

TFP
Transference Focus Psychotherapy

Psicoterapia Centrada en la Transferencia
Objetivos centrales y mecanismos de cambio

La Psicoterapia Centrada en la Transferencia es un abordaje terapéutico de raíz psicoanalítica especialmente diseñado para el tratamiento de trastornos de personalidad severos, cuyo foco principal de trabajo es la transferencia que hace el paciente de sus dificultades al interior de la relación terapéutica.

Este tratamiento ha sido desarrollado durante las últimas décadas por el equipo encabezado por Otto Kernberg en el Personality Disorder Institute (PDI) del departamento de psiquiatría, Weill Cornell Medical College en Nueva York. TFP ha sido sometido a años de investigación¹, demostrando promover cambios significativos en los trastornos de personalidad severos organizados en un nivel limítrofe.

TFP surge como un esfuerzo por dar respuesta a la necesidad de un grupo de pacientes históricamente difíciles de tratar. Pacientes derivados de una clínica a otra, de un terapeuta a otro en busca de ayuda, generando dolor y frustración tanto en los equipos tratantes como en los pacientes y sus familias. La naturaleza desbordada de los afectos de estos pacientes hizo necesario ajustar la técnica analítica clásica de modo de poder abarcar a este grupo de pacientes.

Actualmente existen varios grupos en el mundo que se encuentran desarrollando e investigando esta técnica y ofreciendo una alternativa terapéutica efectiva a pacientes que suelen ser subdiagnosticados y sub-tratados. A partir del año 2008 Chile también cuenta con un grupo especializado en el tema, que ha

¹ Evaluating Three Treatments for borderline Personality Disorder: a Multiwave Study, J. Clarkin et al, 2007. Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, Josephine Giesen-Bloo, 2006.

fundado el Instituto de Trastornos de personalidad Chile, asociado al Weill Cornell Personality Disorder Institute. Este Instituto cuenta con los doctores Otto Kernberg y John Clarkin como consultores y supervisores.

El objetivo de este resumen será revisar y comprender en forma sucinta, en el contexto de la teoría psicoanalítica de la relaciones de objeto, cual es la estrategia central de la psicoterapia centrada en la transferencia, esto es, cuales son sus objetivos a largo plazo y cuales son los principales mecanismos de cambio que en ella intervienen.

Premisas en TFP

En esta psicoterapia se asume como premisa fundamental que la sintomatología propia de los pacientes se desarrolla en el contexto de un desarrollo patológico de la personalidad, durante el proceso de organización y estructuración de la personalidad. De este modo, la conducta observable de estos pacientes y sus molestias subjetivas reflejarían patología en las estructuras psíquicas subyacentes, es decir de los patrones estables de funcionamiento mental que organizan las conductas, las percepciones y la experiencia íntima y subjetiva de una persona. La patología de las estructuras psíquicas dependerá del nivel de integración alcanzado en la organización de estas estructuras psíquicas subyacentes.

Una característica central de la organización psicológica de pacientes con trastornos de personalidad severos es la falta de integración de sus estructuras mentales. En términos estructurales, el psicoanálisis plantea la organización tripartita del aparato mental en Yo-Ello-Superyó, pero en la patología grave no se alcanza suficiente integración como para que estas estructuras se organicen suficientemente. La estructura mental de mayor relevancia diagnóstica y central para el abordaje psicoterapéutico

es el Yo, importa su integración y funcionamiento. Particularmente relevante serán la identidad del Yo y los mecanismos de defensa utilizados. El que una personalidad se organice en un nivel neurótico o límite, va a depender, justamente, del nivel de integración de la identidad del Yo. El grado de integración de la estructura psíquica llamada superyó, si bien apoya el diagnóstico, su mayor relevancia va a ser en relación a la indicación psicoterapéutica y de las consideraciones pronósticas.

La Terapia Centrada en la Transferencia (TFP) busca la reorganización parcial de las estructuras psíquicas en el sentido de una mayor integración, apunta a un cambio en el patrón estable de funcionamiento mental que, como dijimos, organiza las conductas, las percepciones y la experiencia subjetiva, por lo que necesariamente su modificación trae aparejada una mejoría sintomática.

Dirección del trabajo en TFP **a la luz de la Teoría de las relaciones de objeto.**

La teoría a la base de la comprensión de la patología límite desarrollada por Kernberg, y que va a determinar las características distintivas de la psicoterapia centrada en la transferencia, son las concepciones psicoanalíticas modernas de relaciones de objeto.

La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto señala que todos los afectos son siempre experimentados en relación a un otro, que llamamos objeto. Estas relaciones afectivas con otros significativos son internalizadas desde muy temprano, de modo que se van organizando e integrando para formar las estructuras psíquicas que luego sirven como organizadoras de la motivación y la conducta. En otras palabras, las relaciones de objeto internalizadas, van a ser los componentes centrales de las estructuras psíquicas. Como en TFP se apunta a una

reorganización de las estructuras psíquicas, es justamente a este nivel, a nivel de las relaciones de objeto internalizadas, que va actuar este abordaje terapéutico.

Desarrollo Normal

En el transcurso del **desarrollo normal**, las diferentes experiencias son internalizadas de una manera tal que una parte de la psique se constituye y organiza a partir de las experiencias de satisfacción y otra parte de la mente se organiza a partir de las experiencias de frustración. Las experiencias de satisfacción despiertan sentimientos amorosos e involucran la internalización de relaciones donde se internaliza la imagen de un otro que es vivenciado como ideal y perfectamente nutritivo junto a una imagen de si mismo feliz y satisfecho. En términos de relaciones de objeto tenemos un self y un objeto vinculados por afectos amorosos.

Por otro lado las experiencias de frustración despiertan sentimientos de odio por el sufrimiento que causan. Estas experiencias involucran la internalización de una relación de objeto donde encontramos la imagen de un otro que es sentido como alguien que priva o abusa y se vivencia a si mismo como necesitado, insatisfecho y desesperanzado. Aquí, lo que encontramos es una imagen de self junto a una imagen de objeto vinculadas por afectos agresivos.

La mente se desarrolla, entonces, a partir de un mundo interno que está, originalmente, dividido entre un sector idealizado y un sector persecutorio, donde las imágenes de si mismo y de los otros son parciales, simples e igualmente ideales o persecutorias. Sin embargo el desarrollo normal tiende a la integración, de modo que si todo va bien y predominan experiencias de satisfacción, entonces, se forma un núcleo yoico suficientemente fuerte como para que los intensos afectos negativos puedan ser regulados e integrados junto a las experiencias más amorosas. De esta manera, las imágenes polares, buenas y malas se van integrando gradualmente, lo que lleva a que se desarrolle naturalmente una concepción de si mismo y de los otros que es cada vez mas

realista, compleja, profunda y estable en el tiempo, esto es una **identidad del yo integrada**.

Desarrollo Patológico

En quienes desarrollan **patología** limítrofe, las experiencias de satisfacción no han sido suficientes, predominarán las experiencias de frustración y dolor, y el aparato mental no contará con los recursos suficientes para poder regular e integrar la emergencia intensos sentimientos de rabia, ira o envidia. La división que era natural y propia del desarrollo temprano, se mantiene más adelante, pero esta vez por razones defensivas, como una manera de defenderse de las terribles angustias que despierta la integración.

El motivo por el cual estos pacientes escinden tan violentamente lo bueno de lo malo es su necesidad inconsciente de proteger lo bueno, dentro de sí mismo y en el mundo, de ser destruido por su odio. De proteger, por ejemplo, al objeto idealizado, esto es, a la persona que el sujeto siente como fuente de cuidado, de bien estar y satisfacción, ya que teme que los sentimientos de rabia, odio y destrucción que surgieron en momentos en que se sintió frustrado por parte del objeto dañen o destruyan a quien ama y necesitan. En ese momento de frustración el otro es sentido como alguien totalmente malo que merece ser destruido por el dolor que le causa. La escisión le permite, entonces atacar violenta y desconsideradamente a quien le ha causado frustración y ha despertado su ira sin que el sujeto sienta que pone en peligro a alguien a quien necesita y que es fuente de satisfacción. Debido a la escisión la persona a quien odia y ataca es sentida como otra diferente que la que ama.

El uso masivo por parte del yo de mecanismos de defensa centrados en la escisión impide que se produzca la integración necesaria para seguir avanzando en el desarrollo. De esta manera, la división o escisión entre sectores del mundo interno idealizado y persecutorio se hace permanente, se mantienen imágenes de sí mismo y los otros que son parciales, caricaturescas y polares. Es

así como las estructuras psíquicas se estabilizan de un modo patológico como **difusión en la identidad del yo**.

Como estas estructuras son las que van a organizar la percepción, la motivación y la conducta, estos pacientes se relacionan con el mundo de un modo que, en un momento dado, solo son capaces de percibir o bien los aspectos positivos o bien los aspectos negativos de la persona con la que se encuentran y de la situación que están viviendo, despertando afectos concomitantes de satisfacción o frustración. Estos afectos tienen un carácter totalizante y los llevan a responder y actuar como si la situación fuese ideal o bien terrible y persecutoria, alternando de un estado a otro según la relación de objeto que se ha activado.

Que una determinada relación de objeto se active significa que la situación actual es percibida en términos de la relación de objeto internalizada tempranamente en el desarrollo, tiñendo y distorsionando de esta manera la percepción de la situación presente y comportándose en concordancia con esa percepción parcial y distorsionada. Evidentemente esto genera caos en sus interacciones.

En términos estructurales TFP busca, en lo esencial, integrar los aspectos disociados del mundo interno del paciente en el sentido de resolver la Difusión de Identidad y al mismo tiempo pretende reducir la necesidad de utilizar defensas centradas en la escisión y que debilitan el yo y empobrecen su repertorio de respuestas.

Secundariamente a esta integración de su identidad y de su mundo interno se espera que el paciente desarrolle la capacidad de controlar impulsos, tolerar ansiedad, modular afectos, desarrollar relaciones interpersonales, experimentar amor e intimidad.

Cuales son los mecanismos de cambio que operan en TFP para lograr sus objetivos primordiales de integración y uso de defensas que no interfieran con el proceso de integración?

Si son las relaciones de objeto internalizadas las que llevan a la repetición y a dificultades crónicas a nivel afectivo y cognitivo y conductual, entonces, el cambio de la organización subyacente se relaciona necesariamente con la resolución de estas relaciones de objeto internalizadas y la integración de aspectos escindidos del self y de otros significativos en concepciones cada vez mas integradas, realistas y flexibles.

La relación con el terapeuta al centro del trabajo terapéutico.

1.- Activación de relaciones de objeto en un contexto seguro

Si lo que vamos a hacer es trabajar sobre las relaciones de objeto, se trata de que estas relaciones de objeto internalizadas se activen con toda su fuerza y en relación al terapeuta para poder trabajar directamente sobre ellas.

Entonces, lo primero que caracteriza a TFP es que va a crear las condiciones necesarias que fomentan y contienen la activación de estas representaciones internas distorsionadas del self y de los otros en la relación actual con el terapeuta. Se aprovecha el despliegue del mundo interno del paciente para entender lo que el paciente vive y percibe mas profundamente. Sin embargo, esta activación de las relaciones de objeto en la situación terapéutica esta caracterizada por el despliegue de afectos muy intensos de amor y odio. Es propio de TFP no solo crear las condiciones que facilitan esta activación, sino que instalar condiciones que protejan y prevengan que la irrupción de estos intensos estados

afectivos rompan la relación y la comunicación con el terapeuta de la misma manera que ocurre en las relaciones interpersonales cotidianas o en la larga lista de tratamientos fracasados con que cuentan estos pacientes. De este modo, central al abordaje en TFP es la instalación de un **encuadre** y un **contrato** terapéutico que establezca las condiciones mínimas para que el trabajo terapéutico pueda tener lugar, y que protegen al paciente y la continuidad del tratamiento de la reactivación de sus relaciones internas patológicas.

Otro elemento que contribuye a que el contexto terapéutico sea sentido como seguro, es que un terapeuta TFP no responde al desafío afectivo de estos pacientes de la misma manera que lo hace su entorno, sino que promueve y permite la máxima expresión de sus representaciones internas. El terapeuta empatiza con la experiencia subjetiva total del paciente, incluyendo sus aspectos más negativos, rabiosos y hostiles, demostrando su interés así como su capacidad de tolerar y trabajar con estos aspectos del paciente, no intenta educar sino que ayuda a que el paciente pueda confiar en que esta relación va a poder contener la intensidad y confusión de su experiencia subjetiva.

Las condiciones de estabilidad y seguridad del entorno terapéutico promueven que estos pacientes empiecen a mirar la manera en que sus percepciones y conductas con el terapeuta están teñidas o francamente distorsionadas por su mundo interno escindido, y cómo éste se aleja, visiblemente para ellos mismos, de lo que realmente está ocurriendo en la interacción con el terapeuta. Es, justamente, al alero de estos estados mentales que el terapeuta puede ir progresivamente mostrando y ayudando al paciente a entender la manera en que el paciente escinde y cómo esta escisión y parcialización de la realidad en buena y mala fe, y organiza su relación con la realidad.

Entonces un mecanismo de cambio fundamental en TFP es la facilitación de la reactivación de relaciones de objeto internalizadas y que han sido disociadas o proyectadas pero en condiciones controladas.

2.- Traducción de conducta y afecto en términos de relaciones de objeto subyacentes.

Un vez que se han activado las relaciones de objeto en la relación terapéutica, se despliegan intensos afectos y actuaciones dirigidas al terapeuta. Entonces se trata de entender y ayudar al paciente a entender estos sentimientos y conductas que son tan disruptivas. Como vimos antes, todo afecto se da siempre en el contexto de una relación de objeto subyacente, se entiende que es la relación de objeto la que ha operado como motivador de la conducta y la que, finalmente, ha dado origen a ella. Se trata entonces, de entender que fantasía o relación de objeto inconsciente está a la base de un determinado afecto o conducta. Se trata por ejemplo de entender que fantasía tiene el paciente de lo que está ocurriendo entre el terapeuta y él mismo y que lo hace sentir algo en particular. Podría ser, por ejemplo, que el paciente está muy enojado porque siente que el terapeuta no lo quiere ni se interesa en él, ya que si realmente lo apreciara no le cobraría y lo vería en otros horarios en que lo necesitara. Su intensa rabia se debe a que se ha activado una relación de objeto en la cual el paciente se identifica con un paciente-niño muy necesitado frente a una terapeuta-madre que es sentida como mala por ser fría e indiferente ante su necesidad. Cuando el paciente piensa que si él le importase al terapeuta entonces no le cobraría o lo vería en fines de semana, lo que subyace es la idea de un niño necesitado con una terapeuta-mama ideal que da siempre todo lo que necesita y lo deja feliz y satisfecho. El terapeuta TFP deberá entonces traducir estos intensos afectos y conductas que se han activado en la situación terapéutica en términos de las relaciones de objeto que le subyacen, ayudando así al paciente a entender porque siente lo que siente o hace lo que hace.

Se trata entonces de identificar y comprender las relaciones de objeto primitivas que son afectivamente dominantes en sesión, de modo que las representaciones parciales de sí mismo y del objeto puedan ser integradas. Para que la integración pueda tener lugar el terapeuta TFP debe rastrear junto con el paciente la manera en

que estas representaciones subyacentes contribuyen a la experiencia subjetiva y en sus relaciones interpersonales, para luego entender y darle sentido a esta mantención de la escisión.

La escisión entre las díadas teñidas exclusivamente de afectos positivos e idealización y las díadas teñidas de de afectos negativos y agresión deben mantenerse separados para evitar la emergencia de intensa ansiedad, la ansiedad que produce la fantasía que si no se mantienen separadas lo agresivo pueda destruir lo amoroso. Mientras estas representaciones no son integradas en representaciones moduladas y con matices afectivos, el paciente continua percibiéndose a si mismo y a los otros en términos exagerados y distorcionados y que oscilarán alternativamente entre ambos extremos.

La interpretación consiste en vincular las díadas positivas y negativas activadas en la transferencia. Esto lleva a una integración progresiva de los segmentos de la experiencia mutuamente escindidos idealizados y persecutorios, ayudando al paciente a alcanzar un sentido de si mismo y los otros coherente, de mayor complejidad y con matices, resolviendo así la difusión de identidad.

A medida que el paciente empieza a identificar y reconocer la manera en que se repite en patrones el modo en que se relaciona, y se hace predecible para el paciente la activación de estas imágenes de si mismo y del objeto que son contradictorias, entonces el terapeuta le puede mostrar e interpretar cómo se defiende activamente para mantener estas imágenes positivas y negativas separadas la una de la otra, intentado evitar con ello las ansiedades que emergerían si se experimentan simultáneamente estos aspectos contradictorios.

En resumen, la estrategia central en TFP es facilitar la reactivación en la situación terapéutica de las relaciones de objeto escindidas que son luego observadas e interpretadas en la transferencia y que, como consecuencia del proceso de integración, llevan a una reorganización de las estructuras psíquicas.

**Javiera Somavía Santa-Cruz
Psicóloga y Psicoanalista APCH**

Bibliografía

Psychotherapy for Borderline Personality, Focusing on Object Relations, 2006. American Psychiatric Publishing. John F. Clarkin, Ph.D., Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D., and Otto F. Kernberg, M.D.