

## Las terapias cognitivas, el psicoanálisis y la clínica

A. Polaino-Lorente

### Introducción

A lo largo de este trabajo trataré de exponer algunas anécdotas, dado que en el ámbito clínico en que estamos parece imprescindible alguna referencia a la práctica. Pero obsérvese que también aquí la mejor práctica es siempre una buena teoría.

Comenzaré contando una anécdota que observé ayer por la tarde. Mientras iba paseando, vi cómo se saludaban dos chicas jóvenes, mientras que una decía a la otra: «Por ti no pasa el tiempo. No has cambiado nada. Estás igual que siempre».

Embebido como estaba los días anteriores en el estudio de las cuestiones metodológicas acerca del psicoanálisis, es lógico que me vinieran a las mientes muchas preguntas acerca de lo que estaba observando, como, por ejemplo, las siguientes: ¿Es esto un saludo convencional? ¿Es acaso la descripción exacta o ingenua de lo que observa una chica en otra? ¿Es, tal vez, una mera interpretación? o ¿sólo una atribución? ¿Acaso nada había cambiado en aquella chica, tal y como estaba siendo observada por su compañera? ¿Respecto de qué criterio se estaba juzgando la posibilidad o no de tal cambio? ¿La estaba comparando con la imagen que conservaba almacenada en su memoria, o tal vez con su deseo de que nada cambie y todo permanezca? ¿Lo observado y el juicio pronunciado pueden cambiar, en algún sentido, a la observadora? ¿Son pertinentes las anteriores preguntas respecto de las interpretaciones que hace el psicoanalista?

Las anteriores preguntas no tienen más propósito que el de introducirnos a una cuestión que, me parece, es central en el análisis de estos pro-

blemas: ¿Qué es más importante, el cambio exterior o el cambio interno, subjetivo y psíquico? Siempre que pensamos, hablamos, imaginamos, sentimos, percibimos, hacemos cualquier cosa, etc., se generan ciertas consecuencias en el sujeto que realiza esas acciones y en el medio en el que aquél se encuentra. Esto sucede siempre. Incluso cuando nos parece que no hacemos nada, también se están generando consecuencias aunque, lógicamente, de otro tipo. Esas consecuencias pueden estudiarse en una de estas dos grandes vertientes: o son consecuencias «ad extra», que se producen fuera del sujeto, o son consecuencias «ad intra» que afectan a la interioridad de quien realizó aquella acción.

En la cultura de hoy —quizás también en otros momentos de la cultura española y de otros países— estamos demasiado atentos a observar y analizar sólo aquellas consecuencias que para nosotros resultan relevantes, es decir, las consecuencias externas, caracterizadas por ser inventariables, cuantificables, medibles, aprehensibles, observables, etc.

En cambio, hoy —y esto tengo mucho interés en decirlo, y en decirlo de un modo vigoroso para que no se olvide—, no evaluamos, no le damos la consideración ni la magnitud que justamente tienen a las consecuencias internas que nuestro comportamiento genera.

Voy a poner un solo ejemplo. Supongamos que yo fuera una persona dotada con ciertas habilidades para la buena literatura y que este verano me hubiera encerrado tres meses y hubiese escrito una excelente novela que, justamente, obtuviera además el próximo premio Planeta. Como consecuencia de lo que he realizado —escribir una novela— mi vida experimenta-

Palabras clave: Psicoanálisis. Interpretación. Terapias cognitivas

Fecha de recepción: Julio 1995

ría un gran cambio. A partir de ese momento comenzaría a ser conocido de todos (popularidad); firmaría mis libros en el Corte Inglés; aparecería, probablemente, en las tertulias de Televisión Española; mejoraría mucho mi validez social (el modo en que las personas consideran si soy o no valioso, etc.); y, de seguro que mi comportamiento levantaría algunas críticas (atribuciones con o sin fundamento), como consecuencia de la envidia, enfermedad endémica en nuestra sociedad. Surgirían así miles de atribuciones sobre mi persona, muchas de las cuales, probablemente, me beneficiarían mucho, tanto que incluso llegaría a la conclusión de que el esfuerzo de exigirme mucho y pasarme tres meses encerrado, escribiendo una novela, había valido la pena, es decir, me habría compensado de forma suficiente. Ordinariamente, nuestros análisis terminan casi siempre aquí, en la consideración evaluadora de las consecuencias externas de nuestros comportamientos.

Pero únicamente esta forma de evaluación constituye un gran error, porque al proceder así dejamos fuera de foco la mejor parte de las consecuencias generadas por nuestras conductas. Volvamos al ejemplo anterior. Si yo me exijo mucho durante tres meses realizando penosamente la tarea de escribir —porque no dispongo de las necesarias habilidades para ello—, gane o no el Planeta, mejoraré y habré perfeccionado mi capacidad como escritor —capacidad que hasta el momento no ha sido medible ni evaluable por nadie, ni siquiera por mí mismo— a pesar de que ni el público ni yo mismo valoremos esas consecuencias íntimas y profundas —personales—, generadas por mi anterior comportamiento.

Es posible que para la mayoría de los curiosos observadores, únicamente cuenten las consecuencias externas —las que socialmente son relevantes en ese determinado y preciso momento coyuntural de nuestro ámbito cultural. Pero las verdaderas consecuencias, las que de verdad importan al autor, no son esas, o al menos no son sólo esas. Al autor le importa —y mucho— las consecuencias internas de sus actos, que sobre él robran. En este caso, por ejemplo, el

haber acertado con este o aquel estilo literario; la mayor facilidad que el autor tendrá en lo sucesivo, como consecuencia del entrenamiento realizado, para seguir escribiendo buenas novelas; y tal vez, el haberse demostrado a sí mismo que dispone de unas habilidades en las que, hasta este momento, jamás había confiado. Todo esto sí que modifica poderosamente al autor de la novela, a pesar de que ningún observador repare en ello. Lo mismo podría decirse respecto de otras consecuencias sociales externas en las que casi nadie repara. Esto es lo que sucedería, por ejemplo, si la novela de nuestro ejemplo contribuyese a modificar la bien arraigada —y mal fundamentada— opinión social existente sobre un concreto mito literario. De seguro que este hecho, al que no se atiende —consecuencia también del trabajo del novelista—, puede contribuir a modificar ciertos conceptos antropológicos que el público tiene y, a su través, lo que entendemos por cultura.

Desde esta perspectiva, parece que las consecuencias internas de nuestras acciones son más relevantes —para lo que importa a cada uno de nosotros— que las consecuencias externas, a pesar de que únicamente sean éstas últimas las que habitual y rutinariamente se consideran. ¿Piensan ustedes que la mayoría de las personas trabajan, *prima facie*, de cara a las consecuencias internas que se derivan de su actividad? ¿Hay algo que nos importe más que esas consecuencias internas, que en cierto modo acaban por identificarse con nosotros mismos? ¿Seguro que comenzaremos a actuar como si sólo nos importasen, como si nos importasen más las consecuencias internas de nuestro trabajo? ¿Seguro? Por el momento, yo no estoy seguro de que esto vaya a ser así. No hay cuidado, en mi opinión, con que el hombre de hoy apele a la radicalidad de sí mismo y guíe y motive su actividad de cara a lo que parece ser —para él— más importante: su autoperfección, su autorrealización personal. Tampoco estoy seguro de que si el hombre continúa evaluando —y guiándose por— las consecuencias externas de sus actos, tal modo de proceder lo haga sólo por ser leal con la virtud

de la justicia (*dikaíosyne*), de la «naturaleza justa» (*dikaíe physis*) que, como animal social que es, le corresponde. Hoy estamos, a mi parecer, en las antípodas, tanto de aquél como de este argumento.

#### La inevitabilidad de la hermenéutica en la clínica

Hasta aquí el preámbulo para empezar a hablar de la inevitabilidad de la interpretación en el quehacer clínico. Comenzaré esta reflexión afirmando que, naturalmente, toda persona hace interpretaciones y que esas interpretaciones, obviamente, generan consecuencias.

Mi pregunta al llegar aquí es la siguiente: ¿Ustedes piensan que si no hubiera ideas, habría conflictos psíquicos? Dicho de otra forma: si el hombre no tuviera ideas que contraponer, que derivar, oponer, resistir, reponer, asimilar, cambiar, transformar, sustituir, verificar, remodelar, refutar, reinterpretar, etc., ¿consideran ustedes que tendríamos problemas?

De todo esto sabemos muy poco, a pesar de que constituya una actividad a la que cotidianamente todos nos entregamos más o menos, en un cierto sentido. Y es posible que las consecuencias que esos pensamientos y atribuciones generan en nosotros estén modificando nuestra salud positiva o negativamente. Pero de esto, insisto, sabemos muy poco y además llevamos una dirección que de seguirla continuaremos sin saber casi nada. Sin embargo, confío y espero que los jóvenes alumnos —que vienen empujando tan fuerte—, consigan modificar el estado de nuestra actual ignorancia sobre estas cuestiones. Como acabamos de observar en este *modelo cognitivista*, apenas si tenemos control sobre muchas de las atribuciones que hacemos.

Lo mismo sucede si apelamos a un *modelo energético*, como el freudiano, para tratar de explicar el efecto generado por las interpretaciones y atribuciones que realizamos. Esto es lo que acontece con la *catexia*, el desplazamiento de energía de unos a otros objetos (el proceso primario, como modelo de cognición). La energía psíquica, según el modelo apuntado, puede

ir de unos objetos reales a otros ideales, de lós posibles a los imposibles, de los incognoscibles a los cognoscibles, de los imaginarios a los reales, etc., transformando y mudando a su paso el sentido y la significación mental de esos objetos, por efecto de esta actividad transformante y transformadora que es la interpretación.

Según el psicoanálisis, nuestro aparato psíquico puede trabajar con todos estos objetos simultáneamente, y a una velocidad de vértigo. De ahí la inevitabilidad de la actividad interpretativa en el hombre. Pero de aquí también su invencible dificultad a la hora de interpretar las interpretaciones, actividad reservada en buena parte sólo a los psicoanalistas.

Por eso, si el psicoanálisis tiene algún sentido, lo tiene precisamente en este punto: en tratar de demostrar que es científicamente posible tratar de interpretar las interpretaciones que, a su vez, hacen los pacientes. Sin embargo, cuando observamos la actividad psicoanalítica desde la satisfacción o no de este objetivo fundamental, llegamos a la conclusión de que el psicoanálisis no lo logra o, hasta el momento, no lo ha logrado. El problema está ahí y ahí sigue: un reto que continúa esperando a alguien que lo desvele y en el que el psicoanálisis se juega mucho, se juega las posibilidades que tiene de ser legitimado o no como un saber científico.

No se olvide que las cogniciones que hacemos son, efectivamente, un *medio* para el conocimiento, pero también una *motivación* para el conocer. Y si las interpretaciones no son comprendidas o explicadas, si no se da ninguna razón científica que salga garante del por qué de la veracidad de ésta o aquella interpretación psicoanalítica en concreto, entonces, ni esas interpretaciones constituyen un medio para que el paciente conozca lo que está sufriendo, ni tampoco son útiles para motivarle a continuar con el largo y costoso proceso psicoterápico que ha emprendido.

Que las cogniciones constituyen una importante fuente de motivación para el hombre es algo que sabemos desde hace muchos siglos. Sabemos, desde el viejo Aristóteles, que todo hombre apetece saber, afirmación que nadie ha

desmentido todavía, por lo que parece ser cierta. A esa afirmación yo añadiría otra que la concreta todavía más para lo que aquí interesa: que todo hombre apetece saber, fundamentalmente, acerca de sí. Es verdad que a todos nos interesa conocer otras muchas cosas, pero, por encima de todo, lo que los hombres queremos es saber acerca de nosotros mismos. Y, realmente, ¿sabemos acerca de nosotros mismos? En mi opinión, hay que contestar que no, que el hombre sabe muy poco acerca de sí mismo. Esto se comprueba muy fácilmente cuando quien participa en una reunión social cualquiera es un psiquiatra, psicólogo o psicoanalista. Apenas ha transcurrido la presentación, en que al otro se le informa de las actividades profesionales, antes aludidas, que realiza esa persona, la mayoría de sus interlocutores cerrarán filas en torno suyo y tras conectar enseguida, comenzarán a hacer preguntas o afirmaciones a la defensiva, acompañadas de una risa nerviosa: «¿Cómo trataría usted a un chico que tiene el siguiente problema...?»; «He observado que me mira muy fijamente, ¿no me estará usted psicoanalizando?», etc.

Los anteriores comportamientos no son sólo indicativos de una actitud a la defensiva respecto de los profesionales del psicoanálisis, sino que también pone de manifiesto la necesidad que todo hombre tiene de saber, de conocer más acerca de sí. Pero mucho me temo que por el camino que andamos cada día sepamos menos acerca de nosotros mismos.

En efecto, nuestro lenguaje atribucional, media, transforma, amplía o restringe todas nuestras emociones y cogniciones, lo que a su vez genera un mundo nuevo de afectos, conflictos, temores, deseos, tensiones, etc., un nuevo mundo que es nuestro mundo, el mundo íntimo, el mundo personal en que habitamos y somos. Y todo esto sucede sin que en rigor tengamos una explicación científica que ofrecer, que disponga del suficiente alcance explicativo como para dar cuenta de lo que allí está sucediendo. Y lo que allí sucede, sin embargo, sí que es una tarea propia del psicoanálisis, la única actividad cuyo desvelamiento haría legítima la existencia del psicoanálisis. Pero, por el momento,

tampoco el psicoanálisis acierta a explicarnos qué es lo que sucede o cómo acontecen esas cogniciones.

Y eso que el lenguaje y su interpretación tienen una vital importancia para la cura psicoanalítica. En cierto modo, es lógico que sea así. El lenguaje media nuestra relación con el mundo, la imagen que de nosotros y de él tenemos, nuestros sentimientos y afectos, nuestros proyectos y preocupaciones. ¿Saben ustedes que hay culturas que no disponen en su lengua de ningún concepto para designar la tristeza? Sin embargo, en esas culturas también acontece la depresión. Ahora bien, el hecho de no disponer de un determinado concepto como el de la «tristeza», ¿piensan ustedes que puede influir en el tipo de depresión que padecen? ¿Modificará la sintomatología depresiva en algo el hecho que acabo de apuntar? ¿Es igual la depresión como fenómeno psicopatológico en aquella cultura que en la nuestra? ¿Responden por igual ambos tipos de depresión a la acción de una misma terapia? ¿Seguro que es igual? Yo no estaría tan seguro; más bien sostengo lo contrario. En realidad, habrá síntomas y efectos terapéuticos que serán prácticamente iguales en unos y otros pacientes de ambas culturas. Pero de seguro que hay otros, en que tal igualdad no podrá establecerse. He aquí la diferenciación sintomatológica —la protoplastia de que hablaban los clínicos clásicos— causada, probablemente, por un factor cognitivo, como es la presencia o no y la frecuencia de uso de un determinado concepto. Lo mismo podría argüirse respecto de la eficacia diferencial generada en estos pacientes por la acción de un solo e idéntico procedimiento terapéutico en comparación con los efectos generados en otro paciente de otra diferente cultura.

El mismo conocimiento de lo interpersonal —la alteridad— se alcanza a través de la interioridad. Sin la interioridad intrapsíquica —valga la redundancia— no puede generarse la alteridad. Cuando conectamos con otra persona, estamos conectando a través de la conexión que con nosotros mismos tenemos (con las ideas que bullen en nosotros; con las actitudes y disposiciones que nos caracterizan; con los recuerdos,

deseos y cogniciones que en nosotros andan, etc.). De ahí que muchos de los trabajos actuales sobre el autoconcepto y la autoestima se enfrenten también a esta misma dificultad del problema del significado y del propio conocimiento.

De otra parte, tanto el autoconcepto como la autoestima pueden ser también estudiados desde el punto de vista de su genética cognoscitiva. Es decir, cuando una persona dice autoconocerse, ¿se ha llevado a término ese autoconocimiento sin ninguna mediación? ¿No habrán influido—incluso decisivamente— los juicios que los demás le han ido atribuyendo a lo largo de su infancia? ¿No habrá estado formando su autoconcepto a expensas y en función del heteroconcepto que los demás formaron o le atribuyeron a él? Cuando juzgamos a alguien y le espetamos lo que su persona nos parece, ¿estamos o no influyendo en su autoconcepto, en su autoestima personal, en su nivel de aspiraciones?

Esta cuestión puede resultar fundamental, tanto para explicar la génesis de ciertos trastornos de personalidad y/o de conducta, como por tal vez poder suscitar la apropiada terapia a esos trastornos. El fundamento de todo esto es la inevitabilidad de las atribuciones/interpretaciones que todos hacemos, y muy especialmente en el ámbito clínico, donde por la ansiedad y el temor suscitados por la enfermedad tales atribuciones no sólo son inevitables, sino también irreprimibles.

Pero si aquéllas son inevitables, su interpretación no. Quiere esto decir que, como estamos observando, acaso sea inevitable para el ser humano hacer interpretaciones; pero sí que es evitable el tratar de explicar aquéllas a través de otras interpretaciones que no pueden falsearse ni verificarse. Si se me concede que, en la persona, las interpretaciones son algo inevitable con lo que tenemos que contar, suplico se me conceda también el hecho inevitable de la necesidad que el hombre tiene de apelar a explicaciones que sean verdaderas. El reto que supone dar alcance a esas explicaciones atañe, qué duda cabe, al psicoanálisis, procedimiento que desde un principio consideró este me-

nester como específicamente suyo.

#### **La hermenéutica psicoanalítica como terapia cognitiva**

A propósito de psicoanálisis y cognición, señalaba antes que el psicoanálisis se justificaría si de verdad se dedicara a desvelar lo que son las cogniciones en el ser humano. De lo contrario, será muy difícil que pueda justificarse. Esa es también la gran aportación que el psicoanálisis puede hacer a la sociedad, a la cultura, a la medicina, a la psicología, etc.

Este reto del psicoanálisis demuestra que continuamente estamos haciendo atribuciones, a través de las cuales nos interpretamos a nosotros mismos e interpretamos la realidad. Sin embargo, todavía hoy, no sabemos muy bien qué hacer para cambiar el modo en que realizamos esas atribuciones o para modificar esas mismas atribuciones. El análisis psicoanalítico, a través de sus interpretaciones, no ha conseguido modificar con el necesario rigor científico las atribuciones que hacemos. En mi opinión, toda la psicopatología está llena y como desbordada de las atribuciones erróneas que realizan los pacientes. Lo mismo podría afirmarse de la medicina interna y, en general, de toda la actividad clínica. Tan importante es este factor que puede admirarse aquello de que si se cambiasen esas atribuciones, probablemente cambiaría toda la fenomenología psicopatológica. Con esta afirmación espero que se valore la importancia de este tema, además de su complejidad.

El tema de las atribuciones y/o interpretaciones apenas si ha sido explorado, desde una perspectiva científica y rigurosa. Tal y como hoy se nos presenta, parece ser un problema muy complejo desde la perspectiva del científico y muy difícil de resolver desde el horizonte del filósofo.

Filósofos y científicos estamos persuadidos de que el hombre sabe que sabe, aunque no sabe cómo sabe. Del mismo modo es también verdad que el hombre sabe pero no sabe qué consecuencias genera en él lo que sabe, ni siquiera el saber mismo. Esta cuestión me parece a mí que es suficientemente importante. Por eso mis-

mo es por aquí por donde debería iniciar su actividad investigadora el psicoanálisis, ya que como tal procedimiento se dirige a estudiar y desvelar los procesos cognitivos. Pero si hacemos buenas las razones apuntadas por algunos psicoanalistas, entonces habrá que concluir que no, que el psicoanálisis no está en condiciones de resolver estos complejos y difíciles problemas.

Reconozcamos, por un momento, que el problema planteado constituye para el psicoanálisis su reto y su destino, la meta a la que ha de hacer frente, si quiere presentarse como una ciencia rigurosa. Sin embargo, tal y como funciona hoy la generalidad de la práctica psicoanalítica, hay que afirmar desde este punto de vista de las cogniciones que el psicoanálisis tiene simultáneamente muchos aciertos y desaciertos.

Su primer acierto consiste en que, efectivamente, no hace una objetivación del hombre como pudo hacerla el conductismo. Esto significa que el psicoanálisis no objetiva, no verifica y no cuantifica lo subjetivo, a pesar de reintroducir al sujeto.

Sin embargo, tras este acierto inicial, se plantean dos problemas muy graves. El primero reside en la *transubjetivación* que hace del sujeto, apenas lo introduce. Es decir, cualquier análisis que haga el psicoanalista del discurso o asociaciones del paciente se sitúa más allá del sujeto mismo, siendo, en consecuencia, transubjetivo. Y, no se olvide, que la interpretación ofrecida por el psicoanalista es de vital importancia por cuanto, para ser útil (es decir, curativa), ha de moldear la mente del propio paciente.

El segundo problema consiste en lo que podríamos denominar con el término de *metatransubjetivación*. Y es que lo que se ha interpretado —no importa que varíe mucho de unas a otras escuelas, de unos a otros psicoanalistas o de unos a otros de los pacientes que se analizan con un mismo psicoanalista— ha de acomodarse a un determinado patrón hermenéutico —el determinado por el analista— que la mayoría de las veces ha sido confeccionado a la hechura no de una teoría, sino de la elección realizada por el analista.

Esto nos lleva a plantearnos algunas preguntas que son difíciles de responder, aunque en cuanto tal irrenunciables. Un psicoanalista que tenga, por ejemplo, una formación muy ortodoxa, ¿configura y moldea la mente de sus pacientes desde el mismo patrón, desde la misma estructura sumergida —la de la escuela psicoanalítica en la que se ha formado— que otros psicoanalistas que practiquen un psicoanálisis de orientación más bien lacaniana, jungiana o kleiniana?

Si tuviera que responder a la anterior pregunta con sólo mi experiencia clínica —cercana ya a tres décadas—, habría de decir que no. He podido observar a lo largo de estos años, cómo en cada paciente psicoanalizado se acuna la estructura psicoanalítica e interpretativa que introdujo su analista; estructura que casi nunca coincide, por otra parte, con las teorías explícitamente formuladas por la escuela psicoanalítica donde aquél se formó. Desde esta perspectiva hay que afirmar que hay tantos psicoanálisis como psicoanalistas lo practican y, en ocasiones, más.

El *isomorfismo mental* configurador a la hechura de la escuela en que se analizó el psicoanalista no parece que sea actualmente una realidad que esté vigente. Su vigencia se limita tan sólo a modificaciones —por otra parte personalísimas y variables a lo largo de la propia biografía del analista— de la teoría enseñada por la escuela; matizaciones que corresponden a las incrustaciones que la propia actividad atribucional e interpretativa del analista ha ido introduciendo, configurando y moldeando de un modo impreciso y que, por supuesto, escapó a todo control.

De la misma forma que se admiten las asociaciones libres, forzoso sería admitir también la existencia de asociaciones libres en la interpretación y en la estructura, inicialmente encubierta, del referente de todas esas interpretaciones. Por otra parte, muchas de las interpretaciones que fueron al principio muy rígidamente instituidas, más tarde acaban por volatilizarse. Y esto también se comprueba en la clínica. Ahora bien, si esto es así —y así nos lo ofrecen algunos pacientes—, entonces, la antropología

implícita que hay en toda interpretación, ¿a qué modelo responde? ¿Cambia la antropología implícita con la trayectoria profesional del analista? ¿Se modifica ese modelo antropológico implícito a tenor de las propias interpretaciones y atribuciones realizadas por el analista? Y si fuera así, ¿no se practicarían acaso varios psicoanálisis distintos a un mismo analizado, con tal de que se prolongue moderadamente su duración?

Hay, lógicamente, otras muchas cuestiones que deben solventarse respecto de la legitimidad científica y de la validez epistemológica del método psicoanalítico, pero de eso no debo ahora ocuparme, por lo que no entraré aquí en esos problemas. Problema aparte es el de la legitimación ideológica del psicoanálisis, como ciencia que ha detentado el poder durante mucho tiempo y en muchos lugares, tal y como parece acusarse respecto de otras orientaciones menos desarrolladas, que con desigual fortuna florecen ahora en el ámbito de la psicología científica. Pero también este problema incumbe a la sociología de la ciencia, por lo que he de renunciar a él.

Sea como fuere, el hecho es que en la actividad clínica podemos acertar con la escuela —incluso con el psicoanalista, si el abanico de profesionales no es muy extenso— donde se analizó el cliente, a través de lo que él nos informa. De hecho, en muchos analizados se aprecian unos como a modo de «residuos» por efecto de las interpretaciones a que ha sido sometido, por parte de su analista. Estos «residuos» constituyen verdaderos estilos atribucionales por medio de los cuales el paciente estructura el contenido de lo que percibe, acomodándolo a un determinado significado o codificando la información que se le suministra según un restringido y rígido programa, a cuya estructura se ajustará más tarde la percepción de la entera realidad.

A veces uno va a hacer la historia clínica y ya en el autoinforme espontáneo que nos suministra el paciente empieza a ofrecérsenos una sinfonía en clave psicoanalítica, desde la que el paciente interpreta y atribuye no sólo su conflicto o padecimiento, sino sucesos que acon-

tecen en su familia, su profesión, en una palabra, en todo su mundo biográfico. Ahora ya no me extraña, pero al principio me dejaba perplejo. Ahora incluso me parece comprensible. Si una persona ha trabajado durante tres años consecutivos, semana a semana, acomodando todos sus sentimientos, sus tensiones, sus conflictos al significado suministrado por un código muy concreto —el psicoanalítico—, es lógico que esta estructura «residual» interiorizada surja de inmediato, manifestándose de forma incompleta, ante el reactivo estimular que supone cualquier pregunta con una clara intencionalidad exploratoria.

A lo que acabo de señalar cualquier psicoanalista podría argumentar afirmando que algo análogo le sucede a él respecto de muchos pacientes que han estado sometidos previamente a tratamientos biológicos. Éste sería el caso del troquelaje, del «imprinting» farmacológico, de la huella que muchos psiquiatras dejan también en el paciente a través de los psicofármacos que prescriben. Y, ciertamente, los psicofármacos también dejan su huella en nuestro organismo.

Sin embargo, la comparación no me parece afortunada. En primer lugar, porque los «residuos» farmacológicos sí que están de acuerdo con el método y concepto de ciencia experimental que hoy tenemos. En segundo lugar, porque no creo que ningún psiquiatra se niegue a admitir tal hecho o a negar que el procedimiento por él usado responde a esos principios, que nunca hay que considerar como meras atribuciones o interpretaciones. Y, en tercer lugar, porque podrá distinguirse en muchos casos qué corresponde a las interpretaciones del paciente y qué es una consecuencia derivada de la medicación suministrada.

Ninguna de las anteriores razones está hoy en psicoanálisis en circunstancias de ofrecérselas, cuando le cuestionamos acerca del método o de la ciencia que él trabaja. Mucho más difícil resulta todavía que el psicoanálisis consienta en explicarnos cómo se consolida el moldeamiento configurativo a que somete a sus pacientes, a través de la terapia cognitiva suministrada por su hermenéutica.

### ¿Dónde se encuentran hoy las terapias cognitivas?

Comenzaré por contar una anécdota, que no la puedo datar ni siquiera en su autoría, porque no sé dónde la leí, aunque considero que pudo ser en un autor ruso, pero no estoy seguro. La escena, que puede representarse con un poquito de imaginación, es la siguiente: en la estepa rusa, completamente nevada y con el viento huracanado de un día de invierno, un pope observa extrañado cómo, en la distancia, una mujer muy abrigada y que parece tener algo entre las manos, no para de hacer continuamente gestos. El pope está perplejo por el comportamiento que observa y, conforme se va acercando a la mujer para ayudarla, va pensando: «esta mujer está loca».

A medida que se acerca su convicción sobre la locura de esta mujer es cada vez más firme. «Esta mujer está loca» —se dice a sí mismo en alta voz, cuando ya está muy cerca de ella—. De repente, observa cómo la mujer cambia totalmente los gestos que estaba haciendo. Ahora se ha hincado de rodillas y mira fijamente al cielo, mientras sonríe. El pope ya está seguro de la locura de la mujer, tanto que concreta más su diagnóstico y musitando repite para sí: «Está loca..., es una esquizofrénica». No sin un cierto miedo se acerca para ayudarla. Y se encuentra con que la mujer, hincadas sus rodillas en la nieve, sonríe al niño que tiene entre sus brazos.

El pope, más extrañado todavía, le pregunta: «Y usted, señora, ¿por qué ha estado tanto tiempo haciendo gestos al niño? Y, sobre todo, ¿por qué estando sola se ha hincado de rodillas sobre la nieve? ¿No le parece que todo esto resulta bastante extraño?». A lo cual la señora contestó: «Mire usted: mi hijo tiene ya año y medio. Desde que nació he tratado de comunicarme con él, sin apenas conseguirlo. Por eso le he sonreído, una y otra vez, con infinita paciencia. Pero hasta esta mañana no he conseguido arrancarle su primera sonrisa. Hoy mi hijo se ha comunicado conmigo y, por primera vez me ha sonreído. Siempre pensé que cuando un hijo sonríe a su madre por primera

vez, Dios los bendice a los dos. Por eso yo me he hincado de rodillas».

Desde el punto de vista de la observación comportamental es muy posible que muchos psicólogos contemporáneos hubiéramos hecho una interpretación de la conducta de la señora, unas atribuciones parecidas a las que hizo el pope. ¿Consideran ustedes, no obstante, que la conclusión a la que llegó el pope era equivocada? Desde el punto de vista de la información que da la madre que está interactuando con su hijo, ¿consideran que realmente satisface los criterios de inclusión en la locura, en la esquizofrenia? o, por el contrario, ¿consideran que la información que la madre suministra es suficiente como para justificar su extraño comportamiento? ¿Podemos atribuir la locura a la madre, al igual que hizo el pope?

Visto este ejemplo, no resulta nada fácil explicar el comportamiento humano. De aquí la insuficiencia del conductismo y la necesidad de abrir aquel viejo modelo y apelar a otros factores más cognitivos, como ha hecho recientemente la psicología cognitiva. Sin embargo, estos cambios radicales y súbitos en el ámbito de la psicología se hacen todavía más sospechosos cuando un mismo científico pasa de una a otra psicología, en apenas un curso académico y con la misma vehemencia con que inicialmente atacaba una teoría, ahora la defiende. Científicos que hace apenas una década eran conductistas radicales, gustan de presentarse ahora como radicales cognitivistas, no pareciendo haber sobrevivido a todos estos cambios nada más que en la radicalidad con que se defiende una u otra posición, a lo que parece siempre coyuntural. Ciertamente el modelo del conductismo resultaba insuficiente, pero no es menos cierto que los actuales modelos cognitivistas prometen más de lo que demuestran, como si su lengua fuera mucho más larga que la verificación de las hipótesis enunciadas. Acaso por eso se hable ahora tanto de autorrefuerzo, autocastigo, etc., sin apenas cuantificar lo que se dice.

A mi parecer, la psicología cognitiva adolece en la actualidad de dos cosas. De una parte, porque no consigue explicar como debiera el

tema del *interaccionismo interpersonal*, desde una perspectiva cognitiva completa. Es cierto que en este punto muchas de las investigaciones hoy disponibles han sido bien diseñadas y constituyen una relevante aportación para la clínica. Pero no es menos cierto que quedan demasiadas cosas veladas en ese intento explicativo del interaccionismo interpersonal. A la psicología cognitiva le cabe el mérito de haber contribuido a reintroducir el sujeto en la psicología, pero todavía le queda mucho que hacer en el ámbito de las atribuciones, inferencias, estilos cognitivos, etc. Ciertamente, como la psicología cognitiva trata de probar, el hombre es un sujeto activo que es capaz de cambiarse a sí mismo y porque es capaz de cambiarse a sí mismo, es capaz también de cambiar su medio.

Esto está bien y supone un prodigioso avance respecto del período anterior, pero todavía queda mucho hombre que explicar. A mi parecer, con lo que hoy nos dice la psicología cognitiva, no llegamos a ese hombre que todos quisiéramos conocer mejor.

El hombre, en efecto, tiene el carácter de «además», de *plus*, de un alguien que es más que el hombre estudiado por las ciencias biológicas. El hombre es más que el hombre. En cada hombre hay algo más de lo que observamos en él, como hombre. Emerge aquí el tema de la intencionalidad, de lo que reverbera en la conducta del hombre y va más allá de ella, de algo que trasciende al hombre y en lo cual el mismo hombre se autotrasciende. A esto, aunque nos disguste, nada puede decirnos, por el momento, la psicología cognitiva, quizás porque hasta ahí todavía no llega. La psicología cognitiva puede y debe hacer más para satisfacer lo que por su titularidad promete. La psicología cognitiva debe tratar de desvelar lo que son las cogniciones, cómo se generan, cómo modificarlas, etc., y mientras no responda a ese reto, que le es propio, habrá que concluir que ha fracasado como ciencia.

La otra cuestión de que adolece la psicología cognitiva es apenas una mera consecuencia de ciertos enfoques por los que parece haber optado. Me refiero, claro está, a la excesiva im-

portancia que le ha dado al procesamiento de la información y, en particular, a los procesos. La psicología cognitiva actual es una psicología de procesos y de procesamiento.

Por esta vía resurgen, una vez más, las interpretaciones y atribuciones de los investigadores, sin que ni aquéllas ni éstas sean suficientemente estudiadas. Renace así la confusión, tanto más cuando se dice haber demostrado (mediante atribuciones), lo que justamente había que demostrar (mediante resultados). El nacimiento de una nueva hermenéutica —ésta menos novelesca y más abstracta y de apariencia más científica— está servido. Y pronto, antes de lo que imaginemos, nos encontraremos con pacientes que tratarán de explicar a sus amigos lo que les sucede apelando al tópico de que procesan muy superficial y sólo fonemáticamente la información que reciben, cuando deberían hacerlo a niveles más profundos y de forma semiótica. Una vez que disponemos de la hermenéutica, enseguida se nos sirve el lenguaje argumental y conjetural que sostiene a aquélla. Ahora, una y otro pueden ayudarse a recorrer el largo camino que les espera. Pero con ello el hombre doliente no habrá avanzado ni un ápice en la solución de sus problemas.

Esto demuestra que hay que ser muy prudente en la interpretación de los resultados que se obtengan. De lo contrario, los resultados de un mismo experimento podrán atribuirse a los procesos atencionales, a una determinada modalidad perceptiva, a los procesos mnésicos, etc. Pero no se olvide que son nada más que atribuciones y sólo eso, y que cien mil atribuciones no constituyen ni siquiera media prueba. A quienes proceden de esta suerte habría que preguntarles si el diseño por ellos concebido permitía diferenciar unos y otros procesos. Y aunque así fuera, ¿han llegado tal vez con esos resultados a las entrañas mismas de las cogniciones humanas, de las ultimidades del hombre? A eso nos responderán que no era ese su objetivo; que en absoluto han llegado.

En descargo a las críticas acerca de la psicología cognitiva hay que reconocer que hemos avanzado mucho. Pero aún está todavía por in-

investigar lo que es nuclear y más importante en el hombre. Pondré otro ejemplo relativo a la importante función desempeñada por las atribuciones en la clínica.

Desde tiempo inmemorial, ante un paciente siempre se han preguntado tres cosas: qué le pasa, desde cuándo y a qué lo atribuye. Esta última pregunta es de vital importancia, si la enfocamos desde la moderna psicología cognitiva. Y es que del modo en que el paciente atribuya causas y consecuencias a la enfermedad que padece, al tratamiento que se le administra, o al estilo de vida que se le aconseja, dependerá en buena parte la forma en que evolucione aquella enfermedad y la mayor o menor eficacia terapéutica que allí pueda obtenerse. El tema de las atribuciones constituye, en mi opinión, uno de los ámbitos cognitivos más fascinantes y de mayor futuro en toda la actividad clínica, cualquiera que ésta sea.

¿Consideran ustedes que son las atribuciones un factor relevante en el ámbito de la educación para la salud, la prevención, la detección y el diagnóstico precoz, la adherencia al tratamiento, etc.? ¿Qué peso le darían a estas atribuciones en lo relativo a las conductas de fumar o no, engordar o no engordar, adelgazar más de la cuenta hasta la anorexia, etc.? ¿Qué atribuciones son las que están condicionando esos comportamientos? ¿Acaso las conocemos? ¿Sabemos cómo modificarlas?

Todas éstas no son preguntas o cuestiones propiamente cognitivas, sino sólo secundaria e indirectamente cognitivas, pero que prometen ser muy fructíferas, desde la perspectiva de su aplicación a la clínica y de los procedimientos de intervención terapéutica que de ellas pueden generarse en un futuro próximo. Desde el punto de vista aplicado, todo esto constituye una inversión que será muy rentable, a cortísimo plazo. Y, no obstante su rentabilidad, no estamos haciendo mucho en este ámbito concreto. La psicología cognitiva debe tratar de indagar en todo eso y atenerse a los resultados que encuentre. Pero cualquiera que sea su fortuna en esta aventura, los resultados no le debieran conducir a renunciar a lo que más específicamente le pertenece: la indagación en lo más

propriadamente cognitivo, en eso que diferencia al hombre de los otros animales y que no se deja reducir a lo meramente procesual; en una palabra, a la *teleologización motivadora* que está inscrita en la conducta humana.

#### **De la verificación aplazada a la verificación imposible en la cura psicoanalítica**

En la hermenéutica psicoanalítica se aplaza mucho la interpretación, en lo que ésta pudiera tener de verificable. Es cierto que a lo largo de la cura psicoanalítica se hacen muchos esfuerzos por parte del analista por producir el ajuste que se perseguía en el cliente. Podríamos incluso hablar de una cierta gradualidad en la persecución de ese ajuste, pero esto no es indicativo de que se verifiquen las interpretaciones por medio de las cuales se pretende conseguir, precisamente, la resolución del conflicto que el cliente tenía.

En un espléndido fragmento, KIERKEGAARD indaga sobre el tema de las verificaciones que hace la ciencia. En un tono reiterativo, pregunta una y otra vez a su amigo el científico si la ciencia ya lo ha demostrado de una forma irrefutable e inequívoca, a lo que su interlocutor siempre responde con la misma fórmula: «No, de forma inequívoca e irrefutable, la ciencia todavía no lo ha podido demostrar». A esto KIERKEGAARD apostilla con una frase lapidaria, afirmando que «y toda demostración se dejaba siempre para luego, pero luego nunca llegó». Algo parecido a esto podemos afirmar respecto de las verificaciones en el psicoanálisis: que siempre se aplazan para más adelante, sin que lleguen nunca a satisfacerse. De ahí que toda verificación sea aquí una verificación aplazada. Por otra parte, al no disponer de ningún referente empírico, puesto que lo psíquico no es reductible a lo real y empírico (a lo fenoménico), cualquier posibilidad de verificación psicoanalítica se transforma en una verificación imposible. Por eso no nos extraña que el mismo FREUD admitiese que el psicoanálisis siempre sería un proceso interminable e inacabado. El psicoanálisis sólo se terminaría cuando el hombre ya se hubiera muerto, pues mientras

que esté con vida puede continuar tejiendo y destejiendo su realidad mental a costa de nuevas interpretaciones, ocurrencias y atribuciones. Ahora bien, una vez que el hombre ha muerto —justo cuando el psicoanálisis puede terminarse y verificarse al fin esas interpretaciones— tampoco éstas pueden comprobarse, pues lo que allí hay es un cadáver y en un cadáver no se encuentra presente lo psíquico, objeto de las interpretaciones psicoanalíticas.

Por otra parte, en cualquier modelo antropológico no reduccionista, el hombre presenta una característica innegable, y muy importante, como sujeto que es capaz de *anticipar*. Y esa anticipación genera efectos, produce consecuencias. Pero esos efectos de la anticipación no son susceptibles de una interpretación que pueda verificarse en el tiempo presente, puesto que no siendo la anticipación nada real, sin embargo, hace que sea (a través de sus consecuencias) algo que no iba a ser. Por otra parte, con cada cosa que anticipamos se modifica nuestra circunstancia personal contemporánea, lo que dificulta todavía más el análisis. Pero al mismo tiempo, el hombre *futuriza*. Y eso supone que proyecta sobre el futuro su propio presente, posibilitando que llegue a ser lo que con toda probabilidad nunca habría sido. Estas futurizaciones transforman muchos de los elementos cognitivos que hay en el hombre, sin que el analista pueda verificar nada.

Por último, conviene que nos preguntemos si las atribuciones que el analista hace sobre las atribuciones del paciente ¿no son ellas mismas también nuevas atribuciones? ¿Puede analizar el analista las nuevas atribuciones que se generan de su discurso analítico e interpretativo, tanto en él como en su cliente? ¿Sabemos qué es lo que realmente funda la última de las atribuciones realizadas? ¿Quién se atreverá a afirmar, con cierto rigor, que nos encontramos ante la última de las atribuciones realizadas? ¿Cómo podemos verificar —incluso con un procedimiento diferente del psicoanalítico— las atribuciones realizadas por cualquier persona en su contexto natural? ¿Cómo podemos llegar a establecer si la persona falsea o verifica sus atribuciones, las acomoda o las vuelve a reformu-

lar, sin que para ello tenga que servirse de nuevas atribuciones? No, a lo que se observa, no es posible hablar de verificación en el caso de la hermenéutica psicoanalítica.

#### **Compatibilidad o incompatibilidad de la terapia psicoanalítica con otros procedimientos terapéuticos**

¿Es compatible la aplicación simultánea del psicoanálisis con cualquier otro procedimiento terapéutico? En principio considero que sí es posible, aunque tal vez habría que matizar un poco la anterior afirmación.

Es hoy un hecho relativamente frecuente el que una persona esté siendo tratada simultáneamente con psicofármacos y con terapia psicoanalítica. Es muy poco frecuente, sin embargo, la asociación entre psicoanálisis y terapia conductual o entre terapia cognitiva y psicoanálisis. Por contra, las asociaciones entre terapia cognitiva-comportamental y psicofármacos, aunque de iniciación reciente, van progresivamente en aumento.

¿Se han estudiado las indicaciones, condiciones y limitaciones para establecer la compatibilidad o incompatibilidad entre estas asociaciones terapéuticas? ¿Qué efectos generan cuando entre ellas se asocian? ¿Son siempre todos sus efectos curativos? ¿Conocemos acaso si cada paciente hace un modelo atribucional específico, en función de la terapia a la que está sometiéndose? ¿Significa esto que cuando se somete simultáneamente a dos terapias diferentes, elabora también dos modelos atribucionales? En ese caso, ¿cómo interactúan entre sí esos dos modelos? En esas circunstancias, ¿a qué atribuye el paciente su mejoría? ¿Qué atribuciones realiza respecto a las atribuciones que recibe de su terapeuta? ¿Dispone acaso el paciente de una tabla de equivalencia entre los dos lenguajes especializados y relativos a los dos tipos de intervenciones terapéuticas que recibe?

Considero que todos estos problemas hay que estudiarlos pormenorizadamente y en detalle, no sólo porque de ello depende la eficacia de los tratamientos empleados, sino también por-

que los terapeutas están aquí fuertemente implicados, desde una perspectiva ética.

Pondré un solo ejemplo de lo que acabo de afirmar, relativo al consentimiento informado. Cuando un psicoanalista «moviliza» con sus interpretaciones al paciente, a pesar de que eso le genera más ansiedad, ¿ha valorado de modo suficiente si esa ansiedad le puede poner en el disparadero de hacer un intento de suicidio? ¿Le ha informado previamente de los efectos que esperaba se produjeran, como consecuencia de esas «movilizaciones»? ¿Aceptó el paciente someterse a ello, a pesar de haber sido informado sobre sus consecuencias? ¿Tendrían la misma eficacia terapéutica esas «movilizaciones», si se llevaran a cabo sin que el paciente haya sido advertido previamente? ¿No estará entorpeciendo la información suministrada el efecto terapéutico o investigador que precisamente se pretendía obtener? Desde esta perspectiva, lo que es éticamente legítimo resulta metodológicamente deficiente; lo que es rentable desde el punto de vista del eficacia terapéutica es, sin embargo, inaceptable desde la perspectiva ética. En el caso de que sacrificamos la eficacia esperada de una determinada terapia por satisfacer un criterio ético, ¿es eso, a su vez, ético?

Como pueden observar, los problemas que aquí se nos plantean son especialmente complejos. En cualquier caso, la asociación entre procedimientos terapéuticos diversos constituye en la actualidad una práctica clínica muy extendida. De hecho, el término más empleado para referirnos hoy a la eficacia terapéutica es el de *eclecticismo*. Este eclecticismo debe entenderse no en tanto que corriente filosófica, sino más bien como lejanía de todo lo que suponga empecinamiento con las viejas y trasnochadas lealtades a una determinada escuela. El eclecticismo terapéutico no es teórico ni académico, sino intencional y propositivamente práctico, puesto que lo que se propone por encima de todo no es otra cosa que sacar adelante al paciente, con el menor sufrimiento posible. En el fondo, *eclecticismo terapéutico* y *eficacismo pragmático* tienden a confundirse. Sin embargo, también aquí debe haber un im-

prescindible cuestionamiento ético de lo que se hace. No es suficiente, no basta con intentar sacar adelante a toda costa a cualquier paciente —a pesar de que la intención sanadora pueda y deba estar justificada en casi todos los casos—. Es preciso valorar además dónde están los límites del intervencionismo terapéutico practicado. Es preciso contraponer al principio ético de beneficencia —aquí sobrevalorado— los otros principios éticos de justicia y de autonomía para no incurrir, cuando menos, en ese defecto que hoy se conoce como «mala práctica». Por eso, hay que establecer unos precisos límites ante el generalizado eclecticismo que hoy se practica.

En el caso concreto del asociacionismo terapéutico es forzoso introducir algún criterio, una cierta ordenalidad racional en lo que se hace, de manera que lo hecho esté fundamentado en algo más que lo que supuestamente nos parece eficaz. De no proceder así, los clínicos ni siquiera podremos estar seguros de que estamos haciendo aquello que creemos estar haciendo. Y proceder de esta forma, ¿no significa acaso haber renunciado a cualquier otro criterio para sólo arrojarnos en los brazos de las atribuciones, interpretaciones e inferencias del clínico, por otra parte no verificadas e inverificables?

#### Hacia un isomorfismo psicoterapéutico modificador

AARON T. BECK es, sin duda alguna, uno de los científicos al que tengo mayor aprecio. BECK es probablemente el investigador que durante más años y más intensamente ha trabajado en profundidad en la psicología y psiquiatría clínica de la depresión. Y a pesar de la admiración que siento por él y por el trabajo que ha realizado, no comparto, sin embargo, el punto de vista adoptado en sus últimas aportaciones.

Acabamos de observar algunos de los problemas que nos plantea el asociacionismo terapéutico. Sobre esta particularidad dispongo de muchos resultados —todavía pendientes de publicación— respecto de la eficacia diferencial generada por unos y otros procedimientos

de intervención en la clínica de la depresión, en función de que se empleen independientemente o asociados unos a otros. Me hubiera gustado mostrar algunos de los resultados que hemos obtenido, pero no es ésta la ocasión oportuna.

Muy brevemente señalaré que el grupo de pacientes tratado con psicofármacos antidepresivos a la vez que con terapia cognitiva fue, sin duda alguna, el que más mejoró en menos tiempo, y en el que la estabilidad y consistencia de los resultados obtenidos más se mantuvo, tal y como pudo comprobarse a través de su evaluación durante un seguimiento practicado tres y seis meses después de haber finalizado el programa. Los resultados fueron muy significativos respecto de los obtenidos por los pacientes de los otros grupos comparativos, sometidos a sólo tratamiento farmacológico y a sólo tratamiento cognitivo.

Hasta el momento, no hemos podido comparar la eficacia de estos resultados con la generada tras la aplicación del tratamiento psicoanalítico. Sería necesario conocer qué procedimiento es el que resulta más provechoso para cada enfermo. Para ello habría que trabajar con la misma metodología que hemos empleado y con dos grupos de pacientes depresivos: un grupo sometido a tratamiento sólo con psicoanálisis y otro grupo de pacientes, de las mismas características, sometido a la acción de los psicofármacos y del psicoanálisis. Renuncio aquí a estudiar el resultado en un tercer grupo de pacientes sometido a la acción del psicoanálisis y de la terapia cognitiva, porque lo considero muy poco viable, dada la escasa comunicación y las muchas discrepancias existentes en la actualidad entre psicoanalistas y cognitivistas. Espero que el presente reto sea alguna vez aceptado.

Pero volvamos atrás y analicemos el objeto de mis discrepancias con BECK. Lo que viene a decir BECK es que tanto la terapia cognitiva, como conductual, la psicofarmacológica o la psicoanalítica en el tratamiento de la depresión constituyen interpretaciones epistémicas compatibles entre sí. Mi discrepancia respecto de esta hipótesis es frontal. BECK lo que en el fon-

do viene a sostener es algo así como la equipotencialidad y equipotencialidad de todos los procedimientos de intervención terapéutica hoy disponibles.

BECK no ofrece ninguna prueba en favor de la tesis que sostiene, a no ser —pero en absoluto eso constituye una prueba— la posibilidad explicativa por él ofrecida, al afirmar que los diversos niveles epistémicos en que hoy puede estudiarse la depresión —fenomenología, bioquímica, neurofisiología, comportamental, cognitivo, etc.— son interdependientes, es decir, que hay una interdependencia entre todos los fenómenos biopsicológicos que se consideren en cualquiera de los niveles epistémicos antes aludidos. BECK no explica en qué consiste esa interdependencia.

Observemos un ejemplo tomado de la clínica. Cuando en un depresivo aparece un sesgo perceptivo típico de la depresión (como acontece con el «hiperrealismo depresivo», por cuyo defecto el depresivo retiene mejor y olvida menos que las personas no depresivas aquellas palabras afectivamente negativas que le han sido presentadas a través de un tasquístoscopio), ¿consideran ustedes que ese sesgo que acontece en la función perceptiva —y que puede analizarse independientemente a ese nivel— es interdependiente con lo que está aconteciendo, por ejemplo, a nivel de un neurotransmisor cerebral? ¿Puede afirmarse que si cambiásemos ese sesgo perceptivo, a través de algún procedimiento terapéutico, se modificaría también la tasa cerebral de éste o aquel neurotransmisor? ¿Puede admitirse como probable, en virtud de esta supuesta equipotencialidad, que la administración de antidepresivos, modificará no sólo la tasa del correspondiente neurotransmisor, sino también el aludido sesgo perceptivo del depresivo?

En absoluto me siento solidario con las anteriores propuestas de BECK. Sí es cierto que las cosas son muy complejas y que en el análisis de un hecho psicopatológico complejo, como es el caso de la depresión, podemos distinguir diversos niveles epistémicos. Ciertamente que todos ellos son diferentes, como también parece ser cierto que la información que desde ellos

se nos ofrece permite un conocimiento mayor y más completo de la enfermedad depresiva. Pero de admitir la existencia de esos incuestionables niveles epistémicos, no se sigue ni se puede inferir con acierto la interdependencia, equifuncionalidad y equipotencialidad de los sustratos que participan en esas diversas manifestaciones o incluso en esas mismas manifestaciones.

Una vez aclarado esto, uno no acierta a entender cómo el pionero de la terapia cognitiva de la depresión puede proponer el isomorfismo modificador de todos los procedimientos terapéuticos de intervención hoy disponibles. Para BECK, serían muy semejantes los efectos terapéuticos desencadenados por la administración de una sustancia antidepresiva que los efectos obtenidos cuando una persona se psicoanaliza o realiza un programa de terapia cognitiva. Cualquiera de estos procedimientos sirven para modificar un cuadro depresivo, pero esto no significa que todos ellos actúen del mismo modo y al mismo nivel, ni tan siquiera que actuando a un nivel específico —como consecuencia de la interdependencia entre niveles a la que antes se aludió— modifiquen los efectos manifestados a otro nivel.

En efecto, hoy podemos modificar la tasa de determinados neurotransmisores cerebrales —que están comprometidos con la enfermedad depresiva— y no modificar en absoluto los sesgos perceptivos de ese paciente. Podemos modificar, por ejemplo, su autoestima, su autoconcepto y sus atribuciones y, sin embargo, no variar en absoluto su insomnio y su tristeza. Del mismo modo, con los datos científicos de que hoy disponemos podemos afirmar que

las diversas intervenciones terapéuticas no inciden por igual sobre los diversos niveles epistémicos en que se manifiesta un mismo fenómeno. Aunque hay todavía muy pocos datos disponibles sobre esto, sí disponemos de los suficientes como para asentar con un cierto rigor la anterior afirmación.

Como puede observarse, resulta muy difícil llegar a un acuerdo entre terapeutas de muy diversas orientaciones, especialmente como hoy sucede entre psicoanalistas y cognitivistas. Y, sin embargo, el diálogo interdisciplinar y entre especialistas se promete muy fecundo. Lástima que, hoy como ayer, el acuerdo entre nosotros no llegue a ser tan extenso e intenso como hemos deseado.

Pero no se considere que los desacuerdos que entre nosotros hayan podido producirse son sólo una característica de la actual psicopatología. Esos desacuerdos se dieron siempre y gracias a ellos —aunque no sólo a ellos— la ciencia continuó progresando. Sólo quisiera repetir aquí y hacer mía ante psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras aquella afirmación que FRIEDRICH SCHILLER dirigió a los filósofos y a los científicos de su época: «¡Hay amistad entre vosotros! Todavía es demasiado pronto para la alianza. Sólo cuando os separéis en su búsqueda descubriréis la verdad». ◀

---

A. Polaino-Lorente, *Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense.*

---