

TÍTULO: APLICACIÓN DEL MODELO RELACIONAL EN PSIQUIATRIA

(correspondencia: conxita.vidal@gmail.com)

INTRODUCCIÓN:

El paciente psiquiátrico tiene un vínculo muy fuerte con su terapeuta, el cual “se hace cargo del paciente”, eso es, desde su funcionalidad más básica hasta los niveles más elevados de desarrollo a los que pueda llegar. En el Centro de Salud Mental (CSM) se funciona por “referentes” de estos pacientes, es decir, como requieren de un equipo completo de asistencia que incluye psiquiatra/psicólogo, enfermería y asistencia social, la persona con quien el vínculo es más fuerte (a veces la enfermera de domicilio, o la asistente social que le ayuda a organizarse en la vida) es nombrada referente. En mi caso, al ser psiquiatra y psicoterapeuta, he intentado aplicar el modelo relacional, tanto en el sentido de trabajar con el conocimiento relacional implícito como en el de implicarse el terapeuta en la relación aprovechando los enactments). Hemos querido aportar dos viñetas clínicas en las que mostramos lo interesante de esta aproximación terapéutica:

DESARROLLO:

Descripción de las dos viñetas clínicas:

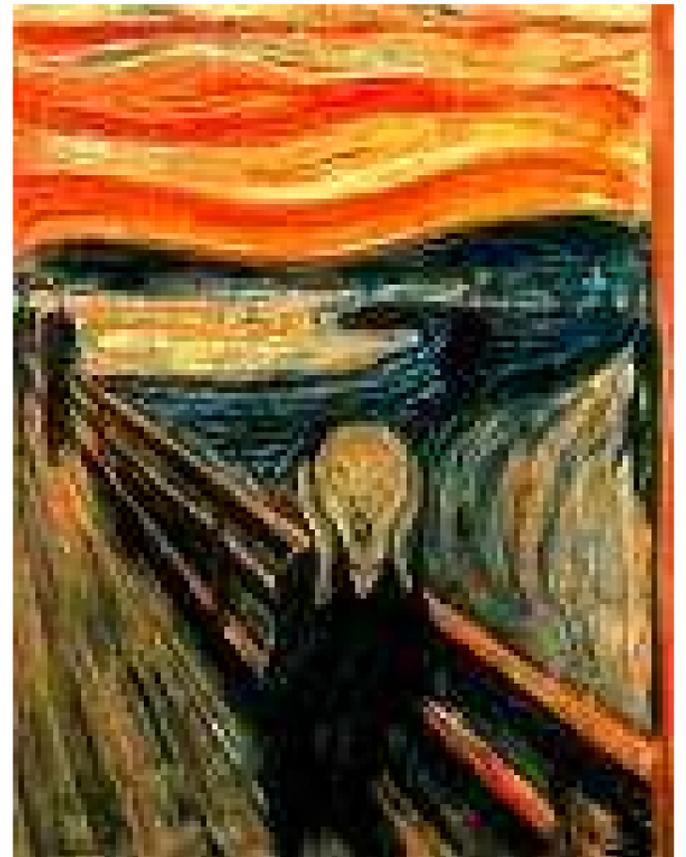


Viñeta 1

Paciente mujer de 26 años (Agnès), afectada de trastorno depresivo mayor recurrente de difícil control por reacciones hipomaniacas farmacógenas, no se conseguía una estabilidad afectiva, había probado diversos eutimizantes que no toleraba y en esos momentos se controlaba con visitas frecuentes intentando ajustar las dosis del antidepresivo (venlafaxina), con respuestas hipomaniacas o hipotímicas. Un día la paciente habla de la posibilidad de tener un hijo. Ya sabe que en estas circunstancias es complicado, pero que si se estabiliza clínicamente, con seguimientos frecuentes y fármacos seguros, puede conseguirlo. La informo también de que se ha creado un programa dependiente del Hospital Clínic de Barcelona de psiquiatría perinatal, por si quiere ir ella misma a tratarse allí durante el embarazo y postparto. A la siguiente visita la paciente se muestra menos comunicativa de lo habitual, percibo cierta reticencia, le pregunto y me comenta que el día anterior se sintió expulsada por mí por ser una paciente muy difícil, al hablarle del Clínic, y que se asustó mucho, y que además no la escuché bien, que sólo quería saber si en algún momento de su vida podría tener un hijo si quisiera, pero en absoluto quiere tenerlo ahora. Me doy cuenta de que habíamos estado trabajando con agendas implícitas distintas, yo porque no lograba estabilizarla y ello me generaba inseguridad profesional, cuando en realidad ella confiaba en mí ciegamente, y sintió mi propuesta como un rechazo de un vínculo muy importante para ella. Le pedí excusas diciendo que me había equivocado y la había malentendido, y le verbalicé que en realidad era cierto que yo había estado preocupada porque no conseguía que se estabilizara, pero que con su confianza en mí me sentía más reasegurada para seguir viéndonos y probando pautas hasta que encontráramos la que le iba bien, y que de hecho aunque no estuviera perfectamente había hecho muchos avances y podía desarrollar muchas más actividades que hacía un tiempo. Ella respondió emocionándose y yo también con ella (momento-ahora), y continuamos la visita planificando la estrategia terapéutica próxima, y terminamos con un sentimiento compartido de que algo había ocurrido que había reforzado el vínculo.

Viñeta 2

Paciente mujer de 23 años (Anna) que debutó a los 20 años con esquizofrenia desorganizada y en el primer brote intentó agredir con un cuchillo a su padre. A los pocos meses empecé a llevarla y me encontré una paciente jovencísima y completamente sedada. Empecé la tarea de cambiar la medicación a otra que no fuera sedante, con las quejas del hospital de día adónde iba, que se asustaron cuando la vieron más activa. Me contuve por un tiempo pero a medida que la fui conociendo mejor y entendiendo el episodio hacía su padre como una forma bizarra de rebelión adolescente, ante unos padres muy patológicos en una familia con un tipo de vinculación desorganizada, y que fui siguiendo la evolución de Anna con sus problemas de relación con los chicos (promiscuidad, cualquier desconocido podía tener relaciones o abusar? de ella, tuvo un aborto), la conecté con el Centre de Dia y ellos con planificación familiar hasta que me atreví de nuevo a cambiar la medicación por otra no sedante que la capacitara para defenderse y ser agente de su propia vida. Empezó una relación de pareja que continúa con un chico esquizofrénico paranoide, que yo potencí, al mismo tiempo que, a medida que ella mejoraba, la impelí a independizarse como única manera de sobrevivir, alejándose de esa familia tan caótica. El chico consiguió un piso protegido y un trabajo especial, y ella, una persona más inteligente que él, le aconsejaba en gestiones y situaciones, mientras que él la acompañaba a ella, que era muy dependiente. Anna empezó a dar clases de música (había hecho la carrera de piano) y fue contándome lo traumático de su vida de familia, que fuimos elaborando y llegando a conclusiones útiles para su maduración como persona. De hecho, estábamos haciendo una psicoterapia y además yo estaba autorizando su independización. Actualmente ha cambiado el diagnóstico a esquizofrenia paranoide (menos grave que desorganizada), ha hecho un curso prelaboral y desde el Centre de Dia le están buscando posibilidades de trabajo en el mercado ordinario. Han retirado la ayuda económica a los padres (motivo de eterno conflicto porque ella se quejaba de que los padres se lo gastaban en su hermana) por haber mejorado. Han ido concretando los planes, cuando ella lleve unos meses trabajando y se vea que es estable, de irse a vivir junto con su pareja a un piso que quizá consideremos protegido. Todo este recorrido se ha podido hacer por un trabajo en equipo del centro, del cual yo como referente asumí la función psiquiátrica pero también psicoterapéutica, sin la cual la paciente no hubiera adquirido una cohesión y seguridad en sí misma suficiente para hacer la separación (de momento no geográfica pero sí interna) con esa familia esquizofrénica.



CONCLUSIÓN

El modelo relacional es aplicable a la relación psiquiátrica diádica terapeuta-paciente, en el que los pacientes verbalizan difícilmente sus emociones, el vínculo es muy fuerte y el seguimiento es de larga evolución.

AUTORES:

Conxita Vidal-Coll, psiquiatra y psicoterapeuta relacional de la IARPP, Centre de Salut Mental del Gironès, Institut d'Assistència Sanitària. Girona.
Marcelo Coelho, MIR-1 de psiquiatría, Institut d'Assistència Sanitària. Girona.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Holly Levenkron. Abordando lo implícito. CEIR Vol 3 (3)-Octubre 2009: 495-524.
2. Boston Change Process Study Group. El nivel constituyente del significado psicodinámico. Int J Psychoanal 2007; 88:1-16. (traducción de Jordi Roig).
3. Wallin. The non-verbal real I. Working with the evoked and the enacted. Chap 15 en Sharpening the clinical focus. 2007. The Guilford Press:259-291.
4. Karlen Lyons-Ruth. Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment. Infant Mental Health Journal, Vol 19 (3), 1998: 282-289.