



Trastornos de personalidad  
Estrategias en la relación terapéutica

---

---

---

---

---

---

---

Contratransferencia

- *“Pocos trastornos podrían dedicar un volumen entero a las reacciones emocionales que generan aquellos que los padecen en los profesionales que los atienden”.*

Glen O. Gabbard y Sallye M. Wilkinson  
Management of countertransference with borderline patients

---

---

---

---

---

---

---

En los TP el terapeuta necesita tener..

- Tolerancia a la frustración  
► Capacidad de reacción ante los imprevistos  
► Tolerancia a la “intensidad”  
► Posibilidad de “confrontar con tacto”

---

---

---

---

---

---

---

La importancia de la relación terapéutica y los problemas relacionales

En todas las terapias los aspectos relacionales son importantes

Algunos aspectos a tener en cuenta:

La biografía (de ambos paciente y terapeuta)

Las características personales

El momento

La situación

Importante..

- ▶ Fijarnos en nuestras propias sensaciones, sentimientos
- ▶ Pedir supervisión cuando las cosas no van bien o no funcionan; cuando nos sintamos confusos y/o frustrados
- ▶ Ver más allá de las “reacciones del paciente”; intentar comprender lo que las puede estar “activando” y “alimentando”
- ▶ Obtener perspectiva en problemas relacionales

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Identificando nuestras reacciones  
para convertirlas en recursos

---

---

---

---

---

---

Identificando nuestras reacciones

- ▶ Es importante adoptar una postura reflexiva, tomando distancia, y “observando” nuestras reacciones ante el paciente.
- ▶ Observamos pensamientos, sensaciones y/o respuestas hacia el paciente que pueden ser positivas y negativas.
- ▶ Es interesante detectar tanto las reacciones intensas como aquellas más sutiles.

---

---

---

---

---

---

---

Una pregunta que siempre hemos de  
hacernos:

¿Qué parte de la reacción que estoy  
teniendo, del rol que me veo tendiente a  
desarrollar, tiene que ver con el paciente, y  
qué parte tiene que ver conmigo?

---

---

---

---

---

---

---

## La disociación estructural de la personalidad

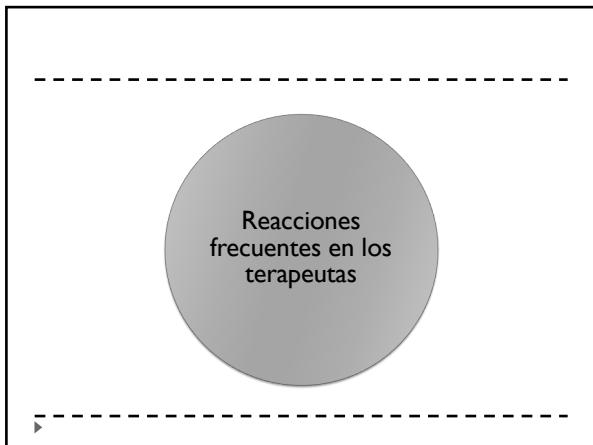
- ▶ Nos encontramos ante una personalidad que no funciona de un modo integrado, por esto observaremos distintas partes de la personalidad asociadas a distintas tendencias de acción.
  - ▶ Esto se manifiesta en cambios drásticos en las conductas y los roles del paciente, que puede pasar de una actitud extremadamente vulnerable a otra de gran hostilidad en pocos segundos.

### Analizando “parte por parte”

- ▶ El paciente puede adoptar una actitud de aparente colaboración (que genera aceptación en el terapeuta y deseos de trabajar en la dirección de la mejoría) pero boicotear de diversos modos el proceso terapéutico (generando una reacción de rechazo, frustración u hostilidad en el terapeuta).
  - ▶ El terapeuta puede tolerar mal la ambivalencia que esto le genera y reaccionar exigiendo al paciente que “se aclare de una vez”.

## Conociendo nuestros “botones”

- ▶ Cada reacción que se dispara en nosotros es un “botón” que la conducta del paciente ha tocado.
    - ▶ Estos botones nos dan información privilegiada sobre los problemas del paciente y la historia en la que se originaron
  - ▶ Es importante ser conscientes de nuestros mecanismos, y de si tenemos botones que “saltan” con un simple roce
    - ▶ Esto tendría más que ver con nosotros que con el paciente, pero tomar conciencia nos hace tener perspectiva.
  - ▶ Cada uno de estos botones está conectado con importantes recursos que tenemos como terapeutas.



---

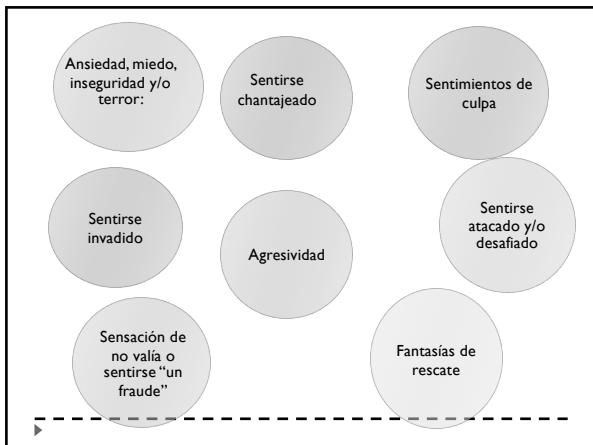
---

---

---

---

---



---

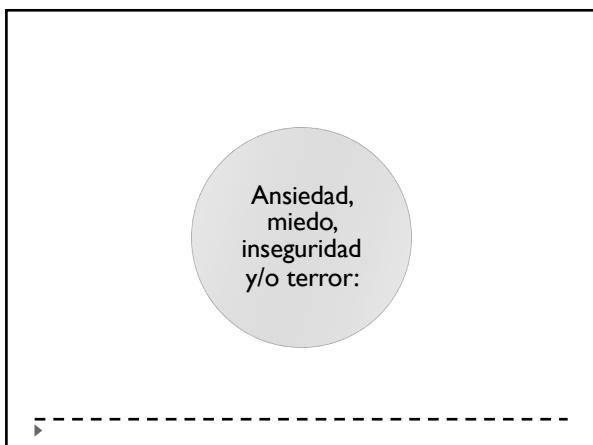
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

Ansiedad, miedo, inseguridad y/o terror

- ▶ Algunos pacientes tienen gran facilidad para hacer que los terapeutas se sientan ansiosos (por ejemplo TLP, antisociales o narcisistas).
  - ▶ Cuando existe trauma no siempre es evidente en las primeras sesiones.
    - ▶ Si pensamos en la ansiedad, en el miedo, la inseguridad y el terror que puede haber experimentado el paciente durante la situación que generó el trauma por el que acude a vernos (en ocasiones abusos repetidos a lo largo de los años) podremos entender mucho mejor nuestra reacción.
  - ▶ Otras veces viene que ver con nuestra propia inseguridad, que se intensifica más ante casos que imaginamos más complejos.
    - ▶ En los casos más delicados el miedo a "hacerle daño" incluso a "retraumatizarle" puede hacer que se obvien temas importantes durante la sesión.

Ansiedad, miedo, inseguridad y/o terror

- ▶ Una respuesta frecuente por parte de los clínicos cuando predomina la ansiedad o la inseguridad es la tendencia a "cuidar" al paciente, "evitando tocar temas delicados", o evitando profundizar en los mismos, pudiendo llegar a pasárselos por alto para que la persona no sufra. Ejemplo AC
  - ▶ Si bien esto puede formar parte de un proceso necesario cuando estamos ante un paciente con Trauma Complejo, es importante que surja porque creemos que es lo mejor para el paciente (porque necesita tiempo y reforzar recursos antes de tocar material perturbador por ejemplo) y que no surja como repuesta defensiva por parte del terapeuta "mejor no meterme en este tema porque puede que se ponga peor y se mate", o incluso por el temor a no saber manejar una posible reacción intensa en el paciente (mejor que la tenga fuera de consulta...).

Ansiedad, miedo, inseguridad y/o terror

- ▶ El decir la palabra equivocada, utilizar un tono de voz o una mirada inadecuada....puede hacer que el paciente se active emocionalmente y reaccione de diversas maneras.
  - ▶ En el mejor de los casos, puede abandonar la terapia por considerar que no le resulta útil y buscar otra alternativa, también puede reaccionar agresivamente, rompiendo algo, tirando algo, gritando, amenazando, o marcharse dando un portazo por ejemplo.
  - ▶ En el peor de los casos, puede revivir el trauma, autolesionarse e incluso suicidarse.

### Ansiedad, miedo, inseguridad y/o terror

- ▶ El ansiedad del terapeuta a estas reacciones puede provocar un exceso de temor y cautela que dificulten el proceso terapéutico.
  - ▶ La idea del suicidio de un paciente asusta a muchos profesionales.

¿Para qué nos puede servir esta respuesta / reacción?

- ▶ El temor a que el paciente se suicide puede ser un indicador de muchas cosas, por ejemplo, nos puede servir de “intuición”, ayudarnos a “leer” posibles señales de alerta que nos ayuden a tomar medidas protectoras para el paciente.
  - ▶ En este caso, el temor nos podría ayudar a pensar en el paciente y en lo que éste puede necesitar.



Sentirse atacado y/o desafiado

- ▶ En algunos casos como en muchos TP los desafíos hacia el terapeuta pueden estar presentes, especialmente en las primeras sesiones.
  - ▶ Mientras que algunos pacientes tienen muchas dificultades para mirar a los ojos, para exponer sus preocupaciones y para hablar abiertamente sobre sus dificultades, otros están acostumbrados a defenderse.
  - ▶ A veces, como estrategia para comprobar que “el entorno es seguro” y que el terapeuta “tiene capacidad para escuchar cosas horribles”, y para permanecer “ahí” independientemente de cómo se sienta el paciente.

¿Para qué nos puede servir esta respuesta / reacción?

- ▶ A entender la posible dinámica relacional que ha vivido el paciente
  - ▶ Cuando nos molesta algo podemos estar captando algo que molesta/preocupa al paciente
  - ▶ Podemos obtener perspectiva
  - ▶ A través de una respuesta serena pero firme ante el ataque del paciente, estamos modelando un nuevo modo de manejar este tipo de situaciones



## Sentirse chantajeado

- ▶ Sentirse emocionalmente chantajeado es otra reacción frecuente.
  - ▶ A veces, los deseos de morir de un paciente (y el hecho de que los verbalice) se interpretan como chantajes (incluso ataques) hacia el terapeuta.
  - ▶ Esto, puede ser así en algunos casos pero en otros, lo único que estará haciendo el paciente es informarnos de un riesgo real.

¿Para qué nos puede servir esta respuesta / reacción?

- ▶ A entender la posible dinámica relacional que ha vivido el paciente
  - ▶ Estamos presenciando en primera persona las dificultades que tiene el paciente para pedir ayuda (pide ayuda de manera desadaptada)
  - ▶ Nos ayudará a comprender cómo se relaciona con otros y se lo podremos explicar



## Sentimientos de culpa

- ▶ Sentirse culpable por el deterioro de la psicoterapia (el paciente no avanza, no es constante, no trae las tareas, se autolesiona, etc.).
  - ▶ Ej. Paciente: "Me he tomado las pastillas porque te llamé a las 03.00h. y tenías el móvil apagado", "Me autolesione porque salí muy mal de la última sesión".

¿Para qué nos puede servir esta respuesta / reacción?

- ▶ La culpa puede ser adaptativa
  - ▶ Nos puede ayudar a revisar nuestro trabajo
  - ▶ A mejorar las intervenciones
  - ▶ Es una interferencia cuando nos dejamos llevar por ella y no la analizamos (o cuando nos hace asumir responsabilidades que no son nuestras)

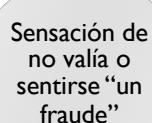


## Fantasías de rescate

- ▶ El terapeuta siente que debe hacer cosas por el paciente.
  - ▶ Incluso puede pensar que es la única persona que puede ayudar al paciente.
  - ▶ La desesperación que puede transmitir un paciente con trauma complejo puede hacer que el terapeuta pierda la objetividad y se vea arrastrado por la “necesidad de salvación” que transmite el paciente. Ej. Paciente: “Eres la única persona que me puede ayudar y comprender, si no fuese por ti no estaría vivo”

¿Para qué nos puede servir esta respuesta / reacción?

- ▶ Darnos cuenta de esta “necesidad” nos puede ayudar a entender aspectos relacionales
  - ▶ Querer “rescatar” está en el extremo del polo pero antes de esto están las “ganas de ayudar” que generan interés, algo básico para entender y ayudar al paciente



Sensación de no valía o sentirse “un fraude”

- ▶ La complejidad de los pacientes con trauma complejo pueden generar reacciones intensas e incluso pueden llegar a cuestionar la competencia del terapeuta.
  - ▶ En algunas ocasiones los pacientes pueden cuestionar la competencia del terapeuta de manera directa: "Este caso se te ha quedado grande. Reconoce que no sabes cómo tratarme y acabemos de una vez con esta farsa".
  - ▶ En otras, hacerlo "sin querer", simplemente porque traen a consulta (y a la relación terapéutica) toda la frustración y sensación de no valía que han sentido a lo largo de su vida (o porque es la primera vez que sienten que pueden "enfadarse" y mostrar desacuerdo).

¿Para qué nos puede servir esta respuesta / reacción?

- ▶ Para trabajar la tolerancia a la frustración
  - ▶ A captar las emociones del paciente (suele haber mucha rabia en este tipo de expresiones, y bajo la rabia mucha desesperación)
  - ▶ A hacer revisión del caso y de nosotros mismos



## Sentirse invadido

- ▶ Las personas con trauma complejo tienen dificultades para confiar en los demás y para mostrarse cómo son.
  - ▶ Algunos temen mostrarse cómo son porque "no lo saben", porque se han perdido entre tanto caos y sufrimiento, otros porque están convencidos de que son "terribles" (a veces porque han "interiorizado" las palabras que repetían los abusadores) y temen que los demás se "asusten" si se muestran (o si los demás descubren) como son "en realidad".
  - ▶ El terapeuta puede captar este temor a "ser invadido" del paciente (temor a la invasión del terapeuta) y acabar sintiéndola como "propia". Esta reacción es muy comprensible si pensamos en la cantidad de ocasiones en las que el paciente se puede haber sentido invadido, anulado, etc..

## Sentirse invadido

- ▶ En ocasiones el terapeuta se puede sentir invadido porque el paciente, arrastrado por su necesidad de “los demás”, inicia una búsqueda de una figura de referencia a la que poder aferrarse y sobre la que apoyarse.
  - ▶ En esta búsqueda (que se suele dar de manera desesperada) el paciente puede intentar averiguar cosas del terapeuta e incluso intentar “formar parte de su vida”, llegando a extremos que si no son abordados por lo que son, pueden intimidar al terapeuta e interferir en la terapia.

---

---

---

---

---

---

---

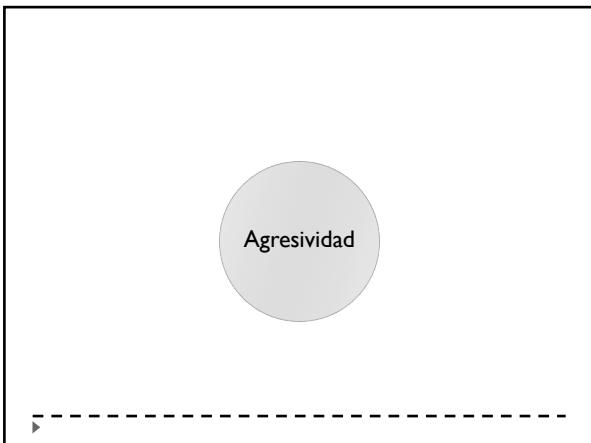
---

---

---

¿Para qué nos puede servir esta respuesta / reacción?

- ▶ A entender la posible dinámica relacional que ha vivido el paciente
  - ▶ Identificar y comprender los polos opuestos que experimenta el paciente en su día a día
  - ▶ A dar al paciente un modelo adaptativo de cómo marcar límites de un modo sano



---

---

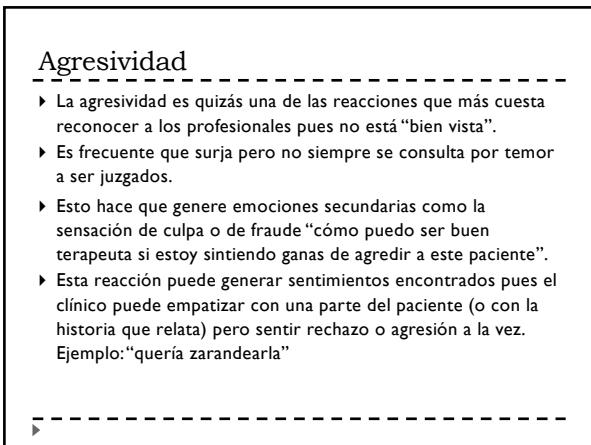
---

---

---

---

---



---

---

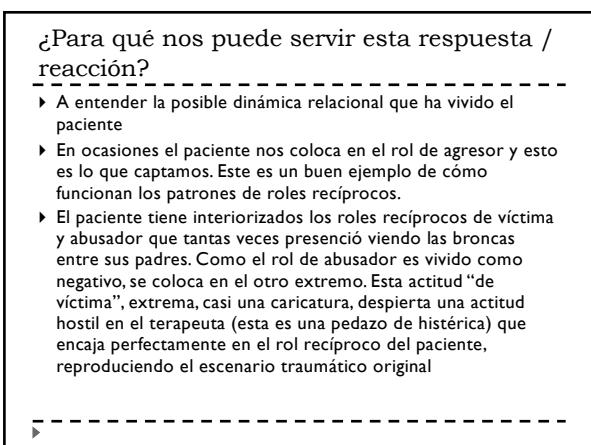
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

En definitiva, esta información es..

- ▶ Un buen indicador de que algo está pasando a nivel relacional
  - ▶ Un ejemplo de los problemas relacionales con los que el paciente se encuentra en su vida diaria
  - ▶ Una fuente de información sobre lo que le ocurre al paciente muchas veces más rica de la que el paciente nos puede dar de modo explícito
  - ▶ Un recurso (cuando los usamos en grado moderado) para manejar la relación

## Interferencias frecuentes

- ▶ Prejuicios (sobre el trastorno, el diagnóstico, el tratamiento, la posibilidad de mejora, sobre las reacciones del paciente...)
  - ▶ Inflexibilidad / excesiva flexibilidad (fijar un ritmo inadecuado, dejarse llevar por las propias expectativas sin tener en cuenta las del paciente y su situación...)

¿Por qué surgen estas interferencias?

- ▶ Por dificultades personales del profesional (las complicaciones, experiencias y vivencias por las que hemos pasado pueden condicionar o interferir en el tratamiento del paciente)
  - ▶ Falta de experiencia
  - ▶ Falta de recursos y/ o formación adecuada para el manejo de estos casos
  - ▶ Falta de interés

## Actitudes que pueden interferir en la terapia

12/11/18

## Actitudes del profesional que pueden influir en la eficacia de la intervención

- ▶ Depositar la responsabilidad de la mejoría exclusivamente en el paciente (obviando la parte de responsabilidad que corresponde al profesional y/o en ocasiones a la familia)
  - ▶ Externalizar la mejoría (pensar que cuando acabe la carrera, cuando tenga novio formal o cuando madure, estará mejor)

12/11/18

## Actitudes del profesional que pueden influir en la eficacia de la intervención

- ▶ Culpabilizar al paciente de la falta de progresos ("si pusieses de tu parte estarías mejor", "si realmente quisieras mejorar, no harías X"...)
  - ▶ Culpabilizar a los familiares y/o mantenerlos al margen

1000000000

## Actitudes del profesional que pueden influir en la eficacia de la intervención

- ▶ No profundizar; centrarse en el síntoma evidente sin valorar la problemática de fondo (si deja de comer se valora anorexia, si vomita bulimia, etc...)
  - ▶ Evitar hablar de temas que resultan incómodos (suicidio y/o autolesiones; ganas de hacer daño a otros, etc.) cuando es algo que el paciente agradece y que le puede ayudar a sustituir su conducta por una más efectiva

13001300

## Actitudes del profesional que pueden influir en la eficacia de la intervención

- ▶ Anticiparse al paciente cuando éste tiene dificultades para expresar cómo se siente
  - ▶ Invalidar logros o sentimientos del paciente

六四

¿A qué nos puede llevar esto?

- No querer tratar a las personas con diagnóstico de TP
  - Culpar a los pacientes de nuestra “incapacidad” para ayudarles
  - Colaborar en la poca aceptación social y la mala prensa que reciben estas personas
  - Disparar nuestros propios mecanismos de defensa y pensar en términos como:
    - “Es normal que abandone la terapia, estos pacientes suelen abandonar”
    - “La estadística de abandonos es muy alta”
    - “Son pacientes difíciles”
    - “No quiso poner de su parte, si se quisiera poner bien de verdad seguiría mis indicaciones .....

2022/2023

## Manejo de las reacciones contratransferenciales

13/11/18

#### A nivel personal/profesional

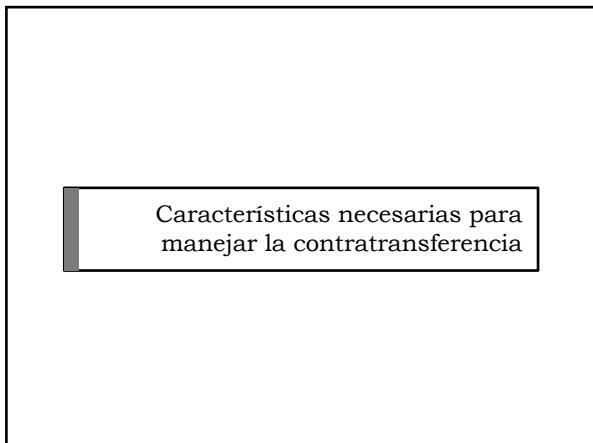
- Intentar ver más allá de estos comportamientos
    - Pensar en el sufrimiento que hay detrás de todo lo “aparente”
  - No dejarse llevar por la intensidad del momento
    - no entrar al trapo
    - evitar luchas de poder (o de razón)
    - evitar discusiones / posturas INFLEXIBLES
  - No asumir que el paciente “no puede” manejar la situación por su estado anímico

— — —

## A nível terapéutico

- ▶ Dejar a un lado las etiquetas y la visión generalizada en torno a los pacientes con TP.
  - ▶ Partir de cero en la valoración
    - ▶ No escudarse en tratamientos fallidos o informes anteriores con los que el paciente no se siente identificado
  - ▶ Escucha activa. Estar muy despierto durante la interacción.
    - ▶ Fijarse en el lenguaje no-verbal, en las señales más sutiles que nos pueden aportar información significativa
  - ▶ Ver a la persona como lo que es: una persona única e individual, no "un Trastorno de Personalidad".

-----►-----



---

---

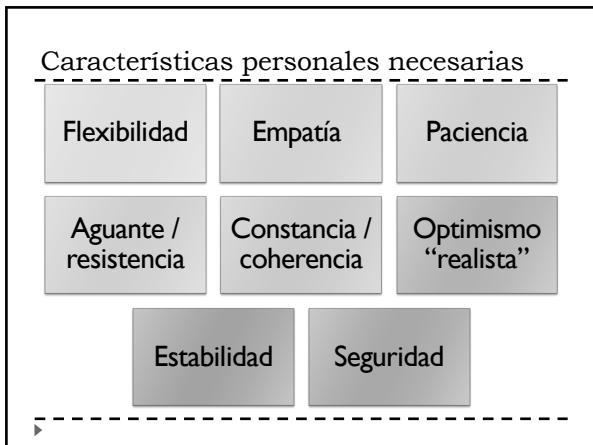
---

---

---

---

---



---

---

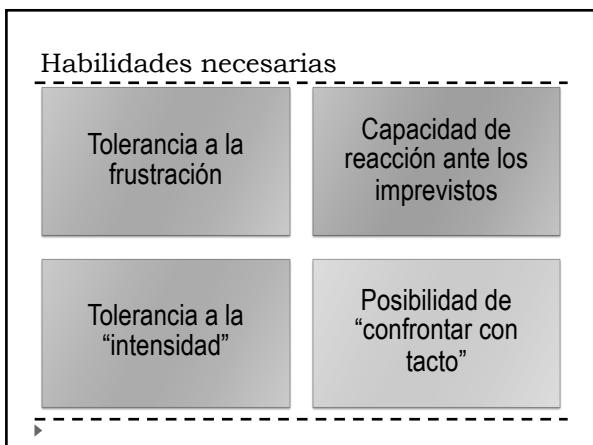
---

---

---

---

---



---

---

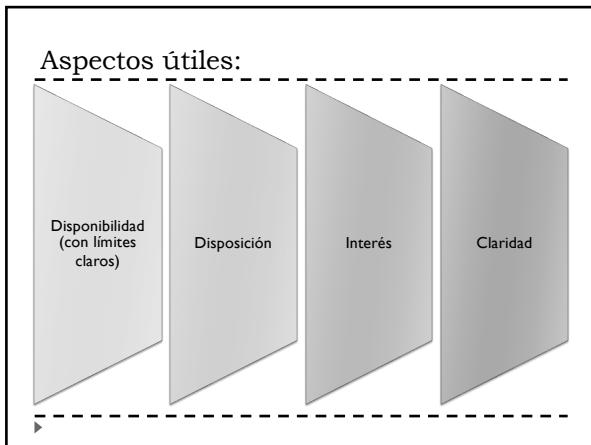
---

---

---

---

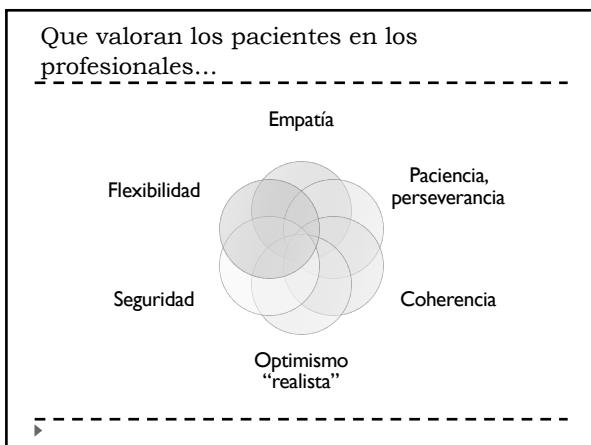
---



- No nos podemos olvidar...

  - ▶ Preguntar al paciente si vamos bien encaminados
    - ▶ Es el mejor experto en sí mismo
  - ▶ No dar por hecho que nuestra visión es la única correcta o válida
  - ▶ Tener respuestas a sus dudas
  - ▶ No transmitirle nuestras dudas
  - ▶ Muy importante observar y escuchar, intentar comprender
  - ▶ No juzgar  

▶ **Si no es posible... derivar a otro profesional dejando claro que no es culpa del paciente**



Analizando nuestras reacciones

- ▶ Videos

---

---

---

---

---

---

---