

FOTOCOPIADO

C.E.Psi

PSICOTERAPIA 2

Folio

25

SF

1

DF

2

Del libro "terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad".

de A. Beck, A. Freeman y D. Davis.

flavio j. peresson

Tomamos el caso "Debbie".

Esta mujer esta diagnosticada como "trastorno de personalidad por dependencia" (TPD), es entonces un caso clínico de una mujer ya clasificada.

Los terapeutas del caso toman esta categoría, TPD, del manual DSM IV, que dice: "... una excesiva y generalizada necesidad de ser cuidado, que conduce a una conducta sumisa y dependiente y a miedos de separación, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos".

Algunas características de este cuadro: 1-son reacios a tomar decisiones, 2-necesitan el apoyo y consejo constante de los otros, 3-les cuesta hacer cosas por si mismos, 4-estar solos les trae malestar buscan siempre estar con alguien, 5-sienten temor a ser abandonados, 6-sienten tanto temor al rechazo que aceptan inclusive aquello con lo que no están de acuerdo, 7-carecen de autoconfianza ..

En la terapia presentan dos actitudes frecuentes: a) aceptan rápidamente el tratamiento y b) se frustran cuando notan que el tratamiento no lo hace el terapeuta, sino que es necesaria su participación.

En la pag. 306 encontramos una tabla, "tabla de criterios para el diagnostico", según el DSM IV, donde se puede ver lo siguiente, el trastorno se asocia con estos síntomas: ansiedad de separación, miedo al abandono, fobias: (el beneficio secundario es obtener ser cuidado y protegido) y conversiones hipocondrías.

Los autores proponen una "clasificaciones históricas del trastorno de dependencia", entonces presentan lo siguiente:

La psiquiatría del S.XIX tenía una consideración despectiva o peyorativa y se los catalogaba de "déficit del desarrollo moral", o "inútiles, indolentes, con fallas en la voluntad".

Con el Psicoanálisis, Freud y Abraham, se plantean fallas en la etapa oral, predominio de la pasividad (buscan siempre un sustituto de la madre que se haga cargo de ellos....)

En la Psiquiatría posterior a la 2da. Guerra, fue definido como "personalidad inmadura".

En la década de los setenta se la ubica dentro de las personalidades dependientes, pasivas, con el rotulo de: "personalidad sumisa"

Pasividad, dependencia, apego excesivo, serían formaciones reactivas frente a sentimientos de hostilidad latentes experimentados en la infancia frente a los vínculos libidinales primarios (suele ser una alusión a la madre)

En síntesis, dependencia, sumisión, desvalorización, autocrítica....

En la pag. 310 encontramos a Debbie, la misma es una mujer casada de 54 años que demanda por encontrarse angustiada, se la describe como: sensible, muy autocrítica "soy una tonta". Frente a una prueba para evaluar su capacidad mental, dice "no lo puedo hacer", sin poder demostrar porque afirmaba tal cosa.

El autor agrega: angustiada, deprimida, evitando las relaciones sociales.

La terapia se propone los siguientes objetivos: lo concerniente a la toma de decisiones, la realización de tareas propias tareas y el desempeño en las relaciones sociales.

Se hace presente una consideración, digamos de tipo vincular, (aclaremos: lo transferencial no es un dato que considere el terapeuta de Debbie), si el terapeuta siente que debe rescatarla o realizar excepciones especiales debe tomarlo en consideración.

Debbie estuvo casada 10 años con un hombre que la hacía infeliz, la maltrataba, salía con otras mujeres, intento mas de una vez separarse pero volvía con su marido. Finalmente se separa. Ahora esta con un hombre bueno que la cuida, la protege y toma decisiones por ella. Debbie evita tomar decisiones y siempre trata de que todo le salga bien porque de esa manera evita las criticas que la hieren mucho.

Relata que de chica no le gustaba estar sola y recuerda que en tercer grado pensó: "que no era buena" (frase reveladora de una ambigüedad de sentido, que no es considera)

Se propone una conceptualización: se encuentran dos factores predominantes, a) estos individuos se ven incapaces y desvalidos para enfrentar el mundo, y b) por esta razón creen que deben tener a alguien que los cuide y los proteja.

Las consecuencias son que no aprenden a desarrollar sus aptitudes y por el otro lado creen que si se autovalen se quedan solos.

Debbie relata que desde chica se apoyaba mucho en sus padres, por otra parte en el colegio aprendió "que era tonta e incapaz", agrega que sus profesores y compañeros se burlaban de ella.

Se casó joven, paso directamente de apoyarse en sus padres a apoyarse en su esposo, no tuvo un tiempo en el que pudiera valerse por si misma. Le resulto difícil separarse de su primer esposo (a pesar de las infidelidades y el maltrato), cuando lo hizo se sintió horriblemente mal.

Pero rápidamente conoció a su actual esposo que se hizo cargo de ella, esto la alivió enormemente.

El autor plantea un principio: **las creencias básicas traen distorsiones cognitivas**, algunas son: a) no puedo sobrevivir si alguien no se hace cargo de mi, b) no me puedo manejar en la vida por mi misma, c) si me dejan (padre, esposo) me desmorono, d) si fuera independiente estaría sola..

El terapeuta plantea que se encuentran "pensamientos dicotómicos": dependiente o independiente, hacer las cosas bien o hacerlas mal.

Las creencias y las distorsiones, producen estos **pensamientos automáticos**: no puedo, no sirvo, no soy capaz, son completamente entupida e inútil.

Pasemos al **enfoque del tratamiento**, que se propone el terapeuta?, nos dice que la meta sería la **autonomía**. Nos recuerdan que estos pacientes asocian independencia con valerse solos por si mismos, lejos de los demás.

Debbie, nos aclaran los autores, "que con esfuerzo" plantea sus metas: aumentar la autoconfianza, aumentar sus contactos sociales, iniciar proyectos, tener metas en el trabajo.

Un punto que parece importante lo denominan "**estrategias de colaboración**", si bien el paciente espera que el terapeuta resuelva todo, al comienzo está bien que el terapeuta aporte un poco mas del 50% del trabajo, tratando que el paciente de a poco asuma obligaciones, haga los trabajos, etc.

Proponen como técnicas lo que denominan "**el descubrimiento guiado**" y la "**interrogación socrática**" (ni tomar todas las iniciativas, ni dejar de tener una posición directiva)

Debbie solía venir a las sesiones contando sus penurias semanales siempre preguntando, porque me pasa esto?, esperando que el terapeuta resolviera todo.

Acá aparece la guía y la interrogación buscando que Debbie se implique en detectar emociones y sentimientos En una entrevista Debbie se sentía ansiosa y culpable porque no había hecho los deberes, el terapeuta aprovecha para indagar sobre los pensamientos automáticos en relación al terapeuta: "voy a defraudar a Tom". La secuencia es importante porque dio la posibilidad de aprender en la entrevista que es un pensamiento automático, esto es un aprendizaje que se puede trasladar a otras situaciones, nos afirman los autores. Seguidamente plantean que todo terapeuta tiene que examinar sus propios pensamientos automáticos que se le presentan en relación a los pacientes durante las sesiones, en este caso se trataba de: querer salvarla, considerarla torpe o entupida.

Justamente cuando Debbie dice: "tengo la mente en blanco", el terapeuta experimenta una fuerte frustración, pensaba que era tonta, entupida, patética. Tenía ganas de decirle que dejase de hacerse la entupida y que haga lo que se le pedía. Aconseja que el terapeuta no debe "mortificar a su paciente" sino que debe refutar sus propios pensamientos.

En un momento en que Debbie hacía una prueba, conducir sola un auto, mientras el terapeuta la esperaba en la puerta de su consultorio, este pensó "es una entupida, como no puede manejar unas cuerdas". Entonces tenemos una (auto) refutación terapéutica: mis metas no son las de ella.

Sesión posterior a "la sesión en vivo" llevada a cabo entre Debbie conduciendo el auto con su terapeuta al lado:

Ter.: aunque la sesión se desarrollo muy bien Ud. tuvo algunos sentimientos mezclados, ¿cuales son sus pensamientos de esta semana sobre ese asunto?

Debbie: no estoy segura sobre lo que sentí la semana pasada, estoy muy confundida. Incluso pensé en dejar la terapia.

Ter.: esto me sorprende un poco, por un lado lo hizo bien y su ansiedad disminuyo, pero de pronto piensa abandonar la terapia. Que cree que esta sucediendo?

Debbie: no lo se. Algo me ocurrió la semana pasada. Tengo un conflicto porque se que puedo hacerlo?, tengo miedo de llegar a ser independiente? Me gusta que George (el esposo) me cuide.

Ter.: esto parece muy importante, ayúdeme a entender. Para Ud .conducir significa que podría volverse mas independiente y eso la preocupa?

Debbie: tal vez.

Ter.: que sucedería si se vuelve mas independiente?

Debbie: bien, podría fracasar.

Ter.: que quiere decir?

Debbie: las personas independientes hacen cosas. Y yo podría fracasar, supongo que si me apoyo en George no puedo fracasar.

Ter.: entonces si es capaz de conducir significa que es más independiente, y en tal caso estaría mas expuesta al fracaso en algunas cosas

Debbie: eso creo

Mas adelante se nos advierte: "es importante establecer limites claros", estas pacientes suelen enamorarse de sus terapeutas, por lo tanto "no se les da la mano, no se les da palmadas, no se los abraza nunca" Ser claro y limitado, por ejemplo cuando realizan un ejercicio que consistía en

acompañarla en el auto, se debe establecer de antemano metas, posiciones en el auto, tiempos, etc.

El enfoque "cooperativo estructurado" busca evitar que el paciente delegue la responsabilidad total en el terapeuta. Esta dirigido a estas secuencias que se presentaban en el tratamiento: "en que quiere que enfoquemos la sesión?, bueno no se... decídalo Ud". Dado que cada sesión requiere de un temario, el terapeuta debe ir tratando que el paciente arme la "agenda". Traer metas para la sesión puede ser una de las tareas para la casa (proponerle al paciente que traiga objetivos para la sesión da lugar a confrontar con la creencia básica que no puede hacer nada).

Debbie, que era agorafóbica, logra traer estas metas a la sesión: manejar el auto, ir a la iglesia y elegir donde sentarse, ir al supermercado, ir de compras sola. Muchas veces se plantean "jerarquías de metas": desde las cosas aparentemente más simple como por ejemplo que proponer para comer, que tipo de postre hacer, hasta tareas mas complicadas como decidir temas laborales. Esto da lugar a mucha ansiedad lo cual provoca que aparezcan pensamientos automáticos sobre los cuales se puede intervenir.

Debbie en las primeras sesiones no podía darle puntaje a su ansiedad ni a sus miedos. Se le presenta una escala de 0 a 100 para que se califique, responde que es una tarea muy complicada, en la ocasión pidió que se usara una escala de 0 a 10 que le resultaba mas fácil. Solía repetir "no puedo".

No podía realizar sola en su casa un cuestionario buscando identificar "pensamientos automáticos", por lo tanto se hacían ejercicios en la sesión.

El entrenamiento de autocontrol incluye tres fases: a-autoobservación (registrar), b- autoevaluación (comparaciones en forma realista), y c- autorefuerto (darse recompensas).

En la pag. 325 se encuentra un cuadro de la dependencia independencia realizado por la dupla paciente terapeuta.

Nos advierte el autor que en un momento del tratamiento hay que enfocar la siguiente creencia: si se vuelve menos dependiente o más independiente será abandonada.

Por otra parte el terapeuta se pregunta como reaccionara el marido de Debbie frente a los cambios de esta. Considera que puede haber personas que incentivan la dependencia, la fomentan y pueden reaccionar negativamente frente a los cambios. Por lo tanto esto llevo a prestarle atención al marido de Debbie. Por fortuna todo anduvo bien.

Como finaliza la terapia: espaciando las sesiones de 15 días a un mes, luego a tres, evaluando siempre que se mantengan los cambios.