

Un Modelo Integrativo entre Mentalización y Psicoanálisis y su utilización en el trabajo clínico

Gustavo Lanza Castelli, Itziar Bilbao Bilbao, Javier Ramos García, Irene Rodrigo Holgado

La teoría de la mentalización y la práctica clínica que de ella deriva (MBT – Mentalization Based Treatment) se han expandido de un modo notable en los últimos 20 años en Europa y América. Dicha teoría, dirigida inicialmente al trabajo con los pacientes TLP, ha ampliado su ámbito de aplicación, como así también los formatos terapéuticos a los que informa (terapia con niños, adolescentes, familias, pareja parental, madres primerizas, etc.) (Bateman, Fonagy, Eds., 2012).

No obstante, y a pesar de sus indudables méritos, tanto la teoría de la mentalización como la MBT dejan fuera de consideración una serie de aspectos que han sido largamente trabajados en el campo del psicoanálisis. Tampoco incluyen otro modo de la mentalización, que reconoce sus orígenes en Wilfred Bion y en Pierre Marty, a la que hemos llamado mentalización transformacional, que se relaciona de modos diversos con la mentalización reflexiva, propuesta por Fonagy y colaboradores (Lanza Castelli, 2013, 2014).

El Modelo Integrativo que proponemos incluye, por su parte, ambos tipos de mentalización y los articula con una serie de conceptos psicoanalíticos, que resulta útil considerar como una serie de módulos interrelacionados: patrón vincular, esquemas del self y del otro, estructura e integridad del self, motivaciones y experiencia emocional, mecanismos de defensa y de regulación, superyó (Lanza Castelli, 2017).

En lo que sigue llevamos a cabo una muy sucinta caracterización de ambos modos de la mentalización, como así también de cada uno de los módulos mencionados. Tras ello consignamos un material clínico algo extenso que, en la última parte, analizamos con cierto detalle mediante la utilización del Modelo Integrativo que proponemos.

La Mentalización y sus dos modalidades:

a) La mentalización reflexiva:

El constructo mentalización (o función reflexiva) se refiere a una serie variada de operaciones psicológicas que tienen como elemento común focalizar en los estados mentales. Estas operaciones incluyen una serie de capacidades representacionales y de habilidades inferenciales, las cuales forman un mecanismo interpretativo especializado, dedicado a la tarea de explicar y predecir el comportamiento propio y ajeno mediante el expediente de inferir y atribuir al sujeto de la acción determinados estados mentales intencionales que den cuenta de su conducta (Gergely, 2003).

La Mentalización es conceptualizada como un constructo multidimensional, cuyas dimensiones o componentes dependen de distintos sistemas neuronales (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

Este constructo incluye cuatro polaridades: Procesos automáticos y controlados;



cognitivos y afectivos; basados en lo externo o en lo interno; focalizados en sí mismo o en los demás (Lieberman, 2007; Taubner, 2015; Bateman, Fonagy, 2016).

Asimismo, forma parte de dicha teoría una caracterización del modo en que el niño llega a construir representaciones secundarias para etiquetar y regular su experiencia emocional (pero no para transformarla, Lanza Castelli, 2014), mediante el reflejo que la madre o el cuidador le brindan de la misma (Fonagy et al., 2002).

De igual modo, el reflejo parental permite que el niño se reconozca en él como un ser con estados mentales, lo que forma el núcleo de su self psicológico.

En lo que hace a la patología, esta teoría la centra básicamente en las fallas en la capacidad de mentalizar, correlativas de la reactivación de los modos prementalizadores (equivalencia psíquica, hacer de cuenta o modo simulado, modo teleológico) y en la formación de un self ajeno (alien self) en el interior del sujeto, como producto de una falla en el reflejo parental y de una actitud malevolente hacia el hijo (Bateman, Fonagy, 2016).

b) La mentalización transformacional:

Dentro del campo psicoanalítico diversos autores han puesto el acento en los procesos simbolizantes y transformacionales, y han desarrollado modelos diacrónicos del surgimiento, estructura y transformaciones del mundo representacional (Aulagnier, 1975; Duparc, 1998; Green, 1996; Kristeva, 1974; Lecours, Bouchard, 1997).

Si bien las diferencias entre ellos no son menores, debido a los distintos marcos teóricos de los que parten, todos coinciden en afirmar que nuestra mente funciona llevando a

cabo retranscripciones, transformaciones, simbolizaciones de experiencias sensorio-motrices originarias, mediante la utilización de representaciones más elaboradas (siempre y cuando tenga lugar una relación con un objeto primario, que interactúe con el niño de un modo empático, amoroso y reflejante), con lo cual se instituye, complejiza y diferencia el mundo representacional y se tramitan de modo más adecuado los afectos e impulsos.

Pierre Marty plantea que en el curso del desarrollo tiene lugar una organización progresiva de distintos tipos de representaciones, cada vez más elaboradas, que se asocian entre sí y se ligan a valores afectivos y simbólicos. Dichas representaciones sirven a la tarea permanente del aparato psíquico, consistente en elaborar las excitaciones provenientes de las pulsiones, como así también las movilizaciones afectivas que tienen lugar en el intercambio interpersonal (Marty, 1991).

En nuestro caso, uno de nosotros -siguiendo estos lineamientos- ha enumerado una serie de operaciones presentes, por un lado, en la transformación del pensar visual preconscious en pensar verbal, y por otro, en la transformación de las experiencias emocionales crudas, primitivas, desbordantes, en afectos pasibles de contención, identificación, denominación y regulación. Ha denominado a estos procesos mentalización transformacional y ha mostrado el modo en que se imbrican con la mentalización reflexiva propuesta por Fonagy y colaboradores (Lanza Castelli, 2013, 2014).

Los conceptos interrelacionados de la teoría psicoanalítica:



Los conceptos que incluye el Modelo Integrativo son los siguientes:

1) El patrón vincular:

Consiste en tres vectores que dan cuenta de la dinámica relacional: deseo, expectativa, acción, etc. del sujeto hacia el objeto – respuesta del objeto según la perspectiva del sujeto – reacción del sujeto a la respuesta del objeto.

Cada uno de estos vectores se articula con los dos modos de la mentalización de forma diversa.

A su vez, el patrón vincular puede englobarse en una categoría más amplia, que denominamos “situación vincular”. En ella el patrón no se encuentra desplegado, o se alude con esta expresión a otras facetas de la relación (ej. “con mi esposo tenemos una relación distante, con mi hija una relación de complicidad”).

2) Los esquemas self-otro:

Conjunto de esquemas que suelen encontrarse interrelacionados de distintos modos (simétrico, complementario, de oposición, etc.).

Estos esquemas tienen grados variables de riqueza (número de esquemas) y de complejidad (complejidad integrativa de los esquemas; esquemas escindidos y esquemas integrados; esquemas duales, triangulares y grupales).

Se articulan con el primer vector del patrón vincular, en lo que hace a las expectativas acerca del modo en que el otro reaccionará a la expresión del deseo.

Se articulan con el segundo vector en el modo en que es interpretada la reacción del

otro, la cual es mediatizada por estos esquemas y/o por el mentalizar reflexivo.

3) El self, el narcisismo y sus perturbaciones:

Propone una teoría del desarrollo del self en el contexto de una visión interpersonal del narcisismo. Caracteriza las distintas perturbaciones del self que encontramos en la patología: los grados variables en su consistencia, el self incompleto, el self que tiende a la desintegración, el self disociado, los problemas en la autovaloración y en los métodos para regularla, etc.

Incluye también la autorrepresentación así como la posición subjetiva desde la cual el paciente se relaciona con los demás (por ej. posición de “justiciero” en una gesta vindicativa; de “víctima” en la relación de pareja, etc.).

4) Los grupos de motivaciones que toma en consideración:

Diferencia entre las motivaciones que hacen referencia al self y las que se centran en la relación con el otro.

Estas motivaciones constituyen el contenido del primer vector del patrón vincular. Entran entre sí en relaciones de sinergia y /o de conflicto. También pueden entrar en conflicto con el Superyó y sufrir la acción de las defensas.

El modelo incluye una caracterización de los conflictos que tienen lugar en la evolución de las mismas (por ej. “autonomía vs dependencia”; “conflicto edípico”, etc.).

Se imbrican con los esquemas self-otro y con sus configuraciones duales, triangulares o grupales.



5) Los afectos, su simbolización y regulación:

Diferencia distintos grados de simbolización (mentalización transformacional) de los afectos, así como diversas estrategias de regulación de los mismos. Entre estas estrategias distingue las que transcurren de modo automático e inconsciente (mecanismos de defensa) de aquellas otras deliberadas y conscientes (regulación emocional).

6) Los mecanismos de defensa:

Diferencia entre defensas intrapsíquicas y defensas interpersonales, así como entre defensas maduras y defensas primitivas.

7) El superyó:

Comprende tres subestructuras, el ideal del yo, la instancia autoobservadora, la instancia crítica. Es importante evaluar su grado de madurez, así como su eventual regresión y el grado de violencia que dirige sobre el Yo, o la guía y el consuelo que puede prestarle.

Estos distintos módulos se articulan entre sí y con los dos modos de la mentalización de un modo complejo, que no es posible detallar en esta breve caracterización. El conjunto de los módulos, de sus interrelaciones y de la forma en que se imbrican con el mentalizar constituyen el Modelo Integrativo.

Material clínico

La paciente, a la que llamaremos Luisa, se encuentra casada y tiene tres hijos ya mayores e independizados. Convive con su marido, con el que mantiene una relación que experimenta como insatisfactoria.

La primera consulta en el Hospital tiene lugar en el año 2015. En ese momento se le

diagnostica un episodio depresivo mayor, con rasgos de personalidad disfuncionales.

Llega acompañada por su marido, quien manifiesta su preocupación por el abuso de benzodiazepinas que observa en los últimos tiempos en Luisa, abuso que ella consigna en los siguientes términos: "Cada vez que voy a la cocina, tomo uno o dos Valium, y Orfidales. Cada vez que estoy mal, me tomo unos cuantos. Ya no me hacen nada, pero no pasa nada. La gente dice que con 30 Valium te mueres, pero yo sé que no es así".

Se le propone ingreso para ajuste de medicación, pero no acepta. Se le ofrece tratarse en la unidad de adicciones y entonces sí acepta.

Refiere abuso de benzodiazepinas ya desde la adolescencia, con algunas intoxicaciones por sedantes en su juventud.

El marido establece una conexión entre el agravamiento del consumo que ha tenido lugar en los últimos años, y el hecho de que su madre, con la que siempre tuvo una muy difícil relación, se fue a vivir con ellos al estar sola y enferma.

Cuando el marido establece esta relación, Luisa le interrumpe diciendo: "me precipito y ya está, todo solucionado. Si me quito de en medio mi madre tendría que salir de casa y estaríais tranquilos. Me echaríais de menos unos meses y luego todos mejor. Divórciate y todo resuelto..."

Tras un tratamiento breve y aparentemente exitoso en la Unidad de Conductas Adictivas, Luisa es derivada al Centro de Salud Mental de su distrito, donde es atendida por diversos psiquiatras. Ante ellos muestra un discurso exhibicionista y provocador en relación a la compra de benzodiazepina por internet y a su ideación autolítica. Según ella,



se pasa el día en internet en foros de personas que desean suicidarse, o leyendo cómo es más fácil llevarlo a cabo. Añade: "He estado con una psicóloga, y abrimos todas las cajas de Pandora, y no teníamos que haberlo hecho, no creo que haya servido para ayudarme". "Lo ideal quizá sería que yo desapareciera; ya me corté las venas con 15 años. Yo no sé qué hago en el mundo".

Su discurso se centra en síntomas de ansiedad que no relaciona con desencadenante alguno y pide que le digan lo que tiene que hacer.

En enero de 2016 la madre de Luisa fallece (Luisa la cuidó "como una profesional", aunque subraya que no lloró ni sintió pena por ella) y en octubre de ese mismo año su psiquiatra facilita una derivación a la Unidad de Psicoterapia, con la idea de que pueda iniciarse una intervención psicoterapéutica.

Allí refiere que nació en la Andalucía interior, habla de un padre brutal, violento y cruel, y de una madre en relación con la cual padeció, según relata, una profunda carencia afectiva.

En lo que hace a la madre y a su hermano (3 años mayor) Luisa dice que para ésta "él era el pura sangre, y yo el caballo de reemplazo".

Refiere que desde muy pequeña se refugiaba en los animales, con los que establecía vínculos afectivos que han seguido siendo a lo largo de toda su vida fundamentales para ella, "esos seres peludos a los que tanto debo".

Hasta los dos años y medio vive en su localidad de origen, y llega a Madrid teniendo 9 años, tras una etapa relativamente feliz en una pequeña ciudad del norte de España, en la que -según refiere- hacía mucha vida en la calle.

Tenía 12 años cuando conoció a Fernando, en quien parece haber buscado cobijo

emocional, por lo que fue sumamente traumático para ella cuando la dejó a los 18 años.

Los dos años siguientes los pasó emborrachándose, teniendo conductas promiscuas, llevando a cabo varias tentativas autolíticas y dos abortos. "Pasé dos años como loca. Hice cosas impensables: bebía hasta perder el conocimiento, fumaba, empalmaba un día con otro de juerga. Vi de todo, sufrí de todo. Hasta aborté dos veces. ¿De quién? ¿Qué más da? Dos años de negrura infinita". "El primer aborto casi me mata. Tampoco me importaba mucho lo que me pasara. Él volvió y ahora me pregunto que para qué. Me dije: tomaré venganza. Y así lo hice, pero su condena es mi condena. Tras 34 años casados, no sé lo que siento por él".

En aquel entonces pudo salir de esa problemática situación gracias a una pareja con la que, si bien estuvo poco tiempo, quedó como un referente de figura fuerte y salvadora, dada su solidez y su actitud protectora.

La relación se rompió y reapareció Fernando con quien terminó casándose. Refiere que se ha sentido querida por él, pero no respaldada o protegida. Siente que él siempre ha puesto por delante a sus hijos, lo cual tal vez no era tan relevante cuando estos eran pequeños, pero se convirtió en crucial cuando crecieron. En ese punto, en el que los hijos se hacían mayores y tomaban decisiones que no siempre gustaban, Fernando optaba por contemporar, mostrándose comprensivo y conciliador, mientras que Luisa asumía, una y otra vez, el papel de la intolerante, la que pone los límites, la que se enfrenta y no pone buena cara.

Por esa época se refugia nuevamente en el vínculo con los animales, y en especial con uno de sus perros, B, que vive con ellos



durante 15 años, y cuya muerte la sume en una profunda desolación. B estaba ya muy enfermo, y Luisa se ve obligada a sacrificarlo, algo que le provoca un dolor y una culpa considerables.

La paciente inicia una terapia MBT y previo al comienzo de la misma se le administra un cuestionario, que responde por escrito en los siguientes términos.

1) Se le pide que identifique sus dificultades:

No querer vivir - Sentimientos de vacío - Me siento rota - Me siento hundida (hundimiento total y absoluto). Pero, por los demás intento respirar, disimulo y muestro que estoy medianamente potable, lo que hace que me sienta hipócrita, cosa que odio pero en lo que soy ya una maestra.

Agrega que está confundida, cansada, que se siente LOCA (sic) (“esta palabra lleva rondando mi cabeza dos años”).

Dice que el dolor la devora y que siente que todo es lejano y sin sentido. “Me rompí y tengo tanto miedo...y miedo a decir: ayúdame”.

Consigna no encontrar sentido a nada ni a nadie y odiar al resto del mundo como lo hace consigo misma. No le gusta la gente; “salir al mundo, ¿para qué?”.

Siente vacío y dolor y un abatimiento que no la deja respirar, ni siquiera gritar.

2) Experiencias y personas importantes en la vida:

a) Experiencias Positivas: Soñar con los ojos abiertos - Dejar la mente en blanco (ya no lo consigo) - Lo más hermoso y positivo: el amor que siempre he sentido por los animales. “Dan todo a cambio de una mirada, de

una caricia” - “De qué sirve que te bajen la luna, si no te la bajan con AMOR. Tenerlo todo menos AMOR”.

b) Personas significativas: “YO, sé hasta dónde puedo llegar, dar” - Hijos: “Algo que el destino presta momentáneamente y luego tienes que devolver a la sociedad con intereses”.

3) Objetivos en la terapia

Objetivo principal: “Encontrar mi “armadura de samurái” y esconderme dentro de ella. Dentro no tengo miedo, me siento segura” - “Volver a sentir “momentos de felicidad” - Volver a tener sentimientos - Volver a sentirme persona, no una loca voluble.

Conseguidos estos objetivos, tendría sentido: Cada amanecer, Cada suspiro. Volvería la persona que era antes: segura, vital, pisando fuerte. Gritaría a los cuatro vientos: Estoy sola contra el mundo, pero cuidado mundo”.

4) Ideas sobre su involucración y participación en la terapia.

“Ahora mismo soy incapaz de tener ideas, salvo algunas nefastas y siempre negativas. Una vez dentro y observando, quizás afluya algo en lo que colaborar”.

La inseguridad siempre está ahí y primero debe otear el terreno para no tener más caídas.

Por último, se le administró también el Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI), en el que se le pidió que relatara por escrito cinco episodios interpersonales significativos para ella y que respondiera a una serie de preguntas (estándar) referidas a cada una de las historias.



Dada la extensión de este material, en lo que sigue llevamos a cabo una síntesis de aquellos pasajes más significativos, que serán retomados en la parte de análisis del caso.

Episodio 1

Habla del deseo de ver y abrazar a su hija, a la que hacía tiempo que no veía, debido a que ésta había establecido una relación de pareja homosexual con una mujer a la que describe como posesiva y controladora.

Refiere que la hija estaba asustada, rencorosa, que se derrumbó, rota de dolor y que ella fue su tabla de salvación “Nunca me he sentido tan madre como cuando mis cachorros me necesitan”. Dice que sacó al león que lleva dentro. “Esa personita tenía pánico y dolor, mucho dolor. Supongo que pensaba que no la iba a entender. Se equivocó, como siempre”. Refiere que estaba presente también su marido. “Siempre callándome, siempre parco en palabras. Supongo sintió lo mismo que yo. Pero sin expresarlo. No sabe luchar, salvo callar, solo meditar y dormir. Para luchar ya estoy yo”.

Episodio 2

Refiere que fue a ver a su jefe, que tenía miedo, pero que la furia, la ira y la humillación lo superaron. Dice que fue valiente y correcta, que cogió al toro por los cuernos, que intentó controlar su miedo y que lo logró: “Dios, lo hice, y lo hice de 10!”

“Han pasado pocas semanas de esto, pero fue una situación que hizo que volviera a creer en MI (sic)”.

“Supongo que poca gente le habla así al dios supremo del departamento. Supongo que estaría muy desconcertado. Incluso me

atrevería a pensar que sintió admiración por mí, por mi forma tranquila de actuar.

Había otras personas en ese momento. Pero al estar a mis espaldas no vi su expresión. Conociéndolos como los conozco estarían asustados y asombrados. Son sumisos y poco profesionales. Yo no”

“Quedamos en tablas. Salí contenta y poderosa. Fui feliz por momentos, aún sigo sintiendo esa situación. Sé que tengo que pagar un precio. Pero él no sabe que guardo un AS en la manga. Si hace falta lo sacaré. Siempre juego a lo alto”.

Episodio 3

Habla de los últimos días de la enfermedad terminal de su madre, de cuánto la echa de menos, a pesar de que la madre cortó sus alas muchas veces, a pesar de que le dijo que fue un accidente, un contratiempo, que fue mala hasta para nacer, a pesar de ser sólo el relevo del “pura sangre” (hermano). La madre le decía que era de granito “y yo le respondía: tú me hiciste así”. Pero la madre no sabía que no es dura, sino un animalito asustado.

Se decidió terminar con el sufrimiento de la madre mediante una inyección. Le dio el permiso a la enfermera y se sintió el verdugo de la madre.

“Me acerqué a su carita, le cogí la mano, tan pequeña y suave. Y a continuación acerqué mi boca a su oído y le dije: Mami, tranquila estoy contigo, como SIEMPRE. Pronto estarás con tus padres, con tus hermanos. Descansa en mí, hasta que te vayas. Y dos enormes lagrimas cayeron de sus ojos. No se lo he dicho a nadie, hasta ahora. Yo facilité su tránsito, yo fui su verdugo. Y en la soledad de aquella pequeña habitación, se fue en mis



brazos. Nunca, nunca me lo voy a perdonar. Fui su VERDUGO”.

Episodio 4

Tras decir que es lamentable haber nacido, se refiere a su terapeuta, al que llamaremos Carlos: “Mira Carlos, has conseguido tirar la puerta del bunker, pero las consecuencias para mi pueden ser letales. Abrir la caja de pandora, para qué, ahora todos los demonios andan sueltos y yo tengo miedo. ¿Cómo los voy a volver a educar?”

No vivo de apariencias, no vivo para la gente. No me importa el mundo ni lo que puedan opinar de mí. Estoy cansada. ¿Me oyes?, cansada”.

Tras ello, evoca algunas actitudes del padre para con ella: haberle pegado en la primera comunión, matarle canarios que ella amaba y que había criado, y dárselos a la gata, llamarla “puta”, no haber ido a buscarla nunca al colegio ni haber querido ser el padrino de su boda. Concluye diciendo: “Relación cero, todo maldad. Cuando murió sentí PAZ Y TRANQUILIDAD AL FIN. CAYÓ. No derramé una sola lágrima, y no está enterrado con mi madre porque yo no quise. Ya lo aguantó bastante en vida, en la muerte no lo iba a aguantar. Sufrí muchas críticas por ello. Pero qué sabía la gente de mi vida, de la de mi madre. No le estropearás la eternidad y así lo hice. Está solo, como se merece”.

Otros comentarios posteriores vinculados con el padre se refieren a que teniendo ella 9 años y habiendo decidido aquél ir a Madrid, le dijo a la madre que se fuera él solo.

También que un día volviendo del colegio a los 7 años, vio al padre en la puerta, por lo que supuso que la estaba esperando para alzarla en sus brazos, pero que en lugar de ello

le dijo que la madre estaba mala y que subiera inmediatamente, lo que supuso una total desilusión para ella.

La llevaba a corridas de toros y festivales de circos, que no le gustaban porque no le gustaba ver sufrir a los toros y a los animales del circo.

En relación a la madre, dice en otra oportunidad que la recuerda como un ser de terciopelo, que recuerda su olor, ya que olía siempre muy bien. La describe como preciosa, dulce, templada e injusta. Le daba todo en lo material, pero no se sentía que la quería como a su hermano.

A ojos de la madre ella tenía siempre la culpa de todo. “Siempre las tortas eran para mí”. Con el paso de los años la relación se convirtió en un trueque. Ella acompañaba a la madre a urgencias cuando ésta se ponía mala.

Cuando ingresó para tener a su hijo, ninguno de sus padres fue a verla, pero cuando nació el hijo de su hermano se reservaron dos semanas de vacaciones.

“Hechos como éstos y otros tantos que no quiero recordar, te van minando. Te conviertes en lo que yo soy ahora: un ser fantasmagórico y débil”.

A pesar de todo ello, dice, logró éxitos en el deporte y en los estudios, pero siempre sola.

Los últimos ocho años de la vida de la madre, estuvo en casa de Luisa. “Enseñé a mis hijos a quererla, amarla, respetarla”.

En otro momento habla de sus cuatro intentos de suicidio en su juventud, con benzodiazepinas que la madre usaba para controlar al padre, poniéndoselas en la comida, por lo que Luisa las tuvo siempre a mano. Los dos primeros intentos fueron con Valium “lo hice porque ya no podía más. No aguantaba estar en mi casa. Pero el destino obró en mi contra



y me salvaron. Lo mejor, que al abrir los ojos vi la cara de mi madre y me dije: Dios, le importo. Creo que me quiere. Duró poco”.

Los otros dos fueron con una cuchilla de afeitar del padre “Cortaba tranquila y consciente. Sólo tenía en mi mente las gárgolas frías y negras de mi puta vida. Sangré como un cerdo las dos veces”. La llevaron al hospital, a coserle las heridas.

Estos últimos dos intentos fueron a raíz del abandono por parte de Fernando, mencionado más arriba.

Respecto a su consumo de benzodiazepinas dice: “Sigo tragando pastillas como una loca. Es la única forma de escapar a mi realidad. Estoy dos días viva y cinco en estado comatoso. No pienso, no siento. Es el mejor estado, cerca de la muerte. Siempre requiero más cantidad y cada día me hacen menos efecto. Salvo saltar al vacío, eso no tendría marcha atrás. Sé que lo haré, consciente del salto. Sin mirar atrás. Atrás no tengo nada”.

Al finalizar este escrito le dice al terapeuta que le agradece haberla escuchado y que le agradece que haya sabido abrir su bunker. “Tengo tanto miedo a todo! Yo con mi imagen de dura. Nadie sabe el dolor que llevo por dentro, excepto tú. Y me siento ese caballo desbocado y sin jinete, que galopa sin rumbo, sin destino, sólo cargada...cerca del precipicio. Mañana me pondré nuevamente mi armadura y no dejaré que nadie vea más allá de ella. Siempre he estado sola. Yo y mis circunstancias. Ahora no va a ser diferente”.

Comentarios sobre el material clínico

Para comenzar, puede resultar de utilidad hacer referencia a las dificultades que la paciente identifica en el cuestionario. Como

puede verse, hay distintas clases de fenómenos: sentimientos (vacío, dolor, miedo, falta de sentido, odio al mundo y a sí misma, abatimiento), estados del self (rota, hundida), autoimágenes (loca, hipócrita), vínculos (odio al mundo, sentir todo lejano y sin sentido).

En línea con el no querer vivir encontramos el estar cansada, el sentir que todo es lejano y sin sentido y el odio a sí misma.

Más adelante hablaremos de los determinantes de estas manifestaciones, a las que podríamos agregar su ansiedad constante, su adicción a las benzodiazepinas y su ideación suicida.

Las situaciones vinculares que describe son múltiples. Consideramos que resulta de utilidad caracterizar en primer término la relación vivida con la madre en la infancia, que parece ser altamente determinante de una serie de desenlaces problemáticos.

Cuando Luisa dice que fue un accidente, que fue mala hasta para nacer, parece aludir a que la madre no deseó su embarazo. También refiere carencia afectiva por parte de su progenitora, así como el que el hermano era el preferido y ella “el relevo del pura sangre”. La intensa relación de amor y odio hacia la madre se muestra en diversas ocasiones (“preciosa, dulce, templada e injusta”).

Conjeturamos que la escena que relata de sus 18 años, cuando la deja Fernando, es una reedición del derrumbe vivido en la relación con su madre, por lo que puede resultar de utilidad analizarla con cierto detalle.

Refiere que había buscado cobijo emocional en él a los 12 años y que fue traumático cuando la dejó. Parecería que experimentó un hundimiento, un derrumbe, que incluía la presencia de agonías primordiales (Winnicott, 1970) y un sentimiento de profundo



desamparo, junto a lo que podríamos denominar una catástrofe narcisista, del self (rotura y hundimiento).

Una variable de la mayor importancia consiste en que Luisa no pudo procesar esa situación en un espacio interno, por medios psicológicos, sino que recurrió a un desempeño comportamental. Este hecho nos habla de los déficits en su equipamiento mental, de su incapacidad para tolerar, procesar y transformar (mentalización transformacional) estas agonías en afectos más simbolizados, del orden de la tristeza, por ejemplo, a partir de la cual podría haber llevado a cabo un proceso de duelo.

Pero la índole primitiva de las angustias y el mencionado déficit hicieron que las mismas se mantuvieran en un estado “crudo” y la arrasaran. Las defensas que pudo poner en juego consistieron, entonces, en una serie de comportamientos promiscuos, de ingesta de alcohol y drogas, embarazos y abortos (Kohut, 1977).

En ellas parecían conjugarse distintos aspectos: la abolición de la conciencia como un modo de intentar suprimir el sufrimiento intolerable y no procesable (bebía hasta perder el conocimiento), la defensa maníaca (juerga), la actuación de una destructividad que posiblemente se dirigía inicialmente hacia Fernando y que ella dirigió hacia sí misma y hacia los dos embarazos.

La duración de este caos (dos años) da cuenta también de la intensidad del trauma, como así también de su imposibilidad de poner algún tipo de freno o de estabilizarse de algún modo. El freno ha de llegar por la vía de una relación de pareja con un hombre vivido como fuerte, en el que encontró una “actitud protectora”.

Posteriormente Fernando vuelve y entonces ella da lugar a su moción hostil hacia el mismo, bajo la forma de un deseo vindicativo (“me dije: tomaré venganza”). Pero al llevarla a cabo, parece que el golpe que asesta recae también sobre su propia persona (“su condena es mi condena”).

Podemos ver que en esta escena se conjugan los problemas vinculares, la angustia y el desamparo, las defensas, las fallas en el mentalizar, el colapso del self. Vale decir, casi todos los módulos que componen el Modelo Integrativo.

Por otra parte, la temprana falla del self (rota), reeditada en esa situación, se mantiene a lo largo del tiempo. Para neutralizarla, Luisa instrumenta dos tipos de defensas.

Una de ellas tiene que ver con apelar al empoderamiento y la violencia (escena con el jefe, “cuidado mundo!”), lo que hace que se eleve el sentimiento de sí y que la falla mencionada quede transitoriamente neutralizada (“...fue una situación que hizo que volviera a creer en mí (...) Salí tranquila y poderosa”).

Como parte de esta defensa encontramos su endurecimiento, el rodearse de una “armadura de Samurai”, que, no obstante, no alcanza a modificar el sentimiento de sí, ya que dice que lo que quiere es “escondarse dentro de ella” y que “la inseguridad siempre está ahí”.

La otra defensa parece haber sido más eficaz, ya que consistió en proyectar en los hijos su parte hundida y desamparada, lo que permitía que, complementariamente, ella sintiera una elación narcisista, en tanto se ubicaba en la posición de ser necesaria para ellos y de ser su salvación (Refiere que la hija estaba asustada, rencorosa, que se derrumbó rota de



dolor y que ella fue su tabla de salvación (...) sacó el león que llevaba adentro).

De todos modos, esta defensa tuvo eficacia mientras los hijos fueron chicos, con su crecimiento e independencia dejó de ser instrumental. Parecería ser que por esa época se refugió nuevamente en el vínculo con los animales, en particular con su perro. En la relación con éste cabe suponer que encontraba, por un lado, el amor que sentía no haber recibido por parte de sus padres (“Dan todo a cambio de una mirada, una caricia”) y, por otro, un nuevo reaseguro narcisista en la medida en que el perro dependía de ella, al modo de un hijo.

La muerte de este perro la sumió en una profunda desolación, lo que da cuenta de la doble importancia -que acabamos de señalar- que había adquirido para Luisa.

Si consideramos ahora la relación vivida con el padre en la infancia, ésta aparece dominada por la hostilidad. El padre es descrito como violento y desinteresado (le pega, le mata canarios que ella ama, no la va a buscar nunca al colegio. Posteriormente no quiere ser el padrino de su boda ni va a verla cuando ingresó para tener a su hijo).

No obstante, hay otro aspecto de la relación que parece tener un tono distinto, expresada en que el padre la llevaba a corridas de toros y al circo. A pesar de los comentarios de la paciente, en el sentido de que no le gustaba ver sufrir a los animales, cabe suponer que para ella tuvo importancia la atención que el padre le prestaba.

En esta línea podemos suponer una investidura amorosa hacia el mismo, que se manifiesta en la escena en que viendo al padre en la puerta supone que la está esperando para alzarla en sus brazos. En esta suposición

podemos ver la proyección de su propio deseo de ser alzada por el padre, deseo que se ve frustrado. Cabe suponer que si esta situación se reiteró, las frustraciones consiguientes debían haber contribuido a incrementar la hostilidad hacia su progenitor.

Dicha hostilidad se manifiesta a sus 9 años cuando, ante la decisión del padre de partir hacia Madrid, Luisa le dice a la madre que lo deje ir solo. Siendo mayor expresó esa hostilidad no permitiendo que el mismo fuera enterrado junto a la madre, para que ésta no lo tuviera que aguantar. Vale la pena comentar al pasar que esa decisión supone la desmentida de la muerte de sus progenitores, defensa que habitualmente encontramos en las estructuras narcisistas y TLP. Asimismo, resulta llamativo el borramiento que realiza del hermano en la medida que tomó, lo que posiblemente haya de referirse a las características de la relación con él, que comentaremos más abajo.

Por lo demás, refiere que ante la muerte del padre no derramó una sola lágrima y más bien sintió paz y tranquilidad (“PAZ Y TRANQUILIDAD AL FIN. CAYÓ”).

De todas formas, esta relación no parece haber sido tan decisiva en las perturbaciones de Luisa como la que tuvo con su madre (derrumbe y agonías primordiales), aunque sin duda que las favoreció, entre otras razones porque dada la actitud de su padre Luisa no contó con ninguna figura que le brindara atención y amor, lo que habría amortiguado dichas perturbaciones. Es muy habitual ver que la actitud de un padre amoroso y presente, o de un tío o abuela, por ejemplo, compensa en mayor o menor medida las situaciones traumáticas tempranas vividas en la relación con la madre.



La paciente sólo contó con animales para que cumplieran esa función, para poder tener un vínculo amoroso con ellos, lo que tuvo sin duda importancia en su vida. Cabe preguntarse si no es ésta una de las razones por las que una y otra vez se identifica con animales (león, caballo de reemplazo, pequeño animalillo asustado, etc.). En otras ocasiones esta identificación parece aludir a las perturbaciones del pensamiento que padece y a la falta de orientación en su vida (“Y me siento ese caballo desbocado y sin jinete, que galopa sin rumbo, sin destino”).

Otro vínculo importante de su infancia fue el vivido en relación al hermano, aunque en sentido negativo. En reiteradas oportunidades Luisa hace referencia a que el hermano era el preferido, el “pura sangre”, mientras ella era sólo “el relevo” en la relación con la madre. Vemos en este caso la presencia del complejo fraterno (Kancyper, 2004) en el que podemos conjeturar el odio y la envidia de la paciente hacia ese hermano, que posiblemente incidiera posteriormente en la relación con los hombres y/o con sus hijos, pero no tenemos material para avalar esta conjetura.

En lo que hace a la relación posterior con la madre, parece haber continuado la ambivalencia ya señalada, lo que se ve con la mayor claridad en el episodio 3 del MEMCI, en el que alterna las referencias amorosas (cuánto la echa de menos) con otras de índole crítica (cortó sus alas muchas veces, le dijo que fue un accidente, etc.). Las referencias amorosas aparecen también en el episodio 4, cuando dice: “Enseñé a mis hijos a quererla, amarla, respetarla”.

En el episodio 3 relata cómo dio el permiso para que la enfermera le pusiera una inyección para terminar con su sufrimiento. La

culpa que sintió por esa acción (“Nunca, nunca me lo voy a perdonar, fui su VERDUGO”) parece expresar la crítica del Superyó ante la puesta en acto de sus deseos de muerte hacia la madre, combinados con el deseo de mitigar su padecimiento.

Las referencias a los hijos son escasas en el material clínico. Los menciona entre las personas significativas en el cuestionario, a la vez que parece haberlos vivido como una posesión (“Algo que el destino presta momentáneamente y luego tienes que devolver a la sociedad con intereses”), lo que correlaciona con la función que parecen haber tenido al servicio de su elación narcisista, como fue mencionado con anterioridad.

En otra escena parece haber una alusión a que los ha vivido también como hermanos, que eran preferidos por Fernando, transfiriendo sobre ellos la situación del complejo fraterno mencionada (“Siento que Fernando siempre ha puesto por delante a sus hijos...”).

Como parte de estas consideraciones sobre sus vínculos cabría mencionar que parecería que en una serie de ocasiones hace abandono de los mismos y se retrae, narcisísticamente, en su propio yo. Habla entonces de arreglarse sola (“Siempre he sido yo mi fortaleza”) y de desinvertir al otro (“si no te importo, tú tampoco me importas”), lo que tiene, entre otras, la consecuencia de que experimente un sentimiento agudo de soledad.

En lo que hace al consumo de benzodiazepinas, continuado desde la adolescencia hasta la actualidad, podríamos conjeturar que hay dos determinantes fundamentales de dicho consumo. Uno de ellos tiene que ver con los déficits en su mentalización transformacional que, al no poder simbolizar y transformar las angustias originarias y sus derivados



(ansiedad constante) en estados de ansiedad tolerables y procesables por medios psicológicos, la deja inerme frente a las mismas, por lo que debe recurrir a un intento de supresión o disminución por vías químicas.

Otro determinante parece tener que ver con su tendencia suicida, ya que mediante la ingesta dice sentirse en un estado en que no piensa ni siente, “cerca de la muerte”.

En lo que hace a esta tendencia a la auto-supresión, conjeturamos que tiene también diversas motivaciones. Una de ellas parecería ser la vuelta hacia sí misma del odio dirigido hacia los demás (odiar el resto del mundo como lo hace consigo misma).

En otros momentos parecería adquirir un sesgo de reproche e inculpador, como cuando ante el comentario por parte del marido de que su consumo de benzodicepinas aumentó desde que la madre está conviviendo con ellos, responde: “me precipito y ya está, todo solucionado. Si me quito de en medio mi madre tendría que salir de casa y estaríais tranquilos. Me echaríais de menos unos meses y luego todos mejor”. En este sentido el suicidio parece ser un modo indirecto de agredir a su marido y sus hijos, a la vez que un dedo acusador por lo que “le hicieron” los personajes importantes de su historia (Cf. más abajo, cuando hablamos de su ubicación como objeto del otro). A la vez, la frase transcripta parecería indicar que se vive como una carga para los demás, lo que podría ser también un modo de llevar a cabo la venganza mencionada con anterioridad (en la medida en que obliga a los otros a padecerla).

Asimismo, la expresión “Me echaríais de menos unos meses” parece aludir a que no se supone suficientemente inscripta en la mente de su marido y de sus hijos, o sea, no supone

que la invistan amorosamente, de modo tal que la recordarían. Nos preguntamos si este no sentirse investida y alojada en la mente del otro es una reedición de lo que posiblemente vivió en la relación con la madre. Por otra parte, cabe preguntarse también si este no sentirse alojada en la mente ajena no se relaciona también con la actitud posesiva que parece haber tenido para con sus hijos, ya que habría sido una manera de hacerse presente constantemente ante ellos, sin el riesgo de ser desinvertida.

Por último, nos preguntamos también si otra motivación para los intentos de suicidio con pastillas, en su juventud, no fue la de realizar un “llamado desesperado al otro”, como cuando dice: “Lo mejor, que al abrir los ojos vi la cara de mi madre y me dije: Dios, le importo. Creo que me quiere. Duró poco”. O sea, el acento que pone en la presencia de la madre nos da pie para conjeturar que era ésa una de sus motivaciones, que la madre acudiría ante su intento suicida y le mostrara su amor.

Una constante que aparece en distintos lugares del material clínico es su posición como objeto del otro, vale decir, como que sus características y desventuras han sido causadas por otros (por ej.: “Hechos como éstos y otros tantos que no quiero recordar, te van minando. Te conviertes en lo que yo soy ahora: un ser fantasmagórico y débil”; La madre le decía que era dura, de granito “y yo le respondía: tú me hiciste así”).

También en la relación con el terapeuta se deja ver esta posición subjetiva, cuando le atribuye haber conseguido tirar la puerta de su bunker. “Mira Carlos, has conseguido tirar la puerta del bunker, pero las consecuencias para mi pueden ser letales. Abrir la caja de



pandora, para qué, ahora todos los demonios andan sueltos y yo tengo miedo”.

Es importante subrayar, no obstante, que es Luisa la que decide “abrirse” ante una invitación o pedido de su terapeuta, y que, a partir de un movimiento proyectivo, le atribuye a él ser la causa de esa apertura, una apertura violenta, intrusiva (“tirar la puerta del bunker”). De este modo, desde la perspectiva de la paciente, ella puede sufrir consecuencias letales a raíz de lo que él le ha hecho. Vale decir que desde este modo de construir el vínculo, ella lo hace culpable del estado letal en que se encuentra y de su inermidad ante los demonios.

En un sentido más general podríamos decir que en la medida en que ella se ubica como objeto del otro, de un otro que una y otra vez la ha dañado (según refiere en sus relatos), cabe preguntarse si la percepción que ella tiene de esos vínculos y de las actitudes de los demás a su respecto, no ha sido también construida de un modo similar a como lo ha hecho en relación a su terapeuta y al bunker, por más que ella los viva (debido a su funcionamiento en equivalencia psíquica, cf. más adelante) de un modo rotundo, como siendo indudablemente como lo dice, sin que haya habido ninguna construcción o sesgo perceptivo de su parte.

Suponemos, además, que Luisa ha de sentirse justificada en cualquier sentimiento o actitud hostil, reivindicatoria o vengativa que tenga hacia ese otro, por lo que ella siente que éste le ha hecho y por el estado en que la ha dejado. Ella vive entonces que su hostilidad es siempre “reactiva” a la maldad previa del otro o al daño que éste le ha producido. Es posible también que se sienta con derecho a una indemnización por lo que le han hecho. En el ámbito de la terapia esto podría traducirse en

que no se encuentre demasiado dispuesta a esforzarse y trabajar en ella, sino que ha de ser el terapeuta quien deba sacarla de su estado (de hecho, hablando de la terapia dice: “Una vez dentro y observando, quizás afluya algo en lo que colaborar”).

Asimismo, desde esta posición inocula culpa en el otro (“las consecuencias para mí pueden ser letales”), por lo cual éste se encuentra en deuda con ella y, además, lo que ella padezca o haga (suicidarse, por ejemplo) sería culpa de ese otro.

Si ponemos ahora el acento en la mentalización reflexiva de Luisa, podemos ver que en una serie de situaciones tiende a atribuirle al otro sus propios estados emocionales (Esto aparece en el material muchas veces, por ejemplo, cuando dice de la hija “Esa personita tenía pánico y dolor, mucho dolor”), lo que supone una falla en la capacidad para aprehender los estados mentales efectivos del otro. Consideramos que esta falla se debe a la presencia de mecanismos proyectivos que tienden a ubicar en el otro estados que para ella son insoportables. Como ocurre a menudo, encontramos una contraposición entre activación defensiva y capacidad de mentalizar.

En otras ocasiones no diferencia adecuadamente sus propios estados de los del otro, al que tiende a ver como un doble de sí, como cuando en el episodio 1 del MEMCI, hablando del encuentro con la hija y de la presencia de su marido en esa situación, dice de éste “Supongo sintió lo mismo que yo. Pero sin expresarlo”.

Es de suponer que estas dificultades en su capacidad de mentalizar al otro contribuyen a la constante complicación de todos sus



vínculos, junto con otras variables que ya hemos señalado (como su hostilidad, etc.).

La identificación de los propios sentimientos es buena en toda una serie de ocasiones, pudiendo inclusive, algunas veces, advertir las relaciones entre distintos sentimientos, como cuando en el episodio 2 del MEMCI, hablando de cuando fue a ver al jefe, dice: “descubrí que la ira, la furia, la humillación, superaron a mis miedos”.

No obstante, en el caso de la angustia, su capacidad para identificarla, tolerarla y regularla es mínima, según ha sido comentado, por lo que busca solamente suprimirla mediante la ingesta de pastillas.

Como es habitual, sus fallas en el mentalizar se complementan con la activación de modos prementalizadores. En su caso, el modo de equivalencia psíquica (en el que lo representado se experimenta con un alto grado de realidad y de certidumbre subjetiva) parece hallarse presente, entre otras situaciones, en la rotundidad con que relata los “hechos” que la han dañado una y otra vez (agresiones del padre, actitudes de la madre de preferir al hermano, terapeuta que irrumpe en su bunker, etc.).

Resulta de interés ver cómo este modo prementalizador se entrelaza con la proyección de la posición sujeto (el otro es el activo, el que lleva a cabo la acción que la daña), correlativa de su instalación en el lugar de objeto del otro. Este entrelazamiento determina su convicción acerca del daño que se le ha hecho, lo que justifica ante sus propios ojos su hostilidad, la eventual exigencia de una indemnización, etc. Si en el curso de la terapia fuera posible ayudarla a activar su capacidad de mentalizar, podría poner en duda la lectura unidimensional que hace de estos

acontecimientos y le sería posible recuperar, tal vez, recuerdos referidos a otros aspectos de las actitudes de los padres para con ella, o evaluar de otra manera los que ya posee, lo que favorecería la disminución de dicha hostilidad, así como la posibilidad de interrogarse por distintos aspectos de su subjetividad. Entre otras cosas, podría quizás llegar a preguntarse qué es lo que ha hecho con lo que le hicieron y cuál es la parte que le toca en los padecimientos de los que se queja. Éste sería un logro de la mayor importancia e implicaría habilitar un espacio interior en el que podría pensar sobre sí misma, sobre su tendencia a interpretar de modo unidimensional -y con un sesgo negativo- una serie de actitudes de los demás para con ella, así como sobre una serie de variables personales e interpersonales. Este cambio posicional haría que disminuyera su tendencia a trasladar toda su problemática al exterior, al espacio interpersonal.

Si llegados a este punto nos preguntamos ahora cuál sería el enfoque terapéutico que consideraríamos adecuado y cuáles sus objetivos, en función de lo expresado en el material clínico y de lo analizado por nosotros hasta aquí, podríamos recordar que los objetivos terapéuticos que ella explicita para sí misma son:

Encontrar una armadura en la que esconderse dentro para no tener miedo y sentirse segura. Sentir momentos de felicidad. Tener sentimientos. Sentirse persona y no una loca voluble.

Posiblemente sería de interés que estos objetivos sean trabajados conjuntamente, hasta llegar a un consenso entre paciente y terapeuta.

Por otra parte, postulamos que la terapia ha de proceder en dos fases:



En una primera fase nos preguntamos por la posibilidad de aprovechar terapéuticamente su amor a los animales, su fuerte identificación con ellos, así como la defensa consistente en proyectar fuera de sí sus aspectos desvalidos y cuidarlos en el depositario. Un posible aprovechamiento sería, tal vez, sugerirle que ocupe parte de su tiempo en alguna tarea relacionada con el rescate y curación de animales abandonados.

Si ella se interesase por esta posibilidad, tal vez lograría una cierta estabilización de su sentimiento de sí y encontraría un sentido en esa actividad (como posible universo nutriente de “tener sentimientos” y “sentir momentos de felicidad”, a la vez que sentirse “segura y vital”, lo que le permitiría quizás acercarse al polo sentirse persona, no una loca vulnerable).

En la segunda fase podríamos decir, utilizando su metáfora, que el terapeuta debería hacer de jinete que le ayude a pensar sobre su desbocamiento y a encauzarlo.

Pero encontramos las siguientes dificultades para ello:

Por un lado, las limitaciones en sus capacidades de tramitación, de procesamiento mental de la experiencia emocional y vincular. Lo que hemos llamado trastornos del pensamiento o déficits en la mentalización transformacional. Estas capacidades le serían necesarias para aprovechar las intervenciones “pensantes” del terapeuta y en este sentido el desafío sería cómo favorecer su incremento.

Por otro lado, la rivalidad con un terapeuta hombre (¿transferencia fraterna?) y la lucha por el poder que dicha rivalidad conlleva.

Asimismo, el temor a entregarse “desarmada”, sin armadura, quedando a expensas de

las intenciones malévolas del otro (como proyección, tal vez, de sus propios deseos de venganza y destrucción).

Por lo demás, cabe subrayar lo que expresa en la parte final del material clínico que hemos consignado: “Sigo tragando pastillas como una loca. Es la única forma de escapar a mi realidad”. En tanto ese escrito está dirigido a su terapeuta, parece decirle en este punto que no considera que ella pueda (o quiera) procesar lo que le pasa mediante un trabajo de elaboración mental, a los efectos de transformar su realidad (interna y externa), sino que la química de las pastillas es la única forma, no de afrontar o de intentar resolver lo que le pasa, sino de escapar de ello. Con esta afirmación ubica al terapeuta en una situación de impotencia, desvalorizando lo que éste pueda ofrecerle.

Por otra parte, la paciente no parece muy dispuesta a tener un rol activo en el proceso terapéutico, a colaborar en él (“Ahora mismo soy incapaz de tener ideas, salvo algunas nefastas y siempre negativas. Una vez dentro y observando, quizás afluya algo en lo que colaborar”). Parecería que, siguiendo su tendencia a ubicarse como objeto del otro, como en aquellas situaciones en las que experimenta que se la perjudica, ha de esperar que sea el terapeuta quien activamente se esfuerce por sacarla de su estado, tal como hemos comentado más arriba.

El intento de remontar, poco a poco, estas dificultades constituiría un aspecto importante de la segunda fase de la terapia, que incluiría -como fue dicho- el ayudarla a pensar sobre éstos y otros aspectos de sí misma, vale decir, ayudarla a optimizar sus capacidades mentalizadoras (tanto de la mentalización reflexiva como de la transformacional), tales



como la autorreflexión, la diferenciación de los afectos, la regulación de los impulsos, el poder tomar distancia de sus propios esquemas interpretativos disfuncionales y el ser capaz de cuestionarlos, etc.

Esta segunda fase apuntaría también a intentar limitar su autodestructividad, restañar el self y el sentimiento de sí, favorecer la tolerancia de las emociones y el procesamiento emocional, en lugar de suprimir dichas emociones mediante tóxicos (pastillas).

Para el logro (aunque sea parcial) de estos objetivos parece de la mayor importancia el vínculo que pueda establecer con su terapeuta. La referencia que hizo respecto al hombre que la ayudó a estabilizarse luego de los dos años de descontrol, tras ser dejada por Fernando, hombre a quien describió como fuerte, sólido y con actitud protectora, puede indicarnos cómo necesita ver a su terapeuta y de qué manera es importante que éste se comporte con ella.

Por lo demás, el vínculo de cuidado prolongado con su madre habla de su capacidad de establecer relaciones duraderas. El vínculo terapéutico tendría que tener también esta característica: ser confiable y duradero, algo en lo que poder sostenerse a medida que pueda ir confiando en él.

Por último, deseáramos consignar que no se nos escapan las dificultades que el tratamiento de Luisa supone, dada la gravedad de su estado, sus pocos recursos mentales y sus tendencias autosupresivas y autolíticas, en un contexto institucional que sólo permite llevar a cabo sesiones con una frecuencia semanal.

Dado que el tratamiento aún se encuentra en curso, el tiempo dirá hacia qué lado se ha inclinado el fiel de la balanza y qué es lo que se ha podido lograr.

Para finalizar, deseamos decir que esperamos haber podido mostrar, con las reflexiones que hemos llevado a cabo sobre el material que nos proporcionó Luisa, la utilidad que posee el Modelo Integrativo para la comprensión de pacientes severamente perturbados, así como para llevar a cabo una propuesta de tratamiento. Esta utilidad deriva del foco que pone en los dos modos de la mentalización, así como de la articulación que realiza con conceptos psicoanalíticos que poseen la mayor importancia para el trabajo con estos casos difíciles.



Referencias:

- Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008) *Mentalizing in Clinical Practice.* Washington, London : American Psychiatric Publishing, Inc.
- Aulagnier, P (1975) *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado.* Buenos Aires : Ed. Amorrortu, 2001.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2016) *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica.* Bilbao : Desclée de Brouwer, 2016.
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (eds.) (2012) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Washington, London : American Psychiatric Publishing, Inc.
- Duparc, F. (1998) *L'élaboration en Psychanalyse.* Paris : L'Esprit du Temps.
- Fonagy, P.; Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self.* New York : Other Press.
- Gergely, G (2003) The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Menninger*, Volume 67, Nro 3, pp. 113-131.
- Green, A (1996) *La metapsicología revisitada.* Buenos Aires : Editorial Eudeba.
- Kancyper, L. (2004) *El Complejo Fraterno. Estudio psicoanalítico.* Buenos Aires : Editorial Distribuidora Lumen SRL.
- Kohut, H. (1977) *La restauración del sí mismo.* Buenos Aires : Paidós, 1980.
- Kristeva, J (1974) *La Révolution du langage poétique*, Paris : Ed du Seuil.
- Lanza Castelli, G. (2013) Mentalización reflexiva y mentalización transformacional: Una propuesta complementaria al enfoque de Peter Fonagy. *Clínica e investigación relacional.* Vol 7 (1).
- Lanza Castelli, G. (2014) Mentalización y transformación de la experiencia emocional. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia.* Año I, Nro. 2.
- Lanza Castelli, G. (2017) Un modelo integrativo entre mentalización y psicoanálisis. Aplicaciones clínicas. *Temas de Psicoanálisis.* Nro. 13.
- Lecours, S & Bouchard, MA (1997) Dimensions of Mentalization: Outlining Levels of Psychic Transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855-875.
- Lieberman, M.D. (2007) Social cognitive neuroscience: A review of the core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259-289.
- Marty P. (1991) *Mentalisation et psychosomatique.* Collection Les Empêchers de Penser en Rond. Edité per Les Laboratoires Delagrande.
- Taubner, S. (2015) *Konzept Mentalisieren. Eine Einführung in Forschung und Praxis.* Gießen : Psychosocial-Verlag.
- Winnicott, D.W. (1974) The Fear of Breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-107.

