

El trabajo con la mentalización en la psicoterapia psicoanalítica

Gustavo Lanza Castelli

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

A los efectos de este artículo no abundaré en los detalles de estas diferencias, suficientemente discutidas ya en diversos trabajos por distintos autores (Kernberg 1999; Reimer, Rüger, 2000; Rudolf, Grande, 2006). De todos modos, sí deseo hacer una aclaración respecto a que, dada la existencia de un amplio pluralismo existente en el campo de la teoría psicoanalítica contemporánea (Bernardi, 1994; Bohleber, 2019; Jimenez, 2006; Wallerstein, 1988, 1990), es menester llevar a cabo algunas opciones teóricas en este vasto territorio y, de ser posible, explicitarlas.

En mi enfoque de la psicoterapia psicoanalítica tomo principalmente (aunque no exclusivamente) en consideración la teoría de Freud y algunos desarrollos del psicoanálisis francés contemporáneo (Green, Roussillon), así como los aportes de un grupo de autores alemanes (Rudolf, Grande, Grupo de trabajo del OPD).

Por razones de espacio dejaré sin considerar mis concordancias y diferencias con el importante movimiento relacional en psicoanálisis y sus muchos aportes, que ha ido ganando terreno en las últimas décadas, principalmente en EEUU y España (Avila et al., 2002; Erman, 2014), a la vez que se ha desarrollado también una interesante versión del mismo en Alemania (Streck, Leichsening, 2015). Su inclusión obligaría a una serie de consideraciones, aclaraciones conceptuales y reflexiones clínicas que merecerían un libro en sí mismo. Remito para ello a los interesantes trabajos de Bohleber (2010) y Wachtel (2008).

En lo que sigue llevo a cabo algunas consideraciones generales y sintéticas sobre el desarrollo

de la teoría psicoanalítica y sobre algunos aspectos de la técnica. Posteriormente hago referencia a tres funciones del yo descritas por Freud, pero no incluidas en sus conceptualizaciones psicopatológicas. Enlazo con estas funciones el tema de la mentalización y el modo en que han sido tematizadas y utilizadas para la comprensión psicopatológica y la técnica en este ámbito. Por último, ilustro estas ideas con un caso clínico.

Los supuestos psicopatológicos, el desarrollo de la teoría psicoanalítica y del abordaje clínico desde Freud hasta la actualidad.

Los supuestos psicopatológicos de la psicoterapia psicoanalítica parten de los desarrollos de Freud acerca del conflicto psíquico, basado en la presión de las pulsiones y en el enfrentamiento de éstas con los peligros provenientes del mundo exterior, así como con la crítica del Superyó. En este conjunto un ingrediente esencial lo constituyen los distintos mecanismos de defensa, responsables, entre otros desenlaces, de la inconscientización de dicho conflicto, que permanece entonces inconsciente y se ve sujeto a las leyes que rigen en dicho sistema (desplazamiento y condensación).

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

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



apropiación subjetiva del mismo, lo que conlleva la remisión del síntoma.

El método para lograr el acceso al conflicto inconsciente, así como a las representaciones y fantasías con las que se encuentra ligado, es el de la asociación libre, en la cual se le pide al paciente que incluya en su decir todo lo que pase por su mente, tratando de inhibir la acción de la censura que se eleva contra las distintas ocurrencias que buscan emerger (Freud, 1900).

Si el paciente logra atenerse a dicho proceder, emergerán en su decir una serie de derivados de los contenidos inconscientes. La desfiguración de dichos derivados obligará al profesional, en actitud de escucha libremente flotante, a un trabajo de desciframiento para poder inferir lo que se oculta tras estos emergentes. Cuando logre inferirlos los comunicará al paciente, buscando el momento y la forma adecuados, por vía del señalamiento, la interpretación y la construcción de un fragmento de su historia.

Otra fuente de inferencias de la mayor importancia se encuentra constituida por la transferencia, entendida como la reedición de conflictos y situaciones problemáticas infantiles que se reactivan en el contexto del tratamiento en relación con la persona del analista o terapeuta.

La interpretación de la transferencia adquirirá entonces un valor considerable en el trabajo que se lleve a cabo.

Por su parte, en el profesional se activará una formación complementaria (contratransferencia), que podrá actuar como obstáculo o como ayuda para el tratamiento (Etchegoyen, 1986).

Estas propuestas, resumidas aquí de un modo harto condensado, se demostraron, con el correr del tiempo y el incremento de la experiencia clínica de Freud y de sus discípulos, como insuficientes en toda una serie de casos, tanto para la comprensión como para la terapéutica, lo que dio lugar a una ampliación y complejización de la teoría y a la inclusión de otros contenidos en el trabajo interpretativo. De este modo se puso el acento sobre la importancia del narcisismo en los cuadros graves, se descubrieron nuevas defensas y se hizo necesaria la construcción de una segunda tópica (Yo, Ello, Superyó), que parecía resolver una serie de problemas a que daba lugar la primera (Inconsciente, Preconsciente, Conciencia).

Un concepto clave, cuya importancia se hizo cada vez más evidente, fue el de la destructividad, principalmente dirigida hacia el interior del sujeto, responsable de las patologías más graves, así como de la llamada reacción terapéutica negativa (cuanto más avanza el trabajo analítico, más empeora el paciente, en lugar de mejorar).

Otro concepto que posee la mayor importancia es el de la compulsión a la repetición, cuyo carácter “demoníaco” (Freud, 1920) fue destacado por Freud en diversas oportunidades.

Las últimas conceptualizaciones de Freud no fueron mucho más allá de estos aportes, aunque cabe destacar su aplicación en el caso de la melancolía, las perversiones y las psicosis.

Un reproche que se le hace a esta teorización, no sin razón, es que no toma suficientemente en cuenta el rol del objeto en la constitución subjetiva y en la patología. Por esa razón, diversos psicoanalistas trataron de complejizar y complementar este marco teórico, tomando en cuenta la importancia fundamental del objeto a lo largo de la vida del sujeto y, muy especialmente, en el período preverbal. Los traumas sufridos en esta etapa de la vida, debidos a fallas en las respuestas del objeto primordial a las necesidades del infans, poseen la mayor importancia en lo que hace al desenlace patológico de que se trate, dando lugar a los sufrimientos narcisista-identitarios (Roussillon, 1999, 2009, 2010) y/o a las patologías estructurales (Rudolf, 2004).

En estos cuadros, los traumas tempranos han tenido múltiples efectos y producido diversas perturbaciones, entre otras, las perturbaciones en la figurabilidad y en la capacidad de simbolización, por lo que las agonías tempranas (Winnicott, 1962, 1963), fruto de los traumas mencionados, no pueden ser simbolizadas e integradas en el aparato psíquico, por lo que permanecen disociadas y su eventual retorno tiene lugar como ataques de pánico, sensaciones de derrumbe, alucinaciones, somatizaciones, etc. (Roussillon, 2001).

En estos casos no basta con la interpretación de un contenido ya constituido e inconsciente, sino que el terapeuta ha de llevar a cabo una tarea consistente en propiciar la simbolización que no ha tenido lugar, en favorecer que algo se construya. Para algunos autores, la metáfora del arqueólogo, propia del trabajo con el conflicto



inconsciente y enterrado, ha de ser sustituida -en estos casos- por la del arquitecto (Schmid-Gloor, de Senarcles, 2017).

Llegado a este punto de la exposición, considero que esta síntesis tan apretada no ha de permitir hacerse una idea más acabada de las variables en juego en la psicoterapia psicoanalítica, a no ser que el lector ya esté familiarizado con ellas.

Por ese motivo, retomaré ahora, de un modo más detallado, el tema del conflicto psíquico, dejando de lado -por razones de espacio- el tema del narcisismo y de las fallas en la simbolización. Asimismo, caracterizaré distintos aspectos de la psicoterapia psicoanalítica, para entrelazar después con estas consideraciones el tema de las capacidades del yo relacionadas con la mentalización y la inclusión de esta última en este tipo de psicoterapia.

El conflicto psíquico:

La palabra viene del latín (*conflictus*, *confligere*: colisión, antagonismo) y se refiere a la colisión entre distintos elementos en el interior de una persona, o entre una persona y otra.

Es importante distinguir entre conflictos externos y conflictos internos. A su vez, estos últimos han de diferenciarse en conscientes e inconscientes. “La experiencia muestra que precisamente los conflictos internos e inconscientes juegan un rol predominante en el surgimiento de las perturbaciones neuróticas” (Mentzos, 1984, p. 75). Esta afirmación implica que no es el conflicto *per se* el que determina un desenlace patológico, sino su carácter de inconsciente, en tanto ha sufrido la acción de una defensa patógena (Schüßler, 2004).

Podemos considerar que existen los siguientes frentes de conflicto:

Del Yo con el Superyó

Del Yo con el mundo exterior (el otro, conflicto interpersonal)

Del Yo con las pulsiones (o sistemas motivacionales) y con los afectos (o con las relaciones interpersonales internalizadas y devenidas inconscientes).

De distintas pulsiones (o sistemas motivacionales) entre sí (Grupo de trabajo OPD-2, 2006).

El desencadenante del conflicto:

El desencadenante suele consistir en una situación a la que se enlaza por algún motivo un deseo presente en el paciente -posiblemente desde su infancia- de modo inconsciente y que se halla enlazado a la ansiedad o a la culpa que despierta, así como a la correspondiente defensa. La situación en cuestión representa, sea una satisfacción (Freud, 1916-17), sea una frustración -interna o externa- de dicho deseo (Freud, 1912) (Stasch et al., 2014).

Como ejemplo de la primera de estas alternativas (satisfacción del deseo), cabe hacer referencia a un paciente de 35 años que se desempeñaba exitosamente en una empresa. A lo largo de más de 10 años fue considerado como un lúcido colaborador y un trabajador infatigable, lo que hizo que fuera ascendiendo desde un modesto cargo en sus inicios, hasta una posición de sub-gerente. Pocos meses después de este último ascenso, el gerente, de 56 años de edad, que se encontraba en un cargo superior al del paciente en el escalafón de la empresa, debió retirarse de la misma debido a un accidente cardiovascular que casi le cuesta la vida. Así las cosas, le fue ofrecido dicho puesto al paciente, quien lo aceptó con el mayor entusiasmo.

No obstante, poco después de instalarse en el nuevo cargo comenzó a perder la motivación que lo había impulsado durante los años anteriores, se volvió taciturno y descontento con su trabajo, y comenzó a cometer una serie de torpezas en el mismo que llegaron a poner en serio riesgo su permanencia en la firma. Fue en ese estado que decidió consultar.

El trabajo analítico descubrió que el ascenso en el cargo mediante el reemplazo de su superior, tras la enfermedad que éste había padecido, representó para él ocupar el lugar del padre, por vía de la satisfacción simbólica de un deseo parricida (parcialmente consumado en los hechos, en la figura del gerente) que abrigaba desde la infancia, unido a deseos ambiciosos y de superación de la figura paterna. La culpa por dicha realización simbólica de su deseo (ya que consideró, inconscientemente, que la enfermedad del gerente era producto de su propio deseo de sustituirlo), derivó en las alteraciones de su estado anímico y en



su mal desempeño laboral, cuya intencionalidad última era promover su despido de la empresa y tener que abandonar la misma, tal como hizo su jefe, en lo que podía conjeturarse la realización de un castigo por los deseos mencionados.

La psicoterapia psicoanalítica:

Desde este enfoque se considera que lo eficaz en el desencadenamiento de los síntomas, no son tanto los conflictos como tales, sino la forma patológica de su tramitación, ya que los mismos son un fenómeno universal que encontramos también en el territorio de la salud.

El síntoma de que se trate debe ser comprendido como el resultado de una intención inconsciente del paciente, un deseo como derivado de una moción pulsional (Freud, 1916-1917) o de una relación de objeto deseada (Kernberg, 2005), que debido a su colisión con el mundo exterior o con el Superyó (conflicto), sufre la represión y es alejado de la conciencia y de su acceso a la motilidad. En un segundo momento, debido al fracaso de la represión, emprende el camino hacia aquellos territorios de los que fue alejado, utilizando las vías creadas por otras defensas: la proyección en el caso de la fobia, la identificación y la conversión en el caso de la histeria, la formación reactiva, la anulación, el aislamiento, etc. en el caso de la neurosis obsesiva. En otros casos, como en el ejemplo citado, el determinante mayor de la forma que toma el síntoma es el castigo por parte del Superyó.

En este tipo de psicoterapia se trata, entonces, de favorecer que el conflicto se tramite y se resuelva de un modo diferente. En primer término, se favorecerá el devenir consciente del mismo, por medio del señalamiento, la confrontación y la interpretación. En segundo lugar, se buscará una mejor tramitación de dicho conflicto, no ya por vía de la represión (que transcurre de modo inconsciente) sino del juicio de condenación consciente. Dicho juicio permite el mantenimiento del conflicto en el territorio consciente y decide acerca del grado en que se permitirá la satisfacción del deseo que forma parte del mismo, en función de los valores del sujeto (Ideal del Yo) y de las oportunidades que ofrece la realidad (Freud, 1909).

Vale la pena considerar ahora distintos componentes de esta forma de psicoterapia de un modo más detallado: el encuadre, la actitud terapéutica, la jerarquización de los focos elegidos, la elaboración de los patrones relacionales, las intervenciones

Encuadre:

En la medida en que el paciente en el que predomina el conflicto sea fundamentalmente responsable de sus acciones, debido a su buen nivel de funcionamiento mental, el encuadre terapéutico no ha de tener una tarea principalmente estructurante, que ponga límites o dé apoyo, del modo en que resulta necesario cuando hay déficits en dicho funcionamiento, como es el caso en las patologías más graves (Kernberg, 1999).

Su función consistirá en definir las condiciones marco bajo las cuales los participantes aceptan que la terapia ha de realizarse (asociación libre y atención libremente flotante, frecuencia y duración de las sesiones, lugar en que se llevarán a cabo, posición cara a cara, roles de cada uno de los participantes, etc.).

Las eventuales transgresiones del encuadre (llegadas tarde, ausencias reiteradas, no acatamiento del rol, etc.) han de ser comprendidas como debidas a la acción de las resistencias o a la actualización transferencial de los conflictos inconscientes.

Actitud terapéutica:

El terapeuta puede asumir que el paciente realiza una transferencia sobre él de sus mociones conflictivas inconscientes, así como de las defensas que sobre ellas recaen.

Por esta razón, prestará atención a su propia contratransferencia como una de las vías para inferir aquello que le ha sido transferido.

Una intervención terapéutica importante consistirá, entonces, en hacer conscientes para el paciente las experiencias inconscientes transferidas, por vía de la interpretación.

El trabajo terapéutico se lleva a cabo desde una posición de abstinencia benévola, que no busca proteger al paciente con actitudes de apoyo y sostén, aunque cierta medida de apoyo se encuentra siempre presente en la práctica.



Jerarquización de focos:

Resulta de utilidad formular una hipótesis sobre cuál de los conflictos constituye el núcleo de la perturbación y qué otros conflictos están apuntalados en él, o de él se derivan, ya que es habitual que encontremos estas interrelaciones de conflictos.

El trabajo de develamiento de los conflictos puede comenzar por el conflicto apuntalado, para abordar con posterioridad el conflicto central. A su vez, este último será enfocado primeramente en su vertiente defensiva, tras lo cual podrán tener lugar las intervenciones referidas a las intenciones inconscientes sobre las que recaen las defensas.

Elaboración de los patrones relacionales:

El terapeuta busca identificar qué deseos y temores vinculares dirige el paciente, tanto hacia él como hacia los demás. Construye una hipótesis acerca de cómo pueden ser comprendidas como formaciones de compromiso las propuestas relacionales del paciente, a la vez que detecta en su contratransferencia sentimientos e impulsos activados por éste.

Examina, junto con el paciente, los temores de este último en relación con los demás, así como las medidas que utiliza para protegerse. Señala el aspecto disfuncional de estas últimas, así como la probabilidad de que actúen como profecías que se autorrealizan, de modo tal que los temores se concreten y los deseos relacionales queden insatisfechos.

De igual forma, busca mostrarle qué sentimientos e impulsos podría desencadenar o provocar en los demás -y en el terapeuta mismo- con dichas medidas, así como las consecuencias vinculares que tal efecto podría verosímelmente tener.

Intervenciones:

Dado que los síntomas del paciente y los problemas relacionados con los mismos son desencadenados por características situacionales que tienen un significado específico y personal, determinado por los conflictos inconscientes, como se deja ver en el ejemplo expuesto con anterioridad, se hacen necesarias intervenciones como el

señalamiento, la confrontación y la interpretación, con la intención de remover resistencias y defensas, y hacer consciente lo inconsciente (Etchegoyen, 1986).

Si sintetizamos ahora las consideraciones expresadas hasta este punto, podríamos decir que la psicoterapia psicoanalítica busca trabajar sobre el conflicto psíquico inconsciente y/o sobre las perturbaciones en el sistema narcisista (Mentzos, 1982), así como sobre lo no simbolizado, utilizando principalmente la interpretación y la construcción. Pero no lo hace en igual medida sobre determinadas funciones o capacidades del yo, que fueron ya consignadas por Freud, aunque no se detuvo en las perturbaciones de las mismas.

Antes de entrar en el tema mentalización y su relación con la psicoterapia psicoanalítica, considero que puede resultar de utilidad identificar el modo en que el creador del psicoanálisis las caracterizó y de qué modo las tomó en consideración.

Entre otras capacidades que podrían tomarse en cuenta también, pongo el acento en tres de ellas, en tanto esta elección resulta pertinente a los efectos del tema de este artículo: la comprensión del prójimo, la reflexividad, la interpolación del pensamiento entre el estímulo y la acción.

La comprensión del prójimo:

En un pasaje de la *Psicopatología de la vida cotidiana*, Freud consigna la siguiente frase: “En verdad, se puede aseverar universalmente que **cada persona practica de continuo un análisis psíquico de sus prójimos**, y por eso los conoce mejor de lo que cada quién se conoce a sí mismo” (Freud, 1901, p. 207) (negritas agregadas).

Freud no llevó a cabo una conceptualización más detallada de esta capacidad que identificó, si bien la incluyó en diversos lugares de su obra. Entre otros pasajes que podrían citarse, cabe mencionar uno particularmente elocuente que se encuentra en *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (el caso Dora).

Hablando de la gobernanta de Dora, dice Freud en ese historial:

“Dora de pronto se enemistó con ella e insistió para que la despidieran (...) advertía muy bien las razones que movían a su gobernanta. Notó que



la señorita estaba enamorada de su papá (...) Se irritó al notar que ella misma le era totalmente indiferente, y que el amor que le mostraba iba dirigido de hecho al papá.

Durante la ausencia de éste de la ciudad fabril, la señorita no tenía tiempo para ella, no quería acompañarla en sus paseos, no se interesaba por sus trabajos.

Apenas el papá volvía de B., se mostraba de nuevo dispuesta a prestar toda clase de servicios y de ayuda. Por eso Dora la hizo despedir” (Freud, 1905, pp. 33-34).

Como puede verse en este párrafo, Freud considera que el “análisis psíquico de su prójimo”, esto es, de la gobernanta por parte de Dora, fue el mediador entre su propio amor a la misma, su irritación y la acción de hacerla despedir.

Es que dicho análisis le permitió aprehender la motivación de la conducta de dicha gobernanta, consistente en su amor a su padre y su indiferencia para con ella. Si Dora no hubiera sido capaz de llevar a cabo esta inferencia, no habría reaccionado de la forma en que lo hizo, lo que da cuenta de la importancia que tuvo esta capacidad suya, si bien Freud no se detiene en este hecho y simplemente lo consigna, sin realizar mayores consideraciones al respecto.

Considero que la actitud de dejar este tema de lado se debe a que, tanto en Dora como en el resto de los pacientes a los que trataba Freud, esta capacidad funcionaba adecuadamente, por lo que no hacía falta reparar mayormente en ella. Hoy en día, en cambio, vemos muchos pacientes que tienen serios déficits en dicha capacidad y que no serían capaces de llegar a conclusiones como aquellas a las que llegó Dora, pacientes para los cuales los estados psicológicos del otro (motivaciones, deseos, sentimientos, etc.) se caracterizan por una opacidad radical.

La reflexividad: Esta capacidad, que Freud no denominó de esta forma, combina la autoobservación con la posibilidad de diferenciar entre representación y realidad.

Respecto al segundo aspecto, Freud consigna frases como la siguiente: “...al niño le falta todavía la capacidad que se adquiere más tarde, de distinguir la alucinación o fantasía de la realidad” (1900, p. 660).

Hablando del juicio de nuestro yo durmiente sobre las mociones que vienen de lo reprimido, dice: “Ese juicio menospreciador nos deviene consciente a veces aún dormidos; cuando el contenido del sueño excede en demasía a la censura [produciendo angustia], pensamos: “Es sólo un sueño”, y seguimos durmiendo” (Ibid, p. 662).

En la vida despierta el mismo juicio puede recaer sobre pensamientos delirantes, restándoles valor. Hablando de un joven con tales pensamientos dice:

“Lo nuevo que aprendí en él fue que pensamientos clásicos de persecución pueden estar presentes sin que se les dé crédito ni se les atribuya valor. Durante su análisis destellaron en ocasiones, pero él no les asignaba importancia ninguna y por lo general se mofaba de ellos” (1922 [1921], p. 222).

“En la elección de la situación soñada se revelaba de manera inocultable el menosprecio del paciente por sus fantasías paranoicas y su incredulidad hacia ellas” (Ibid, p. 223).

En el mismo texto, Freud deja entender que para que dicho juicio sea efectivo, para que pueda advertirse que sueño y delirio son sólo *representaciones*, es necesario que la investidura afectiva de los mismos no sobrepase cierto umbral. En el caso de otras formaciones de pensamiento, como las creencias, por ejemplo, Freud consigna que si ese umbral se ve sobrepasado, como en el fenómeno de las masas, se pierde tal capacidad, y entonces “lo irreal siempre prevalece sobre lo real, lo irreal influye casi con la misma fuerza que lo real. Su visible tendencia es no hacer distinción alguno entre ambos” (1921, p. 76).

Por nuestra parte, podríamos agregar que esta capacidad resulta de la mayor utilidad cuando, por ejemplo, alguien puede decirse que “se está haciendo la película”, en relación a pensamientos que lo angustian...hasta que profiere este juicio. En ese momento descrece de ellos y se calma.

“Es sólo un sueño” -- “Es sólo un delirio” -- “Me estoy haciendo la película” : en los tres casos se concluye que lo representado no es real (verdad), sino que *se trata solamente de representaciones*, con lo cual disminuye la angustia o el displacer que lo representado traía aparejado en la



medida en que era considerado como una realidad.

En lo que hace al otro componente de la reflexividad, la autoobservación, Freud la utilizó a lo largo de toda su obra y dio muestras del notable desarrollo y perspicacia que la caracterizaban en su caso, por ejemplo, en su autoanálisis.

Pero tampoco en relación a la reflexividad Freud se detuvo a considerar el caso de aquellos pacientes que confundían sus representaciones con la realidad, o que eran incapaces de llevar a cabo la observación de sus propios estados internos.

Interpolación del pensamiento entre el estímulo y la acción:

Otra capacidad que Freud señaló en numerosas oportunidades fue la de la regulación por medio de los procesos de pensamiento.

Así, hablando de la transformación de la descarga motriz en acción, en el curso del desarrollo, postula que:

“La suspensión, que se había hecho necesaria, de la descarga motriz (de la acción) fue procurada por el proceso del pensar, que se constituyó desde el representar.

El pensar fue dotado de propiedades que posibilitaron al aparato anímico soportar la tensión de estímulo elevada durante el aplazamiento de la descarga” (1911, p. 226).

“...el yo gobierna los accesos a la motilidad, pero ha interpolado entre la necesidad y la acción el aplazamiento del trabajo de pensamiento” (1933, p. 70).

Ahora bien, por más que Freud destacara la importancia de estas tres capacidades, no llevó a cabo una caracterización de sus perturbaciones, excepto en dos ocasiones: 1) como un fenómeno episódico en el interior de las masas (Freud, 1921), 2) como delirio de ser observado (1933).

Por esa razón no tomó en consideración, por ejemplo, cómo se trabaja con aquellos pacientes que ante un incremento de su activación emocional “no soportan dilación entre su deseo y la realización de lo deseado” (1921, p. 74). O sea, pacientes que no pueden llevar a cabo una suspensión de la descarga motriz mediante el proceso del

pensar, pacientes impulsivos, actuadores, desregulados emocionalmente.

Tampoco indagó en las fallas de la capacidad para llevar a cabo un análisis psíquico de los demás.

¿Cómo se ayuda a aquellos consultantes que no practican de continuo un análisis psíquico de sus prójimos, y por eso (no) los conocen mejor de lo que cada quien se conoce a sí mismo?.

O sea, pacientes que no pueden llevar a cabo dicha observación, para los cuales la mente ajena es una “unidad sellada”, o un escenario para sus atribuciones disfuncionales, sin que puedan aprehender verosímilmente sus contenidos efectivos (sentimientos, deseos, pensamientos, etc.).

Otro tanto puede decirse de aquellos pacientes en los que falla la reflexividad y quedan a merced de sus representaciones angustiantes (que consideran “reales”), en los que “lo irreal siempre prevalece sobre lo real, lo irreal influye casi con la misma fuerza que lo real. Su visible tendencia es no hacer distingo alguno entre ambos” (1921, p. 76). ¿Cómo se trabaja con ellos?.

Freud, entonces, caracterizó determinadas capacidades del Yo que fallan en ciertas situaciones, particularmente en los pacientes no-neuróticos, e ilustró su adecuado funcionamiento en algunos casos (por ej. en Dora). Pero no conceptualizó sus fallas como *una perturbación con derecho propio*, excepto en el delirio de ser observado (1933, p. 55), sino como un fenómeno episódico en el interior de la masa, tal como fue mencionado ya.

Por esa razón, tampoco propuso modos de trabajar con dichas fallas.

Es justo en este punto, entonces, en esta laguna de la teoría freudiana que la teoría y la práctica de la mentalización pueden hacer valiosos aportes a la psicoterapia psicoanalítica, en la medida en que han conceptualizado detalladamente estas tres capacidades y han propuesto técnicas para trabajar con aquellos pacientes en los que se encuentran perturbadas.

Cabe agregar que la teoría de la mentalización abarca muchas otras cosas además de estas tres capacidades, pero estimo que ellas pueden considerarse un núcleo teórico-clínico de dicha teoría, que resulta de mucha utilidad para trabajar con



los pacientes que vemos en número creciente hoy en día en nuestra práctica clínica.

De este modo, y en la medida en que integre este enfoque y las técnicas que le son propias, la psicoterapia psicoanalítica podrá tomar como focos de trabajo: 1) el conflicto psíquico, 2) las perturbaciones en la simbolización y el narcisismo, debidas a traumas tempranos, 3) las fallas en la reflexividad, la comprensión del prójimo y la regulación emocional y conductual, esto es, las fallas en el mentalizar. Esto significa una ampliación de los objetivos terapéuticos que abarca y un enriquecimiento de sus posibilidades y de su eficacia.

Por lo demás, cabe agregar que lo que prevalece en la mayoría de las consultas hoy en día son patologías mixtas, esto es, que presentan los tres tipos de perturbaciones mencionadas, en proporciones diversas.

Asimismo, vale la pena aclarar que siempre que encontramos perturbaciones considerables en el mentalizar, encontramos también una serie de disfunciones y perturbaciones que hacen que la estructura psíquica del paciente sea muy diferente a la de un neurótico y se encuadre más bien en lo que suele denominarse *perturbaciones estructurales* -que incluyen las perturbaciones en el narcisismo y en la simbolización mencionadas- cuyas raíces se encuentran en perturbaciones tempranas, ocurridas habitualmente en el período preverbal, en la relación del infans con su madre o cuidador/a (Rudolf, 2004, 2010)

Algunas de las características de estas perturbaciones son:

- 1) el espacio psíquico interno, en el que, en la normalidad y la neurosis, pueden operar una serie de procesos (cognitivos y reguladores: prestar atención, identificar, denominar, reflexionar sobre, contener, modular, etc.) sobre los contenidos (representaciones, motivaciones y afectos) que en él se encuentran, se halla en estos casos considerablemente reducido. Por este motivo el paciente no padece, en lo esencial, de conflictos internos, sino de conflictos interpersonales.
- 2) el self suele ser frágil, vulnerable y se encuentra muy necesitado del otro para poder llevar a cabo las funciones de regulación necesarias (propias y de la relación

con el otro). Su agencia es débil y suele ubicarse en posición objeto en las relaciones interpersonales.

- 3) la diferenciación self-otro no se ha llevado a cabo adecuadamente, lo que incide negativamente en la constitución identitaria, en la autorreflexividad y en la comprensión del prójimo.
- 4) la simbolización de los afectos suele ser precaria, lo que hace que el paciente se vea inundado por afectos intensos que no puede diferenciar ni regular, por lo que se ve llevado a utilizar medidas de afrontamiento de emergencia (como el auto-daño, los accesos bulímicos, las conductas promiscuas, el uso de drogas o alcohol, etc.). Otra alternativa la constituye el vacío y el entumecimiento emocional.
- 5) sus padecimientos obedecen menos al bloqueo de un deseo propio, que a los efectos que la conducta de los demás tiene sobre él (self necesitado del otro, posición objeto).

Estas perturbaciones significan un desafío para nuestros recursos como terapeutas, a la vez que una invitación a no quedarnos con una visión parcial de la problemática clínica (ya sea la del conflicto psíquico, o la de las fallas en el mentalizar, o la de las perturbaciones del narcisismo) y a adoptar una visión que podríamos llamar *tridimensional*, que muestra el entrelazamiento de estas dimensiones.

En lo que sigue deseo presentar un caso clínico en el que puede verse el enfoque que propongo en este trabajo, así como sus resultados.

Caso clínico

La paciente, a la que llamaremos Clara, tiene 50 años en el momento en que consulta. En la primera entrevista relata múltiples peleas con su marido y sus hijos. Habla también de la depresión que la aqueja porque se encuentra aislada, ya que se lleva mal con toda su familia. La relación con su marido se ha enfriado conforme pasaron los años, y los hijos la evitan para no desencadenar discusiones y peleas.

Para colmo, en la semana previa a consultar se había peleado con una amiga de toda la vida,



debido a una discusión en la que ella actuó “impulsivamente”, de forma muy agresiva.

A raíz de esta situación, agrega:

“No soy una persona introspectiva ni reflexiva. Soy absolutamente impulsiva, que puedo lastimar al decir las cosas; no por maldad, sino porque no pienso lo que el otro está recibiendo cuando tiro mis lanzas. No soy de esas personas que están pensando: “esto lo tengo que decir, esto no”. Tengo una amiga que me dice que tengo que controlarme y pensar antes de hablar. Pero no puedo”

Es elocuente, en lo que dice, la presencia de una falla en la posibilidad de anticipar cómo sus verbalizaciones y actitudes impactarán en los demás, así como una dificultad para ponerse en el punto de vista del otro, esto es, una falla en la *comprensión del prójimo*.

Junto a ello, la paciente no puede regular la expresión de su agresividad y ésta se traduce directamente en acción, con los conflictos en las relaciones interpersonales resultantes de ello.

Por lo demás, su discurso en la sesión tenía al principio un carácter netamente catártico e impulsivo: hablaba sin parar y sin prestar mayor atención a lo que se le pudiera decir. Por esta razón, todo intento de *interpretar*, por ejemplo, los motivos de su hostilidad dirigida hacia su marido y sus hijos, no habría sido de utilidad, ya que no estaba en condiciones de escucharlo.

La estrategia *inicial* del tratamiento se basó en el conocimiento de que la inhibición precede a la mentalización y la posibilita (aunque también sucede a la inversa), por lo cual se puso el acento en este punto y se le propuso que cuando estuviese a punto de tener lugar un desborde agresivo como los que había relatado, apretara el “botón de pausa” y tratara de pensar qué era lo que la había enojado de esa forma (Allen, 2005).

La forma de apretar dicho botón consistía en implementar un monólogo interior, en el que Clara se dijera a sí misma “¡para”, “contrólate”, “te estás por descontrolar, para!” y otras verbalizaciones equivalentes, que fueron establecidas de común acuerdo con ella.

La paciente se interesó con la propuesta, ya que veía que constituía algo “práctico” que le podía servir para no seguir llevándose tan mal con los demás. En ese momento de la sesión agregó

que en un tratamiento anterior las intervenciones interpretativas de la terapeuta le parecían algo remoto, que no le daban herramientas para vivir mejor en su vida cotidiana. Por esa razón, después de un breve tiempo, lo había abandonado.

Otras propuestas consistieron en:

a) sugerirle que prestara atención a los indicadores de que estaba comenzando a irritarse, e intentara en primer término inhibir el crescendo de la irritación. Si lo conseguía, el segundo paso consistía en que tratara de identificar -en ese momento- a qué se debía dicha irritación, en qué situación había surgido, qué actitud, comentario, etc. la había alterado. El objetivo consistía en que aprendiera a percibir con anticipación la emergencia de una tormenta emocional, que fuera construyendo, por así decir, un sistema de señales anticipatorias para poder entonces hacer algo al respecto, *antes* de que aflorase la emoción. Este hacer podía tener que ver con -como fue dicho- inhibir el crescendo de la irritación, o, si esto no era posible, con alejarse físicamente del lugar, o interrumpir una conversación que estaba subiendo de tono. En todas estas alternativas se buscaba que la paciente fuera teniendo un sentimiento de agencia en relación con sus emociones, en lugar de ser arrollada por las mismas, pasivamente, como había ocurrido hasta ese momento.

b) proponerle que, si le era posible, pusiera por escrito en ese momento todo lo que pudiera observar de sí (sensaciones, impulsos, pensamientos), así como del otro de la interacción (cuya actitud la había irritado). Conjeturamos que esta práctica le serviría para tomar distancia de lo concreto de la experiencia y habilitar un espacio para pensar (mentalizar). Por otra parte, permitiría la recolección de material para ser trabajado en sesión que, de otra forma, era olvidado sistemáticamente.

Al comienzo, sus escritos tenían poco de autoobservación o reflexión y mucho de catarsis (o sea, el exabrupto que había logrado inhibir en la relación con el otro, se volcaba en el papel). La utilidad de los mismos consistió entonces -en la primera época- en que descargaba en ellos la hostilidad que antes expresaba en la interacción. De esta forma, tuvieron inicialmente una función de morigerar los conflictos interpersonales.



No obstante, poco a poco, dichos escritos comenzaron a incluir más y más elementos de monitoreo y reflexión sobre lo que le estaba ocurriendo y se constituyeron progresivamente en una especie de área transicional (ni puramente interna, ni implicada en la interacción) en la que le era posible interrogarse y mentalizar (Lanza Castelli, 2006). Algunas veces llevaba a cabo el acto de escribir horas después de que hubiera tenido lugar el episodio problemático, lo que le permitía una reflexión retrospectiva sobre lo sucedido, que le era de utilidad para entender un poco más lo que había estado en juego allí.

Por otra parte, como ha sido demostrado en diversas investigaciones, el poner por escrito en el momento mismo de la activación de sus emociones funcionaba como un regulador emocional indirecto, debido a razones neurobiológicas (Lieberman et al., 2007), lo que era de la mayor utilidad en este caso.

c) estimular reiteradamente a la paciente a que intentara ponerse imaginariamente en el lugar del otro sobre el cual había “descargado sus lanzas”, para que fuera pudiendo, progresiva y paulatinamente, tomar en cuenta la mente del otro, e inferir el efecto que en ella producían sus actitudes. Uno de los procedimientos utilizados con este objetivo fueron mis intervenciones en “principio de respuesta” (Streeck, Leichsenring, 2015), consistentes en comunicar a la paciente mi propia experiencia de la interacción en respuesta a sus actitudes, favorecieron que ella tomara conciencia de los sentimientos y actitudes que suscitaba en mí y en los demás mediante sus actitudes, que advirtiera su propia participación activa en la interacción y lo que ésta despertaba en el otro.

d) a medida que la paciente podía prestar atención al estado mental conjeturado del otro e iba pudiendo imaginarlo, se trabajó para que pudiera conectar dichos estados con las actitudes de los demás hacia ella. De este modo, dichas actitudes pudieron ser progresivamente vistas por Clara como motivadas en gran parte por sus acciones para con los demás, y no como expresión de una incomprensible mala intención de los otros para con ella.

Cabe consignar que este modo de enfocar las cosas significó todo un descubrimiento para la paciente, ya que siempre había culpado a los demás

por las actitudes de evitación o de hostilidad que manifestaban (lo que incrementaba su propia hostilidad en una especie de círculo vicioso), y ahora comenzaba a caer en la cuenta de hasta qué punto ella misma, sin proponérselo, tendía a inducir dichas actitudes.

e) el trabajo en sesión se focalizó en los aspectos mencionados, pero con una particularidad. Dado el carácter catártico y disperso del discurso de la paciente, que saltaba de un tema a otro sin pormenorizar en ninguno de ellos, se hacía muy difícil profundizar en los asuntos de los que hablaba, o inclusive intentar que ella pensara en lo que decía. Por esa razón, fue de utilidad instrumentar tres estrategias al respecto:

e.1) una de ellas consistió en señalarle que estaba cambiando de tema, cada vez que tal cosa tenía lugar, a la vez que se la invitaba a proseguir con el tema anterior, para poder profundizar en el mismo;

e.2) otra estrategia consistió en establecer lazos entre los distintos temas (cuando esto era factible de ser hecho), logrando con ello una articulación entre los mismos, que no era en modo alguno evidente para la paciente. No se buscaba en este caso “interpretar” algún contenido en particular, sino simplemente establecer nexos que parecían ausentes o destruidos por mecanismos dissociativos (Green, 1974);

e.3) en una serie de ocasiones la paciente no podía pensar sobre los temas cuando se le señalaba que había pasado sin transición de uno a otro, ya que decía que necesitaba contar, por ejemplo, las últimas peleas habidas en su casa, cosa que hacía de un modo catártico. La propuesta en este caso consistió en dedicar la mitad de la sesión a que ella pudiera “descargarse”, y la segunda mitad a retomar alguno de esos temas para profundizar en él.

Por otra parte, el trabajo sobre su *funcionamiento mental* incluyó otros aspectos que dejo sin referir aquí, dada su extensión.

Como puede verse, el trabajo desarrollado focalizaba en los procesos mentales de Clara, en su funcionamiento mental, con el objetivo de propiciar una modificación del mismo, en el sentido de que la paciente fuera logrando inhibir las conductas impulsivas y habilitando la posibilidad de pensar, tanto en sus propios estados mentales y en las



consecuencias de sus actos, como en los estados mentales y actitudes de los demás.

A medida que la paciente iba pudiendo controlar mejor sus estallidos y habilitando un espacio mental para interrogarse respecto a lo que la había hecho enojar, fue posible desarrollar un trabajo en colaboración en el que, ahora sí, se hacía posible profundizar en las motivaciones que determinaban ese enojo casi constante con su familia.

Entre otros conflictos que aparecieron entonces, podríamos citar la transferencia que había hecho sobre su marido e hijos del vínculo altamente problemático que tenía con un hermano menor, varón, que era -al decir de la paciente- el favorito indiscutido de la madre, lo que había hecho que ella se sintiera -desde el nacimiento del mismo- excluida, relegada, deprimida y llena de odio hacia dicho hermano y hacia su progenitora. Esta situación se mantuvo a lo largo de muchos años y aún tenía vigencia en la época del tratamiento, con otros agregados y complejidades.

Entre otros efectos de esta relación temprana con una madre que no la investía adecuadamente ni la tomaba en consideración, tuvo lugar una merma considerable en el sentimiento de estima de sí, una herida en su narcisismo que trataba de sobrecompensar mediante la constitución de un self grandioso (Kohut, 1971), arrogante, despectivo y querellante, lo que se traducía en la dimensión vincular de un modo altamente perturbador.

En lo que hace al tramo del trabajo mencionado en último término, cabe decir que éste se enmarcó en el contexto de conceptos teóricos psicoanalíticos (complejo fraterno, fijación amorosa a la madre, narcisismo, etc.) y se tradujo en una estrategia en gran parte interpretativa, que -como fue dicho- debió ser *precedida y acompañada* por el proceder mencionado con anterioridad, para que tuviera posibilidades de rendir frutos.

De no haber obrado de esta forma, y haber pretendido implementar un abordaje en base a interpretaciones desde el comienzo mismo de la psicoterapia psicoanalítica, dicho abordaje se habría demostrado tan ineficaz como el de su terapia anterior, ya que se hubiera dirigido a una paciente cuyo funcionamiento mental le impedía todo aprovechamiento del mismo.

Por otra parte, el material consignado nos permite algunos comentarios sobre la articulación realizada en la práctica entre la teoría de la mentalización y otro enfoque (el psicoanalítico), que otorga mayor importancia a la temática de los contenidos.

Podríamos decir entonces que desde el primero de ellos (el de la mentalización) se puso el acento en ciertos aspectos del *funcionamiento mental* (dificultad para interpolar el mentalizar entre el estímulo y la acción; falta de inhibición y de elección de conductas alternativas a la respuesta que se le imponía; déficits en la comprensión de la mente ajena, etc.), mientras que desde el segundo (el psicoanalítico) se jerarquizó el trabajo con los contenidos y sus raíces en la vida de la paciente (la hostilidad y su origen en la relación con la madre y el hermano), así como en la vigencia de dichos contenidos y en la transferencia de los mismos sobre figuras del presente (marido, hijos, terapeuta).

Por esta razón, el tipo de intervenciones fue muy diferente según el foco que se privilegiaba. En un caso, se trabajó para favorecer la emergencia de un modo de funcionamiento mental diferente al habitual, que pudiera inhibir la acción y dar lugar al pensamiento, lo cual implicaba la reactivación de las capacidades de la mentalización inhibidas y la instalación progresiva de una actitud mentalizadora por parte de Clara.

Desde otro punto de vista y trabajando sobre los contenidos, el objetivo fue que la paciente pudiera hacer conscientes las transferencias que estaban en juego, así como las raíces de los impulsos hostiles en su vida familiar temprana. La técnica utilizada (la interpretación) buscaba poner de manifiesto esas relaciones y traer a la conciencia los nexos inconscientes entre las figuras del pasado y las del presente.

El tema de su profunda autodesvalorización, de su menoscabo narcisista, sólo pudo ser abordado tangencialmente dadas las intensas resistencias de la paciente a abordar dicha temática y al hecho de que cuando su mejoría fue suficiente como para que pudiera lograr relaciones considerablemente más armónicas con su familia y amistades, decidió poner fin al trabajo terapéutico, que ya había cumplido con los objetivos que la habían llevado a consultar.



Espero haber podido mostrar con las consideraciones precedentes, la utilidad que posee la teoría de la mentalización para trabajar con los déficits que encontramos en el funcionamiento

mental de los pacientes no neuróticos y el complemento tan importante que constituye para la psicoterapia psicoanalítica.

Referencias

- Allen, J. G. (2005) *Coping with trauma. Hope Through Understanding*. 2nd ed. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Avila, A., Bastos, A., Castelo, J., García-Valdecasas, S., Gasparino, A., Pinto, J.M., Rubí, M.L., Viada, A., Vivar, P. (2002) Reflexiones sobre la Potencialidad transformadora de un Psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*. Nro. 2, vol 4, pp. 155-192
- Bernardi, R. (1994) Sobre el pluralismo en psicoanálisis. *Psicoanálisis APdeBA* - Vol. XVI - No 3 - 433-455.
- Bohleber, W. (2010) *Was Psychoanalyse heute leistet*. Klett-Cotta 2012
- Bohleber, W. (2010) Intersubjektivismus ohne Subjekt? Der Andere in der psychoanalytischen Tradition, en *Was Psychoanalyse heute leistet*. Stuttgart : Klett-Cotta, 2012.
- Erman, M. (2014) *Der Andere in der Psychoanalyse. Die intersubjektive Wende*. Stuttgart : Kohlhammer. 2. Auflage, 2016.
- Etchegoyen, H. (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Ed Amorrortu
- Freud, S. (1900) La interpretación de los sueños Ed Amorrortu, T IV/V
- Freud, S. (1901) Psicopatología de la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu editores, T VII, 1978
- Freud, S. (1905) Fragmento de análisis de un caso de histeria. Buenos Aires: Amorrortu editores, T VII, 1978
- Freud, S (1909) A propósito de un caso de neurosis obsesiva. Ed Amorrortu, T X.
- Freud, S (1911) Formulas sobre los dos principios del funcionamiento mental. Buenos Aires : Amorrortu editores, T XII
- Freud, S. (1912) Sobre la dinámica de la transferencia. Buenos Aires: Amorrortu editores, T XII
- Freud, S. (1916-17) Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) Buenos Aires: Amorrortu editores, T XVI, 1978.
- Freud, S. (1920) Más allá del principio de placer. Buenos Aires: Amorrortu editores, T XVIII, 1979.
- Freud, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. Buenos Aires: Amorrortu editores, T XVIII, 1979.
- Freud, S. (1922 [1921]) Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la Paranoia y la homosexualidad. Buenos Aires: Amorrortu editores, T XVIII, 1979.
- Freud, S. (1933) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu editores, T XXII, 1976.
- Green, A. (1974) El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre psicoanalítico, en (1986) *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1990.
- Grupo de Trabajo OPD (2006) *Diagnóstico Psicoanalítico Operacionalizado (OPD-2) Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder Editorial, 2008.
- Jimenez, J.P. (2006) After pluralism: Towards a new, integrated psychoanalytic paradigm. *Int J. Psychoanal.* 87: 1487-507.
- Kernberg, O. (1999) Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy and Supportive Psychotherapy: Contemporary controversies. *Int. J. Psychoan.* 80, pp. 1075-1091
- Kernberg, O. (2005) Unconscious conflict in the light of contemporary psychoanalytic findings, *Psychoanalytic Quarterly*, LXXIV, pp. 65-81.
- Kohut, H. (1971) *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires : Amorrortu editores, 1977.
- Lieberman, M.D. Eisenberger, N.I., Crockett, M.J. (2007) Putting Feelings into words: affect labeling



- disrupts amygdale activity to affective stimuli. *Psychological Science*, 18: 421-428
- Mentzos, S. (1984) *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. Frankfurt am Main : Fischer Taschenbuch, 24 Auflage, August 2017.
- Reimer, C., Rüger, U. (2000) *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien*. Berlin : Springer.
- Roussillon, R. (1999) *Agonie, clivaje et symbolisation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2001) *Le Plaisir et la répétition. Théorie du processus psychique*. Malakoff : Dunod.
- Roussillon, R. (2009) *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Malakoff : Dunod
- Roussillon, R. (2010) Les souffrances narcissiques-identitaires, en Matot, J.P.; Roussillon, R. *La psychanalyse: une remise en jeu*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.
- Rudolf, G. (2004) *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur Psychodynamischen Therapie Struktureller Störungen*. Stuttgart : Schattauer, 3. Auflage, 2013.
- Rudolf, G. (2010) *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart : Schattauer, 2. Auflage, 2014.
- Rudolf, G., Grande, T: (2006) Fokusbezogene psychodynamische Psychotherapie. Ein OPD basierte Leitfaden. *Psychotherapeut*, 51, 276-289.
- Schmid-Gloor, E., de Senarclès, B. (2017) *Psychoanalyse zwischen Archäologie und Architektur. Aktuelle Überlegungen zur klinischen Arbeit mit Grenzfällen*. Giessen – Psychosocial Verlag.
- Schüßler, G. (2004). Innerpsychischer Konflikt und Struktur: Wo steht das Unbewusste heute? In R. W. Dahlbender, P. Buchheim, & G. Schüßler (Eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie* (pp. 181-192). Bern: Huber.
- Stasch, M., Grande, T., Janssen, P., Oberbracht, C., Rudolf, G. (2014) *OPD-2 im Psychotherapie-Antrag. Psychodynamische Diagnostik und Fallformulierung. Anwendungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik 2*. Bern : Verlag Hans Huber
- Streck, U., Leichsenring, F. (2015) *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie Behandlung von strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen* Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, 2015.
- Wachtel, P. (2008) *Relational theory and the practice of Psychotherapy*. New York : The Guilford Press.
- Wallerstein RS (1988). One psychoanalysis or many? *Int J Psychoanal* 69:5–21.
- Wallerstein RS (1990). Psychoanalysis: The common ground. *Int J Psychoanal* 71:3–20.
- Winnicott, D.W. (1962). Ego integration in child development. En: *The maturational processes and the facilitating environment*. Londres : Karnak Books, 1990.
- Winnicott, D.W. (1963) Fear of breakdown. En: *Psychoanalytic explorations*. Londres : Karnak Books, 1989.

