

La desregulación emocional en acción

Ilustraremos este capítulo con viñetas clínicas extraídas del tratamiento llevado a cabo con Malena (25). En el momento de la consulta se estaba separando de una pareja y vivía con su pequeño hijo. Padecía un cuadro de angustia, descontrol emocional con episodios de violencia, impulsividad, síntomas físicos inespecíficos y terrores nocturnos con ensoñaciones cuasi alucinatorias. La paciente, en el plano descriptivo, cumplía con los criterios para el diagnóstico de un TPL.

En el plano constructivo, mostraba un estilo de organización de la experiencia que se caracterizaba por la ausencia de un esquema de sí misma y de los otros lo suficientemente organizado y discriminado, y una visión del mundo poco integrada. Presentaba escasa capacidad para establecer relaciones de reciprocidad, dependencia afectiva extrema y profundos déficit en el autodomínio.

En las primeras entrevistas, nos relataba cómo se disparaban los estados de intenso abatimiento, cuando perdía el control con su hijo Germán (5):

Malena: –Viene Germán y se pone a hacer ruido... Pensé: “Este chico es insoportable!” y le dije que se fuera. Siempre me hace caso, por ahí porque lo miro tan mal que se asusta. Pero esta vez me miró como desafiante y tuve la sensación de que me lo estaba haciendo a propósito porque se había dado cuenta que me sentía débil, como asustada. Lo odié, me imaginé: si ahora es así, ¡lo que va a ser cuando sea adolescente! Me empecé a imaginar que no iba a poder con él, que iba a ser de esos hijos que terminan pegándose a los padres, y ahí no pensé más nada, me descontrolé. Lo agarré de los pelos y lo encerré en su cuarto, le empecé a gritar que no iba a comer en todo el día y que se cuidara de mí. Lo insulté y lo amenacé con echarlo de casa, que lo iba a mandar con su padre y que yo me iba a ir y no me iba a ver más. Ahí sentí que era igual que mi madre, que gritaba igual que ella. Me acordé cuando ella se fue de casa, me empecé a descomponer de los nervios. Me dio miedo de mí misma. Me fui corriendo a la cocina y me comí todas las

galletitas que había, no podía parar. Después me metí los dedos y las vomité. Necesitaba hacerlo. Después me caí en la cama y no pude hacer nada más. No me volví a levantar hasta hoy”.

Se destacan en este fragmento la activación de cogniciones disfuncionales y el modo de organizar la experiencia emocional y conductual de acuerdo a ello. La paciente empieza a imaginarse escenarios futuros muy conflictivos, y a causa de su incapacidad para diferenciar entre realidad y fantasía, permite que esta última se le imponga. La emoción la inunda y se activa el mecanismo disfuncional. Su alta vulnerabilidad la lleva a responder intensamente, poniendo en evidencia la dificultad para reconocerse como agente del control de sus emociones. Se frustra en ese momento la posibilidad de observar su conducta, evaluarla, ponerla en palabras y/o predecirla. Se hace tangible la imposibilidad de diferenciar entre realidad interna y externa. El registro de lo ocurrido aflora con lentitud, cuando ya todo ha terminado. Surgen sentimientos de vacío y depresión al contactarse con las consecuencias.

En otra oportunidad Malena relata una situación donde concurre a una clase de yoga con el objetivo de relajarse. Ella estaba afiebrada y con altos niveles de tensión. Dado su estado, la profesora le sugiere que no tome la clase. Ella, de todas maneras, decide quedarse. Entonces se empieza a sentir peor y más ansiosa. Refiere que su cabeza y su cuerpo no se podían unir y que se separaban cada vez más. El terapeuta le pregunta acerca de los pensamientos que se asociaban con su experiencia de malestar. La paciente narra la cadena de significados y atribuciones que dan cuenta de su estado emocional:

Malena: –Cuando me dijo que no tome la clase, pensé que en realidad me estaba diciendo que no entendía nada de yoga, que le estaba faltando el respeto a mi cuerpo y al yoga. Porque ella siempre me dice: “al cuerpo hay que respetarlo y cuidarlo”. Entonces me pareció que me estaba criticando, que se daba cuenta de que tengo muchos problemas con mi cuerpo y no sé nada de cómo cuidarlo. Creí que estaba cansada de tratar de enseñarme, que perdía a mi maestra, a una amiga, y a la red de amigos que me había hecho. Ahí fue cuando se me desmoronó todo...

Por la falta de capacidad de regulación termina siendo presa de círculos viciosos en los que, una vez desencadenado un estado emocional, se despliega el proceso referido sin poder controlarlo.

En el mantenimiento de la desregulación afectiva actúan tres elementos fundamentales: los comportamientos impulsivos, el caos interpersonal y la dificultad para planificar.

La impulsividad

La impulsividad puede ser la consecuencia directa de las tendencias a la acción no modulada, y constituir formas disfuncionales de interrumpir estados afectivos intensos y dolorosos, como se puede observar en Malena. Esto puede conducir a actos autolesivos, comportamientos parasuicidas, ingesta de drogas o, como en la primera viñeta, conductas bulímicas o agresión hacia otros (en este caso, el hijo), con el objetivo de regular el malestar.

La emoción comprende un aspecto somático, por lo cual, cuando se trata de actos que implican al propio cuerpo, dicha conducta puede explicarse como un intento de incidir directamente en el componente somático de la emoción (Linehan, 2003). De esa manera se busca romper con el círculo vicioso somático-ideativo-emocional.

El caos interpersonal

Los pacientes con TPL construyen ciclos interpersonales dañinos. Proyectan expectativas negativas que inducen a los otros a dar respuestas que confirman sus percepciones a modo de una profecía autocumplida. Sostienen una extrema e irreal visión sobre sus relaciones interpersonales. Es constante, en los relatos de estos pacientes, la alternancia en lapsos muy breves de imágenes múltiples y contradictorias de sí mismos y de los otros, que se ligan a respuestas emocionales conformes a ellas. Los fragosos virajes de un punto de vista a su opuesto podrían ser responsables, en un grado considerable, del abrupto cambio de humor y de los dramáticos cambios de conductas, tal como se ilustra en las viñetas presentadas a continuación:

Malena expresa de este modo el pasaje del amor al odio:

Malena: –Me empecé a poner medio mal, me tranquilizaba pensar que estaba con mi novio; que estaba con él y que él podía contenerme. En esos momentos me calma. Él es una persona grande... lo ves seguro, como con las cosas claras. Yo soy un desastre al lado de él, y entonces empiezo a sentir que él me contiene, que es mi sostén, que él sabe todo lo que yo quiero saber, que es coherente y maduro. Me dieron ganas de llamarlo. Pero cuando lo llamé y dijo que vendría, empecé a sentir que era molesto. Empecé a dudar de él. Sé que viene cuando le conviene. Lo odio. Ya no tenía ganas de verlo. Cuando él está mal me parece un tonto y egoísta. Me usa. Lo odio y me odio, porque a pesar de mi molestia, lo dejé venir igual.

En ella se despliega la disyuntiva necesidad de dependencia vs. necesidad de autonomía. A raíz de la tensión entre ambas, se suscita la creencia de que uno debe someterse al control de los otros con el fin de evitar el enojo o rechazo por parte de ellos. Someterse implica ignorar los propios deseos y sentimientos. Se puede observar el temor a ser lastimada, traicionada o despreciada. Subyace el deseo de protección y surge la reacción de ira si el cuidador o amante falla (y siempre falla).

Falta de planificación

El déficit en la organización de metas y de un plan para alcanzarlas, deja a la persona a merced de sus impulsos y de las acciones que de ellos deriven. El trabajo en la organización de planes será un pilar fundamental en el tratamiento general para lograr la regulación afectiva. Para ello, se necesita poder representarse un escenario futuro, con los pros y los contras que el mismo presente. Se requiere aprender a resignar algunos deseos en pos de complimentar otros y dejarse atravesar por la experiencia, sin permitir que las emociones tomen control de uno mismo. Hace falta dibujar el mapa del recorrido para alcanzar el escenario propuesto, desplegar los posibles caminos de acceso y armar una agenda con los tramos intermedios.

La paciente expresaba de esta manera el déficit en la habilidad para planificar:

Malena: -Llevo 40 días en esta casa y decidí mudarme otra vez. Me siento incómoda y no sé por qué caí acá. No me gusta el barrio ni la casa. La terminé pintando de todos colores y ahora me marea y pienso que es muy lindo para un restaurante pero no para una casa. Primero decidí tirar la sala de yoga abajo y hacer ahí un restaurante. Pero lo llamé a mi contador para informarle de mi decisión y me dijo que no. Me dio mucha bronca. Me dijo que me estaba dejando llevar por una de esas locas ideas mías. Me había parecido una solución, pero después... es cierto que esto sería un problema. Pero si no voy a poner el restaurante, me quiero mudar. Hoy voy a señar una casa que vi cuando venía para acá. Este barrio me gusta más. Es medio tranquilo pero es mejor que el mío.

Antecedentes en el tratamiento del TPL

Diferentes autores han realizado propuestas específicas para tratar este tipo de trastorno. Por ejemplo, dentro de los enfoques psicodinámicos se destacaron los aportes de Waldinger (1987) y Kernberg (1987) en relación al uso de la interpretación y de la transferencia respectivamente. Por su parte, Benjamin (1997) privilegió el estudio de los patrones interpersonales y el abandono traumático en los TPL. Dentro de los enfoques cognitivos, Beck y Freeman (1990) destacaron la importancia de cambiar creencias y supuestos inadaptados, centrándose fundamentalmente en el pensamiento dicotómico típico. Por otro lado, el enfoque cognitivo-evolutivo de Cotugno (1995) propone lograr una integración de aspectos de la personalidad que permita una identidad estable y coherente.

Probablemente el programa terapéutico más difundido sea la terapia dialéctico-conductual de Linehan (1993). Este enfoque ha sido definido como un tratamiento integrativo ambulatorio que combina componentes de diversa procedencia, como la terapia cognitivo-conductual, la teoría biosocial, la meditación y la filosofía dialéctica,

entre otros. El prestigio de este abordaje es el resultado de haber reunido buena evidencia empírica respecto a la reducción de los intentos parasuicidas, el número de internaciones y el riesgo médico (Nathan & Gorman, 2007). Se apoya en una idea central: lograr un equilibrio entre dos fuerzas dominantes de la experiencia, la necesidad de aceptación y la necesidad de cambio.

Dentro de los formatos de psicoterapia grupal, se han destacado los tratamientos de tiempo limitado de Marziali y Münroe-Blum (1994) y el tratamiento de grupo de tiempo prolongado de Roller y Nelson (1999).

Cabe destacarse el aporte de Clarkin (1998) acerca de los factores comunes que aparecen en los diferentes enfoques:

- disponer de un dispositivo terapéutico muy contenedor pero que pueda al mismo tiempo mantener límites estrictos
- atacar las conductas autodestructivas
- reducir la impulsividad
- controlar las emociones como un paso central para intentar cambios en los núcleos centrales
- valorar la inserción social y laboral.

Pese a los avances logrados, todavía son muchos los déficits con que nos encontramos en el tratamiento de este trastorno. Incluso los programas más exitosos sólo dan cuenta de logros parciales. Por ejemplo, la terapia dialéctico-conductual informa de importantes avances en la reducción de los intentos parasuicidas pero no es igualmente efectiva en el abordaje de muchos aspectos concernientes a los patrones primarios de la disfunción.

Esta circunstancia, sumada a las dificultades inherentes a la complejidad del fenómeno clínico, justifica trabajar para investigar nuevos abordajes, procurando desarrollar intervenciones sobre elementos particulares de los aspectos nucleares del trastorno. Presentamos nuestro abordaje centrado en operar sobre la desregulación emocional, sin duda uno de los patrones más relevantes en muchas situaciones clínicas.