

Dolores Mosquera

Taller: un enfoque humanista y global de los trastornos de la personalidad

1. INTRODUCCIÓN

En la Terapia Individual Centrada en la Persona, nuestra forma de ayudar consiste en establecer una relación profunda y cercana con la persona, que nos hace comprender, a medida que se va manifestando en las sesiones, su mundo interno (sus sentimientos, valores, actitudes, ideas,...) en un clima cercano y respetuoso. ¡No damos consejos, ni decimos al cliente lo que tiene que hacer, pues consideramos que cada persona es quien mejor se puede conocer y ayudar. Como terapeutas, nuestro papel es el de acompañar (por medio de las tres actitudes básicas: autenticidad, aceptación incondicional y empatía) y facilitar este proceso (1).

Grupo Madrileño de Terapia Centrada en la Persona

Es difícil hablar de enfoque humanista sin tener presente a Carl Rogers y su “Terapia Centrada en la Persona”. A lo largo de este taller, intentaré reflejar el enfoque humanista que se desprende del programa de intervención que aplicamos en nuestro centro con personas diagnosticadas de trastornos de la personalidad. Este programa fue publicado en el 2004, bajo el título “Diamantes en Bruto II” (2). El programa, inicialmente pensado para aplicar con personas diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad, ha sido aplicado con éxito en el tratamiento de otros trastornos de la personalidad (evidentemente con variaciones).

El programa tiene una base que consta de 49 sesiones. Está dividido en 10 apartados:

1. Introducción del programa, establecimiento de objetivos
2. Posibles interferencias en la terapia
3. Autoobservación
4. Autocuidado, abordaje de conductas destructivas y puesta en práctica de alternativas
5. Mecanismos de defensa
6. Fijación de límites y relaciones interpersonales
7. Alteración de la identidad
8. Manejo de emociones
9. Habilidades de afrontamiento
10. Evaluaciones intermedias

En este taller se explicará la estructura básica del programa, prestando atención a los diferentes apartados y recurriendo a ejemplos de sesiones que nos ayuden a visualizar este enfoque y la forma de trabajo. Cabe señalar que además de las sesiones individuales, realizamos sesiones familiares durante todo el proceso de psicoterapia y sesiones de grupo (cuando se estima conveniente o necesario, buscando el momento oportuno para el paciente, y teniendo en cuenta sus características personales para incluirlo en un grupo de características similares). Esto nos permite abordar la globalidad del problema y permite al paciente mejorar en su manera de relacionarse a todos los niveles (a nivel individual, grupal y familiar). Otro aspecto que conviene mencionar es el trabajo multidisciplinar coordinado con médicos psiquiatras y con otros profesionales de la salud cuando el paciente está acudiendo a otros servicios (por ejemplo: Proyecto Hombre en el caso de existir una adicción que puede interferir con la realización del programa que seguimos en nuestro centro de trabajo).

A grandes rasgos, la idea del programa es facilitar un **“descubrimiento de la persona”**. Para explicar esta idea, pienso en el trastorno límite y en los trastornos de la personalidad en general, como puzzles desorganizados, mezclados e incluso incompletos en algunos casos. El abordaje con el paciente dependerá de cada caso. En algunos casos se empieza por encajar las piezas de un puzzle que están completas y simplemente desorganizadas (como si el paciente que intenta encajarlas no tuviese

la capacidad de entender cómo encajan unas con otras). En otros casos, se intenta componer el puzzle pero encontramos que faltan piezas (habilidades) y además de encajar las que ya hay, tenemos que crear (en equipo) las nuevas. En otros casos, el comienzo es desmontar el puzzle, pues en un afán de componerlo, la persona ha encajado a presión algunas piezas e incluso ha incluido otras que eran de otro puzzle (muchos pacientes en un afán de encajar, lo que hacen es buscar señales en los demás y asumirlas como propias). Esto último es uno de los aspectos que causan confusión en los clínicos que atendemos a las personas con Trastornos de la Personalidad.

En el trastorno límite es habitual que el puzzle esté completo pero desorganizado, también encontramos casos en los que las piezas, aún estando presentes se han debilitado y se tiene que hacer una labor de restauración, refuerzo y recomposición. Y por supuesto, los más complejos, son aquellos en los que el puzzle está tan encajonado que es difícil de desarmar. En estos casos hay que desarmarlo con mucho esfuerzo y cuidado pues se puede “romper” en el proceso. En estos casos, es importante que en la recomposición nos encarguemos de colocar cada pieza en su sitio y retirar con mucha cautela las que son de otros puzzles (aprendizaje).

El programa incluye varias sesiones de psicoeducación. El objetivo es ayudar al paciente a reflexionar sobre las dificultades que presenta y lo que puede hacer para implicarse de manera activa en su recuperación. Otro de los objetivos es ayudar al paciente a diferenciarse a sí mismo del trastorno (especialmente en los casos en los que el trastorno se convierte en la identidad de la persona que no son pocos ni aislados). En el siguiente apartado se relacionan algunas de las dificultades frecuentes que presentan las personas con trastorno de personalidad, con los diferentes apartados que forman el programa mencionado anteriormente.

2. PROBLEMAS FRECUENTES EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Aunque existen diferentes grupos, tipos y subtipos de trastornos de la personalidad y dentro de éstos encontramos diferencias que en muchas ocasiones se deben a los rasgos propios que presenta cada persona, la realidad es que también encontramos similitudes. Por ejemplo, aunque puede y suele haber diversidad en cuanto a los síntomas, solemos encontrar una problemática similar en muchos de ellos. Así, es frecuente que observemos dificultades persistentes para:

- Plantearse objetivos asequibles, realistas y/o adaptados a la situación en la que se encuentra el paciente
- Identificar y hacerse conscientes de sus propias dificultades (algo que se empieza a trabajar en el apartado de la autoobservación)
- Asumir responsabilidades en algún área relevante de su vida (es frecuente encontrar que un paciente es muy funcional en algunos aspectos y que tiene grandes dificultades en otros (esto se trabaja a lo largo de todo el programa, desde la sesión 1 si tenemos la oportunidad, intentando dar la “responsabilidad al paciente” y potenciar su autonomía cuando la ha cedido o se la “han quitado”).
- Hacer frente a situaciones o sacar provecho de sus habilidades de manera adaptativa o efectiva. Algunos pacientes son funcionales pero se muestran ambivalentes y dependen de su estado de ánimo o de factores externos para funcionar. Esto es algo que se trabaja en los apartados de autocuidado, de fijación y mantenimiento de límites, en el de manejo de emociones y en el de puesta en práctica de alternativas (aunque es frecuente trabajarlo durante todo el proceso de terapia dado que van saliendo ejemplos excelentes de la vida diaria de cada paciente y de las dificultades que traen a consulta semanalmente).
- Dejar de utilizar mecanismos de defensa. Cuando una persona se encuentra sin recursos adaptativos suele recurrir a lo que conoce (y en los TP es frecuente que se recurra a mecanismos de defensa como forma compensatoria de protegerse).
- Relacionarse de manera adaptada. Es frecuente que las personas con un trastorno de la personalidad tengan dificultades en su manera de relacionarse (algunos por defecto, otros por exceso, pero en casi todos observamos problemas en las relaciones interpersonales; esto se trabaja en los apartados de límites y alteración de la identidad).
- Identificar, expresar y/o tolerar emociones. Aquí podemos oscilar entre el descontrol emocional que se puede observar en muchas personas con TLP y la frialdad que se puede observar en algunas personas con rasgos psicopáticos, antisociales y/o nar-

cisistas (para esto contamos con los apartados de la autoobservación, el autocuidado y el manejo de emociones)

Considero que disponer de una estructura en el abordaje de los trastornos de la personalidad es esencial. A partir de una base, se puede hacer mayor hincapié en el/los apartado/s en los que una persona presente mayores dificultades y adaptarnos según la información y feedback que obtengamos durante las sesiones de psicoterapia.

3. EL PLANTEAMIENTO DE ROGERS Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Volviendo a la perspectiva global y humanista, es interesante mencionar los planteamientos básicos de Rogers. Según este autor, las personas poseen un potencial para comprenderse a sí mismas, para solucionar sus problemas sin una intervención directa del terapeuta, y un deseo innato de mejorarse a sí mismas siendo además capaces de crecer personalmente. Esto si bien es cierto en muchos casos de personas diagnosticadas de trastornos de la personalidad, no es aplicable en todos. Por eso en nuestra práctica clínica solemos encontrar dos grupos:

Grupo 1: personas susceptibles a un posible beneficio terapéutico

Grupo 2: personas no susceptibles a un posible beneficio terapéutico

Será difícil por ejemplo que una personalidad antisocial y/o narcisista o un psicópata tenga un deseo innato de mejorarse a sí misma o de crecer personalmente (por lo menos en el sentido en el que Rogers planteaba este deseo y ganas de crecer). Sí es probable que tenga interés en “crecer” y “mejorar” pero generalmente a costa de los demás. Además la falta de empatía en estos tipos de personalidades hará muy difícil la consecución de cambios realmente internos, y lo que se consiga puede ser utilizado a favor del mejor manejo y explotación de los otros. Es frecuente sin embargo que otros pacientes con trastornos de personalidad expresen deseos de mejorar y de crecer personalmente, que se describan como “incompletos” y se muestren muy necesitados de ayuda (especialmente algunas personas con Trastorno Límite de la Personalidad)

Resulta evidente que a los clínicos de “a pie”, aquellos que trabajamos en la clínica día a día, tenemos interés en el primer grupo de pacientes; aquellos que se pueden y quieren beneficiar de una psicoterapia, los que muestran interés por mejorarse a ellos mismos y por crecer personalmente aunque no debemos de ignorar al segundo grupo pues nos puede (y suele) ayudar a establecer diferencias y a entender los diferentes matices y motivaciones que pueden existir detrás de las conductas y expresiones de las personas con un mismo diagnóstico. Widiger y Sanderson (1995) señalan que podría ser útil operativizar la dimensionalidad de los trastornos de la personalidad en subcategorías del tipo “ausente, rasgos, subumbral, umbral, moderada y grave”. Dependiendo de esto, una persona con un mismo diagnóstico puede ser más o menos tratable.

En este sentido, citaría al Dr. Vicente Rubio, que señala que una buena motivación y un alto sufrimiento (y su combinación) suelen ser indicadores de un mejor pronóstico; cuanto menos sufrimiento y menos motivación, peor resultado de tratamiento. El Dr. Rubio, comenta que este binomio podría explicar el mal funcionamiento de algunos narcisistas y psicópatas pues su motivación y sufrimiento suelen ser escasos o nulos, lo que es coherente con que un mismo diagnóstico puede ser más o menos tratable (siendo así, el diagnóstico se convierte en algo informativo, orientativo y descriptivo pero pasa a ser secundario para el tratamiento).

A pesar de hablar de dos grupos de pacientes y mencionar que algunos son más susceptibles de mejoría con sesiones psicoterapéuticas que otros, quiero matizar que esto no deja de ser un planteamiento dicotómico y que entre ambos extremos suelen haber muchos matices. De hecho, los pacientes que no son susceptibles de mejorar con un tratamiento son una minoría en comparación a los que sí lo son. Hay muchas personas con diagnósticos complejos o de difícil pronóstico que se pueden beneficiar de una psicoterapia.

Rogers ha mostrado un gran respeto y confianza hacia sus pacientes. El tema principal en la psicoterapia es el refuerzo positivo incondicional y la aceptación del cliente tal cual es. Quizás este es uno de los puntos en los que más coincido con Rogers, creo que el respeto y la confianza en una persona son básicos en un proceso de psicoterapia. Sin respeto y confianza será difícil establecer una alianza, y sin alianza conseguir que un paciente se involucre en la psicoterapia será complicado.

Rogers comentaba que una relación servirá de ayuda si la persona a la hora de relacionarse con los demás refleja tres actitudes básicas:

1. Autenticidad (también llamada congruencia): consiste en “ser el que uno es” en la relación, sin construirse máscaras o fachadas.

2. Aceptación incondicional (o “consideración positiva incondicional”): implica aceptar a la persona tal cual es, con sus sentimientos y experiencias

3. Empatía (o “escucha empática”): es la capacidad de comprender la experiencia única de la otra persona

Y explica que en la Terapia Centrada en la Persona, el terapeuta, a través de estas tres actitudes, crea el marco propicio para que la persona pueda comprenderse a sí misma mejor.

Resulta evidente que aunque las actitudes anteriores sean predominantes en muchos profesionales pueden chocar frontalmente con las que presentan algunos de los pacientes afectados por trastornos de la personalidad y generar reacciones contra-transferenciales en el profesional, difíciles de manejar. De hecho, es frecuente que el paciente:

1. Construya máscaras incluso “personalidades diferentes” dependiendo de con quien se esté relacionando

2. Tenga serias dificultades para aceptar a los demás como son y los perciba en función de cómo es el trato que reciba de ellos, y también para aceptarse a sí mismo. Además es muy posible que no sea realmente consciente de qué actitudes provoca en los demás (a veces incluso causando rechazo que es justo lo contrario a lo que pretende)

3. Tenga dificultades para entender y aceptar las opiniones y sentimientos de los demás cuando no coinciden con sus expectativas o con cómo se encuentran.

Por eso, la teoría de Rogers en relación a estas tres actitudes es especialmente interesante (si el terapeuta es capaz de transmitir estas actitudes a una persona, es más probable que ésta las pueda observar, valorar y poner en práctica). Esto a la vez, proporcionará al terapeuta más margen de maniobrabilidad, y evitará que se tome de manera personal las respuestas y actitudes del paciente.

En este sentido considero que si bien las personas con trastornos de la personalidad pueden mostrar rasgos muy inflexibles y desadaptados, que complican su manera de relacionarse (con ellos mismos y con los demás) son susceptibles de ser tratadas. Es importante recordar que en la mayor parte de los casos se trata de personas que sufren y que no están a gusto con su vida.

En la mayoría de los casos existe una alteración de la identidad importante y múltiples mecanismos de defensa. Evidentemente esto hay que buscarlo con mucha paciencia y estando alerta a las posibles señales de contratransferencia pues, cuando los rasgos que presenta la persona están muy marcados, la contratransferencia puede ser muy intensa y negativa y puede dificultar el trato con estos pacientes.

En relación a lo anterior y aún estando de acuerdo con las actitudes mencionadas por Rogers y con la idea de fondo que se desprende de ellas, considero que es importante ser cautos con el matiz de aceptación “incondicional”, pues aunque podemos aceptar a la persona tal cual es”, no debemos aceptar determinados “comportamientos” de manera incondicional, pues sería, entre otras cosas, una manera de confundir “manera de ser” con “manera de actuar” (una de las primeras cosas que se intenta “desmontar” y discriminar con los pacientes con trastornos de la personalidad). Una persona que piensa y dice que “es agresiva” no se planteará que tiene control sobre sus reacciones; por el contrario, una persona que piensa en términos “*tengo comportamientos agresivos*” tendrá menos dificultades para asumir su parte de responsabilidad y tomar medidas al respecto.

Quizás es interesante recordar que los trastornos de la personalidad constituyen exageraciones desadaptativas de tipos de personalidad que por sí mismos no son patológicos y que tienen su origen en una serie de predisposiciones temperamentales que se combinan con circunstancias vitales estresantes (3).

También puede resultar interesante tener presente los falsos positivos y falsos negativos. En ocasiones encontramos falsos positivos porque el paciente en un determinado momento o en relación a una situación puntual sostenida en el tiempo, realmente se identifica con los ítems o verbaliza y/o manifiesta una serie de síntomas que dependiendo de la intensidad, la frecuencia y la interferencia en su calidad de vida, reflejarían un posible trastorno de personalidad.

4. CONCLUSIONES

Como conclusión citarí­a al Dr. Vicente Rubio que comenta que el s­ntoma hay que tratarlo siempre que interfiera en la calidad de vida del paciente pero teniendo claro que es un s­ntoma fruto de su estructura; es decir, el ­rbol no nos tiene que impedir ver el bosque¹ (4). Las personas con trastornos de la personalidad se pueden beneficiar de tratamientos estructurados siempre que situemos a la persona en un primer plano. Si nos centramos en el diagn­stico, en los s­ntomas m­as aparentes y “moles-tos” y nos olvidamos de la persona, de las motivaciones y de lo que hay detr­as de muchas de las conductas, corremos el riesgo de que el ­rbol no nos deje ver el bosque es decir, a la persona en su globalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. P­gina Web del Grupo Madrile­o de Terapia Centrada en la Persona.
2. Diamantes en Bruto II. Manual Psicoeducativo y de tratamiento del Trastorno L­mite de la Personalidad. Programa estructurado para profesionales. Dolores Mosquera. Ediciones Pl­yades, 2004.
3. Tratado de los Trastornos de la Personalidad. John M. Oldham, Andrew E. Skodol, Donna S. Bender. Elsevier, Masson 2007
4. Trastorno L­mite: Profundizando en el caos. Dolores Mosquera, Ediciones Pl­yades, 2007.

¹ Comunicaci­n personal