

RESEÑA: Psicoterapia orientada a la estructura en la vejez

Peters, M. (2017). Strukturbezogene Psychotherapie Älterer. Revista de Psicoterapia en la vejez. Foro de psicoterapia, psiquiatría, medicina psicosomática y asesoramiento. Año 14, No. 53, 2017, número 1, pág. 35–50

Reseña de Elena Maruri

En el presente artículo, Peters ofrece un modelo de psicoterapia para personas mayores apoyándose en algunas de las teorías más relevantes del psicoanálisis contemporáneo y en constructos teóricos dinámicos derivados de la investigación contrastada. De fundamental importancia es la psicoterapia orientada a la estructura de Rudolf (2006) que da cuenta de los déficits de construcción de la estructura psíquica y su abordaje específico, y que Peters retoma para el tratamiento de los pacientes añosos. La tesis principal es la aparición de déficits estructurales secundarios, inherentes al paso mismo de los años con independencia de la estructura de base, de cuya existencia atestiguan los estudios empíricos. En estos casos, el abordaje terapéutico tradicional, según el modelo de conflicto y el uso de la interpretación, debería quedar en segundo plano, porque estos déficits pasan a ocupar un lugar preponderante. No nos encontraríamos únicamente ante posibles inhibiciones neuróticas de satisfacción de deseos, necesidades o impulsos, sino principalmente ante fallas sobrevenidas en la estructura psíquica. Ambos modelos de intervención pueden compaginarse, atendiendo al caso por caso y teniendo en cuenta que, para algunos ancianos, será preferible el uso del modelo de psicoterapia orientado a la estructura, de incidencia específica en esos déficits secundarios, y que logra mejoras empíricamente constatables en la menoscabada capacidad de regulación del Yo.

En el marco de la Teoría de la integración dinámica, Labouvie-Vief (2002, 2010) desarrolla dos constructos teóricos relacionados con las funciones yoicas de integración y de regulación

afectiva. El primer constructo es la **optimización del afecto**, es decir, la capacidad de lograr un equilibrio emocional de signo positivo preponderante, minimizando los afectos negativos y maximizando los positivos. El segundo es la **complejidad cognitivo-afectiva**, entendida como la capacidad de diferenciar, pensar, comprender y expresar verbalmente las propias vivencias y los afectos que las acompañan, integrando los afectos positivos y los negativos. Capacidad promotora de la necesaria diferenciación Yo/no Yo, que otorga singularidad a las vivencias y tolerancia ante conflictos intra e interpersonales. El autor ancla sus desarrollos teóricos en la investigación, que atestigua de una pérdida de equilibrio en la interacción de ambas dimensiones en la vejez. Se constata, en comparación con las personas de mediana edad de la muestra, que la capacidad de optimización afectiva se conserva, pero va acompañada de un descenso de la complejidad cognitivo-afectiva en una proporción significativa de los añosos (2/3 de la muestra), viéndose también disminuida, por tanto, la capacidad de integración.

Con la edad se ve incrementada la vulnerabilidad estructural porque el deterioro físico, cognitivo, social y de salud va alcanzando mayor presencia e intensidad llegando, en algunos casos, a superar el límite de tolerancia al dolor y la pérdida. Peters señala que se supera el umbral de la capacidad de integración. Si a estos factores se añade el deterioro en las funciones psíquicas del Yo, que demuestra la investigación, será imprescindible ir implementando defensas que recuerdan a las empleadas en los trastornos de personalidad, de fallas estructurales primarias, como son



la simplificación de los patrones cognitivos (Larbovie-Vief), la reducción de los procesos de mentalización (Allen et al. 2011), el recurso a estilos de apego de tipo inseguro-evitativo (Schoore 2007) y el uso de la negación y la escisión.

Cambios internos y externos que parecen promover un movimiento adaptativo, una regresión defensiva “hedonista” hacia patrones cognitivos más simples, conservadores de la optimización del afecto a través del uso de la escisión de los afectos negativos, que resultan más aversivos para los gerontes que para los jóvenes, y cuya elaboración reclama la utilización de mayores recursos internos en declive por edad.

Los procesos de mentalización de lo interno y de la relación con el mundo externo se ven dificultadas por la disminución de funciones yoicas (Rudolf 2006) tales como el estilo de afrontamiento (evitativo, rechazante, desvalorizante), el manejo de necesidades latentes (aumento de la pasividad) y en la vivencia de la experiencia afectiva (expresión ambigua o reducida, desesperación, confusión, decepción, agravio...), de la experiencia propia (desorientación, inestabilidad, descontrol, intrusión o vacío...) y de la experiencia con el objeto (disminuye la empatía, la comprensión situacional, la percepción realista del objeto..)

A la edad debe añadirse el factor sociocultural del anciano. Un contexto bélico, de huida o migración, de experiencias de privación y trauma, son causa habitual de déficits estructurales. Una educación de contención y renuncia, de obediencia y subordinación, en tiempos de guerra y postguerra, tiene sus efectos en la percepción de lo propio, de lo ajeno y del encuentro de ambos.

Peters recoge los aspectos estructurales más proclives al deterioro por la edad y atribuye el papel del terapeuta en su tratamiento, mayoritariamente como un “regulador interactivo”, contraparte resonante de apoyo activo. Como competencia básica fundamental debe añadirse un atento manejo de la proximidad-distancia con el paciente, porque se ha comprobado la tendencia intuitiva a perder la neutralidad y la distancia personal con los añosos en favor de un incremento de la amabilidad, aseguradoras ambas de un bienestar y seguridad narcisistas en el aquí y ahora. Una excesiva reacción concordante (Racker 1982)

con los deseos de diferenciación y autoafirmación debilitados en los gerontes (Lang 2004) y con las necesidades incrementadas de afecto, confirmación y bienestar narcisista, puede hacer peligrar el trabajo terapéutico sobre la complejidad cognitivo-afectiva y las fallas estructurales.

El deterioro de la capacidad para regular el afecto incide en la posibilidad de percibir las diferencias en lo afectivo, tendiente a la evitación de lo negativo para aumentar el sentimiento de seguridad y protección narcisista, aspecto en el que puede intervenir el terapeuta desde una posición de regulador afectivo interactivo.

Respecto a las funciones y defensas del Yo, el papel de regulador cognitivo interactivo permite intervenir cuando los cambios neuropsicológicos conllevan una reducción de la capacidad de inhibición y control de respuestas cognitivas y afectivas, que pueden dar lugar a comportamientos sociales “inapropiados” (expresión inapropiada de estereotipos y/o confusión entre lo público y lo privado). Estos comportamientos suelen generar, a posteriori, vergüenza y retraimiento social evitativo en los ancianos.

También la capacidad de captar los deseos y necesidades propias puede verse afectado por los cambios neuropsicológicos. Asimismo, su expresión directa se evita y se pierde la agencia activa para cambiar la situación penosa por la tendencia a huir de la confrontación.

Los déficits cognitivos interpersonales afectan a la empatía, a la capacidad para captar deseos, sentimientos e intenciones ajenas y a la plasticidad de cambio de perspectiva. La consecuencia es la percepción errónea, en forma de malinterpretaciones y de sentimientos de no ser tenidos en cuenta. De nuevo pueden aparecer la vergüenza y el retraimiento social autoprotectores. El terapeuta, en el papel de regulador interactivo de la empatía y la valoración de perspectivas, incidirá sobre la herida narcisista abierta.

Los cambios en los estilos de vinculación, con un destacable incremento del estilo de apego inseguro-evitativo, frágil, deberá ser tenido en cuenta por el terapeuta, cuya primera tarea será constituir un vínculo seguro que posibilite la apertura al trabajo sobre la interioridad y la mejora de la complejidad cognitivo-afectiva y la mentalización.



La investigación encuentra indicios de afectación del *Yo y la identidad*, con una mayor vulnerabilidad a crisis narcisistas y de relación interpersonal, por la reducción de la complejidad representacional del Yo y de los objetos, con tendencia a la indiferenciación. Se observa a su vez el recurso defensivo a estereotipos y factores contextuales por la pérdida de sentido, coherencia y continuidad de la Identidad. El terapeuta orientará su tarea hacia la mejora de todos estos aspectos, buscando un mayor nivel de integración de la Identidad a través de intervenciones de validación, de espejo y de reflexión biográfica: ¿Quién soy? ¿Quién quiero ser? ¿Qué significa mi vida para mí?

En estrecha relación con la Identidad, Peters señala la importancia de *la imagen de la vejez y del miedo a la vejez*. Si la imagen es negativa, si se teme excesivamente a las pérdidas y limitaciones y si no se encuentran modelos positivos para afrontarla, se activará nuevamente un estilo de afrontamiento defensivo evitativo. El terapeuta deberá promover la construcción de una imagen más serena, a través de la elaboración del proceso de envejecer y de la apropiación de la propia edad.

Peters ilustra sus propuestas con 2 viñetas clínicas. La primera es de una mujer de 79 años con trastorno de ansiedad generalizada, un episodio moderado de depresión y numerosas enfermedades físicas, a quien la muerte de su hermano le activa su propio miedo a la muerte. Superado su umbral de tolerancia, pone en marcha toda una serie de defensas del tipo de déficit secundario, como la simplificación de patrones cognitivo-afectivos, la incapacidad para mantener relaciones interpersonales en el tiempo y el recurso al recuerdo idealizado de la infancia y de una madre tranquilizadora, para evitar la intrusión de recuerdos melancólicos y escapar del presente, que

sacude su identidad y su autoexperiencia. ¿Quién soy? ¿Cómo fue mi vida? ¿Cómo quiero vivir ahora? son aspectos promotores de mentalización e integración trabajados terapéuticamente en aras de una mejora de esos déficits.

En el segundo ejemplo, una mujer de 78 años con un trastorno somatomorfo y numerosas enfermedades físicas, reacciona defensivamente a la reciente muerte de su marido, que se suma a la de su hijo unos años atrás. A sus quejas sobre la soledad le acompaña un hablar incesante que la aleja de sus compañeros, a quienes cataloga de forma polarizada (buenos o malos) por pérdida de su capacidad empática y sus posibilidades para valorar otras perspectivas. Tras rebajar poco a poco su sistema de apego altamente activado, se procedió a verbalizar y contener sus angustias para ir construyendo su propio espacio interno de contención y, por tanto, su tolerancia al duelo. Se combinó un tratamiento cognitivo-ejecutivo por ligero deterioro frontotemporal con el tratamiento de sus déficits secundarios, a través del fomento de sus capacidades empáticas y comunicativas.

Si bien puede objetarse que se haya dado una imagen muy negativa de la vejez, es lógico que en un artículo clínico se incida en los déficits. Sin embargo, el objetivo del mismo es desarrollar una propuesta terapéutica, que recurre a las capacidades conservadas e intenta restaurar las deterioradas, a favor de un desarrollo de la integridad y la sabiduría (Erikson 1973).

Sobre si es posible lograr cambios estructurales en edad avanzada, la investigación sólo da indicios indirectos, pero sí demuestra mejoras a nivel sintomático. Los hallazgos sugieren eficacia si se incide en aspectos relacionales e interactivos promotores de desarrollo personal. Aquí reside la diferencia con el modelo psicoanalítico de conflicto, o con el modelo conductual.

