

# III Curso Internacional sobre Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP): DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Frank Yeomans, M.D., Ph.D.

*Personality Disorders Institute  
Weill Medical College of Cornell University  
Columbia Center for Psychoanalysis  
Borderlinedisorders.com*

*Borderline Personality Disorder Resource Center  
BPDResourcecenter.org*

# III Curso Internacional sobre Psicoterapia Focalizada en la Transferencia: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

## Organizadores:

**Dr. Diego Cohen.** *Doctor en Medicina, Facultad de Medicina, UBA. Docente Autorizado, Facultad de Medicina, UBA. Hospital JT Borda, Servicio 21. Miembro Titular Asociación Psicoanalítica Argentina.*

**Dr. Maximiliano Luna.** *Médico Psiquiatra, Médico Legista y Médico Especialista en Salud Pública. Jefe de Servicio, Hospital JA Fernández. Cuerpo Médico Forense.*

**Psic. Mónica Eidlin.** *Psicoanalista. Supervisora del Programa de Psicoterapia Individual de la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas. Miembro de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay*

# TFP ARGENTINA

<https://tfpargentina.wordpress.com/>

# ***PERSONALITY DISORDERS INSTITUTE***

*Weill Medical College of Cornell University*

**Otto F. Kernberg, M.D., Director**  
**John F. Clarkin, Ph.D., Co-Director**

**Eve Caligor, MD**

**Monica Carsky, PhD**

**Jill Delaney, MSW**

**Diana Diamond, PhD**

**Eric Fertuck, PhD**

**Catherine Haran, PsyD**

**Kevin Meehan, PhD**

**Mark Lenzenweger, PhD**

**Kenneth Levy, PhD**

**Mallay Occhiogrosso MD**

**Barry Stern, PhD**

**Michael Stone, MD**

**Frank E. Yeomans, MD**

# Manuales de TFP - 1

Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. *Transference- Focused Psychotherapy for Borderline Personality: A Clinical Guide.* Washington: American Psychiatric Press (2015).

Yeomans FE, Clarkin JC, Kernberg OF. *A Primer on Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Patients.* Northvale, NJ: Jason Aronson; 2002.

# Manuales de TFP - 2

- Caligor, E., Kernberg O.F. & Clarkin, J.F. (2007). *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Yeomans FE, Selzer MA, Clarkin JF. *Treating the Borderline Patient: A Contract-Based Approach*. Basic Books, New York; 1992

# Artículos de investigación principales

- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Levy, K. N.; Meehan, K. B.; Kelly, K.M.; Reynoso, J. S., et al (2006). Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J of Consulting and Clinical Psychology* 74:1027-1040.
- Doering, S. et al (2010). TFP vs. treatment by community therapists for BPD: RCT. *British Journal of Psychiatry* , 196(5)

# Objetivos educativos

- Revisar la Teoría de Relaciones de Objeto y del rol central de las Díadas en:
  - Nuestra comprensión de los trastornos de la personalidad en términos de estructuras psicológicas
  - Las tácticas y técnicas de la TFP
- Revisar la Entrevista Estructural
- Revisar el rol esencial del Contrato Terapéutico
- Revisar la comprensión y uso de las técnicas básicas:
  - Transferencia Analítica (Carácter)
  - Neutralidad Técnica
  - Contratransferencia
  - Interpretación
- Discutir casos clínicos que ilustren la TFP



# Organización borderline de la personalidad

## Características básicas

- Difusión de la identidad vs. visión integrada (con sentido interno de continuidad) del self y los otros
  - Concepto no integrado del self
  - Concepto no integrado de los otros significativos
- Defensas Primitivas
  - Escisión
  - Idealización/devaluación
  - Identificación proyectiva
  - Control omnipotente
  - Negación
- Prueba de realidad variable

# Prueba de realidad

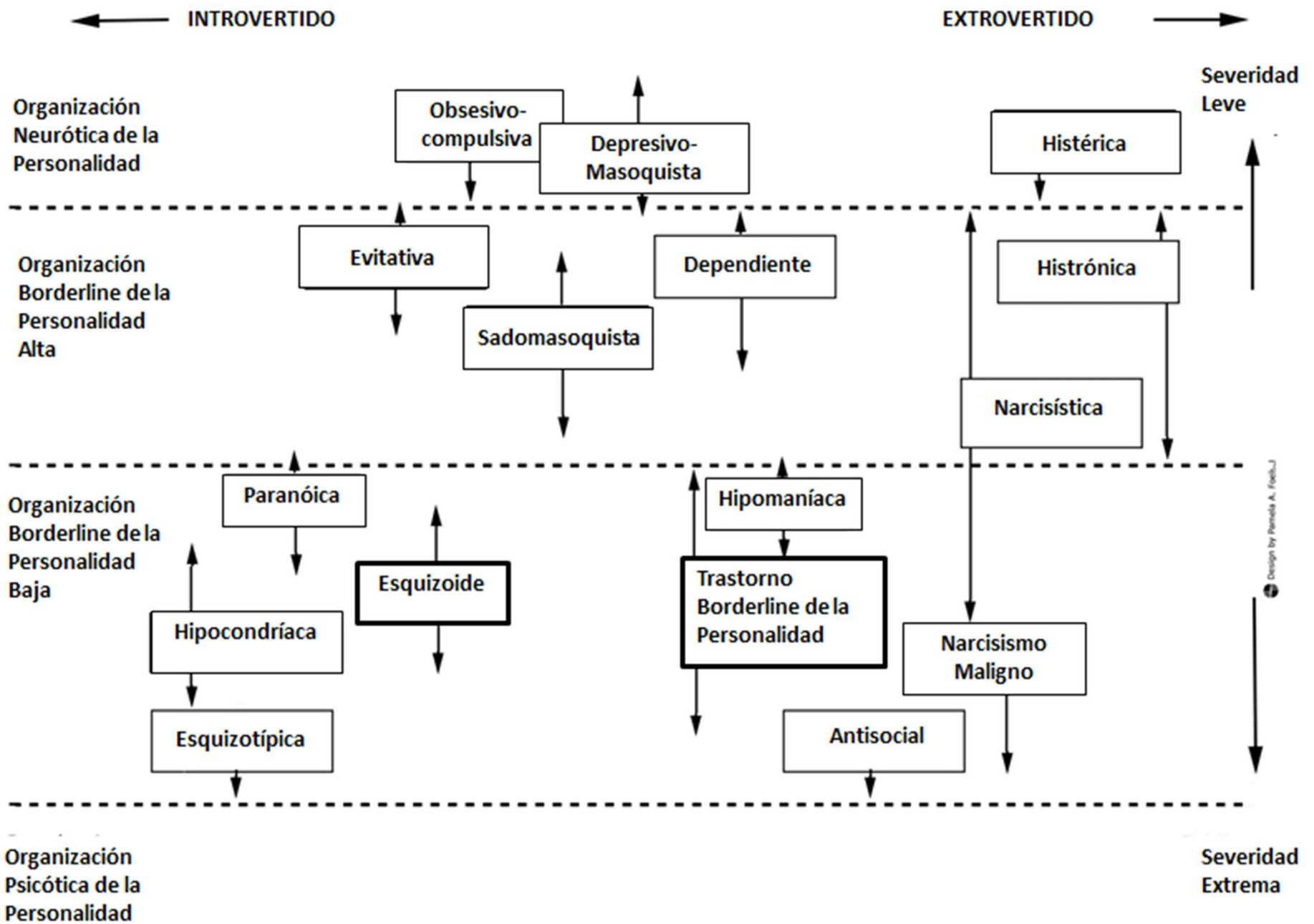
- Diferencia self de no self
  - Realidad externa respecto de realidad interna
- Capacidad para empatizar con los criterios sociales de realidad
  - Afectos
  - Contenido del pensamiento
  - Forma de conversación

La siguiente figura muestra:

La relación entre diagnóstico estructural y prototipos de la personalidad

La severidad de la enfermedad tiene un rango desde el más leve, en la parte superior de la figura, hacia el nivel más extremo en la parte baja de la figura. Las flechas indican rango de severidad y de agresividad

Kernberg & Caligor (2005). *A psychoanalytic theory of personality disorders*. In: Major Theories of Personality Disorders, 2<sup>nd</sup> Ed. Eds: Clarkin & Lenzenweger. NY, Guilford, 115-156.



Frank Yeomans, MD, PhD; Personality Disorders Institute  
 Traducción Dr. Diego Cohen y Lic. Tician D'Ortencio

# Resumen de la teoría detrás del tratamiento

El concepto de **escisión de las estructuras psicológicas internas** como base de la difusión de identidad y el cuadro clínico de la patología borderline descrito hasta ahora.

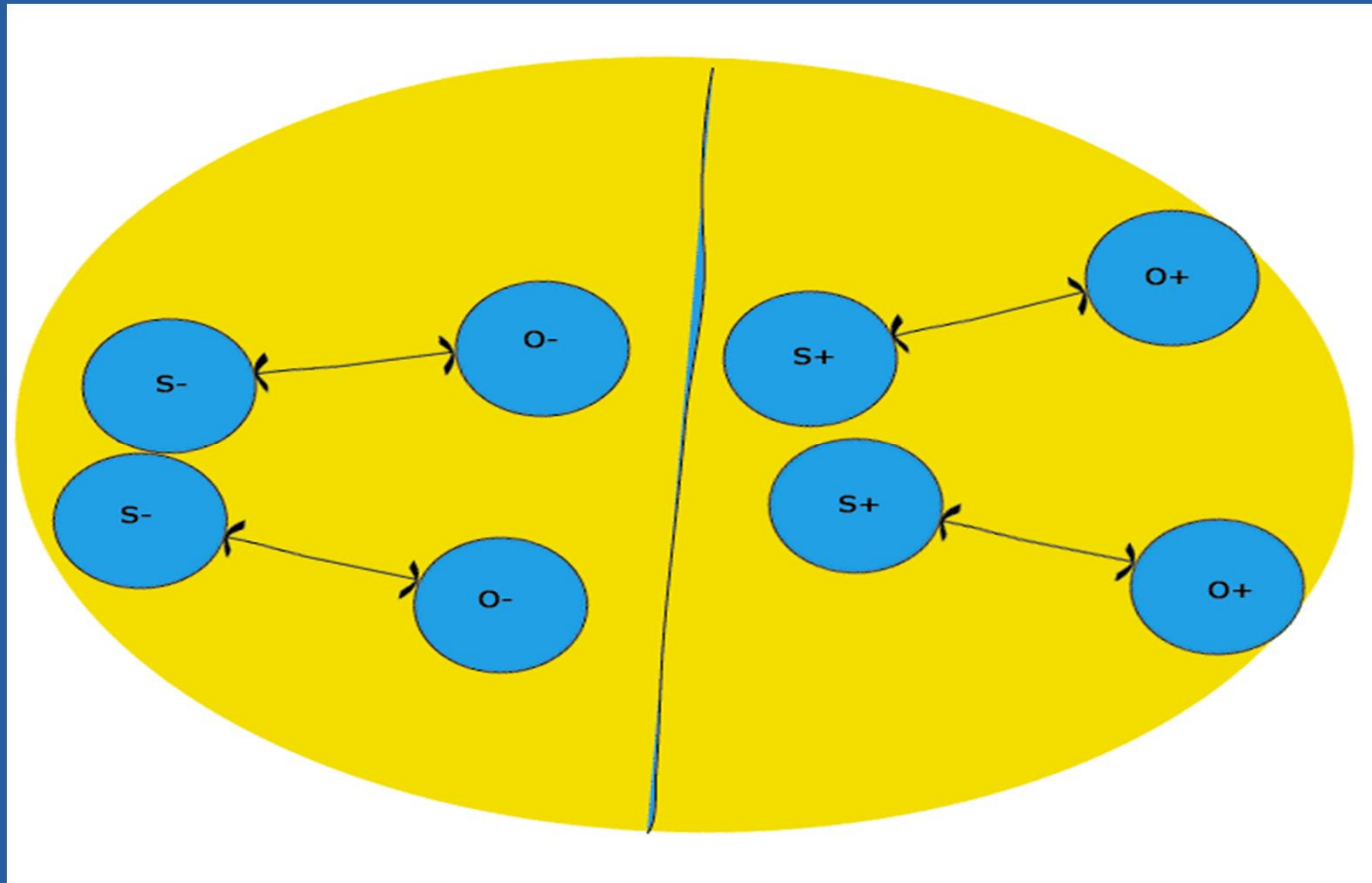
# Base Teórica de la TFP: Teoría de las Relaciones de Objeto



Las díadas de relaciones de objeto

# Organización de la escisión

## Consciencia de todo-buena o todo-mala



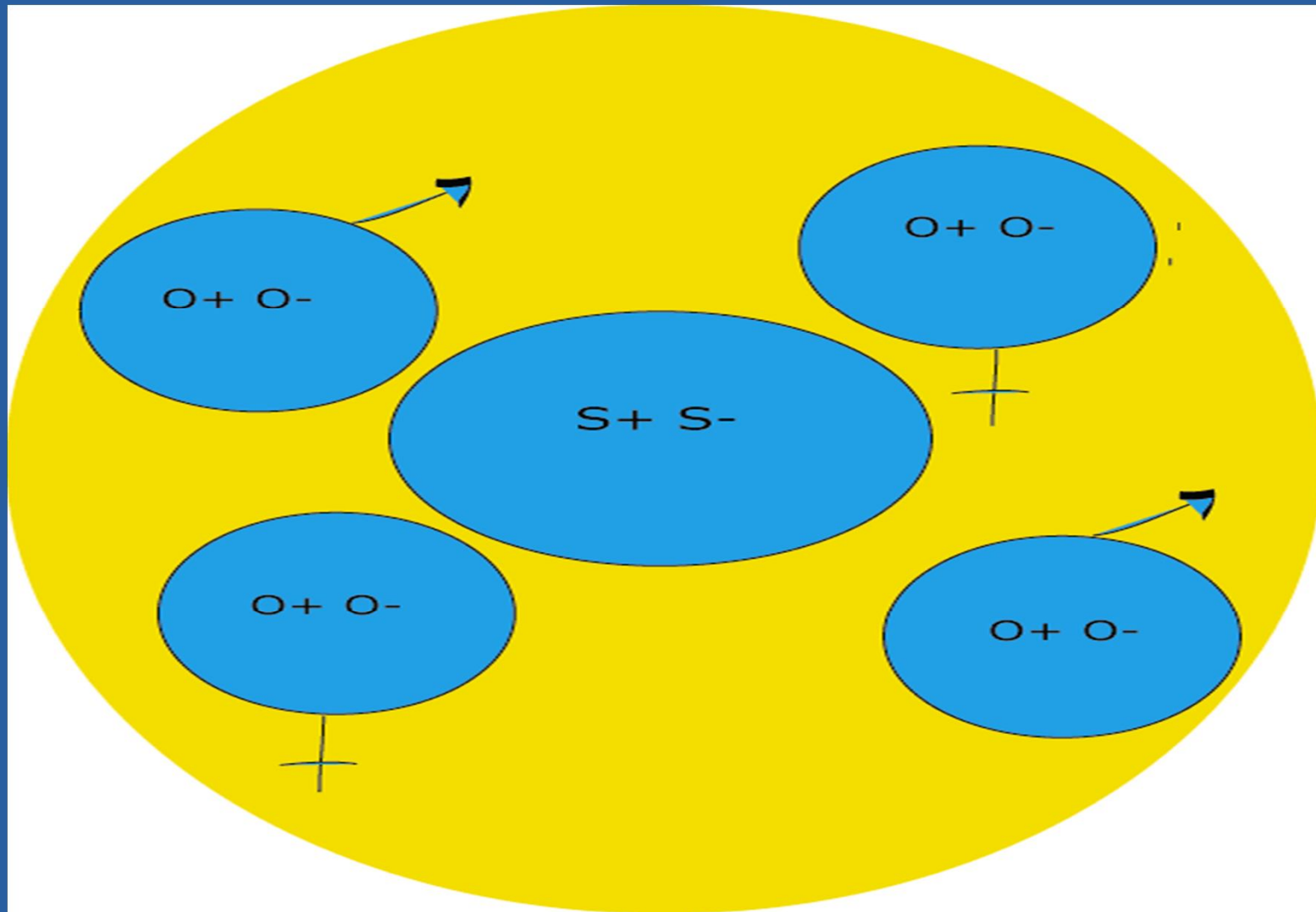
S- representación del self de valencia negativa

S+ representación del self de valencia positiva

O- representación de objeto de valencia positiva

O+ representación de objeto de valencia negativa

# Organización normal: Consciencia de integración/complejidad





# La evolución del tratamiento

Desde la escisión hacia la integración;

Desde la proyección de las motivaciones negativas hacia la capacidad para responsabilizarse e integrar los propios pensamientos, sentimientos y acciones

(En terminología psicoanalítica kleiniana, moverse desde **la posición esquizo-paranoide** a **la posición depresiva**)

-----

¿De qué manera el foco en la transferencia facilita este cambio?

# Transferencia

- La activación de relaciones de objeto internas en la relación con el terapeuta
- Estas relaciones internalizadas con los otros significativos, no son representaciones literales del pasado, son modificadas por fantasías y defensas
- En los pacientes borderline las relaciones de objeto internalizadas
  - Han sido segregadas y escindidas entre cada una de ellas
  - Incluyen fantasías persecutorias y relaciones idealizadas
- Trabajar con las relaciones de objeto que se activan en el momento inmediato crea una terapia que resulta “cercana a la experiencia”

# Trabajando con la transferencia

- En tanto que la transferencia es la activación de relaciones de objeto internalizadas, conduce a la activación de conflictos y afectos, la estrategia básica es:
  - Diferenciar esas relaciones internalizadas
  - Ayudar al paciente
    - A lograr y tolerar la consciencia de esas representaciones de relaciones internalizadas
    - Integrarlas en un todo coherente
    - Generalizar la experiencia en terapia hacia otras relaciones

# El mundo interno del paciente

- Diseño

S= representación del self

O= representación de objeto

a= afecto

---

## Ejemplos

S1= figura sumisa, abusada

O1= figura autoritaria, abusadora

a1= miedo

---

S2= figura infantil-dependiente

O2= figura ideal, dadora

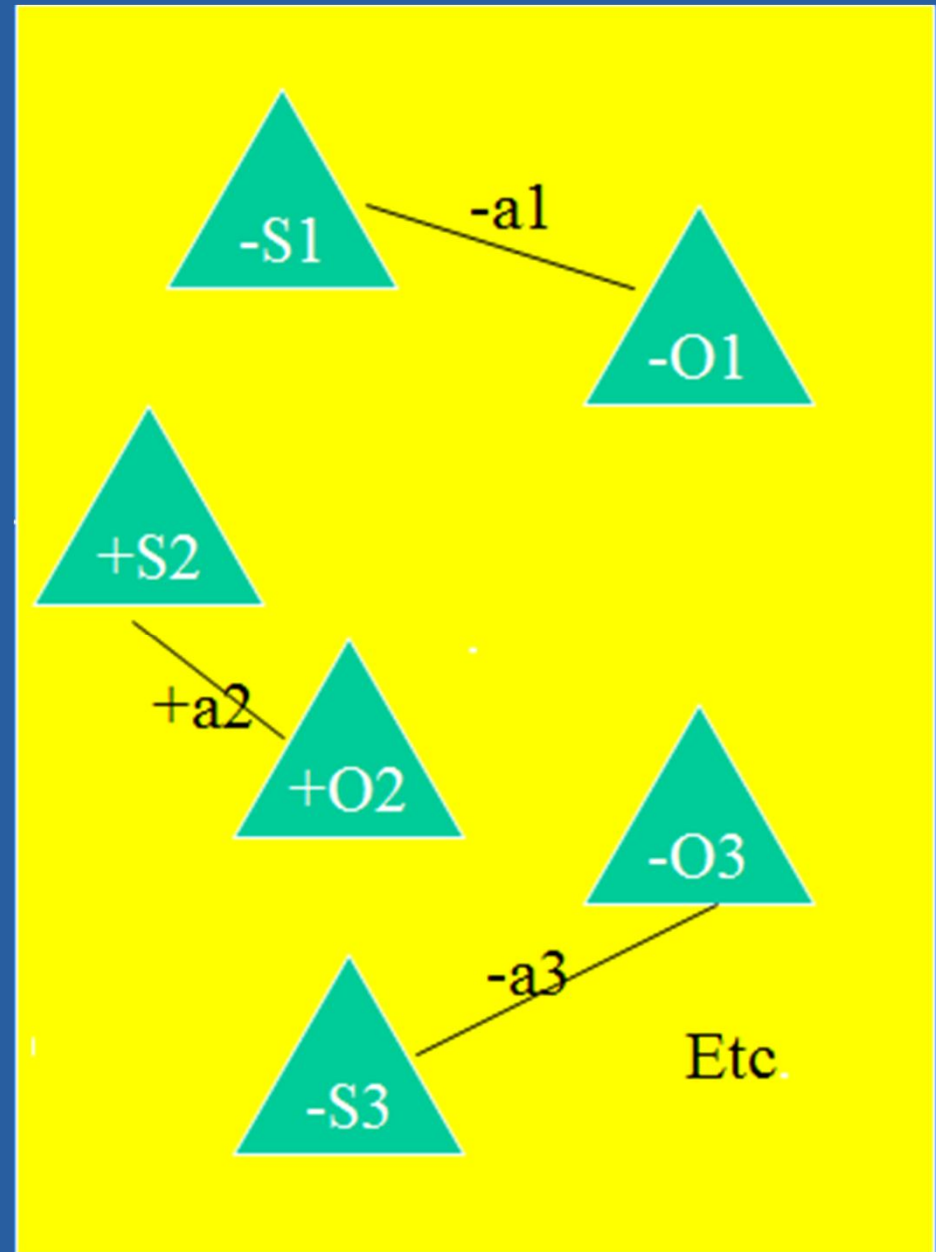
a2= amor

---

S3= figura controladora, poderosa

O3= figura débil, similar a un esclavo

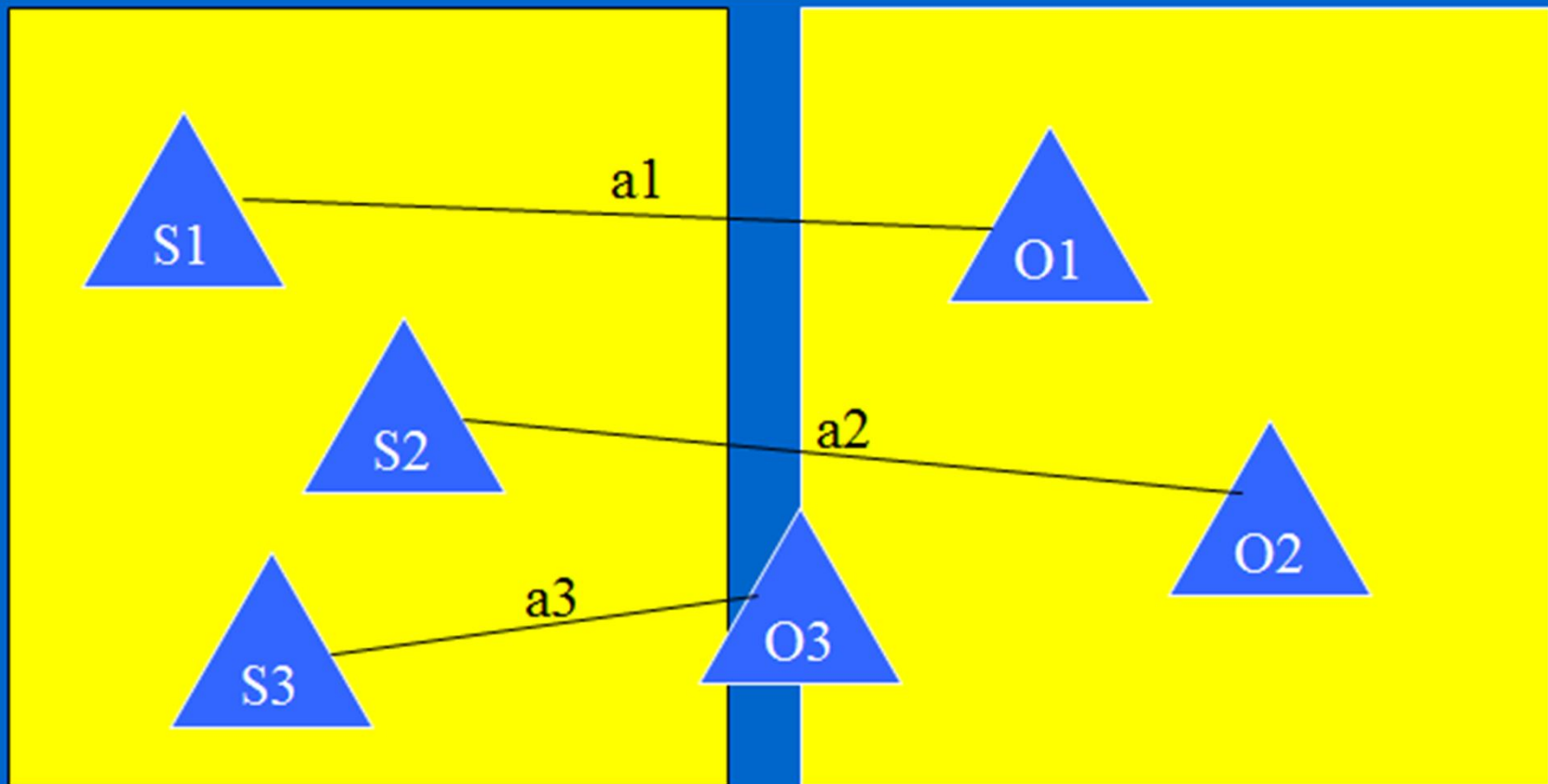
a3= ira, rabia, enojo



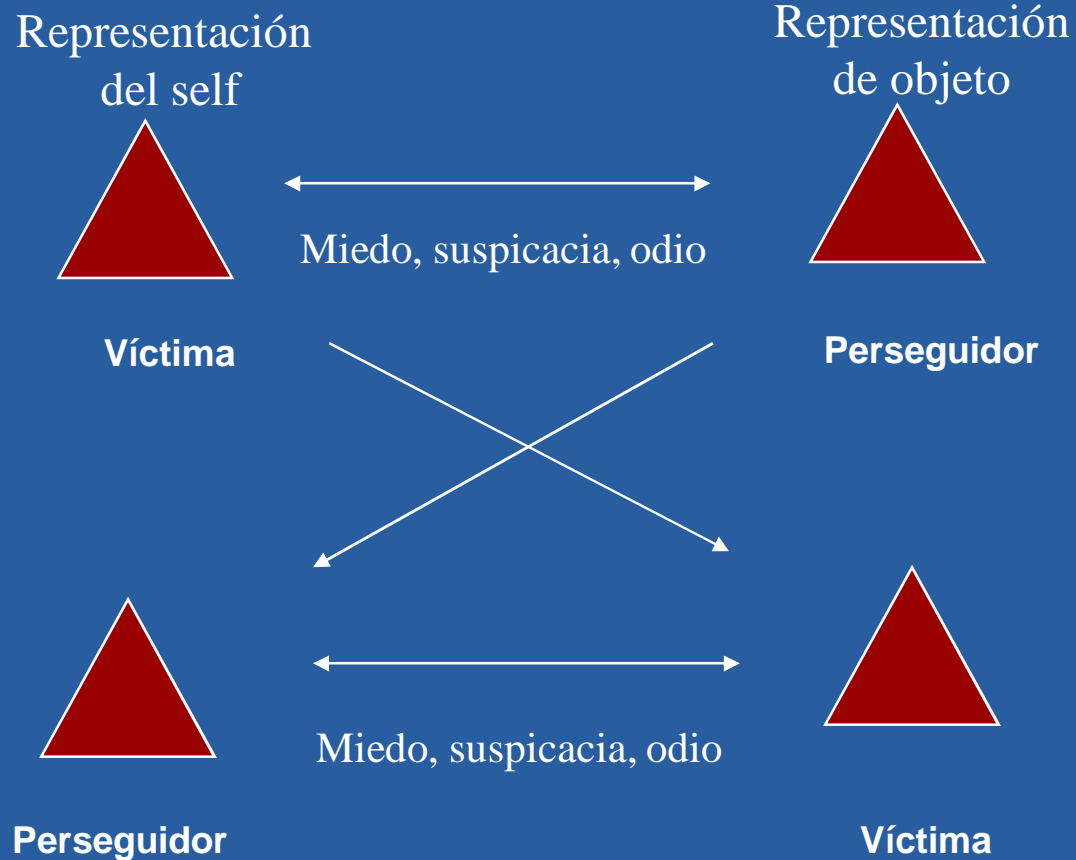
¿Por qué focalizarse en la  
← TRANSFERENCIA? →  
(la experiencia inmediata del self y el objeto)

Experiencia del self

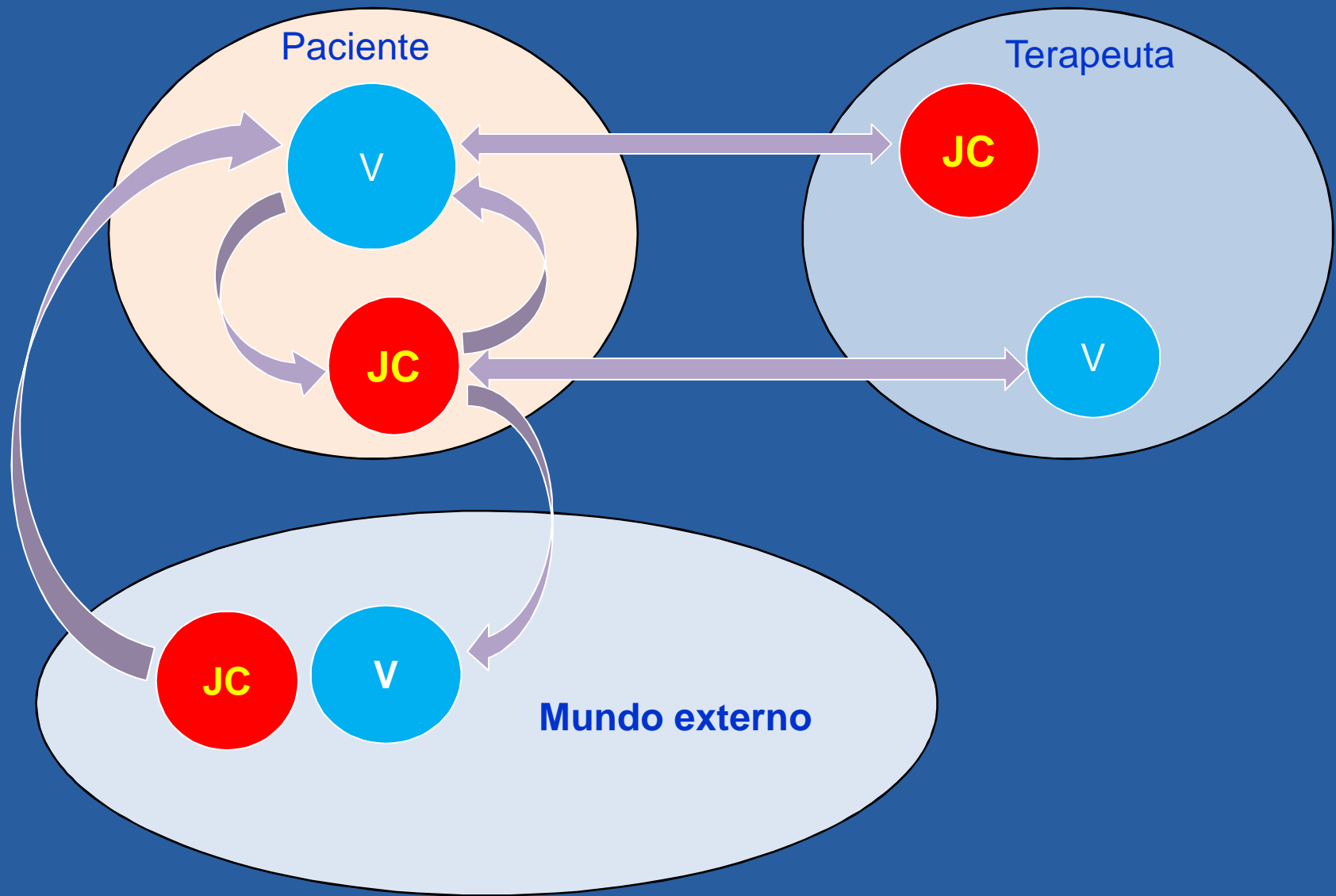
... y del terapeuta



# INTERACCIÓN DE LA RELACIÓN DE OBJETO: OSCILACIONES



**(La oscilación ocurre usualmente en la conducta, no es consciente)**



JC= juez crítico  
V= víctima

# INTERACCIÓN DE RELACIÓN DE OBJETO:

## DEFENSA





# La relación entre Estrategias, Tácticas y Técnicas



# Estrategias Específicas - I

## **ESTRATEGIA 1: Definir la relación de objeto dominante**

Paso 1: El terapeuta experimenta y tolera la confusión del mundo interno del paciente a medida que se despliega en la transferencia

Paso 2: El terapeuta identifica y formula en su mente la relación de objeto dominante en el momento

Paso 3: El terapeuta describe y explora esta relación de objeto con el paciente

# Estrategias Específicas - II

**ESTRATEGIA 2:** Observar e interpretar las inversiones de roles del paciente en la transferencia.

**ESTRATEGIA 3:** Interpretar la función defensiva de la escisión entre segmentos idealizados y persecutorios de la mente del paciente. Esto reúne diversos elementos de sus experiencias afectivas contradictorias y lleva a la integración del concepto de self y otros.

# Evaluación clínica de la organización de la personalidad

Evaluar:

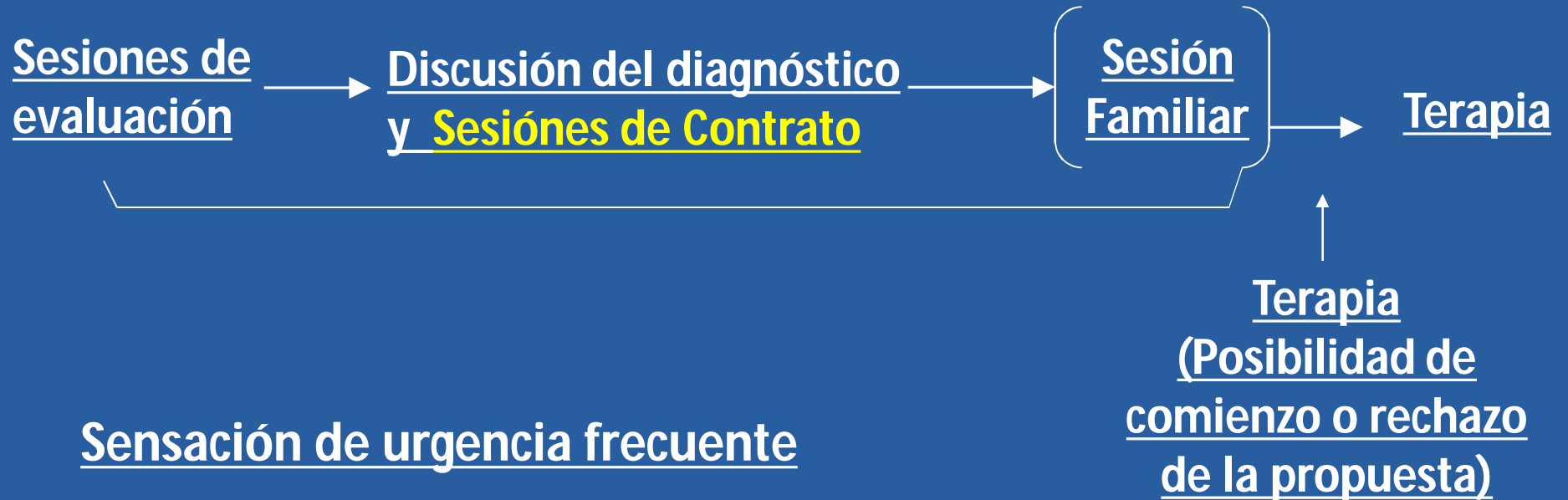
- Identidad
- Relaciones de objeto
- Estrategias de defensa-afrontamiento y rigidez [de la personalidad]
- Funcionamiento ético
- Agresión
- Prueba de realidad

# La entrevista estructural

- Entrevista “Estructural” -para evaluar la estructura psicológica (vs. una entrevista estructurada).
- Referencia: Kernberg, O: Trastornos Graves de la Personalidad [Edición el Manual Moderno, México, 1987]- Cap. I y 2.
- Los DVD “Symfora” (disponibles en el sitio: [BPDresourcecenter.org](http://BPDresourcecenter.org))

# COMENZANDO EL TRATAMIENTO

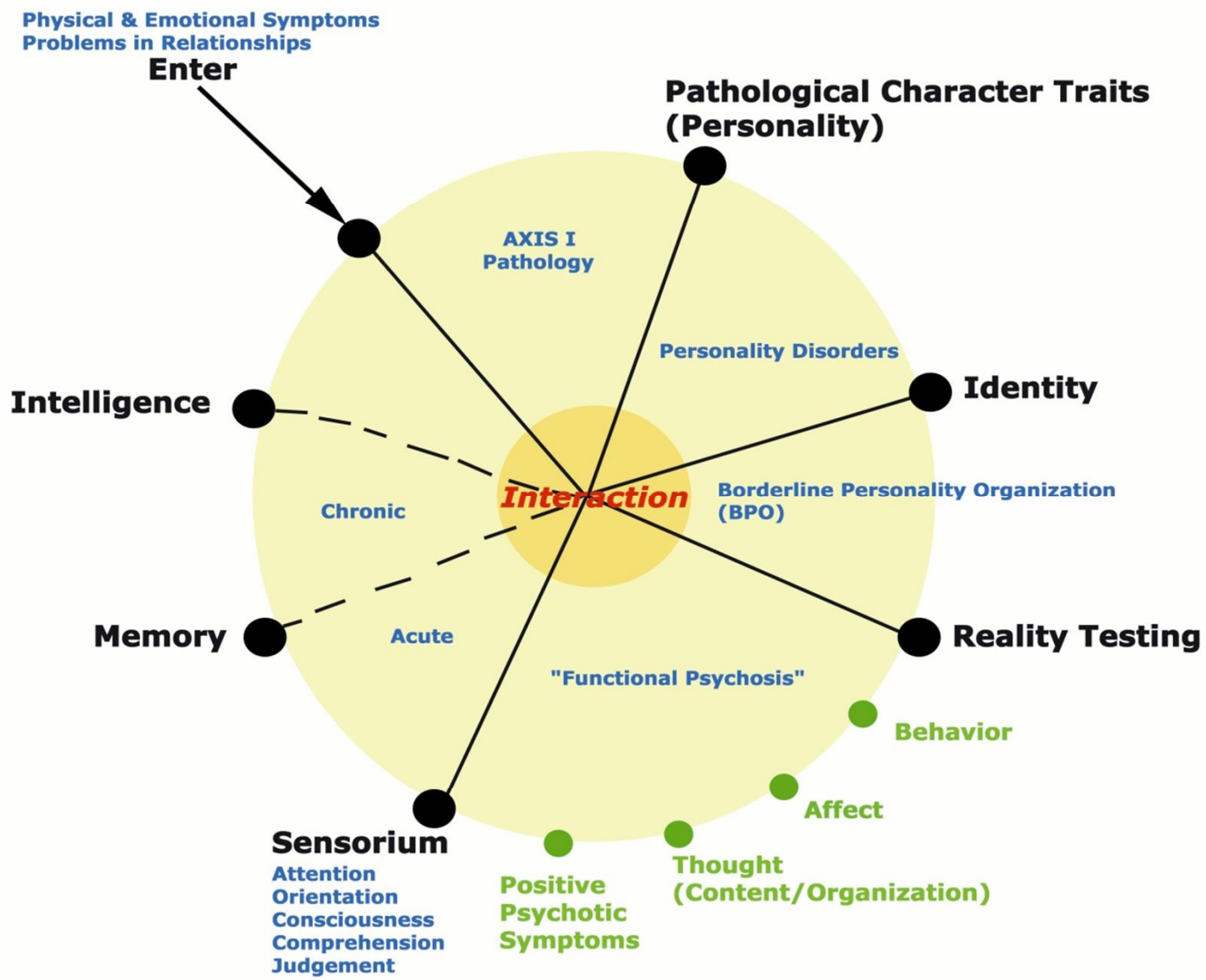
## Pre-Terapia



Objetivo: moverse del acting out hacia la transferencia

# La próxima diapositiva muestra el recorrido de la Entrevista Estructural

- La Entrevista Estructural (Kernberg, 1984) es una entrevista clínica diseñada para evaluar tanto los síntomas como la organización de la personalidad.





# A observar durante la entrevista

- Tres canales [de comunicación]
  - No verbal
  - Verbal
  - Contratransferencial
- Neutralidad/ objetividad preocupada
- Clarificación →  
Confrontación →  
Interpretación tentativa

# La entrevista estructural

- Mantener la empatía con la totalidad de la experiencia interna del paciente, no solamente con la parte subjetiva de la experiencia, de la cual el paciente es consciente.

# Tácticas

**Asegurar las condiciones para el trabajo analítico y ayudar al terapeuta a mantener un sentimiento de seguridad**

# Tácticas de tratamiento-función

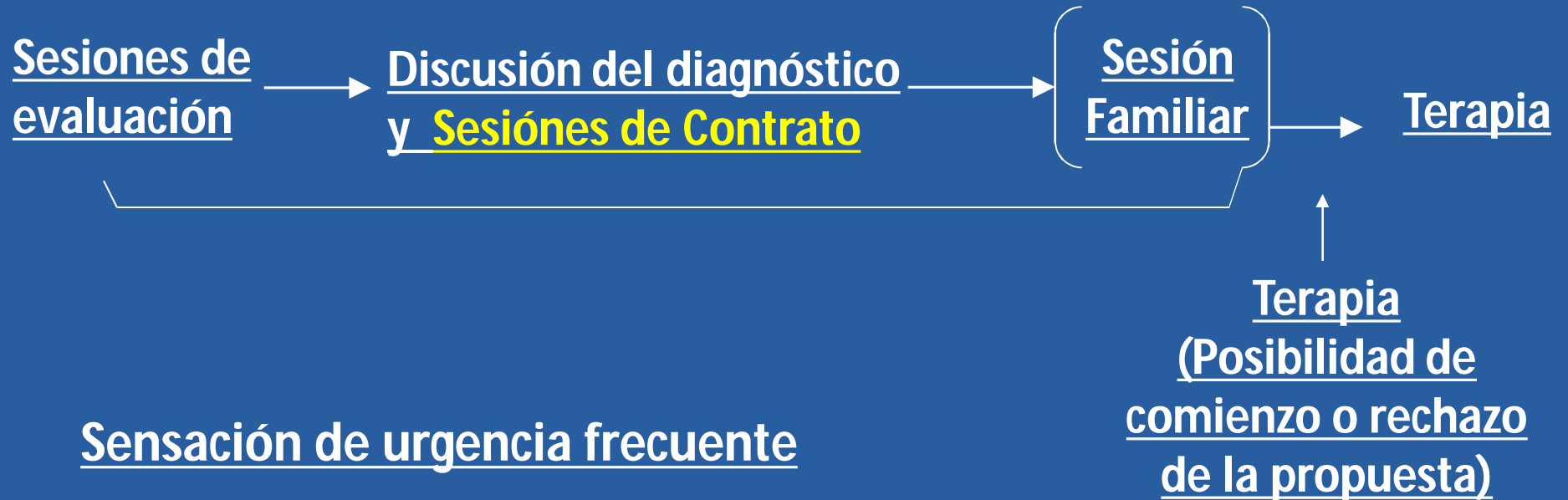
- Las tácticas forman los puentes entre las estrategias de tratamiento y las intervenciones momento-a-momento del terapeuta
- Las tácticas guían al terapeuta en la medida que éste se esfuerza en implementar las técnicas al servicio de lograr los objetivos centrales:
  - Guían la decisión respecto de dónde, cuándo y cómo intervenir

# Las tácticas

- **Iniciar el contrato**
- Mantener el marco y los límites del tratamiento para controlar el acting out
- Seleccionar el foco de atención e intervención
  - Atender aquello que es afectivamente dominante
  - Atender a aquello que ocurre en la transferencia
  - Atender las prioridades generales del tratamiento
- Mantener una percepción de común acuerdo respecto de la realidad
- Analizar tanto la transferencia positiva como negativa
- Regular la intensidad de la implicación afectiva

# COMENZANDO EL TRATAMIENTO

## Pre-Terapia



Objetivo: moverse del acting out hacia la transferencia

# Funciones del contrato-1

1. Establecimiento de entendimiento mutuo del problema y definición de la REALIDAD de la relación

Inicio del marco para interpretar el significado de las desviaciones del contrato

2. Definir las responsabilidades del paciente y del terapeuta
3. Proteger la capacidad del terapeuta para pensar claramente

## Funciones del contrato- 2

4. Proveer un lugar seguro para el despliegue de las dinámicas del paciente
5. Proveer un marco terapéutico organizado que permita que la terapia se transforme en un anclaje en la vida del paciente
6. Comenzar a definir las elecciones del paciente= comenzar a clarificar los componentes de la identidad



# Contrato: contenido estandarizado

## Responsabilidades del paciente

- Asistencia y participación
- Pago de honorarios
- Reportar pensamientos y sentimientos sin censurarlos previamente

## Responsabilidades del terapeuta

- Ofrecer un compromiso en la terapia – con cumplimiento del horario de las sesiones
- Realizar todo el esfuerzo posible para entender y, comentar cuando sea útil
- Clarificar los limites del rol del terapeuta (para pacientes con experiencias previas de desafío de los límites o de falta de limites de la parte del terapeuta)

Predecir amenazas [a la continuidad] del tratamiento y establecer los parámetros para tratarlas

# Ejemplos de Resistencias/Amenazas al tratamiento

- Conductas suicidas y autodestructivas
- Acciones o impulsos homicidas, que incluyen amenazar al terapeuta
- Mentir o guardar información
- Abuso de sustancias
- Desorden de la alimentación no controlado
- Ausencias frecuentes a las sesiones
- Excesivos llamados telefónicos u otras intromisiones en la vida privada del terapeuta
- Dificultades para el pago de los honorarios del terapeuta
- Problemas externos a la sesión que interfieren con la terapia
- Estilo de vida pasivo crónico que favorece la ganancia secundaria de la enfermedad

# Ofreciendo una segunda oportunidad

- Algunos pacientes no creen que los otros verdaderamente quieren decir lo que dicen [una forma de control omnipotente]
  - Respuesta del terapeuta: señala los riesgos y consecuencias de eso
- No cumplir con el contrato, puede ser un intento de dejar el tratamiento y “culpar” al terapeuta por eso
  - Respuesta del terapeuta: interpretar la ambivalencia del paciente acerca de la terapia y las razones de la resistencia

# Cuando el contrato ha sido acordado...

- El paciente puede probar o desafiar algún elemento del contrato con la finalidad de:
  - Intentar controlar al terapeuta (lo cual es deseado y temido)
  - Ver si el terapeuta “es lo suficientemente” cuidadoso de mantener el contrato
- Existe en forma típica una disminución del acting out luego de los primeros meses de tratamiento, la vida del paciente se aquieta cuando las dinámicas [de los conflictos] se focalizan en la terapia
- Se produce un aumento de la consciencia de la importancia del terapeuta para el paciente y la defensa hacia esa consciencia (temas de apego); aumento de la intensidad afectiva durante las sesiones

# La táctica más importante luego del contrato

Seleccionar el foco de atención e intervención:  
Cuándo, por qué, y cómo intervenir?

- El principio económico- seguir el material que tiene la mayor carga afectiva
- La jerarquía de prioridades- abordar las resistencias a la exploración, luego explorar el mundo interno de representaciones del self y del objeto

# JERARQUÍA DE PRIORIDADES TEMÁTICAS-I

- **Obstáculos a la exploración transferencial- resistencias para explorar**
  - Amenazas suicidas u homicidas
  - Amenazas a la continuidad del tratamiento (problemas financieros, planes de mudanza, pedidos de disminución de la frec. de sesiones)
  - Deshonestidad u ocultar deliberadamente información (mentir al terapeuta, rechazo a discutir ciertos temas, silencios que ocupan la mayor parte de la sesión)
  - Rupturas del contrato (rechazo de concurrir a otras modalidades de tratamiento, ej. AA, rechazo a tomar la medicación indicada)
  - Acting out en la sesión (ej., dañar el mobiliario del consultorio, rechazo a irse cuando termina la sesión, gritar)
  - Resistencias narcisistas
  - Actuaciones no letales entre las sesiones
  - Temas triviales o no afectivos

# JERARQUÍA DE PRIORIDADES TEMÁTICAS- II

## Qué, cuándo y cómo intervenir?

- **Manifestaciones transferenciales evidentes**
  - Referencias verbales hacia el terapeuta
  - Referencias no verbales hacia el terapeuta (ej., posicionar el cuerpo de forma claramente seductora)
  - Inferidas por el terapeuta (ej., referencias a otros profesionales, figuras de autoridad, etc.)
  - La forma de ser del paciente con el terapeuta
- **Material afectivamente cargado no transferencial**

# Técnicas

- Conduciendo el análisis de la transferencia (análisis sistemático de las distorsiones en la relación)
- Manejando la neutralidad técnica (actitud de preocupación objetiva, no perdiéndose en la intensidad de los afectos expresados por el paciente)
- Utilizando el “darse cuenta” contratransferencial
- Proceso interpretativo:
  - Consiste en clarificación, confrontación e interpretación
  - Es una forma de incrementar [la capacidad] de mentalización



# Las técnicas deben aplicarse con atención a los tres canales de comunicación

- 1) Comunicaciones verbales del paciente
- 2) Comunicaciones no verbales del paciente
- 3) Contratransferencia

Habitualmente los canales 1 y 2 son los más importantes durante la fase temprana de la terapia con pacientes borderline

# Técnicas

## Análisis consistente de la transferencia

- Análisis continuo de las distorsiones en la relación terapéutica comparada con una relación “normal” (siempre preguntándose “¿cómo reaccionaría una persona ‘normal’ en esta situación?”)
- La REALIDAD de la relación terapéutica es definida mediante el contrato
- Relacionar las distorsiones exploradas en la terapia con distorsiones similares en la relaciones del paciente fuera de la terapia

# Neutralidad técnica

- Un terapeuta que interviene desde una posición de neutralidad técnica, evita alinearse con alguna de las fuerzas involucradas en los conflictos del paciente
- Neutralidad significa mantener la posición de un observador en relación con el paciente y sus dificultades
- Cuando trabaja desde una posición de neutralidad técnica, el terapeuta se alinea con el “yo observador” del paciente

# Neutralidad técnica

Una intervención neutral no se alinea con ninguna de las varias fuerzas involucradas en el conflicto del paciente:

- La parte del paciente que lo empuja a actuar en una motivación conflictiva o impulso
- La parte del paciente que desea inhibir la expresión de motivaciones conflictivas
- Las demandas de la realidad puestas en el paciente

Impulso agresivo

Elementos  
del Superyó

La posición del terapeuta y  
el yo observador del paciente

Realidad Externa

Impulso Libidinal

# Neutralidad técnica

- La neutralidad técnica se refiere a la forma por la cual el terapeuta da un marco a sus intervenciones
- El terapeuta no es neutral respecto de sus actitudes hacia el paciente
  - la neutralidad no significa indiferencia
- El terapeuta no es neutral en sus reacciones internas hacia el paciente
  - la neutralidad no implica distancia emocional

# ¿Por qué la neutralidad?

- Estimula la redirección de los conflictos del paciente hacia la terapia
- Permite al terapeuta el diagnóstico de la RO dominante en un determinado momento
- Fortalece el yo observador del paciente
- Las interpretaciones presentadas desde una posición de neutralidad, facilitan la integración de las representaciones de objeto internas escindidas

# Neutralidad técnica

## Ejemplo clínico

- Apoyo del *yo observador*
- Señala las divisiones dentro del paciente
- Describe los dos lados de la división sin alinearse con uno u otro



# Desviaciones de la neutralidad técnica

- Las desviaciones de la neutralidad forman parte de la estrategia de tratamiento de TFP
- Control del *acting out* peligroso que no puede ser contenido mediante confrontación e interpretación

# Desviaciones de la neutralidad técnica: indicaciones

- Amenazas a la seguridad del paciente
- Amenazas a la seguridad de los otros
- Amenazas a la continuidad del tratamiento
- La confrontación y la clarificación no resultan suficientes para controlar el *acting out*

# Desviaciones de la neutralidad

- Si el intento de controlar el *acting out* desde una posición de neutralidad técnica utilizando clarificación, confrontación e interpretación no tiene éxito:
- Introducción de un parámetro para limitar el *acting out*
- Señalar que el terapeuta ha salido de su rol y explicar por qué ha elegido hacer eso
- Volver a la transferencia, establecer relaciones entre la desviación de la neutralidad y las representaciones del self y del objeto externalizadas y actuadas en la transferencia

# Reinstalando la neutralidad

- Acordar respecto de la desviación y explicar el por qué
- Explorar los significados que el paciente atribuye a las acciones del terapeuta
- Confrontar e interpretar el conflicto que ha sido externalizado
- Relacionarlo con la transferencia subyacente

# Neutralidad técnica – relación con la Contratransferencia

- Las desviaciones innecesarias de la neutralidad técnica se explican desde la contratransferencia

# Técnicas: Contratransferencia (CT) en TFP

Cuando evalúe la CT considere la reacción emocional total del terapeuta hacia el paciente

# Definiendo la CT

La transferencia [del terapeuta] hacia el paciente, la visión clásica es “focalizada en el terapeuta”

Reacciones del terapeuta hacia las transferencias del paciente, visión kleiniana “focalizada en el paciente”

Reacción emocional total del terapeuta hacia el paciente “CT en el sentido amplio”

# Fuentes de la CT

- La transferencia del terapeuta hacia el paciente
- La transferencia del paciente hacia el terapeuta
- La vida externa del paciente
- La vida externa del terapeuta



# Contratransferencia en TFP

- La CT hacia los pacientes borderline, revela más acerca del paciente de lo que revela respecto del terapeuta
- Los pacientes borderline, proyectan defensivamente aparcas de su mundo interno sobre el terapeuta
- Los mecanismos de defensa primitivos involucran afectivamente al terapeuta

# Dos formas de CT

## Identificación concordante:

El terapeuta se identifica con la experiencia del self del paciente

## Identificación complementaria

El terapeuta se identifica con los objetos internos y externos del paciente

# Identificaciones concordantes en la CT

- Forman la base de la empatía
- “Poniéndonos en los zapatos del paciente”

# Identificaciones complementarias en la CT

- Predomina en el tratamiento de los pacientes OBP
- Refleja el impacto de la identificación proyectiva en el proceso clínico
- Puede interferir con la capacidad del terapeuta de empatizar con la situación emocional inmediata del paciente pero puede ayudar a llegar a una empatía más completa

# CT con los pacientes borderline

- Rápido desarrollo
- Intensa
- Inestable – puede cambiar rápidamente
- Confusa
- Presión “para hacer algo”

# Contratransferencia

- La CT no reconocida puede interrumpir la habilidad del terapeuta para entender el mundo interno del paciente y para comunicarse efectivamente con él.

# El tercer canal de comunicación

- Los temas afectivos dominantes y las relaciones de objeto son expresadas mediante la inducción de pensamientos y sentimientos en el terapeuta
- Con la finalidad de clarificar como esta experimentando el paciente al terapeuta en la transferencia, preguntar “¿Cómo me está haciendo sentir?”

# Conteniendo la CT

- Evaluación cuidadosa
- Marco de tratamiento y contrato claros
- Teoría de la técnica explícita
- Consulta o supervisión con pares



# Metabolizando la CT

El terapeuta “metaboliza” la proyecciones en la CT

- Permite al paciente afectarlo internamente
- Tolera su experiencia interna sin derivarla a la acción
- Refleja acerca de aquello que el paciente ha estimulado en él y que puede significar esto sobre la relación de objeto representada en la transferencia

# CT aguda y crónica

## Reacciones CT agudas

- Afecta al terapeuta momento a momento
- Rápidamente cambiante con pacientes borderline
- Refleja cambios del desarrollo de la transferencia
- Afectivamente intensa
- Puede resultar difícil de contener

## Reacciones CT crónicas

- Afecta al terapeuta durante períodos de tiempo
- Actitud estable por parte del terapeuta
- Puede ser sutil/típicamente no muy cargada afectivamente
- Puede ser difícil de advertir/usualmente con la ayuda de un consultante
- Refleja las respuestas características del terapeuta hacia la transferencia

# El interjuego de la neutralidad técnica y la CT

- La CT no reconocida es la causa más frecuente de desviaciones innecesarias de la neutralidad técnica
- Es sólo mediante la posición de neutralidad que el terapeuta puede reflejar y metabolizar la CT para profundizar su entendimiento del paciente

# Proceso interpretativo de la transferencia

- Conceptualizada como una serie de intervenciones construidas en uno a otro
- Puede tardar varias sesiones en completarse un solo ciclo de interpretación o puede haber varios ciclos completos en una sesión

# El proceso interpretativo comienza con la clarificación

- Esta técnica implica requerir clarificación, no ofrecer clarificación
- Proveer material para la interpretación a través de la clarificación
  - La percepción del paciente sobre sí mismo en el momento
  - La percepción del paciente sobre el otro/ el terapeuta
- Esta técnica arroja luz sobre el mundo interno del paciente y ayuda a elaborar distorsiones (ej. mejora la mentalización)

# Confrontación

- Esta técnica no es un desafío hostil, sino más bien una indagación, una curiosidad honesta, sobre una contradicción aparente entre la comunicación verbal y no verbal del paciente
- Es una invitación para que el paciente reflexione acerca de diferentes aspectos del self que han sido separados de un otro

## Confrontación (cont.)

- La contradicción puede estar en una vía de comunicación: “Antes ha dicho que soy un excelente terapeuta, ahora dice que no valgo la pena...”
- O la contradicción puede estar entre los diferentes canales de comunicación: “Está diciendo que está furioso, pero me está mirando con una sonrisa...”

# Interpretación per se

- Una hipótesis de determinantes inconscientes de las experiencias presentes
- Las interpretaciones abordan e intentan resolver el conflicto psíquico
- Intento de las interpretaciones por incrementar la conciencia del impacto del material inconsciente en los pensamientos, afectos y comportamientos del paciente



# Objetivo del proceso interpretativo

- Integrar aspectos disociados de la experiencia
- Reemplazarlas defensas basadas en la escisión por la represión
- Resolver la difusión de la identidad
  - La consolidación de la identidad a su vez conduce a una mayor capacidad de regulación de afectos y de simbólicación del conflicto psicológico
- Mejorar la capacidad de auto reflejarse y de contextualizar la experiencia

# Experiencia en la transferencia de los pacientes OBP - 1

- En la transferencia se activan relaciones primitivas de objeto – pero son experimentadas como AFECTOS intensos
- Los afectos intensos inundan el escenario clínico
- La experiencia del paciente acerca del terapeuta es concreta (ej., el paciente posee capacidad limitada para apreciar la distinción entre la realidad interna y externa)
- La experiencia del paciente sobre la transferencia muestra un predominio de afectos primitivos (odio o idealización) sin representación cognitiva de la activación de relaciones de objeto

# Experiencia en la transferencia de los pacientes OBP - 2

- En la experiencia inmediata de la transferencia el paciente es incapaz de establecer cualquier distancia o perspectiva
- Tanto el terapeuta como el paciente pueden experimentar una sensación de confusión y ansiedad
- La transferencia puede expresarse más claramente en el comportamiento del paciente o en la contratransferencia

# Consecuencias de la experiencia en la transferencia de los pacientes OBP

- Inicialmente el paciente no es capaz de utilizar las interpretaciones tradicionales de ansiedades y defensas subyacentes que organizan su experiencia
- El paciente puede experimentar cualquier intervención como crítica o ataque
- El paciente puede ser capaz de usar intervenciones más básicas para contener/ sostener experiencias afectivas y para promover la capacidad de representarlas cognitivamente
- El proceso conduce gradualmente a la capacidad de manejar y reflejar simbólicamente sobre la experiencia en la transferencia

# El foco de la interpretación en pacientes OBP

Debido al predominio de defensas basadas en la escisión (más que de defensas basadas en la represión) de pacientes OBP:

- La interpretación se enfoca en **aspectos mutuamente disociados de la experiencia que son accesibles a la conciencia, aunque en tiempos diferentes** (más que reprimidos consistentemente)
- A medida que progresa el tratamiento, las defensas disociativas entregan a las defensas represivas, cuando las interpretaciones pueden pasar a hacer foco en contenidos mentales reprimido

# Interpretación con pacientes OBP: Principios

La interpretación primero detalla la naturaleza de la **relación dominante de objeto** y la **dificultad del paciente en identificarse con ambos polos de esa díada**

Entonces la interpretación llama la atención a y describe la **escisión defensiva entre las díadas persecutorias y las díadas idealizadas**. La díada “en la superficie” puede cambiar rápidamente de un momento a otro

# Interpretaciones centradas en el terapeuta

- Las interpretaciones centradas en el terapeuta (Steiner, 1993) pone en palabras la experticia cargada concreta y afectivamente del paciente
  - Sin sugerir un punto de vista alternativo
  - Sin sugerir que el paciente tiene algo que ver con la experiencia
- Provee contención cognitiva de estados afectivos concretamente experimentados
- Provee al paciente la experiencia de ser entendido y al terapeuta de intentar entender genuinamente

## El Terapeuta

Establece el marco vía el contrato



## El Paciente

experiencia un refugio para expresar el self



La expresión de los afectos incluye acciones e interacciones basadas en diadas RO implícitas



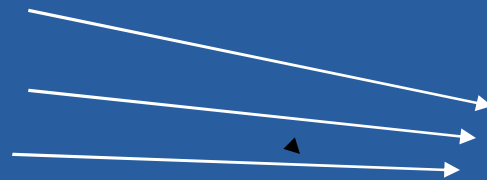
Observa la acción sin juzgar o reaccionar  
Intenta explicar/ entender las RO subyacentes a las acciones, usando

1 – Clarificación

2 - Confrontación

3 – Interpretación

(estos apelan a la reflexión & dirigen la atención a los obstáculos)



Aumenta la reflexión



Progreso hacia

Reflexión aumentada mas, con un incremento de la integración del contexto



Modulación aumentada de los afectos





# Evolución típica de la terapia - II

A medida que la terapia avanza a la fase media:

- Interpretación de las defensas contra la integración
- Alternancia entre transferencias negativas y positivas
- Alternancia entre el "objeto malo" proyectado y el "objeto malo" que se experimenta como interno
- Ciclo donde reaparecen las dinámicas problemáticas, pero de una manera más contenida y limitada
- Hay evidencia de integración, inicialmente tentativa y sujeta a frecuentes regresiones a la escisión
- Surgen problemas prácticos derivados de decisiones vitales tempranas que ya no "encajan" bien

# Indicaciones de integración y cambio estructural en las sesiones

- Los comentarios del paciente indican reflexión sobre y exploración de las intervenciones del terapeuta
- El paciente es capaz de aceptar la exploración e interpretación de los mecanismos de defensa primitivos
- El paciente puede contener y tolerar la conciencia de afectos previos proyectados
- El paciente puede experimentar culpa/ remordimiento e ingresar a la posición depresiva
- El paciente puede tolerar fantasías y el desarrollo de un espacio transicional
- La evolución de transferencias predominantes

# Evolución típica de la terapia - I

- El paciente prueba/ desafía el contrato.
- Énfasis temprano en los canales de comunicación no verbal y contra transferencial.
- Disminución en *acting out*: la vida se estabiliza a medida que las dinámicas se focalizan en la terapia.
- Consciencia en aumento sobre la importancia del terapeuta para el paciente, y defensas contra esto (temas de apego); aumento de la **intensidad afectiva** en las sesiones.

# Manifestaciones clínicas del cambio estructural

El cambio a nivel de las estructuras psicológicas con una experiencia psicológica más integrada conduce a:

- Un mejor funcionamiento, con una reducción de síntomas y de comportamientos mal adaptativos
- Un cambio en el sentido del self y de la experiencia del mundo del paciente
- La habilidad de hacer frente al estrés y a la adversidad.
- Vivir una vida “completa” con una medida realística de satisfacción en el amor y en el trabajo