

International Congress Of Cognitive Psychotherapy.

Cognitive Psychotherapy Toward a New Milenium. International Association for Cognitive Psychotherapy. Catania, Italy 20-24, 2000.

Entrenamiento y Cuidado del Terapeuta: ¿Dicotomía o Integración?

Autor: Sara Baringoltz
Directora del Centro de Terapia Cognitiva

Los motivos que llevan a un joven y entusiasta estudiante a seguir una carrera que lo convierta en psicoterapeuta son muchos y han sido ampliamente estudiados: intereses humanísticos, filosóficos, sociales, pragmáticos, búsqueda de solución de los propios conflictos, ganas de ayudar al otro en su sufrimiento, etc. Sin embargo nadie diría que el motivo principal es la búsqueda de una carrera fácil y menos aún la intencionalidad de acceso sencillo al campo laboral. Cuando los viejos terapeutas escuchamos que un joven ha hecho esta elección solemos tener dos pensamientos simultáneos: “si le gusta tendrá enormes satisfacciones” y al mismo tiempo “pobre!, ¿tendrá alguna noción de que, cuando se reciba recién empezará la formación, y que ésta dura toda la vida?”. Si bien todo profesional de cualquier carrera necesita una actualización constante, creo que hay bastante consenso respecto a que en el ámbito de lo psicológico, los profesionales serios destinan muchos años a su entrenamiento, y toda la vida a la lectura, estudio, supervisión, terapia personal, asistencia a congresos, escritos científicos, etc., etc.

Históricamente, las distintas escuelas psicológicas han competido para formar profesionales más idóneos en su ideología y para demostrar que los resultados del tipo de terapia que sustentan son: más efectivos, o más profundos, o más vivenciales, o que se logran en menor tiempo, etc. Sin embargo múltiples investigaciones muestran que: comparar resultados en distintos modelos psicoterapéuticos es muy difícil y que no se puede decir que haya psicoterapias mejores que otras. Sin embargo creo que hay psicoterapias más adecuadas que otras a ciertos pacientes y ciertas problemáticas, y sobre todo que no todo terapeuta es adecuado para cualquier paciente, y que no todo paciente puede funcionar con cualquier terapeuta aunque este sea muy reconocido e idóneo. Otra investigación muy interesante resalta que terapeutas de mucha experiencia pertenecientes a distintas líneas psicoterapéuticas trabajan de manera bastante parecida, lo cual no ocurre con los terapeutas noveles aún perteneciendo a la misma línea. A mi entender la experiencia clínica cotidiana entrelazada con la experiencia de vida, va creando un saber más amplio que incluye el estudio académico pero va mucho más allá de los límites de éste. Los aportes cognitivos también han venido a competir en el ámbito de la psicoterapia con bastante éxito ya que actualmente se ha constituido en un enfoque reconocido académicamente tanto por sus desarrollos teóricos y técnicos como por su caudal de investigaciones. También al igual que en otros enfoques se han dividido los grupos y se han constituido múltiples escuelas dentro del cognitivismo. La diversidad enriquece y la competencia por la idoneidad ayuda a la valoración del enfoque psicoterapéutico en cuestión. Sin embargo a veces me pregunto si es realmente necesario que muchas conferencias o escritos comiencen por una crítica a otros grupos para después desarrollar las propias ideas. ¿No se podría empezar por estas directamente?. ¿No se puede plantear puntos de vista distintos sin una crítica a otros?.

Lo preocupante es a veces que esta situación de crítica parece estar en vigencia en los distintos grupos de entrenamiento de distintos enfoques en terapia cognitiva en distintos lugares del mundo. Si seguimos en esta línea ¿no se agruparán los seguidores de la terapia cognitiva en feudos que entrenan

para defender y levantar un estandarte más válido que otro?. Creo que sería una lástima olvidar que el espíritu con el que surgió la terapia cognitiva en el escenario universal ha sido el integrativo e interdisciplinario. Personalmente adhiero a enfatizar en el entrenamiento de profesionales el rescatar lo valioso de los aportes específicos de los distintos grupos. En el Centro de Terapia Cognitiva, Bs. As. Argentina lo “diferente” es valioso, y el objetivo es que los profesionales que se entrenan logren integrar los distintos aportes en un proceso teórico-clínico destinado a construir la propia síntesis personal. A mi criterio un ejemplo claro en este sentido es la consulta por “ataques de pánico” ya que es una patología en la que se pueden integrar distintos aportes de los enfoques cognitivos. Es un cuadro que se presenta con tal nivel de dramatismo y sufrimiento que el paciente siente que hay un antes y un después del primer ataque. Los conocidos programas cognitivos comportamentales combinados con psicofármacos han demostrado un porcentaje de remisión sintomática muy alto en poco tiempo. De hecho, en el Centro de Terapia Cognitiva en Buenos Aires hemos aplicado este abordaje con mucho éxito en un número importante de pacientes. En este sentido valoramos enormemente los aportes teóricos y técnicos de los grupos que han desarrollado el programa y creemos que no hay porqué prolongar el sufrimiento de los pacientes si se puede planificar una primer etapa cuyo objetivo es la remisión sintomática. Por otro lado la idiosincrasia de los pacientes y terapeutas en nuestro país hace que el alcance de este objetivo no implique necesariamente el fin o cierre de la terapia. En la mayoría de los casos terapeuta y paciente acuerdan continuar la terapia ya que la remisión sintomática deja al descubierto problemáticas que ambos consideran necesarias abordar: problemas de autonomía, dependencia, inseguridad, miedos, y autonomía, y sobre todo el difícil tema de la muerte. He notado en la experiencia con estos casos que en la patología del ataque de pánico el guión predominante “miedo a la muerte”, se vincula directamente con un intento desesperado de controlar lo único realmente incontrolable y desconocido: la incógnita de la muerte y el momento de su presentación en el escenario de la vida. Estos temas constituyen el eje de un segundo trayecto en el que el proceso psicoterapéutico, donde la relación terapeuta-paciente con sus múltiples entrecruzamientos de historias, creencias, valores y específico posicionamiento frente a la muerte se vuelve fundamental.

Los buenos entrenamientos clínicos implican mucha exigencia: muchas horas de estudio, muchas horas de trabajo, ateneos, presentaciones, escritos, supervisiones, etc. También implican el desarrollo de una habilidad disociativa que permita mantener una capacidad observadora simultánea a la involucración emocional. ¿Cuántas historias pasan por un terapeuta en un día, en una semana, en un mes, en un año, en toda la vida? Y no todas ellas son livianas, ni terminan de preocuparnos al cerrar la puerta del consultorio. ¿Quién no se lleva a sus horas de descanso la preocupación por el paciente que acaban de echar de su trabajo con una familia para mantener, la paciente que le han diagnosticado un cáncer, la que está atravesando el duelo por la muerte de un ser querido cercano, el que puede suicidarse, o el que tiene un conflicto aparentemente no tan grave pero que por lo cercano a lo que el terapeuta está viviendo le preocupa más que cualquier otro? Ni hablar de la fuerza de las preocupaciones vinculadas al vínculo mismo con el paciente: amor, odio, intolerancia, frustración, excesiva responsabilidad, etc. No siempre la exigencia del entrenamiento y/o práctica profesional está combinado con el cuidado de la persona del terapeuta, y este es uno de los grandes problemas con el que nos enfrentamos.

Más bien se podría decir que las instituciones se preocupan por la formación o el buen quehacer profesional pero no por el cuidado del profesional. También se podría decir que los terapeutas tampoco se ocupan demasiado de ellos mismos. Es muy común que tratemos de influir en los pacientes para que se cuiden como nosotros mismos no nos cuidamos. En general sabemos lo que necesitamos: límite en las horas de trabajo, no aceptar muchos pacientes difíciles, tiempo para otras actividades (hobbys, deportes, encuentros con amigos, etc) un entorno de relaciones satisfactorias, proyectos de vida, períodos de vacaciones, etc. Saberlo no significa hacerlo, ya sea a veces por límites internos, a veces por límites externos. La terapia personal durante distintos períodos de la

vida del terapeuta constituye una gran ayuda para el terapeuta, tanto para sus problemáticas personales como para aquellas situaciones profesionales desgastantes. Sin embargo a veces no basta. Podríamos decir que hay un ámbito que es el de las instituciones de formación y de trabajo profesional en el cual se juega con intensidad la dicotomía o integración entre la capacitación y eficacia del profesional y el cuidado de éste como persona. En los lugares de trabajo, esta dicotomía es muy común, más aún, pareciera que la dimensión “persona” está casi desaparecida, y lo importante es que “el profesional” pueda atender muchos pacientes en el menor tiempo posible y con resultados exitosos. En los ámbitos de entrenamiento puede no ser tan exagerada esta dicotomía, pero de todas maneras la balanza se inclina sobre los resultados de adquisición de conocimientos y habilidades, siendo a veces la competencia muy despiadada.

Sin embargo, creo que la conciencia de esta problemática y la responsabilidad que esto implica no es ajena a muchos profesionales e instituciones de nuestra disciplina, y en este sentido existen grupos en distintos lugares del mundo que intentan encontrar formas para que el entrenamiento incluya al profesional y a la persona como una unidad. El tema del desgaste (burn out) de los terapeutas es preocupante y merece ser tenido en cuenta.

En el programa de entrenamiento que desarrollamos en el C.T.C. (Bs. As.) damos un lugar especial a los grupos de supervisión que espontáneamente se llamaron de “supervisión terapéutica”. Estos grupos parten del caso a supervisar, pero incluyen un trabajo sobre el terapeuta. El interés central está puesto en el eje de intersección en el cual se cruzan las creencias del terapeuta y las del paciente, siendo el rol del coordinador el de profundizar y movilizar aquellas creencias del terapeuta que influyen directamente en el trabajo clínico. De esta manera se pueden desempantanar aspectos del caso supervisado y simultáneamente provocar cambios en las atribuciones de significados de los terapeutas.

En mi opinión el trabajo en grupo con un clima solidario, en el cual la gente se sienta apoyada y no cuestionada, donde la visión de los otros puede aportar luz a los puntos negros que cada uno tiene, donde se puedan desatar los entrecruzamientos de los estilos de terapeuta y paciente, y donde se pueda ayudar al terapeuta a utilizarse a si mismo como instrumento de cambio; constituye el espacio ideal para que el terapeuta se desarrolle como profesional y como persona intentando pasar de la dicotomía a la integración.

Quisiera finalmente nombrar algunas creencias cuya revisión puede ser muy fructífera en los entrenamientos de profesionales, y que cuando aparecen con rígida convicción pueden constituirse en los pecados “capitales de un terapeuta”:

1. Creer que toda problemática es psicológica, y que una buena terapia cura todo.
2. Creer que lo estudiado es suficiente y nunca cuestionable.
3. Creer que al modelo al que se adhiere es el mejor y superior a los demás.
4. Creer que hacer psicoterapia es solo aplicar una buena teoría y técnicas eficaces.
5. Creer que la forma en que vemos las cosas es la única real y verdadera.
6. Creer que un buen terapeuta debe poder atender a cualquier tipo de paciente.
7. Creer que el propio estilo de personalidad, el sistema de valores, y los conflictos personales del terapeuta pueden ser totalmente neutralizados.
8. Creer que el poder del terapeuta puede siempre superar el poder de otros grupos de pertenencia y referencia.
9. Creer que los buenos resultados se deben siempre a la capacidad del terapeuta y los malos a las dificultades del paciente.
10. Creer que la ética es ajena a la psicoterapia.

Bibliografía.

- Aponte, H., Winter, J. “La Persona y la Práctica del Terapeuta. Tratamiento y Entrenamiento” en Revista Sistemas Familiares, Año 4, N° 2, Bs. As., Agosto 1988.
- Baringoltz, Sara “Constructive Psychotherapy and the therapist: some considerations”. Constructivism in the Human Sciences. Vol. 3, Number 2, 1998.
- Baringoltz, S. “Un Viaje Distinto” en Revista Argentina De Clínica Psicológica. Vol. 1, N° 1, Bs. As., 1992.
- Baringoltz, S. “Enigmas y Laberintos en el Sesgo Cognitivo del Terapeuta”. Congreso Internacional De Terapia Cognitiva. Toronto, Bs. As., 1992.
- Baringoltz, S. “El Proceso Terapéutico como Construcción de los Protagonistas de la Situación Clínica”. 2° Jornada De Terapia Cognitiva. San Pablo- Brasil, 1995.
- Beutler, L.E., Arizmendi, T., Crago, M., Shanfield, S. The Effects of Value Similarity and Clients Persuadability on Value Convergence and Psychotherapy Improvement. In Journal Of Social And Clinical Psychology, 1983.
- Bongar, B., Beutler, L. Comprehensive Textbook of Psychotherapy. Oxford University Press, N. York 1995.
- Gallacher, P., Guilligan, P., Cejas, N., Rosenfeld, C. “La Interacción De Las Cogniciones De Los Pacientes Y Los Terapeutas. Interjuego O Enredo?”. Congreso Internacional De Terapia Cognitiva. Toronto, 1992.
- Greenberg, L. & Safran, J. Emotion In Psychotherapy. Guilford Press, N. York, 1987.
- Guidano, V. The Self In Process. Guilford Press, N. York, 1991.
- Guy, J. The Personal Life of the Psychotherapist. Wiley Interscience. N. York, 1987.
- Mahoney, M. Human Change Processes. Basic Books, EE.UU., 1991.
- Norcross, J. and Goldfried, M.: Handbook of Psychotherapy Integration. Basic Books, 1992.
- Watkins, E. Jr.: Handbook of Psychotherapy supervision. John Wiley & Sons, Inc. 1997.