

COTERAPIA EN EL TRABAJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEVERO

(Desde el punto del vista del psicólogo)

Javiera Somavía

con

Ana Maria Balbontín

Andrea Isaac

Esta presentación tiene por objeto ayudar a definir e identificar las condiciones necesarias para el trabajo de coterapia en el caso de patología severa de la personalidad, con el propósito de ayudar a la formación de buenos y cada vez mejores equipos de trabajo, capaces de contener el desafío que estos pacientes plantean y así mejorar su pronóstico y evolución.

Quisiera plantear en esta presentación que el trabajo integrado de un equipo de coterapia mejora el pronóstico del tratamiento para cualquier paciente, pero se hace imprescindible en el caso de pacientes con patología severa de la personalidad. Las características estructurales de quienes presentan patología severa de la personalidad y que se manifiestan particularmente en el ámbito de las relaciones interpersonales va a expresarse con toda vividez e intensidad en la relación con su equipo tratante.

Vamos a entender como **patología severa de la personalidad**, aquellos trastornos de personalidad que implican graves desajustes emocionales, sociales y laborales para la persona afectada, problemas serios en las relaciones interpersonales, presencia de hetero y/o autoagresión, incluyendo riesgo suicida, y posibles fallas en el ámbito de los valores morales. Estas dificultades son expresión de un funcionamiento psíquico caracterizado por una tendencia a percibir y relacionarse con el mundo y las personas de su entorno en términos polares. Perciben las situaciones como totalmente buenas (idealización) o totalmente malas (devaluación) y responden acorde a dicha percepción parcial con una intensidad emocional dramática y desproporcionada, emoción por la cual son desbordados, descargando la tensión emocional a través de alguna forma

de actuación. Es lo que conocemos en la teoría estructural de O. Kernberg, como pacientes con organización de personalidad limítrofe, caracterizada por la presencia de difusión de identidad y el uso principal de mecanismos de defensa primitivos. Son estos los pacientes que hoy nos convocan y nos empujan a desarrollar mejores maneras de entenderlos y mejores maneras de relacionarnos con ellos que nos permitan ayudarlos verdaderamente.

Nos vamos a referir aquí a **co-terapia**, no al hecho ineludible de que estos pacientes requieren tanto una psicoterapia como un tratamiento farmacológico. No se trata aquí de la coexistencia de diferentes profesionales implementando sus tratamientos a un mismo paciente durante un mismo período de tiempo, se trata de una concepción en la que el trabajo en equipo es indispensable. En este caso el equipo está compuesto por una pareja terapéutica que debe compartir la noción básica de que los aspectos psicoterapéuticos y farmacológicos forman parte de un mismo tratamiento, de una misma indicación. Se trata de que psicoterapeuta y médico se pongan de acuerdo en cual será el diagnóstico, la indicación y las condiciones mínimas (encuadre) en las que este tratamiento podrá tener lugar. Conservando la autonomía de ciertas decisiones propias de cada especialidad (fármacos, número de sesiones...), deberán ponerse de acuerdo para pensar juntos cuando se producen situaciones de impasse, actuaciones, incumplimiento de acuerdos o estancamiento en el tratamiento.

Lo que se plantea aquí, es que no hay coterapia si no se instala entre ambos profesionales un trabajo integrado, no solo de colaboración sino de mutua retroalimentación, que permita ir integrando y modificando la comprensión del paciente y el abordaje en función de la evolución del tratamiento, donde cada uno entienda bien cuál es la tarea que le corresponde pero con un diálogo fluido entre ambos. Entre más actuador sea el paciente más importante es la integración del equipo terapéutico para el pronóstico del tratamiento.

Requisitos para el trabajo en conterapia

1.- Genuina valoración por el trabajo de coterapia en general y por el coterapeuta en particular

Esencial para que el trabajo de una pareja terapéutica sea fértil es que ambos reconozcan el valor y la necesidad del trabajo que ofrece el profesional con quien se dispone a hacerse cargo del tratamiento de un paciente difícil. Cuando –por el motivo que sea- alguno de los miembros de esta pareja desvaloriza en su interior la mirada, visión o aporte del otro (lo considera un mal necesario), si por el motivo que sea- desconfía del trabajo realizado por el otro y se siente superior en su capacidad de diagnosticar o entender lo que le pasa al paciente y lo que necesita – en mi opinión- el tratamiento con estos pacientes está destinado al fracaso. Como toda relación que tiene alguna posibilidad de éxito, la relación de coterapia requiere un genuino respeto mutuo e interés en el trabajo conjunto.

Esto último transforma en condición imprescindible que el médico sea alguien que entienda, valore y respete la psicoterapia como técnica terapéutica. Que esté informado y crea que la psicoterapia tiene fundamentos y exigencias técnicas, validación científica y efectividad; que sea capaz de diferenciar con claridad la psicoterapia de la consejería. Esto es lo que permite que exista un genuino respeto por el trabajo psicoterapéutico. Del mismo modo es importante trabajar con una contraparte en la que confiemos, ya sea el psicoterapeuta o el médico; se debe trabajar con alguien en quien se confíe en su seriedad, su formación y su experiencia como profesional, de quien se tenga referencias que lo permitan.

2.- Que el médico tratante simpatice con la comprensión psicodinámica de un proceso terapéutico, y conozca conceptos como mecanismos de defensa y transferencia

El psiquiatra debe tener nociones mínimas sobre proceso psicoterapéutico en un tratamiento de orientación psicodinámica, que conozca términos como transferencia y le permitan entender que el paciente tendrá ideas y percepciones acerca del tratamiento, los fármacos y sus tratantes que estarán teñidas y motivadas por la conflictiva psíquica. Que las actuaciones del paciente deberán ser entendidas en el contexto de lo que está ocurriendo en el proceso terapéutico y deben ser manejados por el equipo al unísono y no en direcciones opuestas.

Debido a que los miembros de la díada terapéutica pasan a ser el escenario en el cual se despliegan con máxima intensidad los efectos de la escisión, la idealización, la devaluación y la identificación proyectiva, el equipo terapéutico está expuesto a turbulencias emocionales muy intensas y que de no existir un esfuerzo conciente por parte de los tratantes la tendencia natural del equipo será el de la ruptura. Debido a las distorsiones en la percepción de lo que está ocurriendo, el paciente tenderá a devaluar a uno de los miembros del equipo terapéutico y a idealizar al otro, a poner a prueba el encuadre desafiando aspectos del tratamiento y para ello de forma inconsciente buscará aliarse con alguno de los tratantes.

La escisión se reduce si es claro que los tratantes comparten la idea de que el trabajo psicoterapéutico y la indicación farmacológica así como las intervenciones de manejo por parte del psiquiatra son parte de una misma indicación. Al reducirse las posibilidades de escisión en el equipo se favorece que los ataques por parte del paciente a cualquiera de los aspectos del encuadre (no asiste a psicoterapia, falta a controles del psiquiatra o no se toma los fármacos), puedan ser entendidos como ataques al tratamiento en su conjunto y no solo a uno de los profesionales. De esta manera si el paciente no se toma los fármacos no es un problema del psiquiatra sino que es entendido por el equipo tratante como un ataque al tratamiento en su conjunto debido a que impide que el tratamiento indicado tenga lugar. Si falta reiteradamente a las sesiones de psicoterapia también es un ataque al conjunto del tratamiento.

Esto evita que el tratamiento continúe con uno solo de los profesionales que, identificado con un aspecto idealizado del paciente, devalúa al otro tratante y sigue tratando al paciente solo. Por las características descritas, terapeuta y coterapeuta van a identificarse con aspectos conflictuados y opuestos del paciente, corriendo el riesgo de actuar en concordancia con lo proyectado. Esto es que uno de los tratantes quede ubicado en el lugar del “buen terapeuta”, con una transferencia idealizada, y una contratransferencia en la que se siente complacido por su trabajo y el del paciente. Paciente y “buen terapeuta” van a estar envueltos en una sensación de satisfacción mutua, sintiendo como una amenaza todo lo externo, incluido el otro tratante. Éste queda en el lugar del “mal terapeuta”, donde se observa una transferencia persecutoria, y una contratransferencia de desesperanza, rabia y/o desvalorización por el tratamiento ofrecido por el otro tratante. Si ambos tratantes no están genuinamente concientes que la mayor

parte de las veces esto es una puesta en acción de los conflictos del paciente, es altísimo el riesgo de descalificarse mutuamente y de romper la alianza de trabajo tan necesaria. Esto no significa, claro está, que no existan situaciones en que uno esté genuinamente en desacuerdo con la mirada que el terapeuta está teniendo sobre el caso o alguno de ellos cometa errores. Sin embargo, la línea es fina y es necesario con estos pacientes darse el tiempo de entender la dinámica total de lo que está ocurriendo.

El lugar en que sea ubicado cada uno de los tratantes refleja la conflictiva psíquica del paciente. Es por ello que en el trabajo de coterapia, especialmente si estamos trabajando con la técnica de TFP, es necesario que el médico tratante tenga formación (idealmente), o al menos simpatía y conocimiento por la técnica psicoanalítica, lo que facilitará su comprensión del paciente en las fluctuaciones transferenciales, y el que psicoterapia y coterapia puedan alinearse efectivamente.

En el mismo tenor el psicoterapeuta debe tener, recíprocamente, nociones del mecanismo de acción de los psicofármacos, para poder reconocer el valor del aporte farmacológico al tratamiento del paciente y no considerarlo como un recurso desesperado. Es importante mencionar que el paciente con patología severa de personalidad probablemente utilizará los psicofármacos también como objetos idealizados o persecutorios; es decir, los percibirá como objetos potencialmente dañinos, que no lo ayudan e incluso empeoran sus síntomas; o bien, tendrá todas sus esperanzas y expectativas puestas en su efecto, idealizado, en desmedro del tratamiento psicoterapéutico, para luego eventualmente desilusionarse si el efecto no es tan mágico como se esperaba. Del mismo modo, la comprensión dinámica y el significado que el paciente le da a los fármacos también mejoran la adherencia al tratamiento farmacológico.

3.- Canales de comunicación fluidos

Se hacen necesarios canales de comunicación fluidos, que el psiquiatra y psicoterapeuta estén ubicables entre sí, que devuelvan llamados en un lapso breve, de modo que este trabajo en equipo tenga un correlato práctico y concreto. Las características de los pacientes con trastornos severos de personalidad hacen que esta alianza se ponga a prueba en forma constante, por lo que la sintonía entre ambos tratantes es exigida en forma bastante cotidiana, en particular durante las primeras etapas del tratamiento. Incluso es importante que existan espacios para hablar del paciente, aunque no parezca

haber una urgencia. Muchas veces ocurre que aspectos relevantes no son significados como un problema, o simplemente no son percibidos por uno de los integrantes del equipo de coterapia, y que son descubiertos en forma casual en estas instancias de diálogo. Por ejemplo, mentiras del paciente a uno o ambos tratantes.

El aporte del médico tratante a la psicoterapia:

Protector de la psicoterapia

Ambos, psicoterapeuta y psiquiatra, deben entender el sentido de la coterapia y que el trabajo del médico tratante no se agota en el buen manejo farmacológico por parte del médico tratante sino que el coterapeuta es uno de los factores protectores más importantes de la psicoterapia.

* Desde el punto de vista del terapeuta psicoanalítico, el psiquiatra es el aliado más importante en la protección y cuidado del trabajo terapéutico, que en el caso de pacientes con trastorno de personalidad grave se refiere en primer lugar al **manejo farmacológico** en función de favorecer el trabajo terapéutico centrado en el tratamiento del trastorno de personalidad. Esto es, que al tratar el eje I el psiquiatra produce alivio sintomático permitiendo el tratamiento del trastorno de personalidad. Esto significa ayudar a manejar los niveles de angustia y la inestabilidad afectiva en el sentido de la depresión y la euforia lo suficiente como para que el paciente pueda pensar y trabajar. Del mismo modo ocurre con alteración formal del pensamiento o presencia de drogas. Es sabido que existe una alta frecuencia de comorbilidad entre trastornos severos de personalidad con trastornos afectivos, de angustia, consumo de sustancias.

Para poder hacer lo anterior, el coterapeuta debe comprender la mutua influencia que existe entre el eje I y el eje II, de tal modo de estar abierto y dispuesto a ir modificando la medicación, cuando procede, en la medida que el proceso psicoterapéutico progresa. Esto debido a que es de esperar que a medida que la psicoterapia va modificando el funcionamiento del paciente, va cambiando su sintomatología también.

* Sin embargo, el ámbito de acción del médico tratante en su función de coterapeuta no se va a limitar a la administración de fármacos. Otra manera en que el psiquiatra protege el tratamiento es haciéndose cargo del manejo de aspectos que quedan fuera del ámbito terapéutico, y que de hacerse cargo el terapeuta interferirían de tal manera en el tratamiento del trastorno de personalidad que exige que sea hecho por un tercero. Por ejemplo manejo de la familia, indicaciones conductuales al paciente, manejo de actuaciones, manejo en caso de intención suicida, hospitalizaciones... Esto significa, que de la díada, quien debe resultar de fácil acceso y localización por parte del paciente es el psiquiatra, de modo que este pueda acudir a él en caso de crisis o actuaciones que pongan en peligro el tratamiento, así como la vida del paciente o de otras personas.

* Otro aspecto relevante en el trabajo con estos pacientes, es que debido a la turbulencia afectiva despertada en uno o ambos miembros del equipo terapéutico, o la confusión y sobrecarga que puede sentir el terapeuta durante el proceso terapéutico, el coterapeuta puede ser una fuente de contención para las posibles actuaciones contratransferenciales. La reflexión conjunta acerca del paciente permite que el psicoterapeuta y el médico a cargo puedan recuperar la distancia y la capacidad de pensar que a veces se pierde con estos pacientes.