

La dimensión estructural y el funcionamiento mental en el trabajo clínico

Gustavo Lanza Castelli

En un trabajo reciente (Lanza-Castelli, 2023b) propuse y caractericé sucintamente un enfoque multidimensional en la psicoterapia psicoanalítica, en el que articulaba cuatro vectores o variables que actúan conjuntamente en los distintos desenlaces psicopatológicos y que se articulan entre sí de forma compleja: conflicto, dimensión estructural, modo de procesamiento, funcionamiento mental.

En esta ocasión deseo retomar este enfoque para destacar dos de estos vectores: la dimensión estructural y el funcionamiento mental, con el objetivo de mostrar la utilidad que puede tener su utilización en el ámbito clínico.

En lo que sigue comienzo caracterizando la dimensión estructural en sus dos facetas y a continuación llevo a cabo algunas consideraciones sobre el concepto de funcionamiento mental.

Tras ello transcribo un fragmento de una sesión y analizo con cierto detalle lo ocurrido allí, valiéndome de los dos conceptos mencionados e incluyendo brevemente una sucinta referencia al vector del conflicto.

La dimensión estructural

En esta dimensión podemos diferenciar dos aspectos o facetas:

a) la primera de ellas se centra en la temática narcisista-identitaria e incluye la constitución e integridad de la estructura del self, su fuerza o debilidad, su fragilidad o consistencia, el sentimiento de autovaloración y su regulación.

b) la segunda consiste en un conjunto de funciones o capacidades que son necesarias para la regulación del self, así como para la regulación de la relación con los demás. Esta faceta es equiparable a las funciones del Yo destacadas por Freud (autoobservación, comprensión del prójimo, interpolación del pensamiento entre el estímulo y la acción (1900, 1901, 1911), retomadas y ampliadas por la psicología del Yo (Blanck,

1974; Harsch, 1980; Storck, 2022), operacionalizadas y sistematizadas por el Grupo de trabajo del OPD-2 (2006) y por Gerd Rudolf (2020).

Estas dos facetas se encuentran interrelacionadas entre sí, según lo destaca Kohut:

“Si la autoestima es fortalecida [en la terapia], si el sí-mismo se torna más cohesivo, menos fragmentado, esta clase de autoestima se convierte en un factor de organización de las actividades del yo. Las funciones del yo mejoran”

(Elson: “Los seminarios de Heinz Kohut”, p. 99; 1971, p. 124).

En el mismo sentido se expresa Butzer “En lo que respecta a una conexión estructural-dinámica, destaca Kohut la conveniencia de diferenciar el Self (...) de un Yo (como parte del aparato psíquico con un conjunto de funciones).

En apoyo de esta sugerencia cita Kohut la siguiente relación, bien conocida y empíricamente comprensible: un Self suficientemente investido y cohesivo apoya y promueve el funcionamiento del Yo, del mismo modo que, a la inversa, una fuerte investidura de las funciones del Yo tiende a aumentar la cohesión del Self” (Butzer, (1997) pp. 35-36).

En lo que sigue caracterizaré la segunda de las facetas mencionadas (conjunto de funciones o capacidades) y consignaré algunas de las perturbaciones que solemos encontrar en estas capacidades.

No obstante, cabe aclarar previamente que las funciones que tomaré en consideración no coinciden totalmente con las propuestas por Kohut (1971, 1977) ni con aquellas despejadas por los teóricos de la psicología del yo (Blanck, 1974), conceptualizadas en ambos casos en el nivel de la metapsicología.

Las funciones o capacidades que utilizaré son el resultado de un trabajo de operacionalización llevado a cabo por algunos autores alemanes, principalmente por el Grupo de trabajo del OPD-2 (2006) y por Gerd Rudolf (2020) y si bien



tienen un alto grado de concordancia con las propuestas por Kohut y los representantes de la psicología del yo, existen algunas funciones que estos últimos toman en cuenta (como la neutralización de las pulsiones) que no han sido recogidas ni operacionalizadas en los escritos del Grupo de trabajo de OPD-2 y de Rudolf. Asimismo, algunas de las capacidades propuestas por los autores alemanes no fueron tematizadas por los otros autores nombrados (como, por ejemplo, la regulación de los vínculos en el sentido de tomar en cuenta tanto los propios deseos como los ajenos).

De todas formas, entiendo que la articulación que propongo no se ve resentida por esta circunstancia y que más bien permite un enriquecimiento de la evaluación y del abordaje clínico, en la medida en que han sido diseñados una serie de instrumentos para la evaluación de dichas capacidades y se han creado una serie de técnicas para el trabajo clínico sobre las fallas o déficits de las mismas.

En una línea similar a la que aquí postulo se encuentra la propuesta de Timo Storck, quien plantea lo siguiente: “Evidentemente, la definición del Yo como la suma de sus funciones tiene ventajas y desventajas: por un lado, permite evitar la cosificación (en la que el Yo se convertiría en una especie de homúnculo que controla), por otro lado, queda la cuestión de si el concepto es realmente necesario y si no deberíamos hablar más bien de capacidades estructurales o algo similar” (Stork, 2022, p. 36). Posteriormente, este autor vinculará las capacidades estructurales que ha mencionado a las que postula el OPD-2 (Ibid, pp. 139 y ss.).

En lo que hace a la primera faceta mencionada más arriba, esto es, la constitución narcisista del self, la caracterizaré en el contexto de la relación con un objeto primordial “suficientemente bueno”, y mencionaré algunas de las diversas perturbaciones que puede sufrir.

La estructura como conjunto de capacidades

Esta faceta de la estructura debe diferenciarse de los contenidos (como, por ej. los conflictos inconscientes), 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 caracterizarse como “...la disponibilidad de funciones psíquicas que son necesarias para la organización del self y su relación con los objetos internos y externos” (2020, p. 58), con cuya ayuda la persona puede asegurar:

1) su equilibrio interior

2) su capacidad para vincularse con los demás.

Los elementos fundamentales de la estructura pueden caracterizarse como “capacidades”.

Cuando tales elementos estructurales se desarrollan hasta un buen nivel y se encuentran integrados, proveen a la personalidad de un conjunto de funciones o capacidades psíquicas, necesarias para su regulación, desenvolvimiento y vinculación con los demás (por ej. la capacidad de reflexionar sobre sí mismo, de diferenciar y denominar los propios afectos, de empatizar con los demás, de aprehender los estados subjetivos ajenos, de regular la activación emocional, de controlar los impulsos, de anticipar los efectos de la propia conducta en los demás, de vincular -por medio del pensamiento- las actitudes o verbalizaciones ajenas con el impacto que producen en la propia subjetividad, de internalizar objetos buenos y utilizarlos para regularse, consolarse y darse ánimos, de establecer contacto emocional con los demás, etc.).

Todas estas capacidades pueden operacionalizarse e indagarse empíricamente, a los efectos de establecer un gradiente en lo que hace a su nivel de funcionamiento (Rudolf, 2002a, 2020). Se agrupan en cuatro dimensiones: cognitiva, regulatoria, de comunicación emocional, de vínculo. Cada una de estas dimensiones abarca ocho capacidades, cuatro relacionadas con el self y cuatro con los demás (Grupo de trabajo del OPD-2, 2006; Rudolf, 2020), por lo cual tenemos un total de treinta y dos capacidades, algunas de las cuales han sido consignadas en el párrafo anterior.

En cada una de estas dimensiones, así como en la totalidad de la estructura, diferenciamos



tres niveles: alto, medio, bajo, lo que constituye su nivel de integridad estructural.

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 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 tres: alta integración, integración media, baja integración.

Este gradiente se aplica para la estructura considerada como un todo, y también para cada una de las cuatro dimensiones, así como para el conjunto de capacidades que las componen, tomadas separadamente.

Desde este punto de vista cabe considerar que la causa de determinados trastornos psíquicos y vinculares radica en el escaso desarrollo de capacidades básicas del niño (por ejemplo, la capacidad de empatizar y de regular los propios impulsos), resultado de una relación parental perturbada (especialmente por parte de la madre) en los tempranos comienzos de la vida (aproximadamente en los primeros 2 años).

Esta perturbación vincular puede tener sus raíces en la escasa investidura materna hacia su hijo, en los estados depresivos recurrentes de la misma, en su inaccesibilidad y frialdad emocional, en su desregulación emocional ante las vivencias angustiosas del niño, en actitudes intrusivas, en su carencia de empatía y de actitud reflejante, etc.

Por lo demás, el adecuado desarrollo de las capacidades básicas mencionadas resulta de especial importancia para el ejercicio de la auto-comprensión, la regulación del propio self, de los vínculos y de los afectos, ya que el self necesita hacer uso de dichas capacidades estructurales

para configurar y regular adecuadamente su relación consigo mismo y con los demás.

En lo que hace a las perturbaciones que cabe encontrar en estas capacidades se podría decir que en dichas perturbaciones 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 -como fue dicho- 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 menoscabado en comparación con el que poseen cuando hay un buen nivel de integración.

Los siguientes ejemplos ilustran diversos menoscabos en algunas de estas funciones.

-Reflexividad: el paciente no es capaz de una percepción autorreflexiva. No puede -inclusive recibiendo apoyo- aprehender una imagen coherente de sí mismo y de su situación contextual. No posee un lenguaje conceptual para describir procesos internos.

-Diferenciación afectiva: el paciente no puede percibir sus afectos en forma diferenciada ni describirlos en forma comprensible. Por esa razón, tampoco puede utilizarlos como guía para la acción.

-Percepción del prójimo: la imagen del otro está determinada por las propias proyecciones necesidades y temores. El paciente no puede acceder a la realidad interna de los demás (falla en la empatía).

-Gestión de impulsos: los impulsos no se encuentran bien integrados, no pueden ser postergados o contenidos (regulación deficitaria), lo que se traduce en una impulsividad de mayor o menor intensidad. Las tendencias agresivas derivan en conductas destructivas o autodestructivas.

-Tolerancia de los afectos: los afectos negativos pueden volverse tan insoportables que desencadenan actuaciones impulsivas u obligan a poner en juego diversas medidas de emergencia



(Rudolf, 2020), como, por ejemplo, conductas de autodaño, accesos bulímicos, etc.

-Anticipación: las reacciones negativas de los otros frente a las propias acciones, apenas pueden ser anticipadas y utilizadas para regular la propia conducta.

-Aprehensión de nexos: el paciente es incapaz de aprehender el nexo existente entre las actitudes o verbalizaciones ajenas y su propia reacción emocional, que aparece, por tanto, como inmotivada.

En la medida en que las dos facetas de la dimensión estructural que hemos mencionado se encuentran estrechamente interrelacionadas, es habitual que cuando encontramos déficits como los consignados en las capacidades estructurales, encontremos también perturbaciones en la consistencia, integridad, fortaleza y autovaloración del self.

Pero antes de hacer referencia a dichas perturbaciones, es menester caracterizar -aunque sea esquemáticamente- los pasos principales en la constitución y desarrollo del self, que enumero a continuación.

La constitución del self y el narcisismo:

Las diversas esperanzas, sueños y expectativas que habitan en la subjetividad de los padres, especialmente de la madre, acerca del hijo por venir tienen lugar antes del nacimiento del mismo en lo real. Cuando este acontecimiento tiene lugar, se produce un interjuego entre el equipamiento biológico estructural y funcional del niño, y dichas representaciones. Éstas tendrán una influencia considerable sobre el desarrollo del infans en la medida en que se encuentran en la base de las respuestas selectivas a través de las cuales se estimulan ciertas potencialidades de su desarrollo mientras que otras permanecen sin alentar o incluso se desalientan activamente. De este proceso selectivo emerge, probablemente durante el segundo año de vida, un self nuclear.

Hay una serie compleja de actitudes maternas que se encuentran en la base de la constitución de dicho self, entre las cuales en este caso consignaré solamente una de ellas: el reflejo que la madre devuelve al niño, de modo tal que éste se encuentra en su rostro, en su mirada y en las

diversas actitudes que aquélla despliega en ese vínculo temprano (Winnicott, 1967). Posteriormente, esta imagen reflejada será internalizada por el niño por vía de identificación primaria, constituyendo su identidad de base.

Cabe agregar que -en condiciones normales- la madre idealiza a su pequeño, por lo que la imagen que le devuelve es la de un ser maravilloso, imagen con la que el niño se construirá, amándose e idealizándose entonces como lo hace la madre. Decimos entonces que el niño se experimenta como un Yo-Ideal (Idealich, Freud 1914).

El proceso continúa con la participación de un padre que suele ser idealizado y con el que el niño busca identificarse a los efectos de participar en su grandiosidad, ya que en el interín ha caído de su lugar de Yo-ideal e intenta compensar la merma de su narcisismo por esta vía.

Por último, tiene lugar una internalización de las funciones desempeñadas por ambos padres, lo que se encuentra en la base de la estructura del self (Kohut, 1971, 1977; Mentzos, 1984).

Este proceso, que he sintetizado al máximo en los párrafos precedentes y que he caracterizado con mayor detalle en otro lugar (Lanza-Castelli, 2024), puede abocar a un resultado logrado o sufrir diversas perturbaciones.

Cuando el proceso se desarrolla exitosamente nos encontramos con un self consistente, vital, fuerte e integrado, que posee un sentimiento de realidad y de continuidad identitaria a lo largo del tiempo, que tiene confianza en sus propias capacidades, que es capaz de recuperar por sí mismo la autoestima cuando ésta ha sufrido alguna merma, que puede calmarse a sí mismo sin que le sea imprescindible el auxilio ajeno para tal fin, que posee un sentimiento de coherencia como consecuencia de una firme investidura con libido narcisista, etc.

Cuando, por el contrario, el desarrollo ha sufrido importantes perturbaciones, nos encontramos con un self frágil, con vivencias de fragmentación variables en duración e intensidad, con experiencias de rotura y desmoronamiento, con sentimientos de vacío, desvitalización y letargo, con pérdida de la vivencia de cohesión y consistencia, con profundos déficits en el sentimiento de autovaloración, que no puede modificar por sí mismo, por lo que le es menester el auxilio ajeno



para lograr algún grado de estabilización en el mismo, etc.

En lo que hace a los desórdenes del comportamiento, encontramos en este caso actuaciones perversas o promiscuas, actividades antisociales, comportamiento adictivo, etc. (Kohut, 1971, 1977).

El funcionamiento mental:

Encontramos en este funcionamiento un conjunto de procesos por medio de los cuales se transforman, simbolizan y tramitan las experiencias afectivas y desiderativas (Lanza-Castelli, 2023a). En lo que hace a los niveles de simbolización diferenciamos entre una simbolización primaria y una simbolización secundaria.

En relación a la primera, y tomando en consideración su operatividad en el territorio de los afectos, cabe decir que durante los primeros meses de vida el bebé no puede tramitar por sí mismo los datos sensoriales de la experiencia emocional, que consisten en emociones embrionarias o protoemociones primitivas y violentas (por ej. la sensación de hambre, de urgencia y catástrofe, las vivencias catastróficas de desamparo, etc.), las cuales requieren de una transformación que las vuelva tolerables.

Por esta razón, se le hace necesario externalizarlas para que la madre las metabolice, las refleje y se las devuelva envueltas en una emoción tolerable, análoga a una atmósfera protectora.

De este modo, se pone en juego en ella la función *rêverie* (Bion, 1962): desde una posición atenta, abierta y acogedora, recoge las exteriorizaciones emocionales del bebé, las tolera, contiene y *transforma* mediante el uso de su propia subjetividad, metabolizando así los elementos externalizados y devolviendo al niño el fruto de dicha transformación bajo la forma de una emoción que éste es capaz de tolerar.

A partir de este proceso se produce en el niño -en el curso del desarrollo- una progresiva diferenciación y desomatización de las experiencias emocionales primarias, en la medida en que se van ligando con representaciones, organizadas progresivamente en capas (o redes), de creciente nivel de complejidad, que poseen conexiones fluidas entre sus distintos componentes.

Mediante este proceso de ligadura se llega hasta las formas más simbolizadas de la experiencia emocional, en donde los afectos, “envueltos” en estas redes representativas complejas, se encuentran cualitativamente diferenciados entre sí, acotados en su intensidad, atemperados en su tendencia a la acción, a la vez que pueden ser identificados, diferenciados y denominados e incluidos en una trama imaginaria y narrativa.

En este caso el destino de los afectos es integrarse en dicha trama representacional, cuya mayor riqueza permitirá cualidades de sentimiento cada vez más diferenciadas y matizadas, que forman conjuntos complejos, como una melodía con tonos y acordes diversos.

Cuando, por el contrario, la madre no puede aprehender la experiencia emocional de su hijo, cuando no puede empatizar con ella y reflejarla, cuando no puede compartirla, metabolizarla y devolvérsela al niño como una emoción tolerable, éste se ve desbordado por emociones abrumadoras que intentará evacuar, por ejemplo, por medio del llanto y la motricidad.

En este caso el desarrollo de la capacidad de simbolizar su propia experiencia emocional sufrirá perturbaciones que le impedirán llevar a cabo adecuadamente dicha función. Por este motivo sus afectos permanecerán en un estado protoemocional, carentes -en mayor o menor grado de cualidad psíquica y de ligadura con representaciones y serán proclives a descargarse en el cuerpo o en acciones carentes de regulación.

En lo que sigue intento ilustrar los conceptos consignados hasta este punto mediante un material clínico, parcialmente inspirado en un caso presentado por Bateman y Fonagy en su libro del 2006, que transcribo a continuación.

Ejemplo clínico:

En un tramo de una sesión con un paciente de 30 años, que posee un trastorno límite de la personalidad, el terapeuta le manifiesta que supone que ahora que está terminando su tratamiento en el hospital de día, podrá retomar su trabajo y desempeñarse adecuadamente en su vida laboral y familiar.

El paciente asiente con un gesto sin ser demasiado explícito al respecto, pero a medida que



el diálogo prosigue se lo ve cada vez más inquieto y agitado.

Promediando la sesión, el consultante -súbitamente- golpea con fuerza un mueble y lo rompe.

El profesional, entonces, intenta reconstruir en qué momento advirtió que el paciente comenzaba a inquietarse. Logra recordar que fue justamente cuando empezó a decirle que tenía expectativas en él para cuando retomase su vida laboral.

Propone, entonces, esta conjetura: “Creo que empezaste a ponerte inquieto cuando te hablé de las expectativas que tenía respecto a tu desempeño de ahora en más”.

El paciente no sabe decir, en un primer momento, si fue así, o no, pero se distiende un poco y luego dice que *ahora* puede recordar que en un momento comenzó a sentir inquietud y tensión corporal, comenzó a mover su pierna y a estar incómodo, siendo que no había llegado así a la sesión. Agrega que ahora que el terapeuta lo menciona, cree que sí, que su inquietud comenzó cuando este último le hizo ese comentario.

Este feedback le permite al terapeuta conjeturar que va por la buena senda y avanza un paso más: “Tal vez te sentiste presionado y sentiste que no serías capaz de hacerlo”

El paciente se distiende aún más y dice que a medida que el terapeuta hablaba aumentaba su inquietud y que llegó un punto en que se encontró golpeando el mueble.

El terapeuta le dice que ahora se da cuenta de que no entendió lo que [el paciente] estaba sintiendo y que lo cargó con un pesado fardo sin darse cuenta.

El paciente, notablemente aliviado, dice que tal vez necesite más sesiones antes de terminar el tratamiento.

Si consideramos la situación desde el punto de vista del paciente, podemos conjeturar la presencia de un *déficit en el sentimiento de autovaloración*, tan habitual en estos casos, según fue consignado con anterioridad.

En este sentimiento podemos distinguir una autoestima nuclear, primaria, derivada de experiencias de investidura idealizadora temprana por parte de la madre (Kohut, 1977), y una autoestima secundaria, que deriva del modo en que el

sujeto conquista diversas valoraciones que ha hecho propias y que forman parte del Ideal del Yo (Helbing-Tiezte, 2001).

En el caso del paciente que nos ocupa podemos suponer (dado que es un TLP y que posee marcados déficits en su funcionamiento mental, el cual suele correlacionar con el nivel estructural) que posee carencias en la autoestima nuclear y en el sentimiento de autoeficacia. Respecto de este último podemos hablar también de un sentimiento de insuficiencia.

En este punto vemos un déficit estructural, esto es, una falla en la estructura del self, en su fortaleza, su capacidad de agencia y su autovaloración.

A partir de este déficit y de este sentimiento de insuficiencia, podemos conjeturar que el paciente experimentó los comentarios del terapeuta como una presión en relación a un desempeño que sentía que no estaba en condiciones de llevar a cabo, lo que produjo un incremento de su sentimiento de indefensión y de su ansiedad respecto al futuro.

Pero los déficits de su funcionamiento mental (fallas en la simbolización de los afectos) *le impidieron que estos sentimientos tomaran un carácter propiamente psíquico, cualitativamente diferenciado, identificable y denominable, por lo que se manifestaron como inquietud corporal, tensión en aumento y la necesidad de descargarla (mediante el golpe con el que rompió un mueble)*, todo ello sin que el paciente pudiera identificar lo que le estaba sucediendo.

Estas dos variables (no identificación de su experiencia e imposibilidad de regular su acción: “se encontró golpeando el mueble”), ilustran fallas, tanto a nivel de su funcionamiento mental como a nivel estructural.

En lo que hace a la imposibilidad de identificar que experimentaba una insuficiencia para llevar a cabo lo que le proponía el terapeuta, no podemos hablar propiamente de una falla en la identificación de los afectos, ya que para que tal falla ocurra estos últimos tienen que haber sido simbolizados y hallarse constituidos como tales afectos, cualitativamente diferenciables, lo que no es el caso en esta ocasión.

Pero sí encontramos una falla estructural en su incapacidad para interpolar un proceso de



pensamiento entre el estímulo (tensión) y la acción (golpear el mueble). Por lo demás, esta acción parece tener un carácter no subjetivado, en tanto que dice que “se encontró golpeando el mueble”.

Otra falla estructural se ubica en el terreno del pensamiento, ya que cuando existen perturbaciones estructurales cabe encontrar en este ámbito diversas restricciones, entre las que podríamos mencionar: la dificultad para traducir la experiencia en un relato coherentemente organizado, la dificultad para reflexionar sobre sí mismo y sobre las motivaciones de los demás, la dificultad para establecer el nexo existente entre las actitudes o verbalizaciones ajenas y la propia reacción emocional suscitada por ellas, la cual aparece entonces, ante la mirada del propio sujeto, como inmotivada, etc. (Rudolf, 2010).

En el presente caso observamos la presencia de esta última restricción, esto es, la imposibilidad que aqueja al paciente de advertir *por sí mismo* el nexo existente entre las palabras del terapeuta y la tensión que comenzó a tener lugar en él.

Un paciente neurótico que hubiera experimentado una vivencia similar en esa situación (o sea, un sentimiento de insuficiencia), habría podido dar un carácter propiamente psíquico a su sentimiento y habría logrado identificarlo, se habría angustiado (y habría reconocido su angustia como un sentimiento diferenciado y denominable) y se habría dado cuenta (al menos en parte) de que la angustia que sentía tenía que ver con no sentirse capaz de hacer lo que se esperaba de él, que había un conflicto entre las expectativas del terapeuta y su sentimiento -del paciente- de no ser capaz de cumplirlas.

Vale decir, habría identificado la cualidad del sentimiento en cuestión (en tanto éste se encontraba simbolizado), así como la activación del mismo debido al efecto que las palabras del terapeuta produjeron en él (identificación del nexo entre estas dos variables).

Si otros factores no se lo impedían, podría haberle dicho esto al profesional y el trabajo habría continuado centrado, probablemente, en su sentimiento de incapacidad (o en la forma en que vivía al terapeuta, por ejemplo, como exigente, etc.).

Pero todo esto es lo que un paciente con un TLP *no puede hacer*, debido a los *déficits estructurales que padece y a la merma en su funcionamiento mental*.

Es interesante notar cómo “el mismo conflicto” adquiere una fisonomía tan diferente, según sea el nivel de integridad estructural del paciente y su modo de funcionamiento mental (que en las neurosis tienen un alto nivel, y uno muy bajo en las perturbaciones narcisistas o en el trastorno límite de la personalidad).

En toda una serie de casos, en los pacientes límite los afectos no están simbolizados y cualitativamente diferenciados, sino que consisten más bien en sensaciones globales, difusas e intensas (tensión corporal, inquietud motriz y necesidad de descargarlas mediante una acción violenta), difíciles de regular (debido a su falta de cualidad psíquica y a su intensidad), cuyo componente motriz se traslada fácilmente a la acción, sin que ésta pueda inhibirse debido a la falta de simbolización y al déficit estructural (déficit en la regulación).

Para este tipo de pacientes, cuyos déficits estructurales y en su funcionamiento mental (en este caso, déficit en la simbolización de los afectos y déficit en la estructura del self, así como en el terreno del pensamiento y de los procesos de regulación) dominan el cuadro clínico y determinan la fisonomía que adquiere el conflicto (entre las expectativas del terapeuta y el sentimiento de insuficiencia del paciente), es necesario poner en juego un tipo de abordaje terapéutico diferente a la interpretación clásica del conflicto, un tipo de abordaje *que tenga como objetivos el incremento de los procesos de simbolización y la optimización del funcionamiento estructural*.

Si intentamos ahora enfocar la situación desde el punto de vista del terapeuta y de la forma en que éste se condujo, vemos que ante el acto del paciente intentó reconstruir mentalmente el diálogo mantenido con él, con el objetivo de identificar aquello que se hallaba en la génesis de dicho acto. Este rastreo de los antecedentes de las acciones -en el trabajo con este tipo de pacientes- posee la mayor importancia, ya que tiene como objetivo *identificar con qué se hallan enlazadas aquellas experiencias emocionales que, debido a*



los déficits mencionados, sólo pueden expresarse como sensaciones y como acción.

Una vez conjeturado dicho nexo, el terapeuta le propone su comprensión al paciente “Creo que empezaste a ponerte inquieto cuando te hablé de las expectativas que tenía respecto a tu desempeño de ahora en más”.

Esta intervención no consiste en una interpretación que revele un contenido oculto, sino que intenta ayudar al paciente a que pueda **conectar el surgimiento de su malestar con aquello que le dio origen en el vínculo interpersonal**, que pueda establecer un nexo, ya que no puede hacerlo por sí mismo, según fue señalado ya (debido a sus déficits estructurales).

Gracias a la ayuda que el terapeuta le proporciona para establecer este nexo, el paciente puede recordar, *recién entonces*, que fue justamente cuando empezaron a hablar de ese tema que comenzó su inquietud.

¿Qué ha logrado el paciente? No ha hecho consciente lo inconsciente, sino que pudo *establecer un nexo*, gracias a que el terapeuta se lo mostró.

Vemos entonces que con su intervención el terapeuta proporciona al paciente un enlace que éste no había podido realizar. Piensa por él, por así decir, y le ofrece el fruto de su capacidad de establecer nexos. Le brinda un elemento faltante, y éste es su aporte principal. El paciente hace suyo este nexo, lo internaliza, lo que le sirve para advertir una relación causal -de la que no se había dado cuenta- entre las palabras del profesional y el surgimiento de su inquietud. El apropiarse de este nexo, el poder ver esa relación supone un enriquecimiento de su pensamiento, entendido como una capacidad estructural.

Por lo demás, el recuerdo del paciente constituye para el terapeuta un valioso feedback que le permite continuar.

Le dice entonces: “Tal vez te sentiste presionado y sentiste que no serías capaz de hacerlo”.

Tampoco en este caso el terapeuta focaliza en lo reprimido, sino que **profiere palabras que nombran los afectos, con el objetivo de que ayuden a articular (dar cualidad psíquica) e identificar sentimientos que supone poseen un carácter protoemocional, por lo que no pueden ser identificados por el paciente** (sentirse

presionado; sentirse incapaz de hacerlo) y sólo se manifiestan como tensión corporal y manifestaciones motrices.

Este tipo de intervenciones (en el contexto de una relación en la que el terapeuta funciona como una base segura, donde le propone al consultante un *reflejo* de sus diversos estados) favorece la progresiva simbolización de los afectos, esto es, su paulatina transformación en algo *psíquico*.

El paciente parece confirmar esta conjetura del terapeuta en la medida en que se distiende más y refiere que fue después de eso que se encontró golpeando el mueble.

La siguiente intervención del terapeuta (le dice que ahora se da cuenta de que no entendió lo que estaba viviendo, y que lo cargó con un pesado fardo sin darse cuenta) es interesante en más de un sentido:

Mediante esta intervención el profesional muestra que es capaz de reflexionar acerca de sus propios estados internos y de modificar su punto de vista (*ahora se da cuenta de que no entendió*), como así también de advertir -aunque sea en diferido- el efecto que sus palabras tuvieron en el consultante (cargarlo con un pesado fardo).

Estas habilidades son expresión de un buen nivel estructural, y su puesta en acto de manera explícita por parte del terapeuta suele obrar como un modelado para la psique del paciente.

Por otro lado, cabe aclarar que mediante esta intervención el profesional manifiesta que entiende cómo se sintió el paciente y le ofrece esta representación de su experiencia (del paciente) a este último, al modo de un reflejo.

Podríamos agregar que el sentirse entendidos es fundamental para estos consultantes, ya que la falla en el reflejo parental mencionado más arriba, dificultó que siendo niños pudieran conectarse con su vida psíquica, representarla y entenderla. Ser entendido por el terapeuta, entonces, favorece que el paciente pueda sentirse como alguien con estados internos aprehensibles y representables, y genera una experiencia de seguridad. Estas vivencias, a su vez, favorecen la exploración mental y activan la reflexividad.

Por último, al hablar de la forma en que lo hace, el profesional está validando la experiencia del consultante, en el sentido de sugerir que es



entendible que se haya sentido de esa forma, habida cuenta de lo que le fue dicho (Killingmo, 1989).

El comentario final del paciente, diciendo que tal vez necesite más sesiones, parece indicar la puesta en juego su propia reflexividad, posiblemente favorecida por las intervenciones del terapeuta, que se expresa en una identificación más refinada de su sentimiento de no estar preparado aún para la finalización del tratamiento.

En el trabajo con este tipo de pacientes resulta de mucha utilidad -como fue dicho- poder *identificar aquellos momentos en que se activa una emoción carente de simbolización*. A partir de esta identificación que realiza el terapeuta, se le hace posible tener intervenciones cuyo objetivo sea favorecer los procesos de simbolización (tal como hemos visto en este ejemplo).

Asimismo, en lo que hace a los déficits en las capacidades estructurales (en este caso, procesos de pensamiento y de regulación de los impulsos) resulta de la mayor utilidad hacer uso de las distintas estrategias y técnicas que han sido diseñadas con el objetivo de optimizar dichas capacidades y que por razones de espacio se hace imposible enumerar y describir en este trabajo. Remito al lector interesado a dos trabajos de mi autoría (Lanza-Castelli, 2015, 2019) y, fundamentalmente, al libro de Gerd Rudolf en donde desarrolla al detalle esta temática (Rudolf, 2020).

Para finalizar, podríamos agregar que muchas veces las intervenciones del tipo de las consignadas, parecen “superficiales” comparadas con las interpretaciones de lo inconsciente que

tienen lugar en el tratamiento de pacientes neuróticos (o en el sector neurótico de pacientes con una configuración mixta).

Pero en el trabajo con este tipo de pacientes cabe observar que las interpretaciones “profundas” realizadas desde el comienzo del tratamiento, no pueden habitualmente ser metabolizadas por ellos, y suelen resultar ineficaces o iatrogénicas (Rohde-Dachser, 2004; Rudolf, 2006). Esto se debe a que al proferirlas no se repara en que lo importante es, en todos los casos, intervenir teniendo en cuenta el modo de funcionamiento mental, así como el nivel estructural del paciente.

Si los problemas que aquejan al consultante tienen que ver con la represión de determinados *contenidos* y éste tiene un nivel estructural alto o medio, la tarea pertinente será ayudar a que dichos contenidos sean recuperados (y esto se hará, en gran medida, a través de la interpretación).

Pero si el problema del paciente tiene que ver con déficits en sus capacidades estructurales y en su funcionamiento mental, el objetivo habrá de ser favorecer el restablecimiento de los mismos, por lo que las intervenciones deberán ser acordes con dicha meta.

Espero haber podido mostrar, con las consideraciones precedentes y el análisis del ejemplo clínico, la utilidad que posee adoptar un enfoque que tome en consideración la dimensión estructural y el funcionamiento mental cuando nos encontramos con pacientes que tienen déficits en estas dimensiones de su personalidad.



Referencias

- Bateman, A., Fonagy, P. (2006) *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Blanck, G. & R. (1974) *Ego Psychology. Theory and praxis*. New York : Columbia University Press
- Butzer, R.J. (1997) *Heinz Kohut zur Einführung* Gießen : Psychosocial Verlag, 2016.
- Elson, M. (comp) (1987) *Los seminarios de Heinz Kohut. Sobre psicología del sí-mismo y psicoterapia con adultos jóvenes*. Buenos Aires : Paidós, 1990.
- 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. (1911) Formulación sobre los dos principios del funcionamiento mental. Buenos Aires : Amorrortu editores, T XII
- Freud, S. (1914a) Introducción del narcisismo. Buenos Aires: Amorrortu editores, T XIV
- Helbing-Tietze, B. (2001) *Was ist ein "reifendes Ichideal"? Ein Beitrag zur Präzisierung des Idealsystems*. Gießen : Psychosocial Verlag.
- Killingmo, H. (1989): Conflicto y déficit.: implicaciones para la técnica, *Libro Anual de Psicoanálisis*, vol.15: 112-126.
- Kohut, H. (1971) *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires : Amorrortu editores, 1977.
- Kohut, H. (1977) *La restauración del sí mismo*. Buenos Aires : Paidós, 1980
- Lanza-Castelli, G. (2015) La terapia basada en la estructura: teoría y clínica *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, Año III, Nro 1
- Lanza-Castelli, G. (2019) Psicoterapia orientada al conflicto, psicoterapia orientada a la estructura. *Clínica Contemporánea*, Nro 2, vol 10, 2019.
- Lanza-Castelli, G. (2023a) *Mentalización, funcionamiento mental y psicoanálisis. Sus interrelaciones y complementariedades en la práctica de la psicoterapia*. Madrid : Editorial Psimática.
- Lanza-Castelli, G. (2023b) Un enfoque multidimensional en la psicoterapia psicoanalítica: conflicto, dimensión estructural, modo de procesamiento y funcionamiento mental. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, Año X, Nro 2.
- Lanza-Castelli, G. (2024) Del trauma temprano al amor desesperado. [presentado para su publicación].
- Mentzos, S. (1984) *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die Psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. Frankfurt am Main : Fischer Taschenbuch, 24 Auflage, August 2017.
- Rohde-Dachser, C. (2004) *Das Borderline Syndrom* Bern : Verlag Hans Huber, 7 vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage
- Rudolf, G. (2006) Psychoanalytische Therapie struktureller Störungen. Behandlung "as usual" oder strukturbezogene Modifikation, en Springer, A., Gerlach, A., Schlösser, A.M. (Hg.) (2006) *Störung der Persönlichkeit*. Gießen : Psychosocial-Verlag.
- Rudolf, G. (2010) *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Schattauer, 2 Auflage, 2014.
- Rudolf, G. (2020) *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur Psychodynamischen Therapie Struktureller Störungen*. Stuttgart : Schattauer, 4 Auflage, 2020. (erste Auflage, 2004).
- Storck, T. (2022) *Ich und Selbst*. Stuttgart : Kohlhammer
- Winnicott, D.W. (1967) Mirror-role of Mother and Family in Child Development, en (1971) *Playing and Reality*. Routledge : London and New York, pp. 111-118.

