

La psicoterapia psicoanalítica modificada por su focalización en la dimensión estructural

Gustavo Lanza Castelli

La psicoterapia psicoanalítica puede ser considerada como una variante del psicoanálisis, cuyos presupuestos teóricos comparte, pero del cual se diferencia en razón del encuadre, la actitud del terapeuta, los objetivos, el trabajo con la transferencia y la regresión, etc. (Kernberg, 1999).

Los supuestos psicopatológicos de la psicoterapia psicoanalítica parten de los desarrollos de Freud acerca del conflicto psíquico, basado en la presión de las pulsiones y en el enfrentamiento de éstas con los peligros provenientes del mundo exterior, así como con la crítica del Superyó (Etchegoyen, 1986; Freud, 1923, 1926; Greenson, 1967).

Un ingrediente esencial en este conjunto lo constituyen los distintos mecanismos de defensa, responsables, entre otros desenlaces, de la inconscientización de dicho conflicto, que permanece entonces inconsciente y se ve sujeto a las leyes que rigen en ese sistema (desplazamiento y condensación).

Desde este punto de vista el síntoma surge cuando, ante un fracaso de la defensa, se produce un retorno de lo reprimido de forma desfigurada, constituyendo la causa principal de la formación sintomática, en la cual suele contribuir también el castigo del Superyó.

La tarea del analista o psicoterapeuta consistirá entonces en favorecer la remoción de las defensas (que aparecen durante el tratamiento como resistencias), con el objetivo de que al hacer consciente el conflicto inconsciente éste pueda ser tramitado por los niveles más altos del procesamiento mental, de modo tal que se torne posible una aceptación, así como una integración y una apropiación subjetiva del mismo, lo que conlleva la remisión del síntoma.

Este modelo, que ha demostrado su utilidad en el territorio de las neurosis ha sido aplicado por una serie de analistas -con pocas

modificaciones- al trabajo con los pacientes no neuróticos (anorexias, bulimias, toxicomanías, trastornos TLP, etc.), en los cuales se busca trabajar sobre *conflictos tempranos y defensas arcaicas*, para hacerlos asimismo conscientes y lograr, de este modo, la curación.

No obstante, según los postulados de Gerd Rudolf y de un grupo numeroso de psicoanalistas alemanes (Boessman, 2010; Boessman, Remmers, 2008; Ermann, 2020; Jungclausen, 2018; Rudolf, 2010, 2013) es importante tomar en consideración, en estos casos, no solamente la eficacia del conflicto, sino también la de las perturbaciones y déficits en la estructura de dichos pacientes, en su modo de funcionamiento mental. Estos déficits obedecen a perturbaciones en el desarrollo debidas a fallas ambientales tempranas, previas a que estén dadas las condiciones que permitirían la constitución de un conflicto intrapsíquico, como la maduración del yo y del superyó (Freud, A., 1972).

Esta diferenciación entre conflicto y perturbación del desarrollo posee tanta importancia que merecería un trabajo en sí mismo, por lo cual me limito en este caso a indicar las referencias bibliográficas y a manejarme de ahora en más con este supuesto (Freud, A., 1972; Killingmo, 1989; Rudolf, 2013; Sugarman, 2006).

Hecha esta distinción vale la pena agregar que en los hechos clínicos nos encontramos siempre con patologías *mixtas* en las que ambas variables (conflicto, déficit estructural) contribuyen -en proporciones diversas según los casos- al desenlace clínico.

Por esa razón la psicoterapia psicoanalítica que pretenda abarcar esta complejidad ha de diferenciarse de su modalidad *clásica* (orientada al conflicto) y modificarse en el sentido de orientarse *también* al trabajo con las fallas estructurales, a los efectos de poder trabajar provechosamente con este aspecto de la problemática de los



pacientes mencionados, aspecto que en toda una serie de casos realiza el aporte mayor al desenlace clínico. Este trabajo supone un abordaje clínico diferente al interpretativo y será caracterizado más adelante en este artículo. Ha sido denominado *psicoterapia orientada a la estructura* (Rudolf, 2002, 2010, 2013).

En lo que sigue, tras una breve presentación inicial de esta forma de psicoterapia, llevo a cabo un análisis del concepto de estructura, de las perturbaciones estructurales y de algunos de los distintos aspectos y técnicas que forman parte del enfoque psicoterapéutico que caracterizo en este trabajo.

La psicoterapia orientada a la estructura, entendida como una modificación de la psicoterapia psicoanalítica *clásica*, surge a fines del siglo XX a partir de los desarrollos de Gerd Rudolf y colaboradores. Ha sido diseñada especialmente para el trabajo con aquellos pacientes cuyo padecimiento no obedece principalmente a la presencia de conflictos inconscientes, sino a la eficacia de déficits y limitaciones en su estructura psíquica, en su modo de funcionamiento mental.

Estos pacientes han sido descritos en la literatura como “difíciles”, con “organizaciones duales”, “preedípicos”, con “personalidades primitivas”, etc. (Cierpka, 2004).

Múltiples experiencias han mostrado que los mismos se benefician en muy escasa medida de la técnica psicoanalítica *clásica*, con su énfasis en la interpretación y en el análisis de la transferencia (Rudolf, 2006, 2013).

Algunos autores han postulado inclusive que la aplicación de esta técnica -con dichos pacientes- puede ser perjudicial, en la medida en que las interpretaciones son vividas por ellos como críticas o ataques, o favorecen que el paciente ubique al terapeuta en el rol de una madre omnisciente (Bruch, 1973, Lecours, 2007, Rudolf, 2007).

Por su parte, la psicoterapia orientada a la estructura tiene como objetivo trabajar provechosamente con estos pacientes. Para ello se basa en una detallada conceptualización de la estructura psíquica, en la utilización de instrumentos diagnósticos eficaces para caracterizar con precisión los déficits, limitaciones y recursos de la misma en tal o cual paciente determinado y en el

empleo de una serie de técnicas y procedimientos encaminados a remediar dichos déficits y limitaciones.

Si bien esta forma de psicoterapia ha alcanzado un importante desarrollo y se encuentra muy difundida en Alemania (Boessman, 2010; Boessman, Remmers, 2008; Ermann, 2020; Grande, 2002; Jungclaussen, 2018; Rudolf, 2010, 2013), el hecho de que la casi totalidad de los trabajos sobre la misma hayan sido escritos en idioma alemán, ha tenido como resultado que sea poco conocida en nuestro medio, a pesar de su riqueza y utilidad.

En el presente trabajo deseo, en primer término, caracterizar el concepto de estructura en que se basa (que también podemos denominar *modo de funcionamiento mental*), posteriormente intentaré describir a qué llamamos perturbaciones estructurales y, por último, llevaré a cabo una caracterización del tipo particular de enfoque de la *psicoterapia orientada a la estructura*, de la actitud del terapeuta que propone, así como de algunas de las modalidades técnicas que se utilizan en ella.

El concepto de estructura

El tema de la estructura se encuentra ya presente en la obra de Freud. Con su concepto del aparato psíquico de la segunda tópica (1923, 1933) y sus subestructuras Yo, Ello, Superyó, la diferenciación entre procesos conscientes e inconscientes, los puntos de vista dinámico, tópico y económico, queda configurado el modelo estructural psicoanalítico clásico, retomado con posterioridad de muchas maneras en el campo del psicoanálisis (Harsch, 1980; Schneider, Seidler, 1995)

El interés posterior a Freud en este tema fue particularmente estimulado por los trabajos de los teóricos de la psicología del yo (Blanck & Blanck, 1974; Fürstenau, 1975; Rapaport, 1960), de los psicoanalistas que sustentan el enfoque de las relaciones objetales (Kernberg, 2004) y de aquellos que suscriben la psicología del self (Kohut, 1971, 1977). De esta manera, el tema de la estructura psíquica y del funcionamiento mental pasaron al primer plano de interés, a los efectos de alcanzar una comprensión psicodinámica



amplia del funcionamiento personal e interpersonal, tanto normal como patológico (Dreher, 2006).

No obstante, ninguno de los autores mencionados (excepto Kernberg) proporciona una operacionalización de este concepto, lo que permitiría evaluarlo empíricamente mediante diversos instrumentos, dejando de lado conceptos metapsicológicos demasiado abstractos y facilitando la comunicación entre colegas.

Guiados por este tipo de consideraciones un grupo numeroso de psicoanalistas, terapeutas e investigadores -residentes en Alemania- comenzó a llevar a cabo, en 1990, la operacionalización de un conjunto de conceptos psicoanalíticos, con el objetivo de crear un instrumento que fuera de utilidad para el diagnóstico y la planificación de la psicoterapia, que pudiera ser contrastado empíricamente y que fuera pasible de ser utilizado en diversos diseños de investigación.

Surgió así, en 1996, la primera versión del *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado*, que fue mejorado y parcialmente modificado, tras diez años de investigación, dando por resultado la segunda versión del mismo (OPD-2), publicada en el año 2006.

Este instrumento propone un diagnóstico multiaxial, en base a 5 ejes:

- 1) Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento;
- 2) Relación;
- 3) Conflicto;
- 4) Estructura;
- 5) Trastornos psíquicos y psicosomáticos según el capítulo V (F) del CIE-10 (Grupo de trabajo OPD, 2006).

Los ejes 2, 3 y 4 operacionalizan los conceptos psicoanalíticos de transferencia- contratransferencia, conflicto inconsciente, estructura psíquica. Por otro lado, el manual en el que se presenta este método incluye también una entrevista semiestructurada con una serie de preguntas útiles para la evaluación sistemática de estos ejes (Grupo de trabajo OPD, 2006).

En lo que hace al eje estructura, los autores del manual se basan en lo esencial en la obra de Gerd Rudolf, quien propone una concepción funcional de la estructura (2002), en base a la cual diseña la *psicoterapia orientada a la*

estructura (Strukturbezogene Psychotherapie) (2002, 2010, 2013).

La concepción funcional de la estructura psíquica

La estructura debe diferenciarse de los contenidos (representaciones, fantasías, afectos, pulsiones, etc.), ya que se refiere al *nivel de organización de las funciones o capacidades psíquica, que regulan el sentimiento de sí y el comportamiento relacional*.

La pregunta por ella no dice: ¿Qué contenido preocupa a esta persona?, sino: ¿Cómo funciona su personalidad en determinadas situaciones?

En este sentido podemos hablar, entonces, de *nivel estructural* o de *modo de funcionamiento mental*.

La estructura (en su concepción funcional) puede caracterizarse como "...la disponibilidad de funciones psíquicas que son necesarias para la organización del self y su relación con los objetos internos y externos" (Rudolf, 2013, p. 58), con cuya ayuda la persona puede asegurar su equilibrio interior y su capacidad para vincularse con los demás.

Todos los elementos de la estructura pueden caracterizarse como "capacidades". Cuando tales elementos estructurales se desarrollan hasta un buen nivel y se encuentran integrados, proveen a la personalidad de un conjunto de capacidades psíquicas, necesarias para su regulación y desenvolvimiento (por ej. la capacidad de diferenciar y denominar los propios afectos, de empatizar con los demás, de regular el sentimiento de sí, de gestionar adecuadamente los afectos e impulsos, de anticipar las consecuencias de las propias acciones en los demás, etc.). Entendido en este sentido, el concepto de estructura no debe ser considerado como de índole especulativa o metapsicológica, ya que todas estas capacidades pueden operacionalizarse e indagarse empíricamente (Rudolf, 2002).

En este concepto podemos diferenciar tres aspectos: la caracterización de las dimensiones de la estructura, la descripción de una serie escalonada de niveles de integración estructural y el enfoque evolutivo en el cual se basa.



A) Las dimensiones de la estructura:

Rudolf diferencia cuatro dimensiones estructurales, cada una de las cuales puede referirse tanto al self como a los objetos y que se subdividen, en cada caso, en tres capacidades dirigidas al self y tres dirigidas al objeto (Rudolf, 2007, 2013; Grupo de trabajo OPD-2, 2006). Ellas son:

1. Percepción de sí y percepción del objeto:

Forman parte de ella:

- la autorreflexión, consistente en la capacidad de tomar el propio self como objeto de percepción y reflexión. Podemos hablar en este caso de *reflexividad*, que incluye también la capacidad de diferenciar las representaciones de los hechos.
- la diferenciación de los afectos, que alude a la posibilidad de identificar y diferenciar distintos afectos entre sí.
- la capacidad de mantener una autoimagen constante y coherente a través del tiempo (identidad).

En lo que hace al objeto, encontramos:

- la capacidad para diferenciar entre el self y el objeto (diferenciar pensamientos, necesidades e impulsos propios, de los de los otros).
- la capacidad para percibir de modo completo a los demás, en sus diferentes aspectos (buenos y malos).
- la capacidad de tener una imagen realista de los demás.

2. Capacidad de autorregulación y de regulación del objeto:

Las capacidades que forman parte de esta dimensión son:

- la capacidad para contener e integrar los propios impulsos.
- la capacidad para aceptar, tolerar y elaborar los propios afectos.
- la capacidad para regular el sentimiento de estima de sí y de recuperarlo después de un cuestionamiento del mismo.

En lo que hace a la regulación del objeto, encontramos:

- la capacidad para proteger la relación frente a los propios impulsos, mediante su elaboración interior.
- la capacidad para hacer valer los propios intereses, a la vez que se tienen en cuenta y se valoran también los intereses del otro.
- la capacidad para anticipar las reacciones de los demás frente al comportamiento propio.

3. Capacidad emocional: comunicación hacia adentro y hacia afuera:

Incluye las siguientes capacidades:

- la capacidad para dejar que surjan los afectos y vivirlos.
- la capacidad para acoger las propias fantasías y sueños, enriqueciéndose con ellos.
- la capacidad para tener una vivencia emocional de la propia corporalidad.

En relación al objeto, abarca:

- la capacidad para desarrollar un contacto emocional con el otro.
- la capacidad para expresar los propios afectos y para dejarse conmover por los afectos de los demás, lo que redundará en una comunicación recíproca y vivificante con el otro.
- la capacidad para ingresar en el mundo emocional del otro (empatía).

4. Capacidad de vínculo interno y de relación externa:

Comprende las siguientes capacidades:

- la capacidad para internalizar personas significativas y construir imágenes internas estables de las mismas.
- la capacidad para utilizar los objetos internos a los efectos de cuidarse, tranquilizarse o darse ánimos.
- la capacidad para tolerar vínculos cualitativamente diferentes con diversos objetos (vínculos variados y triangulares).

En relación al objeto, incluye:

- la capacidad para establecer relaciones emocionales con los demás, permitiendo que se vuelvan importantes para uno, sin entrar en relaciones de dependencia.
- la capacidad para tomar a los otros como objetos buenos y aceptar ayuda (apoyo, cuidado, protección) por parte de los mismos.



f) la capacidad para desprenderse de los vínculos y despedirse.

Las dimensiones y capacidades mencionadas están sintetizadas al máximo, pero razones de espacio harían imposible un desarrollo pormenorizado de la variedad y riqueza de cada una de ellas.

B) El nivel de integridad estructural:

Este concepto alude a la mayor o menor disponibilidad de las capacidades estructurales por parte del self, como así también a distintas cualidades en la experiencia de sí y del objeto, según el nivel de integridad estructural que esté en juego.

La determinación de dicho nivel se basa en un continuo escalonado, que permite hacer un diagnóstico preciso del nivel de integridad estructural que posee determinado paciente, lo que se revela de la mayor utilidad a los efectos de diseñar una estrategia terapéutica, así como focos de trabajo para la psicoterapia.

Los niveles de integración estructural son cuatro: buena integración, integración media, baja integración, desintegrado.

Este gradiente se aplica para la estructura considerada como un todo, y también para cada una de las cuatro dimensiones que la componen, tomadas separadamente (OPD-Struktur-Checkliste. Version 2003. Rudolf, 2013, pp. 222-237).

Por las razones de espacio ya mencionadas, me limitaré a consignar lo referido a la estructura tomada como un todo.

B.1. Nivel estructural alto (estructura bien integrada): nos encontramos en este caso con un self relativamente autónomo, que tiene a su disposición las capacidades necesarias para regular la cercanía y la distancia con el objeto, en el cual puede encontrar sostén y seguridad.

El self dispone también de un *espacio interno*, en el que las experiencias conflictivas pueden ser procesadas intrapsíquicamente.

Asimismo, posee capacidades de regulación (de afectos e impulsos), que favorecen que el conflicto se mantenga en la esfera intrapsíquica, e igualmente capacidades para percibir y

diferenciar los diversos contenidos del mundo interno, como así también para percibir adecuadamente a los demás y empatizar con ellos. En su mundo interno posee suficientes objetos buenos.

La angustia central corresponde a la pérdida del amor del objeto, como asimismo al hecho de ser avergonzado o castigado, y amenazado en la propia identidad social y psicosexual (Rudolf, 2013).

B.2. Nivel estructural medio: las experiencias de cercanía, vínculo, autonomía e identidad son posibles sólo en una medida limitada.

Las necesidades correspondientes son fuertes, los conflictos son descarnados, la regulación es difícil.

Nos encontramos con tendencias autoagresivas y autodesvalorizantes.

El self se encuentra en estado de necesidad y es herido con facilidad.

Las imágenes de los objetos se reducen a unos pocos prototipos.

Los conflictos pueden ser mantenidos en la esfera intrapsíquica sólo por medio de un esfuerzo. Predominan las relaciones duales.

La angustia central consiste en perder el objeto, en ser dejado por el objeto protector. Encontramos asimismo angustia ante la pérdida del control y la regulación, como así también angustia ante los propios impulsos intensos.

B.3. Nivel estructural bajo: el self es muy precario y necesitado, muy pasible de sentirse herido, muy impulsivo.

La imagen del objeto es la de un objeto amenazante-perseguidor, o de un objeto bueno-ideal, que se anhela con nostalgia.

Son escasas las experiencias positivas de cercanía, vínculo, autonomía e identidad.

Nos encontramos con un espacio psíquico interno poco desarrollado y con subestructuras psíquicas poco diferenciadas.

Los conflictos son experimentados en el terreno interpersonal más que en el intrapsíquico.

Las relaciones con los demás adolecen de falta de empatía y de limitaciones en la capacidad de comunicación.

La angustia central consiste en ser avasallado y destruido por los objetos malos, padecer el



dolor de ser destrozado por ellos, y también la angustia de perder la buena disposición de los objetos internos y externos.

B.4. Nivel desintegrado:

La falta de coherencia del self, así como el desborde emocional son cubiertos, en el sentido de una restitución, por formas de organización postpsicóticas, postraumáticas, perversas, etc.

El self y el objeto se encuentran confundidos. No hay objetos buenos disponibles.

La percepción empática del otro no es posible. No hay sentimiento de responsabilidad por las propias acciones impulsivas (las cosas simplemente ocurren). Las acciones tienen lugar, en parte, en estados de conciencia disociados.

La contratransferencia está impregnada de la experiencia de lo incomprensible, o de lo ominosamente amenazante.

La angustia central se vive ante objetos ominosos, ante la pérdida del yo y la disolución del self. También encontramos angustia ante la presión de las propias pulsiones parciales.

En los distintos niveles, los afectos e impulsos se modifican en su cualidad, intensidad y grado de simbolización, las defensas varían en cuanto a su nivel evolutivo y también el superyó se organiza de modo diferente.

Para ilustrar brevemente este último avatar, podríamos decir que en el nivel bien integrado es posible experimentar sentimientos de culpa y autorreproches, así como pensar sobre ellos. En el nivel medio, encontramos un superyó severo, por lo que el sujeto se critica en forma desmedida por transgresiones menores. También podemos encontrar un superyó sobornable.

En el nivel bajo de integración no encontramos un sistema de valores que guíe la acción. La culpa no se vive intrapsíquicamente, sino que se refleja sobre los demás, a los que se les adjudica. Otra posibilidad es que se manifieste como auto-castigo, autoagresión o auto-daño.

En el nivel desintegrado, como fue dicho, no hay sentimiento de responsabilidad por las propias acciones impulsivas (las cosas simplemente ocurren).

C) El enfoque evolutivo:

En lo que hace a este enfoque, Rudolf plantea que para la comprensión de la psicoterapia orientada a la estructura es importante conocer el desarrollo de las funciones estructurales, que comienza con el nacimiento.

Diferencia cuatro temas, sistemas o metas principales de este desarrollo, el logro de las cuales no se limita a la infancia, sino que persiste en la adolescencia y en la edad adulta.

Dichos temas son: 1) el sistema de cercanía y comunicación; 2) el sistema de apego; 3) el sistema de autonomía; 4) el sistema de identidad.

Dada la extensión que requeriría una caracterización de estos cuatro temas, me limito a nombrarlos y remito a la bibliografía para un desarrollo pormenorizado de los mismos (Rudolf, Henningsen, 2013).

Psicopatología y psicoterapia:

D) Las perturbaciones estructurales:

La *perturbación o trastorno estructural* no es una entidad clínica circunscrita, categorialmente definida, sino que esta expresión se refiere a los diversos grados de participación de la vulnerabilidad o de los déficits estructurales en los trastornos psicológicos, de modo tal que cuadros clínicos muy diferentes pueden ir acompañados de dichos déficits.

Por lo demás, cabe señalar que estas perturbaciones deben diferenciarse de aquellas cuyas manifestaciones (síntomas, patrones vinculares) se deben a la presencia de conflictos psíquicos, ya que se ponen en juego -en un caso y en otro- aspectos diferentes de la personalidad, procesos diversos, causas precipitantes distintas y mecanismos patógenos distintos, que requieren, por tanto, abordajes clínicos también diferentes (Grande, 2002; Rudolf, 2002, 2010, 2013).

No obstante, en la experiencia clínica concreta nos encontramos con una compleja conjunción de estos dos aspectos. De este modo, cabe decir que las perturbaciones estructurales y los conflictos psíquicos deben comprenderse como complementarios, en el sentido de que cuando en el cuadro clínico predomina la



alteración estructural, el conflicto queda relativizado en su eficacia. Por el contrario, cuando dicha alteración no tiene mayor relieve, cobra importancia la dimensión del conflicto para el desenlace patológico.

Asimismo, encontramos habitualmente diversas articulaciones entre estas dos variables, que pueden entrar en diversas combinaciones entre sí (de este modo, un conflicto puede superponerse a un déficit estructural, o puede compensarlo, o un déficit estructural puede hacer las veces de defensa contra un conflicto, etc.) (Stass et al., 2014).

Si miramos las cosas desde el punto de vista del conflicto, podríamos decir que cuando se infiere la presencia de un conflicto psíquico tras las manifestaciones sintomáticas, el interés se centra en los contenidos ocultos (deseos y temores) y las defensas vinculadas con ellos. Las manifestaciones mencionadas se suponen expresión de procesos inconscientes que se encuentran en su base.

En cambio, la búsqueda de tales significados ocultos no tiene sentido cuando predomina la perturbación estructural, y sería un error tomar por ese camino partiendo de las manifestaciones clínicas, las que obedecen -en este caso- a las limitaciones del self para disponer de las capacidades estructurales. A los efectos de este trabajo, y nuevamente por razones de espacio, me centraré principalmente en las perturbaciones en la dimensión de la estructura, sin detenerme en la dimensión del conflicto, que se encuentra habitualmente relacionada con aquélla.

En una primera caracterización de dichas perturbaciones, se podría decir que en ellas se halla limitada la accesibilidad de aquellas funciones psíquicas que son necesarias para la organización y regulación del self, como así también para su relación con los objetos internos y externos. Esta limitación es producto de perturbaciones tempranas en el vínculo del niño con sus cuidadores, las que tienen como consecuencia una restricción en la maduración de dichas funciones, o, lo que es lo mismo, la prevalencia de niveles bajos de integración estructural. Esto último implica que dichas funciones son poco confiables y vulnerables, esto es, que muestran un modo de funcionamiento cualitativamente diferente al que poseen cuando hay un buen nivel de integración.

Si quisiéramos hacer una comparación con las neurosis, a los efectos de que resalte con mayor claridad lo propio de las perturbaciones estructurales, podríamos llevar a cabo dicha comparación sobre la base de 4 variables:

1) Dinámica de las necesidades:

Neurosis: el sujeto busca activamente la satisfacción de los deseos, los impulsos y las pulsiones para, de este modo, obtener placer o evitar el malestar. Esta búsqueda se ve bloqueada por la defensa, lo que suele encontrarse en la base de la formación de síntomas.

Trastorno estructural: el sujeto espera del objeto (en posición pasiva) condiciones bajo las cuales su estructura pueda funcionar (ej. sostén narcisista; yo-auxiliar que lo ayude a calmarse, etc.).

En este caso encontramos propuestas relacionales muy específicas por parte del paciente, que conforman la situación: son aspectos de una relación de objeto arcaica que incluye necesidades y demandas muy acuciantes y urgentes sobre el objeto y reacciones de decepción igualmente intensas, en caso de frustración, que dan lugar al abandono total de la otra persona, a la puesta en juego de medidas de emergencia (alcohol, drogas, pasajes al acto), etc.

Las necesidades dirigidas hacia los demás deben diferenciarse de los *deseos* propios de la neurosis, ya que se trata en este caso de necesidades interpersonales, que requieren *que el otro lleve a cabo una función que no está disponible en el mundo interno del sujeto* (por ejemplo, que lo calme y lo regule emocionalmente, que lo ayude a recomponer su autoestima después de un colapso de la misma, que lo ayude a mantener la integridad del self, etc.).

Así, una paciente bulímica, refiriéndose a su pareja, dice lo siguiente: “Cuando tarda en llegar o... todavía peor, cuando se va de viaje, me siento muy angustiada y me doy atracones. Tampoco puedo organizarme con el trabajo y el estudio, me confundo, me desorganizo y sólo necesito que vuelva...entonces como normalmente y me organizo otra vez”.



2) Dinámica de las creencias

¿Cómo reacciona el objeto y cómo se lo caracteriza, desde el punto de vista del sujeto?

Neurosis: reacciona fallando, castigando, asustando, avergonzando, exigiendo (hay poca asimetría en las representaciones del objeto y del self).

Trastorno estructural: reacciona de forma abrumadora, amenazante, persecutoria, destructiva, negligente (en el paciente encontramos angustia de intrusión y de pérdida).

Las creencias patógenas contienen imágenes de los objetos extremadamente poderosas y negativas y autoimágenes extremadamente indefensas.

Ejemplo: “se puso a gritarme como un loco y yo me aterroricé. Me sentía como una hormiga ante un tsunami”

3) Dinámica del afecto

¿Cuál es la reacción emocional del sujeto frente a la situación?

Neurosis: reacciona con emociones dirigidas al objeto (intencionalidad), como angustia, vergüenza, culpa, enojo.

Trastorno estructural: reacciona con una inundación emocional difusa, o con sentimientos de vacío y con emociones como desesperación, dolor, decepción, ofensa, indignación *poco simbolizadas* y, por tanto, no identificables ni denominables, ni pasibles de regulación.

“Como otro modo de perturbación podemos representarnos que experiencias cargadas con afectos extremos no puedan psiquisarse ni mentalizarse. Se almacenan entonces en una memoria procedural, cercana a lo corporal y se expresan como tensión de excitación y como afectos difusos e intensos, carentes de representaciones cognitivas claras” (Rudolf, 2002, p.26).

Ejemplo: una paciente comenta que a raíz de un viaje que está por hacer y que ha comentado a unas amigas, éstas la envidian y se ponen como fieras. El terapeuta le pide que amplíe lo de “fieras” y la paciente responde: “...siento terror, pero sin imágenes...siento el terror en la piel, como que vienen por mí...pero es un terror con imágenes difusas...no sé qué más decir...no tengo más palabras ni pensamientos...en ese

momento se me va el pensamiento...siento sólo el terror y que vienen por mí...”

4) Dinámica de la regulación

¿Cómo gestiona el paciente sus emociones?

Neurosis: adaptándose, subordinándose, renunciando, rebelándose. Además, mediante la activación de defensas, de modo tal que los conflictos reprimidos siguen siendo efectivos de forma inconsciente.

Trastorno estructural: en el corto plazo reacciona con medidas de emergencia: autolesión, desarrollo de adicciones, pasajes al acto promiscuos o violentos, formación de relaciones destructivas, etc.

En el largo plazo reacciona con el desarrollo de patrones de afrontamiento (esquizoides, narcisistas, etc.) como estrategias compensatorias.

Ejemplo: “Cuando pasa de mí y se encierra en su ordenador siento que empiezo a caer en un abismo...entonces me rasguño o me corto...y la caída se frena”.

En lo que hace a la limitada accesibilidad de las capacidades estructurales, podríamos consignar un ejemplo para ilustrar la inaccesibilidad de algunas de ellas:

Una paciente de 35 años consulta porque ha decidido separarse, pero se encuentra sola y mal después del hecho, que suponía la haría sentir mejor. Comenta en un momento de la entrevista: “Me gustaría entender qué es lo que he hecho, porque no sé por qué he hecho lo que he hecho y estoy muy descolocada. Y llevo muchos años sin entender lo que hago.

En todo, no sé bien por qué hago lo que hago, por qué lo hago.

No sé bien por qué elegí la profesión que elegí, no sé por qué me dedico a lo que me dedico, no me siento identificada con nada de lo que hago, no sé lo que quiero ni cómo o quién soy...

En la adolescencia me dio por pensar que no era una chica sino un chico, que era hermafrodita.

A todo esto pasó otra época en que no sabía si me gustaban los hombres o las mujeres.

A esa época le siguió otra época, de una impulsividad muy grande, beber bastante, conducir muy rápido, pelearme”.



Vemos en este caso una marcada dificultad para poder aprehender y conectarse con las motivaciones de sus acciones, así como con sus deseos o inclinaciones. Tampoco posee la posibilidad de conquistar una imagen de sí y su identidad sexual aparece poco clara para ella misma.

Sus capacidades de regulación se encuentran muy disminuidas también (impulsividad).

Según pudimos ver ya desde las primeras entrevistas, las dificultades que esta mujer encontraba en la vida se debían principalmente a sus diversos déficits estructurales y no a la presencia de conflictos intrapsíquicos. Por ese motivo, el abordaje clínico fue el de una psicoterapia psicoanalítica modificada por su focalización en la dimensión estructural.

La psicoterapia orientada a la estructura:

Dado que focaliza en las perturbaciones estructurales, sus metas serán, en primer término, la optimización de las capacidades estructurales del paciente, que son necesarias para que éste pueda comprenderse a sí mismo y a sus interlocutores, regularse a sí mismo y a los demás, y establecer relaciones interpersonales satisfactorias.

La terapia apunta, por lo tanto, a optimizar las capacidades estructurales como la autorreflexión, la diferenciación de los afectos, la regulación de los impulsos, la percepción adecuada de los demás, la capacidad de empatía, etc. (Cf. el último ejemplo y la lista de las capacidades que figura más arriba). Un requisito para lograr dicha optimización es que el paciente aprenda a tomar distancia de sí mismo, a los efectos de poder ver el patrón de sus comportamientos disfuncionales.

Otra meta de la terapia es que el paciente -en un principio apoyado activamente por el terapeuta- pueda ir responsabilizándose de sí mismo y de su comportamiento (Cf. más adelante).

Para poder identificar y focalizar en los déficits que posee el paciente es menester llevar a cabo una entrevista semiestructurada, ya que no siempre los déficits se muestran con tanta claridad como en el último ejemplo. En dicha entrevista, tras una primera parte en la que el consultante habla libremente de los motivos que lo llevaron a la consulta y de todo aquello que desea

comunicar, resulta necesario hacer una serie de preguntas que indaguen específicamente por el nivel estructural de las distintas capacidades, de modo tal que el terapeuta llegue a saber:

- -qué tan bien puede el paciente percibirse y comprenderse a sí mismo, a sus propios sentimientos, impulsos y necesidades,
- -qué tan bien puede entender a los demás y ponerse en su lugar,
- -qué tan bien puede soportar los movimientos emocionales y controlar sus impulsos,
- -qué tan bien puede regular las relaciones con los demás,
- -qué tan bien puede comunicarse con los demás y
- -qué tan seguro está de entender a los demás,
- -si puede confiar en otras personas y hacer uso de su ayuda y
- -si es capaz de retener esas experiencias positivas dentro de sí mismo,
- -qué tan difícil es para él soportar las separaciones, las despedidas y las pérdidas.

Algunas de las preguntas que pueden utilizarse a los efectos de obtener información sobre estos ítems son:

- 1) ¿Cómo te describirías a ti mismo/a?
- 2) ¿Puedes identificar, diferenciar y nombrar tus sentimientos?
- 3) ¿Cómo gestionas tus necesidades y tus impulsos?
- 4) ¿Cómo manejas la agresión?
- 5) ¿Cómo de estable es tu autoestima, ¿cómo de vulnerable eres en este aspecto?
- 6) ¿Qué haces para recuperar tu autoestima cuando sientes que ha disminuido?
- 7) ¿Puedes asegurarte de que las relaciones que son importantes para ti no sean dañadas (perjudicadas) por ti?
- 8) ¿Puedes proteger tus propios intereses en las relaciones y al mismo tiempo respetar los intereses de los demás?

Estas y otras preguntas nos permitirán indagar en profundidad el nivel estructural del paciente e identificar cuáles son aquellas capacidades que están en déficit y sobre las cuales será necesario poner el foco y trabajar, con el objetivo de optimizarlas.



Esta elección se lleva a cabo de común acuerdo con el paciente, a quien le hacemos partícipe de lo que hayamos podido indagar en relación a éste y otros aspectos de su personalidad.

La evaluación inicial a la que hacemos referencia nos permitirá entonces poner en marcha (o continuar con) la psicoterapia psicoanalítica orientada a la estructura, en la que diferenciamos los siguientes aspectos: 1) la actitud terapéutica, 2) las posiciones del terapeuta, 3) los objetivos terapéuticos, 4) los temas terapéuticos, 5) las intervenciones terapéuticas en sentido estricto.

1) Elaboración de una postura terapéutica

La elaboración de una postura terapéutica específica es probablemente uno de los puntos más importantes de la psicoterapia orientada a la estructura, ya que todas las intervenciones derivan de ella.

Los terapeutas de orientación psicoanalítica clásica tienden a adoptar una actitud de espera, para luego ofrecer al paciente su comprensión de la situación por vía de las interpretaciones, lo que resulta muchas veces perturbador para los pacientes con deficiencias estructurales, ya que suelen necesitar una actitud más activa y participativa por parte del profesional.

Por lo demás, este último ha de reaccionar con la mayor *normalidad* posible a las propuestas de relación del paciente, responder a las preguntas, serle de ayuda para formular algo que le resulta difícil articular, poner a su disposición las propias percepciones, ordenar y aclarar las cosas junto con él, etc.

De este modo, el terapeuta asume la función de un *yo-auxiliar* al pensar, sentir, planificar y anticipar junto con el paciente y, parcialmente en su lugar, caracterizando explícitamente todo lo que exprese como *su* punto de vista (el del terapeuta), y apoyando al paciente para que aclare su propio punto de vista.

El alto nivel de actividad verbal inicial por parte del terapeuta tiene el objetivo de hacerle al paciente una oferta de trabajo conjunto sobre un tema que sea importante para él (por ejemplo, sobre la cuestión de cómo soportar los afectos intensos).

Esto subraya el carácter de asociación igualitaria en el trabajo conjunto, pero también la responsabilidad compartida del procedimiento terapéutico:

Es responsabilidad del paciente acudir regularmente a las sesiones, tratar el tema que ha sido tomado conjuntamente como foco durante las horas de consulta y también *prestarle atención entre sesiones*.

Es responsabilidad del terapeuta apoyar al paciente en estos esfuerzos durante un período de tiempo suficientemente largo y centrar repetidamente la atención en el trabajo de los problemas que han sido tomados como foco.

El terapeuta debe decidir, activamente, estar disponible en este tratamiento como promotor del desarrollo, lo que tiene lugar en muchos casos en una secuencia de tres momentos: 1) en primer lugar, el terapeuta se pone al servicio

de la estabilización y el afrontamiento de los problemas, 2) posteriormente pasa a primer plano la *promoción de las funciones estructurales* y, 3) quizás posteriormente, pone el foco en el procesamiento de los *conflictos*.

El papel que asume en los dos primeros momentos no puede ser el tradicional del psicoanalista, ya que éste suele rechazar las peticiones concretas de ayuda del paciente y, en cambio, le pide que produzca "material" (por ejemplo, fantasías relacionales dirigidas al terapeuta) que pueda ser analizado.

El terapeuta orientado a la estructura debe emprender una difícil tarea: no debe dejarse amilanar por las actitudes de rechazo y de desvalorización agresiva del paciente y no debe desanimarse por su comportamiento impotente. No debe entender estas características como dirigidas contra él mismo personalmente o contra su procedimiento, sino que debe comprenderlas como emanando del desamparo interpersonal que aqueja al consultante.

Un paso de la mayor importancia para desarrollar una actitud terapéutica que promueva el desarrollo es, sin duda, descubrir también los aspectos positivos del paciente (por ejemplo, su capacidad para hacer frente a las experiencias estresantes y para sobrevivir).

Estos se encuentran sobre todo en las estrategias de afrontamiento con las que el paciente



pudo superar sus difíciles experiencias biográficas y los problemas vitales resultantes.

2) Las posiciones del terapeuta:

Podemos diferenciar tres posiciones principales, que pueden metaforizarse de modo espacial.

En primer término, el terapeuta ha de estar plenamente *detrás* del paciente. De este modo el profesional podrá compartir la experiencia del consultante, que deriva de la posición desde la que éste vivencia su mundo objetual, a la vez que pone a disposición del mismo su propia percepción y emocionalidad. Por ejemplo, el terapeuta dirá: “Puedo representarme con claridad cuánto lo ha herido y humillado esta situación”.

Cuando desea ayudar al paciente a diferenciar algo que éste ha vivido de manera difusa, puede utilizar el vivenciar conjeturado de terceras personas. Por ejemplo: “Puedo representarme que un hombre joven, puesto en esa situación, hubiera reaccionado de tal y cual manera”.

Esta actitud incluye compartir empáticamente la visión del paciente, contener sus expresiones de malestar, adoptar una posición compasiva (en el sentido de aceptar los sufrimientos del consultante), hacer las veces de yo auxiliar (al poner a disposición del paciente las funciones del yo propias), tener una actitud de apoyo.

Otra actitud consiste en que el terapeuta se ponga *enfrente* del paciente, de modo tal que no comunique cómo percibe el mundo con los ojos de éste (como en la actitud anterior), sino cómo percibe al paciente con sus propios ojos.

Esta posición *reflejante* es una de las centrales en esta perspectiva terapéutica. En ella el terapeuta construye una imagen del paciente, de sus patrones de comportamiento y de su vivenciar y se la hace ver a este último, con tacto, prudencia y una actitud de benévolo interés.

Entre múltiples intervenciones posibles podemos ilustrar esta idea con las siguientes dos:

a) “Me parece ver que cada vez que termina una relación se ve llevado a iniciar otra casi inmediatamente”

b) “Creo entender que cuando se siente sola, se angustia de tal forma que necesita llamar a

alguien y volcar lo que siente, ya que sólo entonces consigue calmarse”

Este tipo de intervenciones, que pueden parecer a primera vista muy elementales, son, sin embargo, de mucha utilidad en el caso de pacientes que poseen mínima capacidad de verse a sí mismos y que nunca se han sentido entendidos en lo que hacen y en lo que experimentan.

Mediante la reiteración de esta clase de reflejos el consultante irá incorporando poco a poco esta posición del terapeuta, de modo tal que podrá ir incrementando progresivamente su capacidad de verse. En la medida en que una y otra vez se siente visto por el terapeuta, podrá paulatinamente ir construyendo una percepción autorreflexiva.

Esta percepción de sí mismo implica también las actitudes y comportamientos disfuncionales: “De este modo me boicoteo”, “Así arruino las relaciones y después me siento desesperado”, etc.

Podemos relacionar estas consideraciones con la propuesta de Winnicott del “rostro materno como espejo” (1967) Cuando el niño mira el rostro de la madre, ¿qué es lo que ve? Se ve a sí mismo. Recibe de la madre una imagen de sí que, posteriormente, internalizará. Se verá, entonces, *con los ojos de la madre*. Partiendo de esta base, en un proceso gradual de desarrollo, irá poco a poco viéndose *con sus propios ojos*. También podría decirse que el espejo externo se vuelve progresivamente un *espejo interno* en el que puede reflejarse.

Es este tipo de experiencia reflejante por parte de la madre la que le ha faltado al paciente en su temprana infancia. De ahí que no haya podido desarrollar el espejo interno mencionado y que su reflexividad sea tan pobre. Es esta carencia la que intenta suplir el terapeuta mediante el reflejo que le brinda.

Vemos en este punto la articulación de tres nociones que hemos mencionado: la falla ambiental temprana, el déficit del desarrollo (como diferente al conflicto psíquico), la carencia en las capacidades estructurales.

El terapeuta se guía por este tipo de consideraciones e intenta favorecer la puesta en marcha de un proceso que quedó detenido muy tempranamente. En la medida en que pueda lograrlo, el



paciente irá pudiendo desarrollar u optimizar las capacidades que tiene en falta o en déficit (en este ejemplo, el espejo interno, la percepción autorreflexiva; en otros casos será la tolerancia a los afectos displacenteros, la gestión de los impulsos, la posibilidad de diferenciarse del otro, etc.).

Otra actitud terapéutica, por último, consiste en ponerse *al lado* del paciente. Desde esta posición en tercera persona, es posible, en primer lugar, objetivar la experiencia y las acciones del paciente desde fuera, por así decir. Se trata de invitar al paciente a dar un paso fuera de sí y mirarse, junto con el terapeuta, a sí mismo y a sus experiencias (como en un vídeo, una novela, un diario). Se trata de un proceso de percepción de las acciones y experiencias del paciente desde la distancia y, por lo tanto, es un ejercicio preliminar de reflexión o insight, especialmente cuando lo que se ve ahora también se examina en lo que tiene que ver con su significado emocional y se pone en palabras o se describe en imágenes metafóricas.

La escritura de un diario personal por parte del paciente resulta de utilidad para que, en la relectura del mismo, pueda ubicarse en esta posición *exterior*, a la vez que contribuye al trabajo que pueda realizar por sí mismo en la semana, complementando lo trabajado conjuntamente en la sesión (Lanza Castelli, 2022).

La posición *al lado* del paciente tiene una función terapéutica adicional, consistente en terciar entre el consultante y sus objetos. Esto ocurre en tanto el terapeuta procura hacer surgir una imagen más integral del objeto, en la medida en que completa los elementos faltantes en la percepción del paciente y sustituye su función de empatía.

El terapeuta toma las aspiraciones pertinentes y el modo subjetivo de vivenciar del paciente en relación al objeto y, simultáneamente, consigna las necesidades o características de este último.

De este modo, el terapeuta podrá decir algo así como: “Entiendo tu desesperación cuando él se aleja de ti, pero también podemos tomar en cuenta cuando te dice que se siente asfixiado y que necesita más espacio, a partir de lo cual se aleja nuevamente y tú te desesperas otra vez.

¿No crees que se produce un círculo vicioso y que podríamos tratar de pensar otras alternativas que eviten esta reiteración en la que ambos terminan sintiéndose mal?”

3) Los objetivos terapéuticos

De un modo muy sucinto podemos decir que, a los efectos de caracterizar los objetivos de la psicoterapia psicoanalítica modificada por su orientación a la dimensión estructural, vale la pena diferenciar 3 alternativas:

A) En el corto plazo: el objetivo consistirá en ayudar al paciente a estabilizarse, a recuperar su equilibrio que puede haber sido alterado por variadas razones.

B) En el mediano plazo: el objetivo será sustituir las funciones estructurales faltantes, actuando como yo-auxiliar del paciente. El listado de dichas capacidades, así como el modo de evaluar sus déficits y algunos ejemplos de dichos déficits han sido consignados con anterioridad en este artículo.

C) En el largo plazo: el objetivo consistirá en promover el desarrollo de las capacidades estructurales que se encuentran en déficit, instando al paciente a que las utilice y ejercite.

En relación con aquellas capacidades que no pueden mejorarse, se ayudará al consultante a poner en juego modos de afrontamiento que le permitan manejarse más adecuadamente, a pesar de no contar con las mencionadas capacidades.

4) Los temas terapéuticos

Los temas estructurales pueden organizarse en cuatro grupos, y ordenarse en una secuencia que es la que suele surgir en el transcurso del tratamiento: En el comienzo se encuentran los temas vinculados con el afecto, que son relativamente más accesibles a la autopercepción del paciente. Le siguen los temas relacionados con el objeto, en los que el paciente ya tiene más problemas para focalizar, mirar de cerca y superar su esquema interpersonal disfuncional. Los temas estructurales de la relación y el apego requieren una mayor reflexión sobre los procesos intrapsíquicos, que sólo puede lograrse eficazmente a medida que avanza el tratamiento. Por último, los temas del self constituyen la conclusión al



tematizar el conjunto estructural de la personalidad, su autocomprensión, su autorresponsabilidad y su autoestima.

4.1) **Temas relacionados con el afecto:** ¿cómo son vivenciados los afectos, hasta qué punto se los puede diferenciar, ¿cuánto es posible tolerarlos, de qué modo se los regula, ¿cuánto es posible expresarlos y comprenderlos?

Desde el punto de vista terapéutico se trata de reflejar el estado emocional del paciente, nombrando los afectos que no puede identificar en sí mismo. Igualmente, se busca alentarlos en las evitaciones de situaciones que desencadenan determinados afectos y ayudarle a conseguir más distancia de la experiencia emocional intensa. Asimismo, resulta de utilidad retomar afectos positivos (alegría, experiencia corporal positiva) para favorecer su empoderamiento.

4.2) **Vivencia del objeto y dinámica relacional:** el terapeuta intenta implicar al paciente en una exploración conjunta de su visión de los objetos y de su experiencia objetal. Para ello resultan de utilidad las siguientes preguntas:

a) ¿Quiénes son los otros significativos?, b) ¿Hasta qué punto puede percibirlos como distintos de sí mismo?, c) ¿En qué medida puede percibirlos como otros con sus propios intereses, creencias y actitudes?, d) ¿Es capaz de ponerse en el lugar de los demás?, e) ¿Hasta qué punto puede ver el mundo de los objetos de forma realista, qué distorsiones prevalecen?, f) ¿Es capaz de entrar en contacto con los demás, de establecer relaciones?, g) ¿Puede proteger las relaciones que son importantes para él para que no las dañen sus propios impulsos?

El objetivo terapéutico de la percepción adecuada de los objetos brinda en primer término - junto con una experiencia vívida del afecto y una capacidad reflexiva creciente- la posibilidad de comprender a los demás más profundamente, aceptarlos y tratarlos responsablemente.

Pero en la medida en que tiene vigencia una insuficiencia del paciente en este territorio, es importante hacer comprensibles para él los efectos de esta insuficiencia sobre la dinámica de la relación y trabajarlos. En la experiencia disfuncional del paciente, por ejemplo, estar a merced de afectos desbordantes revela un lado infantil,

indefenso, desesperado, que ha de nombrarse como tal.

Se puede aclarar también cómo este lado apela al otro respectivo (por ejemplo, la pareja). Este otro ha de estar dispuesto (según la expectativa del paciente) y ser capaz de encontrarse con esta parte infantil de una manera parental-caliente.

Sin embargo, desde la perspectiva del otro, esto suele implicar una sobrecarga, por lo cual su falta de comprensión (según la perspectiva del paciente), su desinterés, su rechazo, se hacen comprensibles desde esta perspectiva.

4.3) **Apego:** el terapeuta, intenta explorar el sistema de apego del paciente junto con él (apego entendido en el sentido del OPD, no de la teoría del apego).

a) ¿Puede el paciente vincularse emocionalmente a otros?, b) ¿Puede almacenar internamente en su interior buenas experiencias de relación?, c) ¿Puede tener diferentes relaciones con diferentes objetos?, d) ¿Los objetos internos castigadores, persecutorios y devaluadores desempeñan un papel importante en él?, e) ¿Es capaz de tener sentimientos prosociales como gratitud, cariño, responsabilidad?, f) ¿Puede sentir culpa hacia otras personas a las que ha dañado deliberadamente?, g) ¿Puede tranquilizarse y reconfortarse interiormente apelando a introyectos positivos?, h) ¿Puede buscar y aceptar la ayuda y el apoyo de los demás?, i) ¿Puede despedirse y sentir dolor por las pérdidas?

Desde el punto de vista terapéutico, el profesional ha de promover activamente el anclaje interior de introyectos positivos en el consultante, ya que son esenciales para autocalmarse y autocuidarse.

Además, ha de esforzarse en que el paciente pueda controlar los introyectos negativos y practicar una actitud de afrontamiento de los mismos.

En este contexto, también es importante fomentar el afrontamiento del dolor y el miedo cuando se trata de pérdidas y separaciones, así como la cuestión de poder elaborar el duelo cuando se dice adiós.

4.4) **La vivencia del self:** el terapeuta ha de explorar el sistema del self del paciente, junto con él:



a) ¿Se encuentra el paciente delimitado y diferenciado de los demás? b) ¿Puede relacionarse consigo mismo?; c) ¿Puede llegar a comprender su propio interior y, de este modo, conquistar diversos insights?; d) ¿Puede hacerse una idea coherente de sí mismo?; e) ¿Puede relacionar diferentes aspectos de sí mismo entre sí?; f) ¿Puede comprender su propio desarrollo biográfico?; g) ¿Tiene un sentido de la identidad que se corresponda con su realidad vital en función de la edad y el sexo?; h) ¿Puede planificar y actuar de forma autorresponsable?; i) ¿Dispone de términos lingüísticos para sus procesos mentales, es decir, para sus sentimientos, necesidades e intenciones?; j) ¿Puede comunicarse consigo mismo en un diálogo interior?.

El terapeuta ha de fomentar el interés del paciente por sí mismo, por su persona en su totalidad, por sus aspectos parciales, por sus marcas biográficas.

Todo lo que podía entenderse de los otros sistemas -sistema afectivo, experiencia objetal, sistema de apego- tiene que traducirse en palabras para que, de este modo, pueda integrarse en el self. Por lo tanto, desde el punto de vista terapéutico, el terapeuta busca términos lingüísticos, imágenes y metáforas que permitan comunicar la experiencia emocional. Las metáforas, con su vivacidad pictórica y su ambigüedad, son especialmente adecuadas para expresar con palabras lo que aún no es totalmente comprensible, pero que sin duda es importante en la experiencia del paciente.

Por otra parte, tal como se desprende de las consideraciones anteriores, cabe decir que en los trastornos estructurales típicos el paciente no se comprende a sí mismo y es habitual que no tenga orientación ni dirección en su vida.

Por esa razón, el esfuerzo terapéutico consistirá identificar aquellos rasgos que ha internalizado de los demás, sin que lo representen, para cuestionarlos y, eventualmente, removerlos, como así también en buscar esbozos de identidad junto con él: ¿quién o qué podría ser el paciente, qué tipo de personalidad es inherente a él y podría desarrollarse más; qué capacidades, talentos e intereses podrían encontrarse potencialmente en él; qué ámbitos vitales, profesionalmente o en

el terreno de la pareja, podría imaginar el paciente para sí mismo?

¿Le interesa el deporte; hay temas científicos, filosóficos, políticos o religiosos que le atraigan? ¿Experimenta momentos emocionalmente conmovedores o interesantes en el contacto con animales, niños pequeños o ancianos?

Todo esto sería adecuado para contribuir a dar forma a un self individual.

Un ejemplo podrá ilustrar los resultados de este interés, a través del diario de una paciente de 55 años, en busca de su identidad:

“Para qué escribo? Escribo y releo para encontrar en la escritura lo que he trabajado en la terapia y lo que continúo trabajando después de ella.

Busco encontrar mensajes que me digo a mí misma, descripciones que los demás hicieron sobre mí y que las creí durante años.

La terapia y la escritura me permiten identificar y desarmar ese “collage” de opiniones, identificaciones, ideas que me dieron forma y ver qué queda de creíble de todo eso en este momento tan particular que es estar con un pie puesto en los 55 años.

Releo lo que fui escribiendo en este último tiempo y descubro en mi diario repeticiones, repeticiones y más repeticiones, del estilo “no nos tocó”, “no es para mí”, “no va a salir”, “no voy a poder”. Es sin fin...

Descubro identificaciones fuertes y veo que **estuve viviendo la vida de otros sin saberlo, especialmente la de mi madre.**

Ahora tengo que desarmar y armar de nuevo, no es fácil; es más, es difícil.

Pero pasando el tiempo, al ir tomando conciencia en terapia de las formas convencionales, de los sistemas de pensamientos familiares heredados, de lo aprendido, de las obediencias que determinan conductas, de las que no tenía la menor idea de estar repitiendo, se filtra algo.

Sí, de pronto, entre la madeja de lo repetitivo, de lo heredado, se filtra **algo propio**, inédito, creativo, al comienzo algunas palabras, algunas frases, luego pensamientos completos.

Al releer el diario me doy cuenta de que en esas palabras que escribí casi sin darme cuenta, escribiendo sobre lo hablado en sesión, **estoy yo**, o está esa parte mía reclamando ser atendida,



escuchada, respetada. Esa parte mía que no desea ya vivir de lo heredado, de obedecer pautas construidas a través de los años. El trabajo en terapia me abre un espacio para **encontrar lo mío, lo propio**, lo diferente nunca puesto en acción” [negritas agregadas].

Otro aspecto importante en la actitud hacia uno mismo, en el sentido del desarrollo de la personalidad adulta, es la asunción de la autorresponsabilidad. En última instancia, cada persona es responsable de sí misma, es responsable de lo que hace con su vida. Debe ser capaz, entonces, de ocuparse de su persona y de su vida de forma benevolente (aspecto del autocuidado) y, por otro lado, ser capaz de controlar los impulsos que pueden ser perjudiciales para sí mismo.

La responsabilidad, sin embargo, no se limita a la propia individualidad, sino que es menester desarrollar también un sentido de responsabilidad para con los demás (Rudolf, 2013).

5) Las intervenciones terapéuticas

Hasta ahora hemos caracterizado la **actitud terapéutica**, las **posiciones del terapeuta** y los **objetivos terapéuticos**, así como los **temas terapéuticos**. Consideraremos ahora las **intervenciones terapéuticas** en sentido estricto

La descripción reflejante (o especularizante) es la estrategia central de intervención del tratamiento orientado a la estructura. Reflejar significa que el terapeuta le dice al paciente lo que percibe en él, lo que ha escuchado de él, lo que ha notado en su comportamiento, los patrones recurrentes de su experiencia que ha advertido. El terapeuta intenta transmitir una imagen de sí a una persona que tiene poca reflexión sobre sí misma. Lo hace en el grado que considera razonable y útil para el paciente.

Por lo general, el reflejo moviliza poca resistencia porque no revela algo que se ha reprimido, sino que nombra un hecho que se deriva de actitudes implícitas.

Si el reflejo desencadena malestar en el paciente, por ejemplo, sentimientos de impotencia, vergüenza o desesperación, éstos se encuentran en un nivel más consciente y no se originan en áreas profundamente inconscientes y reprimidas.

Sin embargo, antes de poder reflejar algo, es necesario aclarar la imagen del paciente mediante propuestas, preguntas aclaratorias o preguntas sobre la autopercepción afectiva del mismo. Las verbalizaciones *de respuesta* del terapeuta van más allá de la intervención reflejante. Se refieren con tacto a las reacciones afectivas *del terapeuta* (el afecto más frecuentemente comunicado es el de la preocupación ante los comportamientos autolesivos y peligrosos para el paciente, pero no tiene por qué ser el único) (Streeck, Leichsenring, 2009).

La actividad terapéutica descrita anteriormente incluye también intervenciones que conllevan propuestas para estructurar la situación, por ejemplo, animando al paciente a probar ciertas actividades o a abstenerse de otras que, por ejemplo, son adictivas.

Listado de intervenciones terapéuticas

Estimular las producciones psíquicas del paciente (mensajes narrativos sobre situaciones, experiencias, recuerdos, autopercepciones, sueños, etc.) preferentemente en palabras, pero también por otros medios (diseños, dibujos, anotaciones).

Preguntas aclaratorias para promover y centrar/ordenar terapéuticamente las comunicaciones del paciente; se hace hincapié en la necesidad de que el paciente verbalice, en lugar de pretender una *comprensión sin palabras*.

Invitación a la autorreflexión: ¿Cómo lo ves, ¿qué pasa en tu interior a raíz de esa situación, qué emociones te produce?

Expresiones reflejantes: Proporcionar la percepción personal del terapeuta, describiendo y resumiendo la experiencia y el comportamiento del paciente pasibles de conciencia.

Las **comunicaciones de respuesta** del terapeuta implican su propia experiencia emocional en relación a actitudes o conductas del paciente que se relacionen con él.

Intervenciones estructurantes: apoyo activo al paciente en la planificación, previsión y delimitación.

Señalamientos e intervenciones guiadas por hipótesis: La descripción reflejante que parte de las percepciones del terapeuta hace de puente hacia intervenciones en las que el terapeuta llama



la atención sobre las conexiones, los paralelismos, las contradicciones o las lagunas presentes en el paciente.

Intervenciones del terapeuta como cronista de la experiencia del paciente: Recoge los episodios de la experiencia biográfica, la experiencia terapéutica compartida, los acontecimientos, los afectos, los sueños, los puntos de inflexión como un *buen oyente* que guarda los recuerdos y los pone a disposición del otro.

Intervenciones específicas: tienen que ver con perturbaciones en alguna de las distintas capacidades estructurales, por lo que utilizaremos técnicas que sean de utilidad para, por ejemplo, fomentar la reflexividad, favorecer la comprensión del prójimo, promover la regulación de la autoestima, optimizar la regulación de la relación con los demás, estimular la capacidad de empatía, etc.

Dada la amplitud de esta temática y el escaso espacio del que disponemos, tomaré solamente un ejemplo y remitiré a la bibliografía para un desarrollo más amplio del tema (Lanza Castelli, 2019; Rudolf, 2013).

Comprensión y regulación de los afectos:

Éste es un tema crucial, ya que una perturbación estructural es siempre una perturbación de la regulación emocional, por lo que una meta importante consiste en la optimización de la simbolización, identificación y diferenciación de los afectos, así como de su regulación.

Por otra parte, toda una serie de comportamientos disfuncionales, como los accesos bulímicos, la ingesta de alcohol o drogas, las conductas agresivas o promiscuas, el autodaño, etc. se revelan como medidas de emergencia para acallar un afecto insoportable.

Utilizamos dos tipos de estrategias, no excluyentes, para trabajar con esta disfunción:

La primera se centra en la emoción y tiene dos momentos:

A.1) En principio se le propone al paciente que apriete el botón de pausa (Allen, 2005), mediante fórmulas que se establecen conjuntamente con él.

Entre otras alternativas, se le propone que ponga en acto un monólogo interior, en el que se diga a sí misma expresiones como: “¡para”,

“contrólate”, “te estás por descontrolar, para!” y otras verbalizaciones equivalentes.

De todos modos, es el paciente quien encuentra los mejores recursos para tal uso, como, por ejemplo, pensar en los hijos en ese momento, decir su nombre, etc.

A.2) se le sugiere que preste atención a los indicadores de que está comenzando a (por ejemplo) irritarse, y que intente, en primer término, inhibir el crescendo de la irritación (botón de pausa).

Si lo consigue, el segundo paso consiste en que trate de identificar -en ese momento- a qué se debe dicha irritación, en qué situación ha surgido, qué actitud, comentario, etc. la ha activado.

El objetivo consiste en que el paciente aprenda a percibir con anticipación la emergencia de una tormenta emocional, que vaya construyendo, por así decir, un *sistema de señales anticipatorias* para poder entonces hacer algo al respecto, antes de que aflore la emoción.

Este hacer puede tener que ver con -como fue dicho- inhibir el crescendo de la irritación, o, si esto no es posible, con alejarse físicamente del lugar, o interrumpir una conversación que está subiendo de tono, etc.

En todas estas alternativas se busca que el paciente vaya teniendo un sentimiento de agencia en relación con sus emociones, en lugar de ser arrollado por las mismas.

El pasaje de la pasividad a la actividad resulta clave en esta propuesta.

B) La segunda estrategia consiste en incluir la emoción como parte del patrón vincular del paciente y trabajar sobre la clarificación de dicho patrón, lo que favorece la simbolización de la emoción.

Por lo demás, en toda una serie de casos, esta desregulación se acompaña de una dificultad para la diferenciación de los afectos. Los pacientes pueden decir que se sentían “mal” y entonces se pusieron, por ejemplo, a beber, pero no pueden diferenciar cuáles eran los afectos que sentían.

Cabe subrayar que en estos casos no se trata básicamente de un trastorno de la percepción, como si el afecto estuviera diferenciado y simplemente no se percibiera, sino de un trastorno en



la diferenciación de la experiencia afectiva, o sea, de un trastorno en la simbolización del afecto.

Por ese motivo no es posible encontrar palabras para nombrarlo.

Ejemplo:

En el caso de una paciente bulímica, con un bajo nivel de integración estructural, se observaba que ante diversas situaciones que implicaban tensión (y que en principio no parecían ser cualitativamente equivalentes) empezaba a sentir una inquietud intensa y difusa y a comer desahojadamente, en un intento de cancelarla.

Tratando de explorar la cualidad de esta inquietud, surgió que ella la interpretaba como “hambre”, aunque no estaba segura de que lo fuera, ya que dicha inquietud era cualitativamente poco diferenciada.

La continuación del trabajo exploratorio conjunto y de los complementos que por mi parte iba pudiendo aportarle, dieron como resultado que ella pudiera dar forma a esta vivencia, la cual se transformó de inquietud en angustia (que podía reconocer como tal).

Poco después pudimos ver que sí había un factor común en las situaciones que desencadenaban su angustia: el sentirse rechazada y abandonada cuando necesitaba ser reconocida y tenida en cuenta.

La experiencia vincular-emocional-defensiva que recién después de este trabajo pudimos construir podría enunciarse como:

“Necesito que me tengan en cuenta, pero me siento rechazada y eso hace que caiga en una especie de precipicio, presa de terrible angustia.

Necesito entonces atontarme llenándome de comida, en un frenesí de acciones descontroladas”.

Pero esa vivencia, con esa forma precisa no se encontraba *detrás* de sus accesos de bulimia, tal que hubiera sido posible interpretársela desde el comienzo, sino que tuvo lugar después de un trabajo que consistió básicamente en favorecer que pudiera dar forma y figurabilidad a necesidades y a tensiones emocionales que tenían un carácter difuso y protomental (no simbolizado).

Este ejemplo muestra la relación que hay entre:

Vínculos – necesidades – afectos – defensas.

Las necesidades tienen el carácter de imperiosa urgencia, a diferencia del deseo, que puede esperar.

El objeto al que se dirigen suele tener el valor de un sostén narcisista y de un yo-auxiliar, para capacidades que no se poseen.

Por ese motivo, el rechazo de éste a satisfacer la necesidad equivale a un hundimiento del self, a una catástrofe, que reedita experiencias tempranas de igual índole (caer en un precipicio).

De ahí que sean necesarias medidas de emergencia para amortiguar dicha catástrofe.

Se combina el déficit estructural (fallas en la simbolización) con una perturbación narcisista, con un tipo de vínculo dependiente, con angustias primordiales y defensas que son medidas de emergencia.

En el trabajo con el paciente se procede por pasos:

-Junto a promover la simbolización de los afectos, se busca ayudar al paciente a que los conecte con las situaciones interpersonales en las que surgieron.

Seguidamente se busca incluir los afectos en el patrón vincular y sus tres momentos (deseo o necesidad – respuesta del otro – reacción a la respuesta del otro), relacionándolo entonces con la forma en que entendió la conducta de los otros y con la expectativa o necesidad que lo motorizaba.

A medida que se avanza en la clarificación de estas variables, el paciente va comprendiendo mejor el significado de su experiencia emocional.

Asimismo, puede entonces comenzar a buscar otras formas de relacionarse, u otras personas con las que hacerlo, en las que pueda encontrar una respuesta diferente.

En tratamientos de mayor duración se buscará reconstruir la historia de las necesidades y de las experiencias traumáticas tempranas que estas necesidades encontraron como respuesta, viendo entonces las situaciones actuales como reediciones de las mismas.

La inclusión de la temática del conflicto

Tal como fue dicho al comienzo de este trabajo, la concepción de Gerd Rudolf acerca de la psicopatología consiste en que siempre nos encontramos con *formas mixtas*, que incluyen una



proporción variable (según el caso) de conflictos psíquicos y de perturbaciones estructurales.

Por esa razón, la psicoterapia orientada a la estructura ha de incluir *también* el trabajo con el conflicto psíquico.

“La pretensión terapéutica de la psicoterapia orientada a la estructura probablemente se encuentre en la configuración de una relación flexible entre:

una actitud activa más estructurada para promover las capacidades estructurales, por un lado, y una actitud interpretativa más receptiva en el abordaje de las cuestiones conflictivas inconscientes, por otro”.

(Rudolf, 2007, p. 97).

En el presente artículo he considerado solamente -por razones de espacio- el quehacer que busca promover las capacidades estructurales.

Dejo para otra ocasión detallar el modo de trabajar con el conflicto, así como las diversas interrelaciones que pueden establecerse entre el déficit estructural, el conflicto y el patrón vincular.

De todos modos, considero que la temática del déficit estructural, de la forma de evaluarlo y de trabajar con él, es el aporte más útil y novedoso que realiza la psicoterapia psicoanalítica modificada por su focalización en la dimensión estructural. De ahí que haya privilegiado la consideración de esta faceta para el presente artículo.



Referencias

- Allen, J. G. (2005) *Coping with trauma. Hope Through Understanding*. 2nd ed. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Blanck, G. & Blanck, R. (1974) *Ego Psychology: Theory and Practice*. Nueva York : Columbia University Press
- Boessman, U. (2010) *Struktur und Psychodynamic. Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung durch Psychotherapie*. Berlin : Deutscher Psychologen Verlag
- Boessman, U., Remmers, A. (2008) *Behandlungsfokus*. Bonn : Deutscher Psychologen Verlag.
- Bruch, H. (1973) *Les Yeux et le Ventre, l'obèse, l'anorexique*. Paris: Editions Payot.
- Cierpka, M. (2004) Geleitwort zum Rudolf 2004.
- Dreher, C. (2006) Persönlichkeitsstrukturelle und symptombezogene Veränderungen während der psychoanalytische orientierten Psychotherapie Im stationären Behandlungssetting. Eine naturalistische Verlaufuntersuchung in der Littenheid Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Dissertation zur Erlangung der Würde einer Doktorin der Philosophie vorgelegt der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel.
- Ermann, M. (2020) *Psychotherapie und Psychosomatic. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. Stuttgart : Kohlhammer
- Etchegoyen, H. (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires : Amorrortu editors.
- Freud, A. (1972) Die Stellung der infantilen Neurose innerhalb der heutigen psychoanalytischen Kinderpsychologie, en: *die Schriften der Anna Freud*, Bd. 10. München : Kindler; 2639-2653).
- Freud, S. (1923) El Yo y el Ello. Buenos Aires: Amorrortu editores, T XIX, 1979.
- Freud, S. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires: Amorrortu editores, T XX, 1979.
- Freud, S. (1933) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu editores, T XXII, 1976.
- Fürstenauf, P. (1975) Las dos dimensiones del tratamiento psicoanalítico de pacientes con perturbaciones estructurales del yo. Una contribución a la ampliación de la praxeología psicoanalítica. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, Nro 12, abril 2019
- Grande, T. (2002) Therapeutische Haltungen im Umgang mit "Struktur" und "Konflikt", en (Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P.) *Die Struktur der Persönlichkeit. Teoretische Grundlagen zur Psychodynamischen Therapie Struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer
- Greenson, R (1967) *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, Vol. I New York : International Universities Press.
- Grupo de Trabajo OPD (2006) *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona : Herder Editorial, 2008.
- Harsch, W. (1980) *Der Begriff der psychischen Struktur in der Psychoanalyse. Inaugural-Disertation zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an den Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin*. Berlin : Freien Universität
- Jungclaussen, I. (2018) *Handbuch Psychotherapie-Antrag. Psychoanalytische Theorie und Ätiologie*. Köln : Schattauer
- Kernberg, O. (1999) Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and Supportive psychotherapy: contemporary controversies. *International Journal of Psychoanalysis*, 1999 Dec;80 (Pt 6):1075-91.
- Kernberg, O. (2004). Los trastornos antisocial y narcisista de la personalidad. En *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós. Capítulo 5. Págs. 117-144.
- Killingmo, H. (1989): Conflicto y déficit.: implicaciones para la técnica, *Libro Anual de Psicoanálisis*, vol.15: 112-126.
- Kohut, H. (1971) *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires : Amorrortu editores, 1977.
- Kohut, H. (1977) *La restauración del sí mismo*. Buenos Aires : Paidós, 1980
- Lanza Castelli, G. (2019) Psicoterapia orientada al conflicto, psicoterapia orientada a la estructura. *Clínica contemporánea*, número 2, vol. 10.



- Lanza Castelli, G. (2022) La escritura entre sesiones. Su aporte al logro de los objetivos de la psicoterapia. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 17, octubre 2022.
- Lecours, S. (2007) Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, 88: 895-915.
- Rapaport, D. (1960) *La estructura de la teoría psicoanalítica*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- Rudolf, G. (2002) Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit, en (Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P.) *Die Struktur der Persönlichkeit. Theoretische Grundlagen zur Psychodynamischen Therapie Struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2006) Psychoanalyse Therapie struktureller Störungen. Behandlung "as usual" oder Strukturbezogene Modifikation. En Springer, A., Gerlach, A. Schlösser, A-M. (Hg) *Störung der Persönlichkeit*. Gießen : Psychosozial-Verlag
- Rudolf, G. (2007) Strukturbezogene Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. En Dammann, G. & Janssen, P.L. (2007) *Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, pp. 89-98.
- Rudolf, G. (2010) *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 2014.
- Rudolf, G. (2012) *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur Psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer. 3 überarbeitete und erweiterte Auflage, 2013.
- Rudolf, G., Henningsen, P. (2013) *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart – Georg Thieme Verlag. 8, unveränderte Auflage.
- Schneider, G., Seidler, G. (Hg.) (1995) *Internalisierung und Strukturbildung. Theoretische Perspektiven und klinische Anwendungen in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Gießen : Psychosozial-Verlag, 2013.
- Streck, U., Leichsenring, F. (2009) *Handbuch psychoanalytischinteraktionelle Therapie. Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und Schweren Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht
- Sugarman, A. (2006) Mentalization, insightfulness, and therapeutic action. The importance of mental organization. *International Journal of Psychoanalysis*, 2006 Aug; 87(Pt 4):965-87.
- Winnicott, D.W. (1967) Mirror-role of Mother and Family in Child Development, en (1971) *Playing and Reality*. Routledge : London and New York, pp. 111-118.

