permitir descripciones específicas de trastornos que no se habían previsto. Esta línea que asociaba el estudio material del cerebro a la Psicología a partir de Meynert y Wernicke se consolida, investigando las disfunciones (hiperfunción, pérdida o parafunción) de la motilidad, voluntad, pensamiento, lenguaje, eran interrupciones en las asociaciones de sistemas neuronales. Fuertemente atacado por los clínicos, aunque aceptando sus resultados parciales, se supuso prematura y excesiva la generalización de sus resultados y la nosografía a la que conducía, cuya complejidad no parecía fruto de su riqueza sino de sus hipótesis *ad hoc*.

La encrucijada de la clínica

Asociado muy de cerca al programa neuropsicológico, S. Freud intenta integrar la problemática de la histeria -amnesia, parálisis, ataque epileptiforme, pérdida de distintas funciones - y su "disociación de las representaciones"-, a este programa. Esto produce que Meynert rompa con él. Desde esta metodología, se puede considerar simplemente como efecto de que Freud, a partir de sus estudios con Charcot y la consideración de la hipnosis, *parecía haber cambiado de programa*.

No era así. Antes de abandonar la neuropsicología, y teniendo ya varios elementos de lo que luego sería el psicoanálisis, intenta agotar las posibilidades teóricas de la neuropsicología desarrollando el célebre "Proyecto de psicología para neurólogos" integrando en él, el problema del "grupo psíquico separado" de la histeria, a un modelo de psiquis compuesto por sistemas de neuronas y cantidades. De su pertenencia a este programa no solo dan cuenta diversos trabajos - la serie sobre parálisis y afasias -, sino también, la *autoexigencia* de producir una psicología normal de alta sistematicidad, evitando que sus teorías se limiten al campo psicopatológico como otros clínicos franceses. Como caso del científico que se ve precisado a desarrollar otro programa para demostrar sus límites, Lakatos da el desarrollo de la teoría de los vórtices por Newton para demostrar su incompatibilidad con Kepler. Freud es otro ejemplo de trabajo en dos programas simultáneos, habiendo desarrollado al máximo las posibilidades del modelo neuropsicológico.

Entre los trastornos somáticos de origen psíquico y la sugestión como fenómeno central de la influencia del médico, el programa clínico fue forzado a producir respuestas que iban a estancarlo en la disputa organicista - espiritualista. Ambas tendrán al psicoanálisis como férreo enemigo que sin embargo porta elementos fundamentales del programa clínico.

El núcleo firme del psicoanálisis

Al contrario de lo que sucede en la metodología kuhniana, en donde es difícil especificar el paradigma, enunciar el centro firme de un programa de investigación no es algo vago, pero se debe desmitificar ese enunciado. No es la quintaesencia de una teoría ni el oculto nombre de Dios. Como lo indica Lakatos: "Según mi posición, es probable que todos los centros firmes de los programas científicos sean falsos y, en consecuencia, solo sirven en cuanto ideaciones fuertemente imaginativas para incrementar nuestro conocimiento del universo" (Lakatos 1987:146). Pero esas ideaciones orientan la elección de problemas, es decir, fundan la heurística del programa.

El punto central que separa a Freud del consenso clínico de la época (Janet, fundamentalmente), es la especificación de que las representaciones o ideas, según se nombraran, no estaban "disociadas", separadas, por una predisposición hereditaria, ni por un "estado hipnoide"; estaban *actualmente reprimidas por un acto de la conciencia (la defensa) debido a su contenido sexual o a un enlace a estos, y en tal estado inconsciente adquirirían una intensidad desmesurada determinando los síntomas*. Esta "represión" se diferencia claramente del término herbartiano idéntico - cuyo "inconsciente" corresponde más bien al preconsciente freudiano -, y hace del inconsciente, muy usado en el medio de la época en psicología y neurología, un nuevo objeto de estudio. Freud dirá que el simplemente *tomó en serio* esta noción.

El primer cordón de teorías auxiliares debía dar cuenta de la desfiguración de esos contenidos sexuales en la descripción del síntoma. Es así que las leyes de este paso (proceso primario y secundario, desfiguración onírica, diferencia entre contenido manifiesto y latente) darán cuenta de la diferencia entre esos contenidos inconscientes y su manifestación, es decir que las leyes del inconsciente, serán una teoría de la desfiguración entre lo manifiesto y "la noxa".

La manera en que las representaciones libradas al proceso primario inciden será el equivalente a la fisiopatología. Este giro etiológico hace que el psicoanálisis se libre de las disputas barrocas (problemática estancada) sobre nosografía descriptiva alterando el eje de la discusión de los clínicos.

La potente heurística positiva (elección de problemas) que de ahí se desprende mostró rápidamente ser progresiva: además de la psicopatología, implica *la investigación de toda disfunción de la conciencia, memoria (ahí la serie amnesia histérica, desmemoria, recuerdos encubridores, amnesia infantil), afecto (neurosis de angustia) y del lenguaje y la voluntad (neologismos, lapsus, operaciones fallidas, astenia, duda); y un elemento fundamental: ya con el mecanismo de la desmemoria y los recuerdos encubridores hace pie en la psicología normal*.

Los próximos pasos en la elección de problemas y desarrollo de teorías auxiliares, están definidos por este núcleo y primer cordón. Estos *dos polos del conflicto psíquico* así generalizado de la psicopatología a la psicología normal (e infantil,

otro elemento progresivo), serán abordados en el segundo periodo de constitución teórica: *teoría de la sexualidad y teoría del Yo*.

Su heurística negativa: toda consideración sobre procesos psíquicos que no considere los procesos inconscientes producirá anomalías.

El giro praxiológico

Esta descripción es obligadamente sintética, incompleta, y podrá ser insatisfactoria para el estudioso de Freud. Pero sería altamente inexacta si no tomara en cuenta, en consistencia con la hipótesis que sostenemos de suplantación del programa clínico, que el origen de este nuevo programa proviene de un cambio en el nivel de los observables clínicos.

Hasta que las teorías de Jung y Adler - que utilizando la teoría de la desfiguración (cordón auxiliar) sostuvieron otro núcleo firme -, lo llevaron a declararse único gestor del psicoanálisis, Freud siempre sostuvo que J. Breuer era el "padre" del psicoanálisis. Esto se debe a que, habiendo usado Freud el tratamiento hipnótico quitando síntomas por sugerencias contrarias; Breuer, *invierte esta vía habitual* en la época, intentando restaurar las asociaciones interrumpidas, "sacar" y no poner, a través del estado hipnótico. De la *vía di porre* a la *vía di levare* (Freud 1913). Por esta vía, luego de abandonar la hipnosis, Freud encuentra el fenómeno central para su heurística: cada vez que intentemos restablecer una conexión asociativa a través de la asociación libre, se encontrará *una resistencia* directamente proporcional a la fuerza represiva que mantiene esas representaciones separadas de la conciencia. El estudio de las representaciones reprimidas demuestra que estas han sufrido ese destino por su contenido sexual. Esta vía, inaugurada por J. Breuer, es efectivamente decisiva ya que, así como no se puede discutir acerca de los sueños basándose en los contenidos manifiestos, los clínicos no encontrarán nunca el fenómeno de la resistencia del que se deduce la represión, si mantienen la *vía di porre*. Es decir que en la búsqueda de la representación traumática, del núcleo patógeno, la asociación libre que se diseña como método de curación se transforma en un poderoso *método de observación psicológica* que produce además de la resistencia otros observables y se aplica a los sueños, la desmemoria, etc.

- Método de observación y tratamiento —————→ *Asociación libre*
(determina el encuentro de)
- Observables —————→ *Resistencia*
(para explicar los cuales se utilizan)
- Conceptos —————→ *Represión*
(que construyen el)
- Objeto de estudio —————→ *Inconsciente (freudiano)*

Esta vía restituye la actitud hipocrática de expectación y más bien pobre en prescripciones que la clínica psiquiátrica tendía a abandonar con su "tratamiento moral" intuitivo. Y es en ella que, aplicando el mismo método, se encuentra la

transferencia, englobando en su teorización sexuada la polémica estancada sobre sugestión -hipnosis.

Pero estas observaciones, no se encontrarán si, por el contrario si se utiliza la "ensoñación inducida", o el experimento de asociación de palabras con "palabras-estímulo" elegidas por el profesional, o cualquier otro método de observación, con el cual *modificamos completamente el campo de observación*. Esto es igual a la modificación de los observables en el microscopio que generó el método de teñir los tejidos con sales de oro que realizó Freud en el Laboratorio de Brücke. Otra tintura mostraba otras estructuras celulares.

Discusión

Es importante recordar el debate, generado a partir de los historiadores externos e internos de las ciencias, en la tensión entre dos excesos: una historia "celebratoria" confeccionada por los historiadores internos y una historia que, aséptica y despojada de todo interés para la disciplina, se confecciona "objetivamente" por los historiadores externos profesionales" (Klappenbach 2002). No todo estudio epistemológico interno tiene que ser autolegitimante, ni el epistemólogo externo será necesariamente objetivo (Laurent Assoun 1998).

Sostenemos la posición de que en la comunidad científica - en la primera mitad del siglo XX - el Psicoanálisis sustituye con su discusión sobre Psicología, etiología y terapéutica, la influencia del programa clínico estancado en discusiones nosográficas. Ese estancamiento hace que, a partir de 1913 Jaspers o Watson compitan con el Psicoanálisis por la teoría psicológica, clausurando gran parte de la riqueza del programa clínico - descripción, evolución, clasificación -. En oposición al programa que reemplaza, el Psicoanálisis provee de una teoría de la Psicología humana normal y patológica, parcialmente evolutiva, una fuerte hipótesis etiológicas, un método de cura consistente con ese cuerpo teórico. La nosografía pierde ese rol central que tenía en el programa clínico pero a su vez jerarquiza las observaciones y arriesga cuestiones centrales en la convalidación de sus hipótesis etiológicas. Se trata evidentemente de un programa por muchos años progresivo que genera actualmente, adhesiones en la comunidad científica a pesar de encontrarse en crisis.

No hemos ido comparando los resultados de la metodología lakatosiana con lo producido con otras metodologías ya que habría sido engorroso y excedido la extensión de este trabajo. Un solo resultado queríamos subrayar. La simple enunciación de que Freud trabajó en dos programas de investigación simultáneamente, sustituye en esta metodología, el desconcierto al que llega P.-L. Assoun para explicar este momento: "Para comprenderlo, no vacilaremos en hablar de *barroco epistemológico*" (Laurent Assoun 1998:118 ss). Es manifiesto el erredo argumental que produce la búsqueda de lo inédito, la raíz última de la originalidad, la ruptura epistemológica, la revolución que funda el nuevo paradigma, la nueva racionalidad. La racionalidad lakatosiana, paradójicamente con mayor humildad, pareciera sugerir que nos es permitido cernir las condiciones de un acontecimiento hasta un límite donde se encuentra el misterio de la creación.

Bibliografía

- Assoun P.-L. *Introducción a la epistemología freudiana*. Siglo XXI, México, 1998.
- Bercherie P. *Los fundamentos de la clínica*. Ed. Manantial, Bs. As., 1986.
- Bercherie P. *Génesis de los conceptos freudianos*. Paidós, Bs. As., 1996.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas*. Cuarta edición. Salvat, 1951.
- Ellenberger H. *El descubrimiento del inconsciente*. Editorial Gredos, Madrid, 1976.
- Ey H. y otros. *Tratado de psiquiatría*. Octava edición. Masson, Barcelona, 1980.
- Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, México, 1966.
- Freud Sigmund. *Obras completas*. Amorrortu editores, Bs. As., 1992.
- Freud Sigmund. *Charcot. 1893 (1992)*
- Freud Sigmund. *Historia del movimiento psicoanalítico. 1913 (1992)*.
- Griesinger W. *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*. Tomo I y II. Polemos editorial Bs. As. 1997.
- Groote Michele Ristich de. *La Folie à Travers les Siècles*. Editor: Robert Laffont, París, 1967.
- Jaspers K. *Psicopatología general*. Cuarta edición. Editorial Beta, Bs. As., 1970
- Klimovsky G. *Las desventuras del conocimiento científico*. A-Z Editora, Bs. As., 1994
- Klappenbach Hugo. "Historiadores externos e internos. La finalidad de la historia de la psicología" en *Actualidad psicológica* N° 294. Bs. As., Enero-febrero 2002.
- Kraepelin. *Cien años de psiquiatría*. Asociación española de neuropsiquiatría, Madrid, 1999.
- Lakatos Imre. *Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales*. Tecnos, Madrid, 1987.
- Pichot. *El Abordaje Clínico En Psiquiatría*. Polemos, Bs. As., 1995.
- Saurí J. *Historia de las ideas psiquiátricas*. Carlos-lohlé, Bs. As., 1969.
- Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Cuarta edición. Masson, Barcelona, 1998.
- Vidal G. y otros. *Enciclopedia de psiquiatría*. Ed. El Ateneo, Bs. As., 1979.