

JOSE A. MENDEZ RUIZ

Pensamos que el desarrollo del psicoanálisis debe tener como premisa indispensable mantener una coherencia entre la teoría y la técnica. Por eso, hemos querido establecer esta secuencia en la preparación de esta mesa, en la que a la propuesta de psicopatología psicoanalítica que nos acaba de presentar Joaquín Ingelmo queremos que le siga una propuesta equivalente en cuanto al tratamiento. Creemos que la secuencia completa sería:

- así como vayamos progresando en el entendimiento del funcionamiento del psiquismo,
- así podremos desarrollar un modelo de psicopatología psicoanalítica que amplíe nuestro conocimiento sobre cómo se originan y cómo se mantienen las diferentes categorías psicopatológicas con que nos vamos a encontrar en la clínica,
- y así podremos ir ampliando la complejidad y especificidad de nuestras intervenciones psicoterapéuticas.

Partimos de considerar que la gran tarea que enfrentamos como psicoanalistas es la de conseguir la mayor eficacia en la consecución del cambio terapéutico en nuestros pacientes. Para ello, se requiere adecuar la práctica del psicoanálisis a las diversas variantes con que nos encontramos en la clínica. La técnica psicoanalítica no puede dejar de tomar en consideración la diversidad de los cuadros clínicos, teniendo en cuenta todas las variantes y subtipos en cuanto a la configuración psicopatológica presente en cada uno de ellos, así como la estructura de personalidad de los sujetos que las sufren, los diversos contextos en los que se desarrolla la tarea y, por supuesto, los diferentes tipos de vínculos a que da lugar cada día paciente-analista.

JOSE A. MENDEZ RUIZ

Tendremos un buen ejemplo práctico de todo esto en la intervención posterior de Hugo Bleichmar, cuando realice la ejemplificación clínica de lo que ahora hablamos aplicado al diagnóstico y tratamiento de los cuadros depresivos.

Estamos convencidos de que el psicoanálisis sólo puede tener un lugar destacado en la enseñanza universitaria y en la práctica clínica si consigue alejarse de la tradición de intervenciones monocordes, aplicadas de un modo demasiado genérico a las muy diferentes situaciones clínicas con que nos encontramos. Debemos desarrollar intervenciones que no sólo resulten lo más específicas posible, sino que nos permitan diferenciar aquellas que son terapéuticas para un determinado tratamiento de aquellas que refuerzan la patología. Porque no podemos olvidar que nuestras intervenciones terapéuticas no sólo pueden llegar a ser ineficaces, sino también dañinas, reforzadoras de la patología previa. El vínculo transferencial psicoanalítico puede ser eficaz para el paciente, puede ser ineficaz para el paciente y puede ser perturbador para el paciente. Entramos entonces de lleno en la preocupación por los posibles *efectos iatrogénicos* de las intervenciones psicoanalíticas. Y esto lo menciono porque nos parece que este tema debe ocupar un lugar destacado en la investigación psicoanalítica y nunca debería olvidarse cuando se hable de intervenciones psicoanalíticas específicas.

La cuestión, entonces, es definir qué entendemos por intervenciones específicas y salvar el riesgo de caer en un mero eslogan sin gran contenido dentro. En principio seguramente hay que resaltar que la especificidad tiene su origen en la singularidad de cada encuentro analítico y quizá podemos dar una primera

JOSE A. MENDEZ RUIZ

respuesta muy pragmática si decimos que una intervención la podemos denominar específica por los efectos de cambio terapéutico que provoca sobre un caso concreto. También podemos decir que específica es aquella intervención que responde a la pregunta de ¿qué tipo de intervención?:

- ¿para qué tipo o subtipo de cuadro psicopatológico o dimensión del psiquismo a tratar?
- ¿para qué estructura de la personalidad?
- ¿para qué tipo de vínculo paciente-analista?
- ¿para qué condiciones del tratamiento?

Pero para aproximarnos a qué entendemos por intervenciones específicas podemos partir del ejemplo paradigmático de intervención específica psicoanalítica: **la interpretación**, esto es, la que ha sido la propuesta técnica básica del tratamiento psicoanalítico desde sus inicios y que se basa en pensar en todos los casos:

- en el paciente como alguien que no puede acceder, por acción de *la represión*, al saber.

- y en el analista como alguien que le ayudará a desvelar lo oculto inconsciente.

Esto, siendo indudablemente cierto para muchos pacientes, resulta insostenible como pensamiento único adaptable de modo general. Su aplicación resulta prioritaria cuando estamos frente a aquellas inscripciones psíquicas que en su momento fueron conscientes y que por efecto de los diferentes tipos de angustia, por

JOSE A. MENDEZ RUIZ

la culpa, por la vergüenza que generan, pasan a ser inconscientes. Por supuesto hablamos de esa parte de lo inconsciente constituida a partir de los contenidos simbólicos que llegan a reprimirse por el mecanismo de la *represión secundaria*. En todos estos casos debemos intervenir con *interpretaciones* o cualquiera de los otros tipos de intervenciones verbales: *señalamiento*, *confrontación*, etc., que comparten el objetivo de desvelar el sentido inconsciente oculto en el discurso manifiesto del paciente. No hacen falta ejemplos clínicos porque los tenemos todos en la cabeza....

Si todas las inscripciones fueran de este tipo siempre sería necesario desvelar ese sentido simbólico oculto, inconsciente, que escapa al sujeto y la *interpretación* sería el gran útil de nuestro trabajo psicoanalítico. Sin embargo, sabemos que no siempre es así, de hecho, buena parte de nuestro inconsciente está constituido a partir de lo vivencial subjetivo que los padres, u otros objetos significativos, transmiten y que queda inscrito en lo inconsciente sin que ni el sujeto que lo recibe ni el objeto que lo emite tengan conciencia en ningún momento de ello. Lo que define verdaderamente a este sector de lo inconsciente es todo aquello que se inscribe en el psiquismo a partir de las interacciones y las identificaciones. Desde muy diferentes aproximaciones teóricas, autores como Laplanche, Aulagnier, Bollas, Lyons-Ruth o el Grupo de Boston, entre otros, han desarrollado el estudio de este tipo de comunicación que podemos denominar como ***relacional implícita***.

Este tipo de inscripciones, esto es, todo lo que vivenciamos en el curso de nuestras interacciones o identificaciones, son totalmente diferentes a las anteriores. Como ustedes saben bien, en ambos casos intervienen tipos de memoria diferentes, con sus diferentes

JOSE A. MENDEZ RUIZ

orígenes neurofisiológicos y formas de procesar la información. En el primer caso actuaría la *memoria declarativa o explícita*, que el sujeto puede llegar a poner en palabras, es decir, “declararla” y, en el segundo, la *memoria procedimental o implícita* que, en lo que a nosotros nos interesa, remite a las formas en que se han inscrito los modos de vincularse, o las reacciones afectivas automáticas que desarrollamos ante el contacto con el otro significativo.

Si traemos las consecuencias de esto a nuestro tema de las intervenciones terapéuticas específicas, nos encontramos con que este tipo de inscripción procedimental hace inútil la *interpretación* como herramienta técnica. No podemos desvelar el sentido inconsciente de aquello que nunca fue consciente porque se corresponde con mensajes y conductas procedimentales repetidos en la interacción cotidiana, y porque no podemos poner en palabras aquello que nunca las tuvo ya que se dio en el terreno de la interacción o la identificación. En estos casos las intervenciones prioritarias deben ser otras, por ejemplo el proceso de *reconstrucción histórica vivencial* para poder ir reconstruyendo paulatinamente la historia de las interacciones o identificaciones y ver el modo en que a partir de ellas se transfundió parte del mundo emocional de las figuras significativas al sujeto, con el fin de ir rescatando los efectos inconscientes que esto ha ido provocando. Es un lento proceso de acompañar al paciente en la revisión del origen y el establecimiento de su historia emocional. Aquí lo oculto inconsciente no es un significado, sino unos modos de sentir y reaccionar emocionalmente. Lógicamente, si este proceso se ha originado en el seno de la interacción, sólo puede abordarse en el seno de la interacción, preferentemente, aunque no totalmente, en

JOSE A. MENDEZ RUIZ

el aquí y ahora del vínculo terapéutico, es ahí donde se van desentrañando los diferentes tipos de fantasía, donde se puede seguir la secuencia del proceso y donde analista y paciente pueden aprender a detectar cómo ha sido la relación emocional que el sujeto ha vivido.

Otro frecuente ejemplo clínico relacionado con estas inscripciones procedimentales, también en relación a la patología por déficit a la que luego nos referiremos, y que retomo de lo mencionado por Joaquín Ingelmo, es el de esos pacientes a los que sus figuras significativas no le han provisto de la *función de apaciguamiento de la angustia*, ya sea, como nos decía Joaquín, en el sentido de calmar las angustias de sus fantasías aterradoras, o calmar el dolor físico como consecuencia de las diversas circunstancias vitales. Son pacientes que no han sido enseñados, enseñanza que se realiza preferentemente de un modo procedimental, a apaciguar o disminuir el malestar psicobiológico, especialmente en lo que se refiere a la dimensión temporal, esto es, que el sufrimiento puede ser dominado y termina en algún momento. En algunas ocasiones estos pacientes no sólo no pudieron aprender esta regulación psicobiológica, sino que era el propio objeto significativo el que reaccionaba con su propia angustia, o con agresividad, perturbando la puesta a punto de esa función de apaciguamiento. En estos casos, la labor terapéutica tiene como prioridad el enseñar al paciente a codificar de manera no angustiante la realidad externa e interna, en unos niveles que van de la fantasía a los acontecimientos más cotidianos. Los tipos de intervenciones son variados, y abarcan desde aquellas situaciones que incluyen el trabajo concreto sobre escenarios cotidianos, ayudando al paciente

JOSE A. MENDEZ RUIZ

a ordenar sus tareas sin que la angustia le bloquee en su hacer de todos los días, a otras en que es necesario trabajar sobre los contenidos temáticos que codifican las situaciones de angustia (ejemplo clínico). El sustrato a todos estos tipos de intervenciones es el desarrollo en la terapia de un clima relacional en el que pueda darse una empatía con los estados emocionales del paciente que no lo deje librado a exigencias emocionales que lo sobrepasan y no puede dominar. Sobre todo, cuando la falla empática ha tenido lugar en los períodos constitutivos de la capacidad de tolerar y controlar la angustia y eso provoca enormes grados de confusión.

Pero queremos reseñar otra incidencia, en lo que respecta a la técnica específica, provocada por la diferenciación entre memoria declarativa y procedimental. Nos referimos a las consecuencias sobre el objetivo terapéutico psicoanalítico de la búsqueda del *insight cognitivo/afectivo* para la consecución del cambio terapéutico. Así, para lo procedimental esto no es suficiente y deberemos tomar en cuenta también el *cambio mediante la acción*, esto es, actuar sobre aquello que se inscribe en lo inconsciente en forma de esquemas de acción. Esta diferenciación, de gran calado en el trabajo psicoanalítico diario con nuestros pacientes, lleva a Bleichmar a introducir una diferencia que resulta muy importante en muchos casos, como es el diferenciar entre *el saber inconsciente sobre el hacer* y *el saber hacer*. Pensemos a este respecto que el psiquismo se estructura en acciones de intercambio con la realidad y los otros significativos, y que esos intercambios generan inscripciones en forma de narrativa de los mismos, tanto consciente como inconsciente, pero también como memoria procedimental inconsciente, que es la que puede proveer la convicción profunda

JOSE A. MENDEZ RUIZ

de que se puede hacer algo porque ya se ha hecho. Ejemplos como haber provocado una determinada respuesta afectiva del otro, tener un orgasmo o provocarlo, etc., son experiencias que no se pueden jugar exclusivamente en el nivel del relato entre paciente y analista. Son planos diferentes, que requieren de intervenciones diferentes, por más que exista una influencia mutua entre ambos. Los pacientes con inhibición para la acción, no para una acción concreta, sino para la acción en general, serían un buen ejemplo de lo que decimos. Y esos análisis eternos en los que una y otra vez se analizan las causas subyacentes a dicha inhibición, sin trabajar sobre el estímulo directo a la acción, por más que esto se realice después o a la vez de un análisis previo y posterior de sentimientos, fantasías, sensaciones, etc., sería un buen ejemplo de la técnica reductora que queremos evitar.

Otra ejemplificación para completar esta aproximación general al porqué insistimos en la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas lo más específicas posibles, se refiere a algo que Joaquín Ingelmo ha destacado cuando hablaba hace unos minutos y es el papel fundamental que en la clínica hay que atribuir a la patología por déficit. Aunque conflicto y déficit se suelen entremezclar en la clínica, hay pacientes cuya patología es básicamente por déficit y otros en los que será por conflicto y debemos pensar que, según los momentos o dimensiones a tratar, en un mismo paciente puede predominar uno u otro. Desde Killingmo sabemos que, en estos casos, no deben predominar las *intervenciones interpretativas* que desvelan significados ocultos, sino las denominadas *intervenciones afirmativas*. Su función sería devolver al sujeto un sentimiento de identidad de su self, de validez

JOSE A. MENDEZ RUIZ

de su experiencia, amenazadas por las dudas sobre una realidad que, en general, le ha sido distorsionada por sus figuras externas y que le impide representarse de modo adecuado aquello que el sujeto está viviendo. No se trata de desvelar un significado, sino de crearlo.

Desde el enfoque Modular-Transformacional, y a partir de los aportes de Bleichmar, para los pacientes en los que predomina la patología por déficit, se propone integrar, dentro estas técnicas fundamentalmente afirmativas, una serie de intervenciones que, en conjunto, denominaremos como *intervenciones reparadoras*. En ellas, el analista asume transitoriamente ciertas funciones que el paciente no puede asumir porque no las posee. En este sentido, se piensa en el tratamiento no sólo como mera repetición de situaciones pasadas, sino que supone también un movimiento de creación, de inscripción de lo nunca inscrito. Algunas de estas intervenciones serían:

- Legitimación del sujeto global por encima de rasgos parciales, de fallas e insuficiencias.
- Catectización afectiva de la función deseante.
- Favorecer el desarrollo de nuevas capacidades en el manejo de la realidad interna y del mundo externo.
- Ayudar a la discriminación entre medio patógeno, medio facilitador y medio proveedor.

Para finalizar quiero decir que a estos ejemplos que hemos desarrollado se podrían añadir muchos otros, pero no es, lógicamente, objeto de esta presentación resumida abarcarlos. Sólo reiterar que dejar de lado una nosología basada en entidades

JOSE A. MENDEZ RUIZ

estancas y considerar otra en que se consideren los diferentes cuadros psicopatológicos y sus subtipos como el resultado de la articulación de componentes, permite abrir unas enormes posibilidades a la hora de mostrar las múltiples vías por las cuales se generan los diferentes cuadros clínicos que componen la psicopatología y, por lo tanto al abordaje terapéutico diferenciado y específico. Desde el enfoque Modular-Transformacional venimos desarrollando ese trabajo en diferentes cuadros psicopatológicos y dimensiones del psiquismo, buscando la *deconstrucción* de los diferentes componentes intervinientes:

- Trabajo psicoterapéutico específico sobre los trastornos depresivos.
- Trabajo psicoterapéutico específico sobre los trastornos narcisistas.
- Trabajo psicoterapéutico específico sobre el proceso de duelo patológico.
- Trabajo psicoterapéutico específico sobre las adicciones.
- Trabajo psicoterapéutico específico sobre los casos de agresividad.
- Trabajo psicoterapéutico específico sobre los trastornos graves de la personalidad.
- Entre otros.

Pretendemos que estos ejemplos sirvan para pensar que, a la complejidad del psiquismo, tanto en sus contenidos como en sus leyes de funcionamiento, tipos de inscripción, etc., debe seguirle en buena lógica, una terapéutica diversa y, por lo tanto, específica que afronte cada una de las situaciones singulares, internas o externas al sujeto, dependiendo del tipo de vínculo, etc.