

EL EFECTO INTEGRADOR DE LA REFORMULACION: PSICOTERAPIA COGNITIVO-ANALITICA EN UN PACIENTE CON UN TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD.

Anthony Ryle

UMDS at St. Thomas Hospital, London.

Hilary Beard

Gable House Community Mental Health Centre, London.

The impact of 26 sessions of Cognitive Analytic Therapy (CAT) on a patient with a borderline personality disorder is presented, largely through the patient's account given at a follow-up assessment interview. It is suggested that the account arises questions of practical and theoretical interest.

En un reciente artículo (Ryle, 1992) se discutió un caso real, publicado sobre un paciente tratado con un modelo Kleiniano, desde un punto de vista de una perspectiva teórica alternativa, la Psicoterapia Cognitivo Analítica (PCA). En este artículo se describe la aplicación de la Psicoterapia Cognitivo Analítica a un paciente con un nivel equivalente de patología. Intento demostrar cómo la técnica de reformulación, implica la creación de un nivel superior más preciso, y las descripciones verbales y diagramáticas de los procesos problemáticos pueden ser de utilidad en estos pacientes. En Ryle (1990) se halla información general sobre teoría y practica en PCA; Spencer (1992) ha descrito el tratamiento mediante esta técnica en pacientes que habían estado varios años en psicoanálisis previamente.

Aunque debiendo mucho a la teoría de las relaciones objetales, la Psicoterapia Cognitivo Analítica acude de una forma particular al psicoanálisis, la capacidad del paciente para la autoobservación consciente y el control se aumenta por medio de la creación de herramientas descriptivas, más que induciendo regresión y trabajando primariamente a través de la interpretación. La aplicación de estas descripciones a la vida diaria y a la relación paciente-terapeuta induce al cambio a través de un

proceso de demostración, principalmente por un reconocimiento temprano y después por la revisión de los procedimientos dañinos. Incluyendo todos los aspectos del paciente en las descripciones y a través de una referencia constante a la reformulación, la meta de la integración se hace de manera muy específica y ésta se experimenta como contenedora por parte de los pacientes.

HISTORIA DEL CASO

La paciente fue valorada inicialmente por el primer autor y tratada por el segundo. La paciente tenía 28 años, casada y con un hijo de 4 años. Aportaba una historia infantil muy dolorosa, marcada por una atroz lucha entre un padre alcohólico y una madre sumisa y por el abandono y abuso sufrido, proveniente de ambos. Había sido acusada de ser la causa del matrimonio miserable de sus padres, debido a su concepción prematrimonial. Idealizaba a su madre e intentó protegerla de los ataques de su padre alcohólico (pero llegó a ver, durante la terapia, que, contrariamente a lo que creía, su madre había fallado en protegerla). Ella fue la “madre pequeña” para sus jóvenes hermanos, pero desde el comienzo de la adolescencia comenzaron las rebeldías y los auto-abusos. Su matrimonio con un novio de la infancia, descrito como un hombre gentil y obediente, se había visto recientemente sacudido por un acto de infidelidad por parte del marido.

La paciente completó el cuestionario de problemas interpersonales (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villesenor, 1988), el SCL-90/4 (Derogatis, Richels & Rock, 1976) y la escala de disociación de experiencias (Bernstein & Putnam, 1988) antes de la terapia y en el seguimiento. Se hizo un diagnóstico de trastorno borderline de la personalidad, de acuerdo con los criterios del DSM III R, basado en las siguientes evidencias:

- 1.- Las relaciones mostraban una fluctuación entre la idealización y el desprecio vengativo (marido, padres, familiares).
- 2.- Impulsividad. Una historia de impulsividad excesiva, pánicos, sentimientos de ser incapaz de atender a las llamadas de ayuda de otros. Arranques de ira, auto-lesiones (cortarse, golpearse la cabeza), conducción peligrosa.
- 3.- Humor inestable. En ocasiones sentía euforia, que “nada podría dañarla” por ser invencible; en otras ocasiones, desesperación con ideación suicida, experimentando dolor “peor que el de cortarse las venas”; en otras se sentía llena de culpa y vergüenza y en otras de nuevo furiosa “como un volcán”.
- 4.- Una ira irracional ocurrida en el contexto de la mayoría de sus relaciones, más marcada con su hijo de 4 años. También propensa a actos cuidadosamente planeados de venganza y victimización de aquellos que ella sentía que la habían fallado.
- 5.- Una historia de consumo excesivo y repetido de sustancias desde los 10 años, el primero ocurrió después de que su madre tomara una sobredosis. Una historia regular de 5 años, de ingestión incrementada de pastillas cuando caía en su depresión o humor desesperado. No intentos de sobredosis.
- 6.- Trastornos de identidad. Experiencias constantes de creencias y sentimientos conflictivos sobre sí misma;

debates entre “voces” que se oponían violentamente en su cabeza. 7.- Sentimientos crónicos de vacío. Esto fue evidente en algunos de sus estados, no siendo siempre referidos durante la terapia. 8.- Intentos de evitar el abandono real o imaginario. Miedo profundo al rechazo con intentos exhaustivos de agradar a los otros.

La reformulación verbal de sus procesos problemáticos fue como sigue:

1.- La “trampa de la búsqueda de la perfección”: sintiéndome como si yo fuera culpable, inútil o responsable de todas las cosas, me pongo niveles altos para intentar sentirme mejor o tengo altas expectativas de otros. Entonces temo fallar o sentirme traicionada por otros. En este marco me siento incapaz de mantener mis propios esfuerzos y los de los otros me decepcionan, esto me hace culparme o sentirme traicionada por otros. Me siento arruinada y me culpo por mi inadecuación o me siento enfadada y culpando a los demás, entonces me autocastigo desatendiéndome o autolesionándome, o ataco a otros rechazándoles o separándome de ellos. El resultado es que los sentimientos negativos sobre mí mismo y mi desconfianza hacia los demás se refuerzan y mi problema comienza de nuevo.

2.- La trampa del “ser usada”. Sintiéndome como si fuera culpable, inútil y responsable de todo, comienzo a ser una mártir de las necesidades de los demás, desatendiéndome a mí misma, preocupándome por los demás sin poner límites, no defendiendo mis propias necesidades y sin saber decir no a nada. Como resultado soy usada, ignorada o los demás abusan de mí; mis necesidades personales no son apreciadas debidamente hasta que los demás se sienten abrumados y yo profundamente resentida. Entonces exploto y ataco, castigo y rechazo a aquellos que me hacen sentir culpable y mal y me aterroriza lo que los demás están haciendo para abandonarme o desatenderme. De este modo, sintiéndome culpable, inútil y desconfiada, vuelvo una vez más al patrón de intentar agradar y cuidar a los demás.

3.- La “trampa del agotamiento/enfermedad”: sintiéndome como si fuera culpable, inútil o responsable de todo, llego al límite de la enfermedad, agotamiento o desplome y siento que no merezco la ayuda de otros. Ellos asumen que no necesito ayuda y continúan esperando que sea tan fuerte que al final me derrumbo y enfermo. Yo gano la atención de los demás por mi enfermedad o extenuación, pero mis otras necesidades no son atendidas. Entonces, me siento incomprendida y devaluada, o siento alguna satisfacción viendo lo que otros hacen por mí. Así me siento egoísta, ingrata y culpable por cada pensamiento, como si hubiera fallado de algún modo, y vuelvo al patrón de tener que ser dura, de nuevo.

4.- Un dilema central de mi vida puede expresarse de la manera siguiente: a veces me siento desesperadamente culpable, autovituperada, infeliz, atrapada y envidiosa, y otras me siento furiosa, culpo a otros, me siento rechazada y experimento intensos sentimientos de venganza.

Esta descripción verbal de los procedimientos problemáticos fue complementada con el diagrama (Fig.1). Las tres trampas descritas verbalmente y el dilema fueron mostrados para ser relacionadas en un modelo interno de relación entre los

dos roles interiorizados: un rol parental de abuso, rechazo, y culpa; y un rol infantil dañado, no deseado, sucio, culpable, e inútil. El diagrama, además de describir los aspectos mencionados en la reformulación, muestra un estado alternativo idealizado, que representa un subsistema escindido del yo.

CURSO DE LA TERAPIA

La terapia estuvo marcada por intensos sentimientos, en los que la paciente recordó su vida temprana y en particular la confrontación con los fallos y desatendimientos de su madre. A veces el terapeuta se sintió atrapado e incapaz de evocar experiencias de la infancia de la paciente, otras veces, los intensos sentimientos asesinos que tenía la paciente fueron el tema central.

El procedimiento básico de Psicoterapia Cognitivo Analítica fue seguido de manera que la reformulación escrita y el diagrama se completaron de la 4^o a la 6^o sesiones, sirviendo de referencia para las sesiones posteriores de terapia, los progresos de cada sesión fueron expuestos en un gráfico. Al final de la terapia, la paciente y el terapeuta escribieron una carta de despedida, evaluándola. La paciente escribió lo siguiente:

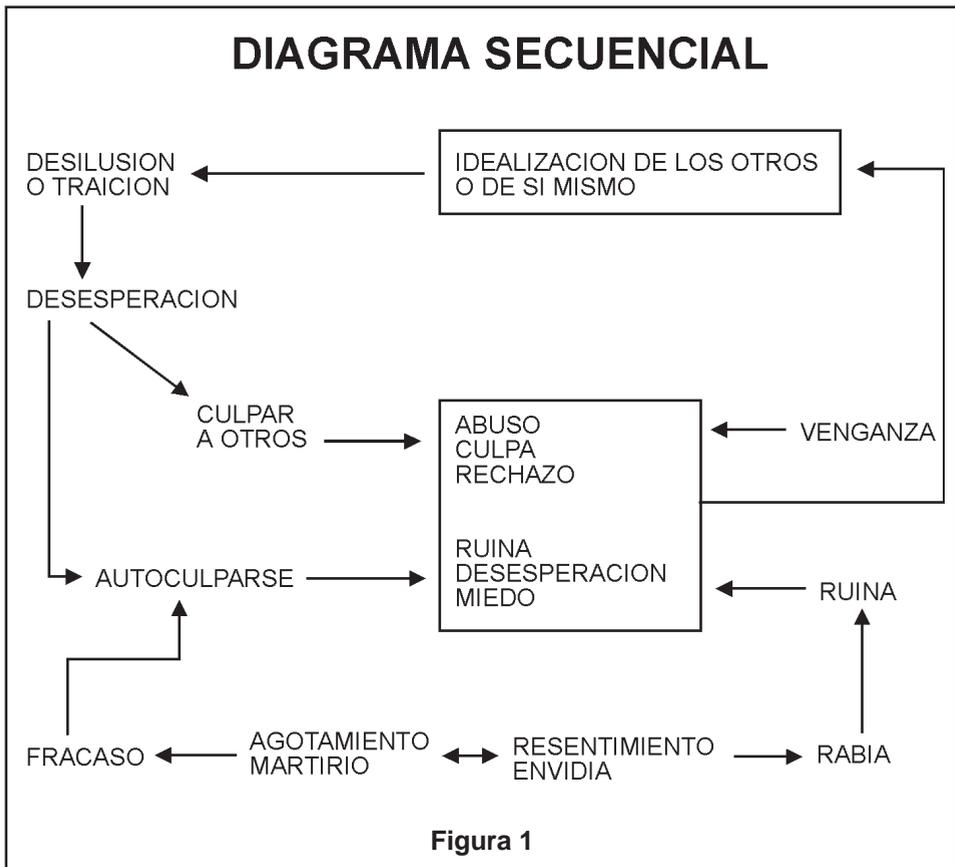
“Siento que hemos logrado mucho, gracias por todo. Me has ayudado a cerrar puertas que no me estaban llevando a ninguna parte, que no fuera el dolor, y en este proceso he abierto otras nuevas que me ayudarán a lo largo de mi vida a alcanzar las metas que buscaba tan desesperadamente. Juntos hemos desenmarañado algunos de mis dolores infantiles, los hemos enfrentado y luego clarificado con perspectiva, dejándome libre para trabajar en otros problemas con mi nuevo conocimiento de cómo congelarlos y evitarlos. Espero no volverme a encontrar de nuevo a mí misma, en la más completa y absoluta obscuridad”.

INTRODUCCION DEL DIAGRAMA

La carta del terapeuta incluyó lo siguiente:

“En nuestras primeras sesiones fuiste capaz valientemente de liberar algunos de tus recuerdos y sentimientos dolorosos que habías llevado contigo desde tiempos pasados, expresando tu enfado y a la vez, los sentimientos asesinos hacia la gente importante de tu vida... Al hacerlo, te has librado de parte del dolor de tu pasado, aprendiendo que su expresión conlleva algún alivio, algo de lo que ahora eres capaz de hacer en tu vida. Has enfrentado el miedo a ser rechazada como cuando te preocupabas sobre lo que yo iba a pensar sobre ti... A través de la exploración de tus recuerdos, pensamientos y sentimientos has sido capaz de hacer considerables cambios en tus relaciones, clarificando lo que pertenece a cada uno... Has sido capaz de separar algunos de tus sentimientos sobre tu padre de tu marido, calmando tu deseo inicial de venganza y haciendo más fácil expresar tus necesidades.

Aprendiendo a cuidarte más, has encontrado tus necesidades infantiles menos agobiantes y despiadadas. Enfrentando tu necesidad del pasado de idealizar a los



otros para sobrevivir, has comenzado a esperar menos de ti misma... Tú no estas al final de la lista, eres menos mártir de las necesidades de los demás y te sientes menos atrapada e inútil”.

LA ENTREVISTA POST-TERAPIA

Esta fue llevada por el primer autor (AR) 10 semanas después de la terminación de la terapia, y entre el 2º y 3º mes de seguimiento por el 2º autor. El paciente (P) fue entrevistado mediante la lista de problemas identificados durante su 1ª entrevista y sus primeras sesiones de terapia y a través de asuntos identificados en la reformulación. Los siguientes párrafos son parte de la entrevista grabada, referida a los problemas presentes. Se observará que la descripción voluntaria del paciente engarzó con los procedimientos descritos en la reformulación.

T.-Lo primero de todo, ¿puedo preguntarle sobre su ira?. Ud. tenía la “mecha” corta (arranques rápidos de ira).

P.-Esto ha mejorado mucho. Creo que por dos razones. Una es que duermo

mucho mejor por la noche, por lo tanto estoy menos susceptible, no me atormento con las cosas, además podría decir que mi mente está bastante más normal. Es como si alguien se hubiera llevado algo de aquí (señalando su pecho), como que lo acabaran de eliminar llevándoselo. Creo que lo que he tenido vale su peso en oro. Se lo he contado a alguien al llegar.

T.-Ud. dice que duerme mejor. Cuando yo la vi estaba teniendo muchas pesadillas.

P.-Eran horrosas y lo más extraño sobre ellas es que después de verle a Ud., la primera vez, (aún antes de ver a Hilary), las pesadillas casi desaparecieron. Quizás quedó el 10%. No creo que fuera simplemente por contarle, creo que fue por contárselo a alguien fuera de la familia. Una, siempre duda de que alguien realmente crea lo mal que se siente y yo pienso que cuando se lo dices a cualquier extraño y ellos no se ríen de ti ni cambian de tema, comienzas a pensar “bien, ellos me creen”.

T.-¿Tales pesadillas le han traído una gran cantidad de recuerdos no?

P.-Creo que lo que ocurrió conmigo es que yo pensé siempre que en mi vida solamente había tenido problemas con mi padre. Pero yo no tuve sólo problemas con mi padre, los tuve también con mi madre. Nunca la conocí realmente, porque era mi única tabla de salvación y no podía vivir del todo sin ella, mi mente sólo podría permitirme ver lo equivocado de mi padre, dejando de lado lo equivocado que hacía ella. Esas pesadillas fueron usadas para devolverme los recuerdos malos otra vez. Entendí que estaban intentando decirme algo.

T.-Cuando la vi, estaba muy baja de ánimo la mayor parte del tiempo. ¿Esto ha cambiado?

P.-Sí, sí. Yo acostumbraba a pensar que el único momento en que me encontraría en paz sería cuando estuviera muerta y que éste era mi destino porque yo había hecho algo equivocado y me torturaba. Creía que estaba en la tierra para pagar. Ahora no siento esto. No me siento culpable de cosas que quizás yo hubiera podido haber cambiado para rectificarlas algo mejor de lo que lo hice. Pienso: bien, paso, soy humana.

T.-¿Es Ud. más tolerante también con los demás?

P.-Sí. Quizás no esperaba tanto de los otros como de mí misma, con mi propio estandard demasiado alto, obviamente tenía altas expectativas también de los demás.

T.-¿Fue esto, en parte, lo que la hizo ser dura con su hijo?

P.-Sí, creo que lo fue, creo que estaba haciendo con él lo mismo que hacía conmigo. Estaba esperando que él asumiera responsabilidades. El no es capaz, es un niño ¿qué puedo esperar que haga?. Antes acostumbraba a tener tanta tensión que hubiera querido darle un puntapié, golpearle, gritarle y estrangularle y pensaba que Dios me había dado este niño para castigarme.

T.-¿Qué paso con su marido?

P.-De nuevo le puse en un pedestal.

T.-¿Cómo a su madre?

P.-Sí, exactamente, le puse allí encima. De alguna manera no creo que estuviera pensando en él como una persona, creo, no lo sé, que era como algo que yo poseía. No le estaba permitiendo cometer ningún error, no le estaba permitiendo ser humano y cuando cometió uno, pagó un alto precio por él. No estoy diciendo que le perdone lo que hizo, no; nunca lo olvidaré, pero no puedo seguir el resto de mi vida echándoselo en cara. Yo acostumbraba a decir que él era mío, el sería..., el tendría..., el haría... Pero el problema es lo que hizo, siempre, él nunca se quejó, y

...

T.-No directamente, pero lo mostró de otra manera.

P.-Sí, supongo que él no pudo aguantar más y por esto lo hizo. Lo encontré doloroso, pero de alguna manera creo que esto ha provocado que nos acerquemos. Creo que me he dado cuenta de que los dos somos capaces de errar, especialmente yo.

T.-Solías tener bastantes sentimientos extraños cuando estabas en mitad del sueño, bastantes sentimientos exteriores a ti...

P.-Sí, era raro. Solía pensar, no sé, como si yo estuviera duplicada y mi cuerpo estuviera allí, pero yo no. Siempre me daba la espalda a mí misma, si se puede decir así, y fue sólo cuando miré hacia mí cuando llegué a ser de nuevo yo. Fue realmente raro. Todo el tiempo decía, que eso no era yo, sabía que eso no era yo. Sabía que era alguien más, pero al mismo tiempo todas las pruebas decían que había sido miserable, así que creo que quizás esto pasó, porque quise huir de mí. Quizás culpé al cuerpo de que estaba siendo la parte miserable y el yo real estaba flotando hacia algún sitio mejor. Esto no ha ocurrido desde hace mucho tiempo.

T.-¿Sigue siendo aún una limpiísima ama de casa?

P.-Creo que he abandonado bastante esta etapa. Definitivamente paso la aspiradora solamente una vez al día, por la mañana, y pase lo que pase no la saco otra vez. Ahora creo que he pasado de ser inmaculada y destellante en todo, a ser limpia, pero no en exceso. Estoy permitiendo a mi hijo ser un niño, no le grito “Dios, no toques la nevera yendo a toda prisa allí con un trapo y detergente, no me gusta esto pero si él deja caer, por ejemplo, una galleta en el suelo, no voy volando y me tiro sobre la galleta y le echo un sermón sobre lo sucio que es, e inmediatamente la pongo en el cubo. Yo digo, “¡Oh, él ha recogido la galleta y está comiéndola!”

T.-¿Que hay sobre usted misma y el sentido de su cuerpo?. Ud. no tenía una imagen favorable cuando hablamos la primera vez.

P.-Realmente me odiaba a mí misma: No puedo decir que en este momento me guste totalmente, pero no me odio. Siento que tengo derecho a algunas satisfacciones, a disfrutar de un baño si me apetece, a cualquier cosa que quiera hacer, dentro de lo razonable. Yo no tengo que ser su esposa, su madre, su hija, ni estar disponible para ellos; puedo hacer algo por mí y de hecho ahora a menudo gasto algo de dinero en mí, algo que antes nunca había hecho. Le pondré un ejemplo: tengo un par de

zapatos de plástico (me compraba uno cada 4 años), que costaron 1 libra y los llevaba continuamente. Hace 6 semanas, se me hizo un agujero que pegué, pero mis pies estaban ensuciándose; olvidé que se habían roto, pero de repente volví a verlo y pensé “Dios ¿Qué estás haciendo?”, eché una maldición, y me dije: tíralos a la basura y sal a comprarte un par nuevo; así lo hice, mientras que antes me hubiera puesto calcetines más gruesos (para no sentir el agujero).

T.-¿Qué hay de sus problemas con la alimentación?

P.-No creo que esto sea ahora un problema, aunque puede no ser del todo cierto. Yo tenía un raro antojo. Estaba paranoide sobre el sobrepeso, así que hacía una gran cantidad de ejercicio para estar segura de que no estaba gorda y mientras me mantenía por debajo del peso mi cuerpo no me importaba en absoluto. Ahora no pienso que estar gorda sea sucio, malo o impuro, contrariamente a lo que sentía tiempo atrás. Antes solía castigarlo. Si me molestaba (el cuerpo), si tenía un resfriado, yo le decía a mi cuerpo que no iba a consentir de ninguna manera que me tratara de este modo sin pagar por ello, así que yo lo alimentaba y hacía cualquier cosa para castigarlo, para ponerlo enfermo; ahora, si yo siento un dolor de garganta suave, inmediatamente me digo “bien, no fumes, vete y coge alguno de estos sprays, rocíalos en tu garganta y ponte un pañuelo de seda alrededor de ella”, esto es lo primero que hago.

T.-¿Qué hay sobre las relaciones actuales con tus padres, han sido clarificadas?

P.-Yo hablé con mi padre y le dije: mira, tú has seguido un camino durante mucho tiempo en el que me hiciste daño, espero que ahora estés satisfecho de oír lo que te estoy diciendo, pero ya no puedes hacerme más daño, porque yo no soy culpable de lo que te ha pasado. Es gracioso, casi al final de mis sesiones con Hylary, descubrí que mi madre y padre estaban ya comprometidos oficialmente 6 meses antes de que yo fuera concebida, así que esto no tenía que ver conmigo. Le dije a mi madre, “este asunto ni me importa ahora ni me va a importar nunca más, no me preocupo de si tu te casaste por mí o no, porque no fue mi culpa. Antes, siempre le decía: bien, “tu sólo te casaste por mi ¿no es así?, ella no contestaba o decía: “este es uno de los asuntos que influyeron en aquel momento”.

Nunca me dio una respuesta directa y una vez me miró y dijo “No sé de dónde has sacado esa idea de que yo sólo me casé con tu padre por tí”.

Otra gente era al principio desagradable conmigo cuando yo me atrevía a decir que no. Entiendo lo que mi hermano dijo en una ocasión: “si tu no me das el dinero, perderé mi hogar y después mi hijo tendrá que ir a un lugar de custodia. Yo acostumbraba siempre a caer en esto. Decía no y entonces pasaba un fin de semana horrible por haberlo dicho. Irónicamente, en aquella ocasión, mi hermano me llamó el lunes y me dijo: “lo siento, estaba equivocado”; entonces yo le regañé y le dije que de ninguna manera, aunque su vida o la de sus hijos dependiera de ello, le iba a dar un dinero del que no disponía.

T.-¿Qué fue lo peor en su terapia?

P.-Creo que fue, probablemente, el miedo de no estar trabajando.

T.-Te arriesgaste mucho.

P.-Sí, yo había intentado muchas cosas diferentes y nunca había podido aguantar el dolor ni borrar los recuerdos, estaba atemorizada de revivirlos, estaba siendo instada a revivirlos tras 20 años de continuo rechazo y estaba asustada de que cuando los evocara, nadie fuera capaz de decirme: “bien, ya me has contado esto”, ondeando una varita mágica sobre mí para poder olvidarlos. Me sentía asustada, porque al intentar enfrentarme con ellos me atacaban súbitamente. Pero creo que este sentimiento duró principalmente de la 3^o a la 6^o semana. Creo que aquí fue cuando me sentí más atemorizada, porque creí no poder manejarlos y ...

T.-¿Qué la hizo sentir que sí podía?

P.-No lo sé; no me atrevo a decir que era una voz en mi cabeza, pero si lo era, de todas maneras no fue de hecho una voz, fue quizás un sentimiento de que “no podría ser peor”: Si no ocurre nada no estarás peor, ¿no vas a aprovechar la oportunidad?. También dudaba mucho el poder trabajar bien. Sobre la 8^o semana estaba llena de pensamientos de todo tipo: “esto es una pérdida de tiempo, no estoy llegando a ninguna parte, sólo estoy haciéndome daño”; pero algo dentro de mí estaba haciéndome ir a la terapia, después, de repente, alrededor de la sesión 11 vi que estaban ocurriendo cosas. Probablemente estaban gestándose, pero solo fui consciente de ellas después. Creo que si yo hubiera parado de pronto este proceso, podría haber hecho algo drástico ya que no hubiera soportado saber que tenía una oportunidad en mi mano que podía perder. Pero gracias a Dios esto no ocurrió.

EVALUACION DE LA TERAPIA

Los resultados de los que la paciente informó muestran la existencia de un cambio considerable durante la terapia. Una evidencia paralela proviene de las puntuaciones en los tests: su puntuación total en el test de problemas interpersonales (Horowitz et al 1988) bajó de 314 a 102 y su puntuación de síntomas en el SCL-90/4 (Derogatis, 1983) bajó de 282 a 13. Las puntuaciones en la escala de experiencias disociadas (Bernstein & Pitman, 1988) mostraron una bajada de 17 a 7. El seguimiento mostró que las ganancias se mantuvieron después de la terminación. Esta fue una terapia particularmente efectiva en una paciente seriamente afectada, pero inteligente y comprometida. El tratamiento fue parte de un estudio piloto que investigaba el uso de Psicoterapia Cognitivo Analítica en pacientes con un trastorno borderline de la personalidad; ella fue uno de los pacientes menos patológicos del proyecto. Sin embargo, el estudio piloto y otras experiencias sugieren que aproximadamente la mitad de estos pacientes pueden aceptar la terapia y hacer algún uso de ella, no requiriendo en estos casos terapia adicional.

DISCUSION

Las diferencias entre las teorías y prácticas de diferentes escuelas de psicoterapia pueden ilustrarse con la comparación de 2 historias no resueltas. El intento de este artículo ha sido demostrar cómo el modelo alternativo propuesto por Ryle (1992), discutido en el artículo de Steiner, puede ser aplicado y cómo genera buenos resultados terapéuticos en un paciente de una gravedad comparable.

Las característica específica central de la Psicoterapia Cognitivo Analítica es la reformulación, y nosotros creemos que el poder de la propuesta y su capacidad para promover cambios en un tiempo limitado procede de ésta. Hay un número de razones que explican el por qué: la carta de reformulación retoma la historia de la vida del paciente, restaurando de alguna manera el significado de los sucesos pasados, los detalles o significados que han sido distorsionados a través de procesos defensivos, mitos familiares engañosos o mentiras. Esto se une dentro de una especie de orden fragmentario confundiendo los recuerdos y hace descubrir cómo las conclusiones dibujadas desde estas experiencias han generado la presente desintegración o los procedimientos patológicos. La descripción verbal y diagramática de estos procedimientos, con su énfasis en cómo los resultados han servido para reforzar los patrones dañinos, ofrecen una explicación de por qué el cambio ha sido tan duro de alcanzar indicando que el objetivo de la terapia es un cambio procedimental. La forma de llegar a estas descripciones y su presentación por escrito es vivido por los pacientes como signo de una preocupación real y no como un juicio de valor: los pacientes están a menudo conmovidos profundamente y la alianza terapéutica se ve habitualmente cimentada.

La aplicación de estas mismas descripciones a la vida diaria y a la transferencia, evita hacer de ésta un concepto fátuo o místico; la manifestación de los procedimientos problema en la relación terapéutica se trata de un modo práctico y ofrece una oportunidad inmediata para demostrar su emergencia y una ocasión para ofrecer respuestas no conclusivas y para explorar alternativas. La monitorización de la vida diaria del paciente, a través de diagramas o descripciones verbales de procedimientos problema, desarrolla una nueva capacidad para autoobservarse y esto inicia una gran integración; “primero eres testigo y luego lo integras en tu yo”. El poder de la terapia es menos opresivo y la participación del paciente es más importante en esta aproximación, que en la terapia dinámica convencional. La conducta destructiva no es interpretada como resistencia o como una gratificación masoquista o de otra manera que implique un matiz de motivación, sino más bien como resultado del repertorio restringido de procesos de rol del paciente. Evitando la ambigüedad (o aceptándola si se da el caso), el terapeuta da un ejemplo de una relación mutua y respetuosa, al mismo tiempo que proporciona un marco de herramientas conceptuales para que el paciente las aplique. A través de estas dos características, la internalización del terapeuta incluye el aprendizaje de habilidades e ideas y un ejemplo de cuidado humano. Incluso los individuos seriamente

dañados, tienen capacidad para usar esta experiencia con el fin de volverse más capaces de autoentenderse y cuidarse, en un tiempo limitado de terapia el paciente adquiere alguna capacidad de ser su propio terapeuta.

Hay, por supuesto, pacientes en los que la desconfianza es demasiado grande, su aislamiento demasiado profundo o su uso autodestructivo de drogas o alcohol demasiado extenso, para que este modelo cooperativo de terapia tenga éxito, y hay algunos otros para los que esta aproximación necesita ser un aspecto más de un programa desarrollado con ingreso hospitalario, hospital de día, trabajo de soporte social o terapia de grupo; todas estas facilidades, desafortunadamente han sufrido recortes en los servicios sociales. Hay otros pacientes que, siguiendo una breve intervención pueden hacer uso después de una terapia más prolongada si les es posible. Los peligros de la dependencia regresiva pueden evaluarse mejor cuando se ha vivido y terminado una terapia breve. Por otro lado, la existencia de un servicio que oferte terapia a este numeroso grupo de pacientes desatendidos, puede poner algo de remedio a su, demasiado común, cuidado insatisfactorio y a su relegación a la categoría de intratables.

Dejando las cuestiones de la oferta de servicio aparte, el asunto del contraste teórico y técnico descubierto en las historias del caso discutidas en este artículo y en Ryle (1992) merecen un debate y una investigación seria.

Se presenta el impacto de 26 sesiones de Psicoterapia Cognitivo Analítica en una paciente borderline a través de los informes dados por el paciente en las entrevistas de valoración durante el seguimiento. Se sugieren una gran cantidad de cuestiones de interés práctico y teórico.

Traducción: Beatriz Velarde.

Nota Editorial

El presente artículo fue publicado en el British Journal of Medical Psychology (1993), vol.66, 249-258 y ha sido traducido con permiso del autor.

Referencias bibliográficas:

- BERNSTEIN,E.M. & PUTMAN,F.W. (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174 (12), 727-735
- DEROGATIS, L.R., RICHELIS,K. & ROCK,A. (1976). The SCL and the MMPI: A step in the validation of a new self report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289
- HOROWITZ,L.M., ROSENBERG,S.E., BAER,B.A., URENO,G. & VILLESENOR,V.S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Conuselling and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892
- RYLE,A. (1990). *Cognitive Analytic Therapy: Active participation in change*. Chichester: Wiley.
- RYLE,A. (1992). In A. Ryle,, J. Spencer & Yawetz (Eds), When less is more or a least enough: two case examples of 16 session Cognitive Analytic Therapy. *Britihs Journal of Psychotherapy*. 8(4), 401-412.