

ENUMERACIÓN DE PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS

Pilar Fuentes Gómez
Psicóloga de Fundación I. Spiral

EL POR QUÉ DE UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA

Las alteraciones que acompañan a cualquier dependencia sentimental conforman un menú amplio y nutrido. Tanto es así que cada síntoma por separado *integra* la identidad patológica de las mismas para dar como resultado algo más que la suma de sus partes - un todo integrado - que deriva en el complejo panorama que observamos en la clínica.

Acercarse a tales fenómenos desde una perspectiva integradora significaría, pues, considerar todas las dimensiones o planos afectados en el sujeto D. S. (algunos autores consideran todas las dimensiones que conforman el ser humano: biológica, cognitiva, afectiva, interpersonal, psicodinámica y conductual (Castelló, 2004), y otros las específicamente afectadas en esta patología: personológica, vincular y adictiva (Palacios, 2005), adictofílico, vincular, cognitivo afectivo, (Sirvent, 2005).

De igual manera, intervenir desde un modelo integrador implica abordar todas las dimensiones que conforman estas patologías con el más amplio instrumental técnico del que el terapeuta esté capacitado. Sin embargo, un modelo integrador no se constituye de la mera suma de técnicas y procedimientos. Ha de constituirse como una propuesta terapéutica global y secuenciada y precisa de la habilidad para saber qué hacer y cuándo hacerlo. Dicho de otro modo, precisa de un proceso que *integre* progresivamente objetivos terapéuticos de mayor calado, atendiendo además al tempo de intervención.

Por último, creemos que es labor ineludible del terapeuta intentar que su personalidad esté suficientemente *integrada* a fin de poder ofrecer a sus pacientes un modelo de relación terapéutica que sirva de matriz funcional para todas las demás.

En definitiva, “*integrar*” implica: conocimiento amplio y unificado tanto longitudinal como transversal de la dependencia sentimental; integración teórica e integración técnica; propuesta terapéutica sinérgica y global; secuenciación y gradación de metas terapéutica; confluencia y complementariedad disciplinar; esfuerzo personal del profesional en pos de su propia unificación psicoafectiva e interpersonal. (Palacios, 2005)

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO CON D.S.

Una de las dimensiones menos afectadas en la D.S es la cognitiva, por lo tanto el trabajo en esta dimensión puede y ha de simultanearse con el realizado en otros aspectos y no convertirse en una intervención central.

Sin embargo hay que tener en cuenta qué parte del pensamiento está perturbada en el D.S. y tiñe sus sentimientos ya que el pensamiento racional puede estar bloqueado por el dolor de la ruptura de la relación o la frustración de sus expectativas en pro de un pensamiento narrativo, de un discurso interno circular y patológico. De tal manera, sólo el lenguaje de los sentimientos ayudará a recuperar el pensamiento racional y a encontrar claves explicativas.

Otra cuestión fundamental a tener en cuenta es la dificultad que tienen estos sujetos para ponerse en el lugar del otro. Esta dificultad se puede explicar por la conjunción de ilusiones y/o atribuciones y expectativas hedonistas que el D.S. deposita sobre el sujeto del que depende. Este espera que sea el otro el que responda a sus expectativas (y en el principio de la relación esto puede ser así, le da lo que le gusta y espera, por lo que le perdona todo al otro) pero termina abocándole a una situación de inmovilismo reticente.

Hay que considerar también la dificultad de los D.S. para objetivar sus propios problemas, no así los de los demás, instalándose ellos en un autoengaño del que pueden salir sólo cuando van logrando objetivos, dando pasos adelante aunque sea basándose en la referencia ajena, como ocurre en los grupos.

De lo anteriormente expuesto podemos concluir que para la mejor respuesta terapéutica es más eficaz la perseverancia comportamental, actuando desde consignas que traten de reemplazar las conductas que implican inadaptación, que la

argumentación cognitiva. Que es de vital importancia dar pasos adelante, ver tareas y objetivos cumplidos, ya que estos abocan a nuevas situaciones, y cuando la última situación tiene cierto recorrido, la reevaluación desde esta distancia obra el cambio mejor que cualquier técnica soportada en la simple dialéctica (además obtener resultados positivos en una dimensión mejorará concomitantemente otras) (Sirvent, 2005)

Por último destacar que un objetivo terapéutico fundamental y común al conjunto de las dependencias sentimentales es educar para la AUTONOMIA aunque sea en pequeñas y medianas cuestiones para neutralizar el apego.

EL PROCESO (Sirvent, 2005)

1º) El primer paso es cobrar conciencia del problema. Se puede acudir a consulta con una conciencia errónea o insuficiente del problema, pero el hecho de acudir significa que “algo se mueve dentro”. Realizar una evaluación específica, que incluya una historia clínica adictiva y biográfica ayudará al terapeuta a realizar un buen diagnóstico y a ofrecer un modelo de enfermedad al paciente para dar el siguiente paso.

2º) Este segundo paso consiste en adquirir una mayor conciencia del problema; dimensionarlo, reevaluarlo cuantas veces sean precisas para encontrar claves explicativas y digerirlo poco a poco (el sufrimiento psicológico se atenúa a medida que aumenta la autoconciencia). Es importante que el terapeuta tenga en cuenta que las narrativas no son elaboradas en cuanto a conscientes y que se sirva del grupo como amplificador de conciencia y filtro perceptivo para el autoengaño.

3º) A pesar de que ya desde la primera sesión han de proponerse acciones que supongan cambios comportamentales accesibles, tal vez desde una necesaria directividad por parte del terapeuta, y una vez evaluados los recursos de apoyo y la motivación del paciente, en este punto de mayor concienciación hay que emprender acciones de mayor envergadura. Sirviéndose de la fuerza especular del grupo o de la plataforma creada desde su nueva situación para ir cumpliendo objetivos. Estos así

como los métodos de aplicación han de ser realistas, progresivos y consensuados con el paciente.

4º) Los insights y crisis evolutivas que sobrevienen, conllevan una nueva toma de conciencia por parte del DS que empieza a verse como verdadero protagonista de su cambio, las reevaluaciones son procesuales y automáticas, y es capaz de integrar lo que ha descubierto de si mismo y encontrar la necesidad y la fuerza de dar nuevos pasos en su cambio de actitud.

5º) En función de la circunstancia en la que se encuentre el paciente en este momento lo que puede suceder a continuación es lo siguiente: si ya se ha producido la ruptura cuando acuden a consulta, el duelo ya a comenzado; si todavía está inmerso en la relación patológica la decisión serena y meditada de reconstruir o romper la relación es ya un hecho y es el momento en el que empieza el duelo. Pero también puede ocurrir que tome conciencia de la propia imposibilidad para afrontarlo; del terapeuta depende entonces infundir una esperanza realista (ya que la persona es consciente del problema, todavía puede hacer algo) y acompañarle hasta que elija un rumbo adecuado aunque no sea el mejor.