

## La Terapia Basada En La Estructura: Teoría Y Clínica

Gustavo Lanza Castelli

La psicoterapia centrada en la estructura surge a fines del siglo XX, de la mano de Gerd Rudolf y colaboradores. Consiste en una modificación del enfoque psicoanalítico clásico y ha sido diseñada especialmente para el trabajo con aquellos pacientes cuyo padecimiento no obedece en primer término a la presencia de conflictos inconscientes, sino a la eficacia de déficits y limitaciones en su estructura psíquica. Estos pacientes han sido descriptos en la literatura como “difíciles”, con “organizaciones duales”, “preedípicos”, con “personalidades primitivas”, etc. (Cierpka, 2004) y la experiencia ha demostrado que se benefician en muy escasa medida de la técnica psicoanalítica clásica, con su énfasis en la interpretación y en el análisis de la transferencia. Manfred Cierpka sintetiza esta idea en la siguiente frase: “Cuanto más acentuados son los problemas estructurales de los pacientes, tanto más difícil resulta alcanzar el éxito con la ayuda de la técnica psicoanalítica standard” (2004, p. VIII).

Otros autores han ido más allá, al sostener que la aplicación de esta técnica -con dichos pacientes- puede ser perjudicial, en la medida en que las interpretaciones son vividas 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 terapia centrada en la estructura tiene como pretensión y 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 caracterizarla con precisión y en la utili-

zación de una serie de técnicas y procedimientos encaminados a remediar los déficits y limitaciones de dicha estructura.

Si bien esta terapia ha alcanzado un importante desarrollo y se encuentra muy difundida en Alemania, el hecho de que la casi totalidad de los trabajos sobre la misma hayan sido escritos en idioma alemán, ha hecho 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, para puntuar posteriormente su tipo particular de enfoque y algunas de las modalidades técnicas que se utilizan en ella.

### El concepto de estructura

En una serie de trabajos se insiste, desde hace años, en la importancia teórica y clínica de diferenciar dos mecanismos psicopatológicos distintos: el del conflicto y el del déficit estructural.

El tema de la estructura se encuentra ya presente en Freud. Con su concepto del aparato psíquico (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.

El interés posterior a Freud en este tema, fue particularmente estimulado por los trabajos de los teóricos de la psicología del yo (Rapaport, 1960), de los psicólogos 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 han pasado 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).

Uno de los trabajos ya clásicos al respecto es el de B. Killingmo (1989), quien postula resueltamente la necesidad de diferenciar estos dos aspectos, que suponen mecanismos diversos en juego y requieren, por tanto, intervenciones diferentes por parte del analista o terapeuta.

No obstante, ninguno de los autores mencionados (excepto Kernberg) proporciona una operacionalización de este concepto, lo que permitiría evaluarlo empíricamente mediante diversos instrumentos, acercarlo a la base empírica dejando de lado conceptos metapsicológicos demasiado abstractos y facilitar 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.

Nació 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 prerequisites para el tratamiento; 2) Relación; 3) Conflicto; 4) Estructura; 5) Trastornos psíquicos y psicósomáticos

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 método se basan en lo esencial en la obra de Gerd Rudolf, quien propone una concepción funcional de la estructura (2002a), en base a la cual diseña la “terapia basada en la estructura” (Strukturbezogene Psychotherapie) (2002b, 2004, 2010).

### **La concepción funcional de la estructura psíquica:**

La estructura debe diferenciarse de los contenidos (como, por ej. el sentimiento de sí, los patrones vinculares conflictivos, etc.), ya que se refiere al nivel de organización de las funciones psíquicas, 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?”.

Según Rudolf, el concepto de estructura puede ser descripto como “el self en su relación con el objeto” (2007, p. 89). También 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” (2004, 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 desa-



rrollan 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 los propios afectos, de empatizar con los demás, de regular el sentimiento de sí, 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, 2002a).

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 de la estructura 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, 2004, 2007; Grupo de trabajo OPD-2, 2006). Ellas son:

##### *1. Percepción de sí y percepción del objeto:*

Forman parte de ella: 1) la autorreflexión, consistente en la capacidad de tomar el propio self como objeto de percepción y reflexión, beneficiándose de ello; 2) la diferenciación de los afectos, que alude a la posibilidad de identificar y diferenciar distintos afectos entre sí, sea que surjan en el vivenciar de modo aislado o, lo que es habitual, que formen parte de un conglomerado emocional; 3) la capacidad de mantener una autoimagen constante y coherente a través del tiempo (identidad).

En lo que hace al objeto, encontramos: 4) la capacidad para diferenciar entre el self y el objeto (diferenciar pensamientos, necesidades e impulsos propios, de los de los otros); 5) la

capacidad para percibir de modo completo a los demás, en sus diferentes aspectos (buenos y malos); 6) 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: 1) la capacidad para contener e integrar los propios impulsos; 2) la capacidad para aceptar, tolerar y elaborar los propios afectos; 3) 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: 4) la capacidad para proteger la relación frente a los propios impulsos, mediante su elaboración interior; 5) la capacidad para hacer valer los propios intereses, a la vez que se tienen en cuenta y se valoran también los intereses del otro; 6) 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: 1) la capacidad para dejar que surjan los afectos y vivirlos; 2) la capacidad para acoger las propias fantasías y sueños, enriqueciéndose con ellos; 3) la capacidad para tener una vivencia emocional de la propia corporalidad.

En relación al objeto, abarca: 4) la capacidad para desarrollar un contacto emocional con el otro; 5) 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; 6) la capacidad para ingresar en el mundo emocional del otro (empatía).



#### 4. Capacidad de vínculo interno y de relación externa:

Comprende las siguientes capacidades: 1) la capacidad para internalizar personas significativas y construir imágenes internas estables de las mismas; 2) la capacidad para utilizar los objetos internos a los efectos de cuidarse, tranquilizarse o darse ánimos; 3) la capacidad para tolerar vínculos cualitativamente diferentes con diversos objetos (vínculos variados y triangulares).

En relación al objeto, incluye: 4) la capacidad para establecer relaciones emocionales con los demás, permitiendo que se vuelvan importantes para uno, sin entrar en relaciones de dependencia; 5) la capacidad para tomar a los otros como objetos buenos y aceptar ayuda (apoyo, cuidado, protección) por parte de los mismos; 6) la capacidad para desprenderse de los vínculos y despedirse.

Las dimensiones que acabo de consignar están sintetizadas al máximo, pero razones de espacio harían imposible un desarrollo pormenorizado de la variedad y riqueza de cada una de ellas. A los efectos de ilustrar su amplitud, ampliaré la última de dichas dimensiones, transcribiendo la forma en que es caracterizada en el manual del OPD-2:

#### *Capacidad de vínculo interno y de relación externa:*

“*Referido al self*: estas funciones estructurales se refieren a la capacidad de relacionarse con otros, tanto intrapsíquicamente como en el contacto interpersonal. El punto de partida lo genera la capacidad de crear representaciones internas de personas significativas (representantes de objeto), de investir las emocionalmente de manera positiva y de mantenerlas; es decir, se refiere a capacidad de internalización. La disponibilidad de estos objetos internos positivos conforma el requisito de la capacidad de calmarse a sí mismo, de consolarse y de protegerse.

En un desarrollo favorable de la función de la internalización se encuentran disponibles diferentes objetos internos, los cuales representan distintas cualidades de la relación (por ejemplo, representaciones de imágenes paternas, hijos, hermanos, parejas, rivales, etcétera).

*Referido a los objetos*: la capacidad para internalizar objetos es un requisito para poder vincularse emocionalmente a otros en relaciones reales. El opuesto lo constituye la capacidad de separarse y de poder despedirse.

Un indicador de estabilidad en las relaciones es la capacidad de vivenciar afectos pro-sociales, ya sea en relación con las representaciones internas del objeto, como en relación con los objetos reales externos. Estos afectos son la solidaridad, el sentido de responsabilidad, el cuidado, pero también, ante la trasgresión de normas éticas, la capacidad de experimentar culpa. De la misma manera, también corresponde la capacidad de sentir tristeza ante la pérdida de objetos internos o externos significativos.

Una consecuencia importante de la capacidad de vínculo interno y externo es la facultad de utilizar los objetos buenos disponibles en el mundo externo, es decir, buscar ayuda y consentirla, aceptar el apoyo bien intencionado y el cuidado de otros” (Grupo de trabajo OPD-2, 2006, pp. 309-310).

#### B) El nivel de integridad estructural:

Este concepto posee la mayor importancia teórica y clínica, y 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, 2004, pp. 80-98).

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

*B.1. Nivel estructural bueno (estructura bien integrada):* nos encontramos en este caso con un self relativamente autónomo, que tiene a su disposición la capacidad 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 estructurado, 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, castigado o dañado, y amenazado en la propia identidad social y psicosexual (Rudolf, 2004. Cf. una caracterización un tanto diferente en Grupo de trabajo OPD-2, 2006, p. 294).

*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 interior 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 clemencia de los objetos internos y externos.

*B.4. Nivel desintegrado:* desintegrado no es lo mismo que desorganizado. 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 disponibles objetos buenos.

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 configuración, 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 soportable.

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 autocastigo, autoagresión o autodaño.

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 centrada en la estructura es importante comprender el desarrollo de las funciones estructurales, que comienza con el nacimien-

to. 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.

Dado lo extenso de este tema (que requeriría un trabajo en sí mismo), me limitaré a reseñar brevemente sólo alguno de los ítems presentes en cada uno de los cuatro sistemas. En cada caso señalo los temas y las necesidades básicas que en ellos tienen lugar, a la vez que diferencio las experiencias del niño con su objeto primordial y las capacidades estructurales en desarrollo, que surgen en dichas experiencias.

#### *C.1) Desarrollo del sistema de la proximidad y de la comunicación (primer cuarto del primer año).*

En este momento evolutivo la madre y el niño se dirigen el uno al otro y construyen un sistema de comunicación. El tema central es el aseguramiento de una cercanía adecuada entre ambos, que se establece en el cuidado corporal, la alimentación, el sostén del niño, etc.

La observación de bebés ha puesto el acento en la mutua comunicación entre madre e hijo, en la regulación de las necesidades de éste y de sus ritmos.

Se pone en juego en este estadio el sentimiento de existir y de poder ser, del ser tranquilizado y cuidado.

C.1.a Las necesidades fundamentales son: ser cuidado corporalmente, sintonizar en un diálogo comunicativo, regulación de la cercanía y la distancia.

C.1.b (Algunas de las) experiencias del niño con su objeto primordial: las emociones manifestadas por el niño (como expresión de sus necesidades corporales) son respondidas adecuadamente a través del alimento, el cuidado, el sostén, las palabras.

C.1.c (Algunas de las) capacidades estructurales en desarrollo, que arraigan en dichas experiencias: la experiencia basal de ser cui-



dado es un requisito para la posterior internalización de un objeto bueno, que es una capacidad estructural de la mayor importancia.

### *C.2) Desarrollo del sistema vincular (1 a 2 años)*

Una vez que la madre y el niño se han diferenciado y han encontrado una cercanía óptima, la próxima tarea del desarrollo es la construcción e internalización de un vínculo emocional con el objeto significativo.

El niño internalizará un representante psíquico de su figura vincular central, a la que investirá positivamente (comienzos de la construcción de un objeto bueno).

Se desarrolla también la confianza en que el objeto acudirá, cuando el dolor o el displacer se hagan sentir y el niño le llame con su llanto.

C.2.a Las necesidades fundamentales son: obtener seguridad y protección, ser calmado, recibir animación a través de los objetos significativos.

C.2.b (Algunas de las) experiencias del niño con su objeto primordial: a partir de las experiencias de interacción de la índole “tú estás allí y yo estoy aquí”, resulta la capacidad para diferenciar entre yo y no-yo.

C.2.c (Algunas de las) capacidades estructurales en desarrollo, que arraigan en dichas experiencias: capacidad para diferenciar el self del objeto.

### *C.3) Desarrollo del sistema de autonomía (2 a 4 años):*

Afirmación de un self que deviene progresivamente independiente del objeto reasegurador, con nuevas posibilidades de vincularse con dicho objeto.

Se desarrolla una progresiva autonomía, motriz y psicológica, que lleva a probar la propia voluntad, el propio pensamiento y el propio desempeño, y a ponerlos bajo el control del yo.

Aparece el deseo exploratorio, la autoafirmación y la agresividad hacia el objeto, junto con la necesidad de controlarla.

C.3.a Las necesidades fundamentales son: poder devenir autónomo y sustraerse a los propios impulsos hacia el objeto.

C.3.b (Algunas de las) experiencias del niño con su objeto primordial: la progresiva internalización de las experiencias vinculares con el objeto, lo vuelven más independiente de la presencia real de éste.

C.3.c (Algunas de las) capacidades estructurales en desarrollo, que arraigan en dichas experiencias: capacidad para una mayor autonomía y un mayor control de impulsos, en base a normas y pautas parentales. Capacidad de empatía.

### *C.4) Desarrollo del sistema de identidad (4 a 6 años):*

Construcción de una representación realista de la propia persona y de su lugar en el mundo del objeto.

El niño desarrolla un sentimiento de identidad (psíquica, social, sexual), junto con la comprensión de los límites entre las generaciones y las diferencias entre los sexos.

C.4.a Las necesidades fundamentales son: ser en correspondencia con la propia identidad y la situación real, y poder interactuar con el objeto.

C.4.b (Algunas de las) experiencias del niño con su objeto primordial: se establecen e internalizan relaciones diferenciadas con objetos también diferenciados; la capacidad de pensar en el ser y el no ser, tanto del self como del objeto, permite llevar a cabo el proceso psíquico de la despedida y el duelo.

C.4.c (Algunas de las) capacidades estructurales en desarrollo, que arraigan en dichas experiencias: capacidad para la percepción del objeto total; capacidad de tener una representación realista del self; capacidad para cons-



truir diversos vínculos; capacidad para separarse del objeto.

Así como la satisfacción adecuada de las necesidades presentes en estos cuatro sistemas, favorece el desarrollo de una estructura con alto nivel de integración, la falla en la provisión de dicha satisfacción por parte de los cuidadores, y su reemplazo por actitudes que provoquen sufrimiento, temor, abrumamiento anímico, etc. en el niño, dificultan o impiden la maduración de las capacidades estructurales y dan lugar a las restricciones o limitaciones de las mismas que encontramos posteriormente en los desenlaces patológicos.

### **Psicopatología y terapia:**

#### **D) Las perturbaciones estructurales:**

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 patogénos distintos, que requieren, por tanto, abordajes clínicos también diferentes (Grande, 2002; Rudolf, 2002b, 2004, 2010).

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.

Cabe agregar que en la realidad clínica concreta encontramos habitualmente diversas articulaciones entre estas dos variables, que pueden entrar en variadas 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, cuya causa son.

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, me centraré en las perturbaciones estructurales exclusivamente, haciendo abstracción de su habitual relación con la dimensión del conflicto.

En una primera caracterización de las mismas, 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.

A su vez, las perturbaciones vinculares tempranas inciden en los sistemas mencionados en C), por lo que -en estos casos- las capa-





idades basales de cada uno de ellos (cercanía y comunicación, internalización del objeto significativo, desarrollo de la autonomía, conquista de la identidad) no se desarrollan adecuadamente.

Podríamos decir que el adulto que posee un buen nivel estructural ha logrado un proceso de desarrollo en el que se evidenció una progresiva diferenciación e integración, cuyo resultado se muestra -entre otras cosas- en el incremento en la capacidad de mentalizar, en la creación de un espacio psíquico del que puede disponer para tramitar en él los diversos conflictos que lo perturban.

Por el contrario, en el trastorno estructural ha habido un déficit del desarrollo, por lo que no se han logrado ciertas diferenciaciones estructurales y fases del proceso de integración. De ahí que el self no tenga a su disposición dicho espacio psíquico, no pueda regularse adecuadamente, ni sea capaz de establecer relaciones interpersonales satisfactorias (Grupo de trabajo OPD-2, 2006).

Podríamos decir también que en estos casos el paciente pierde -en situaciones de estrés- la capacidad de que su self se ubique como agente y poseyendo un sentimiento de autoeficacia. Por este motivo -desde su perspectiva- su padecer y las diversas crisis emocionales y vinculares por las que atraviesa, obedecen indudablemente al comportamiento inadecuado (rechazante, incomprensivo, hostil, atemorizante, etc.) del otro, que resulta perturbador y difícil de resistir, lo cual lo compele a actuaciones, a ataques furiosos contra el mundo objetal, a la huida y la retracción, a acciones forzadas hacia sí mismo que habitualmente tienen un carácter agresivo, etc.

Así las cosas, encontramos un cuadro clínico que deriva de diversas carencias y perturbaciones en las capacidades enumeradas en A), en las que se manifiesta también una cierta forma de déficit en el sentimiento del self como agente.

Cabe aclarar que el cuadro clínico que consignaré en lo que sigue (en base a dichas capacidades), estará hartamente esquematizado por razones de espacio, ya que, para que fuera más completo, haría falta describir los cuatro niveles de integración (integrado, integración mediana, baja, desintegrado) para cada una de las capacidades mencionadas, a la vez que consignar la tipología de las perturbaciones estructurales que propone Rudolf (2004), así como las diversas articulaciones de dichas perturbaciones con los ejes del conflicto y el vínculo (Grupo de trabajo OPD-2, 2006; Rudolf, 2010; Stass et al., 2014), tal como las encontramos en la práctica clínica.

*D.1) Autorreflexión:* encontramos marcadas limitaciones en esta capacidad, así como aferramiento a lo concreto.

*D.2) Diferenciación de los afectos:* no es posible tener claridad sobre la propia situación emocional. Así, un paciente puede decir que se siente “mal”, sin que pueda determinar si se trata de tristeza, angustia, enojo, vergüenza, etc.

Asimismo, encontramos dominancia de afectos negativos, vacío emocional, evitación generalizada del afecto, o afectos globales e indiferenciados.

*D.3) Identidad :* no es posible mantener un sentimiento de identidad coherente, estable y constante a través del tiempo, sino que ésta es cambiante e inestable.

*D.4) Diferenciación self-objeto:* no es posible llevar a cabo con claridad esta diferenciación, por lo que encontramos una mezcla o un trastrueque entre lo interno y lo externo.

*D.5) Percepción de los demás:* los otros no son percibidos en su complejidad, sino en función de los propios deseos.

*D.6) Percepción realista del objeto:* encontramos una percepción sesgada por temores o deseos, la percepción de objetos “todo buenos” o “todo malos” y percepciones no realistas de los demás, debidas a proyecciones.



*D.7) Regulación de los impulsos:* regulación excesiva que lleva a inhibiciones en la sexualidad y la agresividad, o descontrol y conductas impulsivas. Mezcla de acciones libidinales con otras auto y heterodestructivas.

*D.8) Tolerancia a los afectos:* no es posible sobrellevar los propios afectos, que reclaman una descarga rápida, sea a través de atracones de comida, consumo de drogas, actuaciones, comportamiento autolesivo, etc.

*D.9) Regulación del sentimiento de estima de sí:* se logra solamente mediante la aprobación de los demás. En otros casos dicho sentimiento es muy frágil y se oscila entre una marcada susceptibilidad a las afrentas y un sentimiento de grandiosidad irreal.

*D.10) Protección de las relaciones:* no es posible elaborar intrapsíquicamente los impulsos perturbadores de las relaciones, por lo que éstos inciden negativamente en las mismas.

*D.11) Intereses propios y ajenos:* no es posible armonizar los intereses propios y ajenos. En otras ocasiones los propios intereses se siente amenazados y hay una falla en la representación de los intereses ajenos.

*D. 12) Capacidad de anticipación:* está restringida la capacidad de anticipar las reacciones de los demás, a los efectos de regular el propio comportamiento. Por lo tanto, son reducidas las posibilidades de satisfacer los propios impulsos de un modo socialmente adecuado y acorde con los valores personales. También encontramos anticipaciones negativas exageradas.

*D. 13) Vivencia de los afectos:* los afectos son vivenciados en forma limitada. En otros casos se mantienen en forma sostenida los afectos negativos (pánico, rabia, asco, desprecio, etc.).

*D. 14) Uso de las fantasías:* marcadas restricciones en la capacidad de fantasear. En otros casos las fantasías negativas son vividas como certezas amenazantes.

*D. 15) Vivencia emocional de la propia corporalidad:* inseguridad respecto a la propia imagen corporal; limitaciones en la vivencia del propio cuerpo, el cual puede ser vivido en forma desapegada. En otros casos encontramos una vivencia fragmentada del cuerpo.

*D. 16) Contacto emocional con el otro:* el interés en el contacto interpersonal está restringido y es poco personalizado. En otros casos encontramos una evitación del contacto, o una conducta vincular exagerada y carente de distancia.

Malos entendidos frecuentes, rupturas de la comunicación.

*D. 17) Comunicación de los afectos:* la comunicación se ve restringida debido a las dificultades para diferenciar los propios afectos, la carencia de empatía, la predominancia de afectos negativos, etc.

*D. 18) Empatía:* restricciones para aprehender el mundo vivencial del otro. Limitada comprensión y compasión en relación con los demás.

*D. 19) Internalización:* dificultades para construir imágenes internas buenas de personas significativas, que tengan vigencia con independencia de la presencia efectiva del otro. En otros casos predominan los objetos internos amenazantes y persecutorios.

*D. 20) Uso de imágenes internas:* el paciente no puede hacer un uso positivo de objetos internos buenos (para consolarse, darse ánimos, etc.). Los objetos internos lo critican o descuidan.

*D. 21) Variedad de vínculos:* las imágenes internas están poco diferenciadas y suelen ser negativas. El paciente busca relaciones duales (no triangulares).

*D. 22) Capacidad para establecer relaciones emocionales con los demás:* suele presentarse una marcada dependencia del objeto. En otros casos encontramos que el significado emocional del otro se mantiene sólo mientras tiene lugar su presencia física, lo que lleva a vínculos breves y cambiantes.



*D. 23) Capacidad para aceptar ayuda:* existe habitualmente una marcada dificultad para pedir ayuda. Más bien son los pacientes los que ayudan a los demás. En otros casos la ayuda se rechaza por desconfianza.

*D. 24) Capacidad para desprenderse de los vínculos y despedirse:* encontramos aferramiento al objeto e imposibilidad de separarse. Dificultades para hacer un duelo ante una separación real, que puede desencadenar desorganizaciones o depresiones.

Desearía agregar, por último, que en este listado de perturbaciones encontramos dos clases de las mismas, según el nivel estructural prevaeciente.

En un caso, lo que se logra adecuadamente en el nivel integrado, se encuentra menos cabado en los otros niveles, dentro del mismo eje. Así, en el caso de la autorreflexión, en el nivel integrado de estructura, encontramos la capacidad del sujeto para orientar su mirada hacia su mundo interno y pensar sobre él. En el nivel medio hay poco interés en la autorreflexión y ésta se dirige más bien hacia el self que actúa (no hacia lo interno). En el nivel bajo el sujeto casi no es capaz de autorreflexión, aún cuando se lo ayude en tal sentido. En el nivel desintegrado, la autodescripción del paciente genera una sensación de arbitrariedad e incomprendibilidad.

En el otro caso, el descenso en el nivel de integración estructural implica una transformación cualitativa del elemento de que se trate. Así, por ejemplo, en el caso del nivel bien integrado, predominan los afectos positivos, como la alegría, la curiosidad y el orgullo. A su vez, los afectos negativos, como la angustia, el desprecio, la rabia, el asco, el duelo, la culpa y el pudor se presentan en forma muy variada.

En el nivel medio de integración predominan los afectos negativos, como la rabia, la angustia, la decepción, la autodevaluación y la depresión.

En el nivel bajo de integración los afectos se expresan a través de la agitación o de la alienación, del vacío afectivo, la depresión y el ánimo maniaco. La expresión afectiva es dominada crónicamente por el desprecio, el asco y la rabia.

Por último, en el nivel desintegrado, encontramos estados emocionales severos y confusos que no pueden ser puestos en palabras (2006, Grupo de trabajo OPD-2).

Tal vez la diferencia entre estas dos clases de perturbaciones se deba a que en el primer caso lo afectado son capacidades, mientras que en el segundo son componentes o elementos.

#### E) La terapia basada en la estructura:

Las metas de la terapia basada en la estructura difieren de las de la psicoterapia psicoanalítica, que busca hacer conscientes los impulsos, pensamientos, afectos y fantasías inconscientes, por medio de la interpretación.

Dado que focaliza en las perturbaciones estructurales, sus metas serán, en primer término, la optimización de las capacidades estructurales del paciente, por medio de las cuales éste puede 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. la lista de capacidades en A). 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).

En lo que hace al diagnóstico, es necesario tomar en cuenta los ejes que plantea el OPD-2, esto es, los prerrequisitos para el tratamiento (padecimiento subjetivo, expectativas de cambio, etc.), las relaciones interpersonales, los conflictos predominantes y las alteraciones estructurales prevaletes. En todos los casos es necesario evaluar la importancia relativa de los conflictos y de las limitaciones estructurales, así como su mutua relación.

En el presente trabajo dejo de lado este nivel de complejidad y me focalizo en lo propiamente estructural.

El diagnóstico de la estructura, entonces, buscará determinar cuáles funciones estructurales se encuentran en déficit, a los efectos de establecer focos de trabajo.

Algunas de las preguntas diagnósticas que nos orientan en el sentido del trastorno estructural son: ¿Posee el paciente un espacio psíquico en el que puede procesar sus conflictos? ¿Es capaz de identificar y poner en palabras su padecer? ¿Comprende el rol que juega en sus diversos vínculos? ¿Comprende el paciente lo que ocurre en el interior de los demás y lo que esperan o desean de él? ¿Puede ponerse en el lugar de los otros? ¿Puede identificar, diferenciar y comprender sus afectos? ¿Cómo hace para regularlos? ¿Es capaz de pedir ayuda en caso de necesidad y de confiar en los demás?, etc. (Rudolf, 2002b; 2004; 2007; 2010).

Cuando estamos frente a un paciente con una perturbación estructural, responderemos negativamente (o lo hará él) a la mayoría de estas preguntas. De ahí la postura específica que ha de adoptar el terapeuta y la clase de intervenciones que llevará a cabo.

### *E.1): La postura del terapeuta:*

Podemos diferenciar tres actitudes principales en esta postura, que pueden metaforsarse 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 objetivo, 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 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 actitud “reflejante” es una de las centrales en esta perspectiva terapéutica. En ella el terapeuta construye una imagen del paciente y se la hace ver a este último, con tacto, prudencia y una actitud de benévolo interés.

En el transcurso del tratamiento, esta actitud puede adquirir cierto tinte confrontativo. De este modo, el terapeuta no busca ya una concordancia incondicional con el paciente,



sino que afirma su alteridad, su diferenciación y su propia perspectiva sobre éste.

Esta actitud incluye el “reflejo” (poner a disposición del paciente la propia percepción y devolverle a éste su propia imagen), la respuesta (dejar ver al paciente la resonancia emocional del terapeuta), la alteridad (acentuar la propia diferencia), la confrontación.

Otra actitud terapéutica, por último, consiste en ponerse al lado del paciente, pero en la perspectiva de un tercero. Desde esta posición se vuelve posible objetivar desde afuera el vivenciar y comportarse del paciente.

La invitación que de este modo se le hace, a que se aparte un paso de sí y observe -junto con el terapeuta- su propia experiencia, le ayudará a tomar distancia de sí mismo y constituirá un ejercicio preliminar para la autorreflexión y el insight, particularmente cuando lo visto sea puesto en palabras o descrito en imágenes metafóricas.

Esta actitud tiene una función terapéutica adicional, consistente en terciar entre el paciente 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.

Al mismo tiempo, el terapeuta toma las aspiraciones pertinentes y el modo subjetivo de vivenciar del paciente en relación al objeto y simultáneamente hace valer las condiciones de la realidad exterior

De este modo se configura, en lugar de un entrelazamiento dual fantaseado, en el que hay una sola verdad común, una realidad más perspectivista, en la que los hechos pueden ser vistos de modo diferente, tanto desde el punto de vista del paciente, como desde el punto de vista de su partenaire, como desde el punto de vista del terapeuta.

Rudolf ilustra esta idea de la siguiente forma: “Debido a que el paciente ha sido amargamente decepcionado por su jefe, ha de

vivir sus palabras como desvalorizantes y amenazantes. Pero también es válido lo siguiente: debido a que el jefe, a su vez, se encuentra bajo una fuerte presión de rendimiento económico, ha de vivir la incapacidad para el trabajo del paciente como una carga; debido a que el terapeuta está ligado al paciente puede comprender su dolorosa decepción; debido a que el terapeuta está vinculado a la realidad exterior puede también señalarle al paciente que el jefe no puede comprender en lo más mínimo su decepción y, por su parte, reacciona enojándose. El ejemplo permite comprender la postura triádica fundamental del terapeuta en la terapia centrada en la estructura” (Rudolf, 2004, pp. 146-147).

Esta actitud de ponerse al lado del paciente, incluye la atención conjunta hacia la situación del mismo y la exploración compartida desde la perspectiva de un tercero.

#### *E.2): Proceder técnico:*

Si bien cada paciente es único y cada proceso terapéutico tiene sus características propias, se puede considerar que la terapia centrada en la estructura tiene una secuencia típica, que supone determinadas metas y pone en juego una variedad específica de procedimientos.

Así, en el inicio, cuando se invita al paciente que padece una perturbación estructural a que relate su situación actual así como aspectos de su vida, sus propias limitaciones le dificultan desplegar una narración coherente y más o menos abarcativa de estos temas, por lo que habitualmente sólo brindará algunas breves viñetas, que el terapeuta deberá poder utilizar.

Por lo demás, es poco usual que pueda hablar de sí mismo y de su mundo interno, ya que tiene restringidos su espacio interior y su capacidad autorreflexiva.

Basándose en las viñetas mencionadas, el terapeuta irá construyendo una imagen del





paciente, que le reflejará, inicialmente a grandes rasgos, tratando de hacer explícitos los patrones recurrentes de su comportamiento o de su vivenciar (Por ej.: “Veo que cada vez que termina una relación, tiene que empezar otra inmediatamente”).

Dado que la experiencia del paciente es tan incierta -en la mayoría de los casos- en la dimensión emocional, el terapeuta irá completando, progresivamente, esta primera imagen con los aspectos afectivos incluidos en la situación, mediante una actitud de espejamiento en la que se comporta como un “yo auxiliar” del consultante, que pone a disposición de éste su percepción (Por ej. “Veo que cuando se queda sola, se inquieta mucho y tiene que llamar inmediatamente a alguna persona”).

Posteriormente, el profesional buscará dar forma a ciertos esquemas funcionales. Para el logro de ese objetivo, bosquejará un modelo que ilustre cómo transcurren las vicisitudes internas y externas del consultante (Por ej.: “Da la impresión que siempre que se siente llevado a esa situación, se siente totalmente vencido, paralizado y lleno de irritación, por lo que no puede organizar sus pensamientos en una dirección que le sea de provecho”).

Incidentalmente le comentará también su propia reacción emocional frente a la situación sobre la que se está hablando (Por ej.: “Si yo estuviera en su situación, me sentiría angustiado”).

Este primer tipo de intervenciones incluye el espejamiento, señalamientos, respuestas, clarificación de ejemplos o patrones y tiene como objetivo poner a disposición del paciente la percepción y vivencias del terapeuta.

A partir de este “ser visto”, el consultante podrá -paulatinamente- ir construyendo una percepción autorreflexiva, de modo tal que pueda llegar a decir: “Soy de tal manera, reacciono de esta forma, así funciono, así llevo a cabo las cosas, etc.” Esta autorreflexión inclui-

rá también la identificación de distintos aspectos disfuncionales: “Así me daño, de esta manera sufro, de este modo me frustró, de esta forma me atormento inútilmente, etc.” (Rudolf, 2010).

Un segundo (y posterior) tipo de intervenciones busca esclarecer y comprender. En ellas el terapeuta indaga, junto con el paciente, cómo pueden haber sido las condiciones tempranas de su desarrollo, y qué efectos pueden haber tenido los déficits vinculares tempranos -o las catástrofes- que padeció.

Encontramos aquí diversos aspectos: uno de ellos consiste en caracterizar las situaciones tempranas desde el punto de vista de un niño, a los efectos de que el paciente pueda comprender lo que un niño necesita para su desarrollo, como así también qué es aquello que posiblemente faltó en el suyo y cuáles de sus vivencias disfuncionales actuales posiblemente se vinculen con ello (Por ej.: “Cuando alguien en edad escolar se enfrenta con semejante catástrofe familiar, siente una carga excesiva y masiva, aún cuando haga todo lo posible para sobrellevar la situación, o aún para dominarla. Y esto suele dejar marcas en la edad adulta”).

De igual forma, se señalan los déficits estructurales que padece y las medidas de emergencia que construyó para proteger su self.

Otro aspecto consiste en que este tipo de intervenciones estimula la empatía del paciente consigo mismo, esto es, favorece la puesta en juego de una mirada benevolente y comprensiva hacia la parte infantil de su personalidad. Simultáneamente se buscará establecer una relación entre las vivencias disfuncionales actuales y las circunstancias biográficas del paciente.

Tal vez el aspecto más importante de estas intervenciones sea que producen una narrativa, una imagen, un esclarecimiento puesto en palabras del propio self, de la propia historia, del propio desarrollo (o sea, pasos en el proceso del mentalizar), que puede ser utilizado



una y otra vez en los siguientes tramos de la psicoterapia.

Desde el punto de vista terapéutico no es lo más productivo trabajar esta comprensión de los patrones disfuncionales en la relación transferencial, sino más bien, enfocarlos desde la perspectiva de una tercera persona, casi desde afuera, como una imagen que terapeuta y paciente contemplan juntos y buscan describir y aclarar.

El tercer tipo de intervenciones tiene como objetivo favorecer la regulación y el cambio.

Una de estas intervenciones apunta a determinar la utilidad o perjuicio de ciertos patrones de comportamiento (Por ej.: “Tal vez podría usted sopesar los costos y beneficios de este proceder...mi impresión es que paga un precio demasiado alto por él”).

Otra busca proponer que los desarrollos pendientes son posibles de llevar a cabo y que también es posible el aprovechamiento de los recursos ya estimulados, como una alternativa a los patrones disfuncionales. Por ejemplo: ¿cómo pueden contenerse de otra manera los afectos negativos? ¿de qué manera se pueden regular mejor los impulsos? ¿cómo pueden estabilizarse y cuidarse las relaciones? ¿cómo pueden tener éxito los contactos interpersonales? ¿cómo es posible empatizar con los demás?.

En este punto es esencial que el terapeuta logre promover un trabajo conjunto sobre estas alternativas y que apoye al paciente en la prueba que éste haga de nuevas posibilidades. Para ello, será de la mayor importancia que el paciente continúe ocupándose de ellas en su vida cotidiana, lo que implica que se responsabiliza de su proceso de cambio, en lugar de esperar que éste se produzca por la sola acción del terapeuta.

Completando esta secuencia podríamos incluir el aprendizaje que el paciente realiza de la utilidad que tiene la situación terapéutica para él, en la medida en que el terapeuta foca-

liza en dicha situación para ilustrar los problemas interpersonales estructurales que se juegan también en la vida cotidiana del paciente. Funciona asimismo como un cronista respecto de los pasos que se han trabajado, que pone la crónica a disposición del consultante y considera la terapia como un espacio de reflexión y de ayuda que el paciente puede utilizar cuando lo necesite, inclusive a través de medios como el teléfono, el mail, etc.

Si sintetizáramos ahora la secuencia mencionada, en relación al desarrollo de las funciones estructurales, podríamos decir que los primeros pasos apuntan a la tarea de la diferenciación cognitiva en la percepción realista del mundo objetual y en la autorreflexión. Le sigue la búsqueda de familiaridad con las propias emociones, la comprensión y puesta en palabras de las experiencias emocionales, el establecimiento de contextos vinculares para las situaciones vividas.

El bosquejo de esquemas funcionales, por su parte, articula lo interno y lo externo, lo que permite incluir en un contexto determinadas acciones que poseen cualidad sintomática.

El segundo tipo de intervenciones busca profundizar esta comprensión a través de su remisión a la biografía del paciente y a los hechos problemáticos que en ella tuvieron lugar.

El tercer tipo de intervenciones promueve la tarea de la regulación y el hacerse responsable por el propio cambio.

En lo que hace a la relación terapéutica, ésta provee de nuevas experiencias relacionales que favorecen la internalización de vivencias vinculares positivas.

### Consideraciones finales:

Cabe decir que la caracterización general de la secuencia de intervenciones consignada, es sólo un pantallazo, una visión de conjunto



de los procesos que tienen lugar en el desarrollo de la terapia centrada en la estructura.

Para dar una visión más ajustada y pormenorizada de la misma, haría falta caracterizar los distintos tipos de intervenciones que se ponen en juego según que el foco sea promover la diferenciación de los afectos, o favorecer la empatía y el ponerse en el punto de vista del otro, o modificar la calidad de los objetos internalizados, o estimular el vínculo emocional con los demás, o incrementar la comunicación intrapsíquica, o una conjunción de varios de estos focos, etc. (Rudolf, 2002b, 2004). Vale decir, para cada una de las capacidades enumeradas en A), cuyas disfunciones fueron sucintamente reseñadas en el punto D), se proponen intervenciones diferenciadas que buscan su optimización. Las ya mencionadas razones de espacio hacen imposible incluir en este trabajo dichos procedimientos, que se encuentran caracterizados con detalle en los trabajos de Rudolf citados, particularmente en su libro del 2004, que puede considerarse co-

mo un manual sobre la terapia basada en la estructura.

Por último, podríamos decir que para el lector familiarizado con la teoría de la mentalización y con la terapia que en ella se basa, resaltarán las similitudes y diferencias entre uno y otro enfoque, que el mismo Rudolf se encarga de reseñar parcialmente (2010, p. 135).

En un trabajo anterior he intentado mostrar algunas de dichas similitudes y he postulado la utilidad que tendría un trabajo de articulación e integración entre ambas perspectivas (Lanza Castelli, 2015).

En el presente trabajo, en cambio, he dejado de lado ese interés, y me he centrado más bien en dar a conocer, en sus lineamientos más generales, la psicoterapia centrada en la estructura, con el objetivo de estimular el interés por conocer más acerca de estos desarrollos, de tanta utilidad en el trabajo con los pacientes no neuróticos.

### Referencias:

- 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.
- Freud, S. (1923) El Yo y el Ello. Buenos Aires: Amorrortu Editores, T XIX, 1979.
- Freud, S. (1933 [1932]) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis (conf. 31). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.
- 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
- Green, A. (2000) Sience and science fiction in infant research, en Sandler, J., Sandler, A.M., Davies (eds.) *Clinical and observational psychoanalytic research. Roots of a controversy*. London/New York: Karnac Books.
- Grupo de Trabajo OPD (2006) *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder Editorial, 2008.
- 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, 2001.
- Kohut, H. (1977) *La restauración del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- Lanza Castelli, G. (2015) Conflicto, estructura y mentalización. Interrelaciones y complementariedades. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*. Nro. 50, Julio 2015 (de acceso libre en internet).
- 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. (2002a) Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit, en (Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P.) *Die Struktur der Persönlichkeit. Teoretische Grundlagen zur Psychodynamischen Therapie Struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2002b) Strukturbezogene Psychotherapie, en (Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P.) *Die Struktur der Persönlichkeit. Teoretische Grundlagen zur Psychodynamischen Therapie Struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2004) *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- 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.
- Stass, M., Grande, T., Janssen, P., Oberbracht, C., Rudolf, G. (2014) *OPD-2 im Psychotherapie-Antrag. Psychodynamische Diagnostik und Fallformulierung*. Verlag: Hans Huber.

