

La mentalización en el proceso clínico de pacientes con enfermedades somáticas. Instrumentos de evaluación

Azucena Borelle

aborelle@hotmail.com

Introducción

Hipócrates incluía la *psykhé* en la descripción del cuerpo humano, como algo que, visitando todas las partes del cuerpo podía contribuir a la enfermedad de éste. Así, pues, puede decirse que las más modernas concepciones integradoras de la psicósomática se hallaban ya presentes en los antiguos padres de la medicina.

Sin embargo, bajo el influjo de los grandes avances de la anatomía y la fisiología, los temas del “alma” quedaron fuera del interés científico dominante de raigambre mecanicista y fueron reintroducidos por Freud a través de su “cura por la palabra”, separándose así, del discurso médico tradicional.

A partir del marco referencial psicoanalítico, la Escuela de Chicago, entre los años 1950 y 1960, elaboró un sistema complejo sobre la especificidad de las enfermedades psicósomáticas planteando la existencia de verdaderos “perfiles psicósomáticos de personalidad”. Paralelamente, la observación clínica sostenida, permitió relacionar los sucesos vitales importantes o traumáticos con los desencadenamientos de enfermedades somáticas. Ello acompañado de una falta de registro por parte del sujeto, para quien el hecho no tenía significación alguna. Así aparecen los estudios y teorizaciones de P. Marty y De M’Uzan (1963), sobre el pensamiento operatorio y de Sifneos y Nemiah (1970) sobre alexitimia que coinciden en destacar la pobreza de la vida mental y capa-

cidad simbólica de estos enfermos. La enfermedad como defensa frente a un sufrimiento mental insoportable está en la base de estas conceptualizaciones y nos vuelve sobre el planteo freudiano de que el enfermar, en cualquiera de sus formas, es un triunfo económico.

El cuerpo en psicoanálisis no es sólo un conjunto de órganos, sino un entramado de imágenes y de significantes que le dan unidad imaginaria constituyéndolo como cuerpo simbólico. Es por ello que cada sujeto lleva en la carne las marcas de su historia, lo que impide homogeneizar las enfermedades como iguales o como “perfiles”. Es el “caso por caso” lo que mostrará la significación que, para cada sujeto, tenga su particular modo de enfermar.

En el trabajo de tesis doctoral que lleva por título “Intervenciones Psicoterapéuticas En La Clínica Psicósomática. Implicancias En La Mentalización. Estudio De Casos” (Borelle, 2009) me propuse, pues, un análisis de casos, a fin de evaluar la evolución en las capacidades de mentalización de los sujetos con enfermedades somáticas que habían sido asistidos a partir de una psicoterapia basada en la “construcción” de redes representacionales y la reanimación de la funcionalidad del preconsciente.

A partir de los planteos teóricos de la Escuela de Psicósomática de París y contando con instrumentos proyectivos (Test de Apercepción Temática, Escuela Francesa del TAT), se evaluó la calidad de mentalización



de los pacientes al inicio del tratamiento y se replicó la prueba luego de un año de tratamiento a fin de poner en evidencia los movimientos producidos en la variable estudiada.

Confluyen, entonces, dos perspectivas técnicas: cómo intervenir psicoterapéuticamente en pacientes con afecciones somáticas y cómo evaluar el proceso clínico.

El trabajo que sigue toma como referencia los resultados de la mencionada tesis y se circunscribe a describir las características de la psicoterapia instrumentada y los movimientos producidos a nivel de la mentalización ilustrando sus principios a partir de una viñeta clínica.

Conceptualización general

Existe una multiplicidad de teorías que intentan explicar el fenómeno somático y su articulación con los procesos psíquicos, las mismas se diferencian por el valor adjudicado a la participación de los factores biológicos, psicológicos o a la integración de ambos. Dentro del campo psicoanalítico, la diversidad es, en ocasiones, convergente, mientras que en otras se plantean diferencias radicales. La relación mente-cuerpo toma diferentes formas que se incluyen en perspectivas teóricas de continuidad o discontinuidad psique-soma. Dichas perspectivas, de un modo esquemático, pueden reunirse en dos grandes grupos: teorías homogéneas y teorías heterogéneas (Borelle, Russo, 2017).

Las teorías homogéneas se sostienen en el principio de la continuidad psique-soma en la que el fenómeno somático es significado como síntoma, es decir como el producto de la oposición de fuerzas representadas por un deseo y una defensa. A. Garma (1974) a partir de su trabajo sobre las úlceras gastroduodenales y L. Chiozza (1977), desde el concepto de “fantasía específica” podrían muy bien representar a este grupo. La expe-

riencia “conversión pregenital” se inscribe en estas líneas teóricas suponiendo procesos semejantes a los que intervienen en la producción de síntomas histéricos, aunque diferenciados por la participación que en ellos tendría la conflictiva edípica.

Las teorías heterogéneas, por su parte, sostienen un salto cualitativo entre lo somático y lo psíquico poniendo en evidencia que se trata de fenómenos que poseen diferencias estructurales. Aquí lo somático se presenta en ruptura con lo que acontece en el escenario psíquico. La teoría de P. Marty es solidaria con esta perspectiva.

El eje conceptual que manejan las distintas teorías, puede constituir otro punto de distinción. Por ejemplo, las que se sustentan en la idea de una trayectoria que va desde lo corporal a lo mental y las vicisitudes, de tensiones o inacabamientos de esa trayectoria, o las que priorizan la idea de disociación o integración psicósomática enfatizando la participación de lo corporal en la vivencia afectiva o la disociación de la misma. Las ideas de S. Fenenczi y D. Winnicott corresponderían a este modo de entender el fenómeno psicósomático.

La diferenciación freudiana entre neurosis actuales y neuropsicosis de defensa es, tal vez, uno de los más importantes puntos de partida para la comprensión de los trastornos somáticos. La teoría psicósomática de P. Marty se apoya en esta diferenciación y ha permitido un acercamiento a los problemas clínicos desde una perspectiva particular que es complementaria, respetando sus diferencias, al de otros autores cuyos desarrollos son referencia obligada en la psicósomática actual. El pensamiento psicósomático de la Escuela de París, intenta superar visiones reduccionistas e integra las manifestaciones biológicas, psíquicas y sociales considerando al hombre como una unidad. El hombre es psicósomático por definición (Borelle, Russo, 2017) y los psicósomatólogos franceses



proponen una lectura particular de los movimientos que se desarrollan entre el polo somático y el polo psíquico. Proponen un marco teórico-clínico útil, aunque siempre será un recorte posible entre otros dada la complejidad del fenómeno, el cual supone una amplia red de entrecruzamientos teóricos: biológicos, sociales y culturales que podrían ampliar, aunque nunca agotar la temática.

En el trabajo clínico con enfermos somáticos observan características del funcionamiento mental de estos pacientes que obligan a resaltar los aspectos económicos de la metapsicología, ya que la semiología se interesa más por el destino de la excitación que por el sentido latente de los síntomas (Ulnik, 2000).

Asimismo, las características del sistema preconsciente, como lugar de ligadura entre representaciones y afectos, está jerarquizado en la psicósomática de Marty y vinculado directamente con el concepto de mentalización, aquí consignado como la capacidad de tramitar psíquicamente las excitaciones que llegan al aparato. La mentalización se sostiene en un entramado representacional suficiente y susceptible de establecer condensaciones, desplazamientos y sustituciones, por lo que es necesario considerar tanto el espesor de las representaciones preconscientes como su calidad y permanencia en el tiempo.

Puede advertirse, entonces, que el punto de vista tópico (primera tópica) y el punto de vista económico de la metapsicología freudiana resultan preponderantes en esta conceptualización.

No obstante, disponer de una teoría que explique un determinado problema, no implica necesariamente que se deduzca de ella la forma de operar sobre el campo problemático. Así, pues, la situación concreta con el paciente, cuyo funcionamiento mental es posible inferir (gracias al marco teórico), sigue constituyendo un interrogante que pone a prueba no sólo los conocimientos ad-

quiridos, sino también la creatividad y plasticidad del terapeuta.

La psicoterapia psicoanalítica, entendida como aquella psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, cuando es aplicada a pacientes con trastornos somáticos, supone, generalmente, una dificultad radical: la ausencia de demanda, el déficit en la comunicación verbal de afectos, la ausencia de asociaciones o la imposibilidad por parte del sujeto de cumplir con la regla fundamental.

No se ignora que muchas personas cursan enfermedades somáticas sin que se verifiquen necesariamente estas características, se trata sin duda de las afecciones que sobrevienen en personalidades de funcionamientos de tipo neurótico o en las cuales la enfermedad es rápidamente ligada a los padeceres psíquicos del sujeto y cuya evolución es favorable cuando pueden seguirse las sugerencias médicas apropiadas. En cambio, en el estudio citado, se consideró a los pacientes en los cuales la enfermedad somática resultó solidaria de un funcionamiento mental deficitario, situación que, en la práctica psicoterapéutica de los especialistas del área, resulta lo más frecuente.

C. Parat (1993) se ha referido a cuestiones técnicas concretas sobre el trabajo habitual del psicopsicólogo. La implementación que se ha hecho de su propuesta, la cual desarrollaremos más adelante, ha resultado ser valiosa en muchos casos en la medida en que permitió superar el obstáculo que supone trabajar con pacientes que manifiestan claras dificultades para la expresión verbal de sus emociones, sin asociaciones o que se limitan, en ocasiones, al relato factual de la vida. ¿Qué modificaciones pueden obtenerse en este tipo de funcionamiento psíquico operando con coordinadas técnicas específicas? La idea de examinar estos recursos técnicos y validarlos a través de la investigación clínica implica abordar cuestiones relativas al testeo



del proceso terapéutico. El estudio de casos da ocasión para la puesta a prueba de los instrumentos clínicos aplicados a los pacientes con enfermedades somáticas con funcionamiento mental deficitario.

Este intento supone algunos riesgos a la hora de decidir cuáles serán los métodos de validación. El problema del testeo del proceso terapéutico conduce necesariamente a tomar una posición dentro de las diferentes posturas epistemológicas que lo sustentan.

Consideraciones epistemológicas y metodológicas:

El testeo del proceso clínico, condiciones y dificultades

La investigación en psicoanálisis, tanto en la situación clínica intra-sesión como extra-sesión, conduce, a poco de andar, a la pregunta sobre el modelo científico en el cual se sostiene dicha investigación. La delimitación entre un modelo de investigación empírica o conceptual es subsidiaria de este tipo de cuestionamientos.

La investigación a partir de un caso clínico o a partir de un pequeño número de casos es resistido por las corrientes que sólo aceptan aquellas en las cuales la verdad o falsedad de las hipótesis se desprende del trabajo llevado a cabo con una “muestra significativa” que admita la aplicación de las pruebas estadísticas correspondientes.

El problema de la eficacia terapéutica, y cómo medirla, constituye, hoy, un punto que concita el interés de muchos equipos de investigación, planteando distintas dificultades en cuanto a los diseños apropiados para hacerlo. Se plantean de modo bastante polar dos tendencias:

- a) El psicoanálisis necesita hipótesis básicas, que no pueden ser probadas y que son el punto de partida de la investigación.

- b) Debe buscarse una fundamentación de base, se deben probar las hipótesis y los resultados de los tratamientos.

A. Green lo resume de la siguiente manera:

“Estoy convencido de que el psicoanálisis contemporáneo tiene que descubrir su propio idioma que no es el de la teología religiosa ni el positivismo científico; ni el de lo irracional ni el de la razón estrecha...” (Green, 2001, pág. 26).

Con esta frase nos pone de cara a la pregunta por el modelo de ciencia que subyace al psicoanálisis. Descubrir su idioma implica que, aun cuando se sustente en algún otro, debe producir algo que le es propio y original.

Para él, la investigación cuantitativa no es indicada para investigar lo psíquico inconsciente, considerando este tipo de investigación (cuantitativa) como periférica y de poca importancia. Es categórico al afirmar que la condición para el estudio del inconsciente es la sesión analítica y la totalidad de la práctica analítica es una investigación permanente, aunque no concuerde con los criterios del método científico. Esta última expresión de Green, coincide con la definición freudiana de psicoanálisis, que Laplanche y Pontalis enuncian como

“Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias...de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación..., Un método psicoterapéutico basado en esta investigación..., Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados



por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento” (Laplanche, Pontalis, 2005, pág. 316).

Se comprende en este sentido la apreciación de que la totalidad de la práctica analítica es una investigación.

Representante de una línea opuesta a lo antedicho es Fonagy (1998), para quien deben cumplirse determinadas condiciones para que la investigación clínica pueda acceder a un status científico aceptable. Dichas condiciones las centra en la conexión lógica y estrecha entre teoría y técnica, en la necesidad de un razonamiento deductivo apropiado en relación al material clínico y la utilización de terminología precisa (no ambigua) que permita hacer una categorización confiable de las observaciones.

La especificidad epistemológica del psicoanálisis fue ampliamente desarrollada en América Latina por Gregorio Klimovsky al mostrar que el psicoanálisis es una disciplina que debe ser estudiada desde sus propias pautas.

Al referirse a los fundamentos epistemológicos de la técnica analítica, (Klimovsky, 1986) destaca que los objetos sociales son hechos fácticos a los cuales se agrega la significación. Los objetos humanos están cargados de sentidos que les son intrínsecos y, por lo tanto, son hechos fácticos y semióticos, es decir que dependen de los códigos personales que apliquen analista y analizando. Klimovsky ve en el psicoanálisis una ciencia natural en la medida en que su producto es susceptible de ser testeado científicamente, aunque sostiene que los métodos propios de las ciencias naturales son objetables en ciencias sociales. La dificultad se centra en la imposibilidad de diseñar y realizar experimentos válidos en este campo humano.

La cuestión de las diferencias entre estas dos tendencias ha creado una brecha entre aquellos que se autodenominan psicoanalís-

tas y quienes se declaran investigadores empíricos de las sesiones psicoanalíticas (Maldavsky, 2001). Por un lado, se observa el “desprecio” que los primeros tienen por las cuestiones metodológicas y, por otro lado, el descuido de los segundos en cuanto a la teoría freudiana, a la hora de diseñar o elegir las herramientas que emplean.

Maldavsky propone, además, revisar los criterios de construcción de los métodos para generar desarrollos originales que aumenten la complejidad y la sutileza de los estudios y la interacción entre la teoría, la práctica y la investigación. El autor parece tener una visión integradora de estas fuertes divergencias, mostrando que, si como Freud, se considera que el psicoanálisis es una ciencia de base empírica, se debe presentar un método de investigación que sea acorde y que se atenga a los principios generales que imperan en las otras ciencias. No se refiere a extrapolar modelos metodológicos por ejemplo de la física o la biología, sino a la necesidad de proponer criterios propios que impliquen respetar el hecho de que se trata de investigaciones básicamente cualitativas.

Es bajo esta perspectiva que se sustenta la metodología utilizada en el estudio de casos del que tomaremos ejemplo en esta ocasión ya que la necesidad de reunir casos que respondieran a características específicas - ser sujetos adultos, padecer trastornos somáticos con diagnóstico médico, haber tenido tratamiento psicoterapéutico por un período no menor a un año, haberlo llevado a cabo con el mismo terapeuta y bajo las mismas condiciones de encuadre - lo hace incompatible con un estudio de tipo estadístico que suponga una muestra estadísticamente significativa.

Por otra parte, la proliferación de métodos que se proponen como instrumentos de investigación empírica conlleva considerar las metas y objetos de estudio como así también el lugar que tiene el psicoanálisis cuan-



do la investigación se inserta en este conjunto de hipótesis (Maldavsky, 2001).

La cuestión de confiabilidad de los instrumentos se relaciona, en muchos casos, con el rol que pesa sobre el investigador en el procesamiento de los datos. Así, los instrumentos que no dependen de la interpretación idiosincrásica del investigador (como es el caso de los cuestionarios) tienen un alto grado de confiabilidad. No ocurre lo mismo con otros métodos (como el análisis del discurso, las técnicas proyectivas y otras alternativas) en los cuales la interpretación del material requiere de un proceso de enlace con la teoría, proceso que es llevado a cabo por el sujeto que conduce la investigación.

Asimismo, en relación a la validez surgen cuestionamientos vinculados con el objeto, con las metas y con la teoría. Así por ejemplo, se destaca el valor de los cuestionarios en los estudios epidemiológicos pero son cuestionables en su utilización para el estudio de evoluciones clínicas ya que no es claro el nexo entre la teoría y la práctica, siendo dudoso el valor del enfoque psicoanalítico en estos estudios.

Otra objeción al uso de los cuestionarios es que quien informa sobre sí, lo hace desde sus aspectos conscientes y no puede superar los límites que la consciencia le impone. Finalmente surge la pregunta acerca del diseño del cuestionario y si éste se atiene al enfoque psicoanalítico.

D. Maldavsky se ocupa de analizar un segundo grupo de métodos centrados en la producción del sujeto (obtenidos tanto por la observación, por la administración de un estímulo adicional o por la consigna analítica). En estos casos la producción adquiere la forma de un relato que debe ser categorizado por los criterios que les son propios: escalas, procedimientos u otros.

Sostiene que estos métodos son inmunes a algunas de las objeciones antes consignadas, sobre todo en lo referente a que el in-

formante no puede superar el propio desconocimiento de sus procesos endopsíquicos, destacando que estos métodos (análisis del discurso, el Rorschach o el T.A.T. por ejemplo), permiten la evaluación de los procesos inconscientes y son útiles en el diagnóstico y la evaluación de procesos psicoanalíticos. En este sentido estos métodos responden a las exigencias de validez en lo que respecta al enlace con la teoría en la que declara respaldarse.

El mencionado autor clarifica el planteo al presentarlo agrupado en tres categorías:

- a) Estudiar el material clínico de una sesión psicoanalítica (o varias) con métodos que no parten de la teoría freudiana, para luego evaluarlos con criterios de esa teoría.
- b) Estudiar materiales no clínicos con un método que no parte de la teoría freudiana, para interpretar luego los resultados a partir de esas hipótesis.
- c) Investigar una sesión psicoanalítica con un método consistente con la teoría freudiana.

El elemento común en estas categorías es el hecho de interpretar psicoanalíticamente los datos, es decir que coinciden en el objetivo pero difieren en el objeto y el método, lo que resulta esencial a la hora de considerar la validez.

Teniendo en cuenta las observaciones que anteceden diremos que, a partir de los trabajos de investigación con técnicas proyectivas, el T.A.T (Test de Apercepción Temática), se reconoce como una técnica útil en la detección de ciertas singularidades de la metapsicología psicósomática. Las formulaciones de la Escuela Francesa del T.A.T, han permitido una lectura del test de raigambre freudiana, con un sistema clasificatorio que resuelve algunos problemas metodológicos ligados a la validez y confiabilidad al restrin-



gir las alternativas de interpretación a un conjunto acotado. (Schentoub et al, 1990)

En relación al T.A.T. Maldavsky (2003), destaca que el análisis de los relatos con este instrumento otorga validez teórica a las investigaciones. Dicho análisis toma en consideración los procedimientos de elaboración del discurso que involucran aspectos tópicos, dinámicos y económicos de la metapsicología freudiana.

Considerando investigaciones anteriores (Russo, Torres, Borelle, 1999-2000) se jerarquiza al T.A.T. como una técnica proyectiva especialmente apta para el estudio de la funcionalidad del preconscious y por lo tanto de la mentalización. La característica que lo diferencia de otras técnicas de lámina como el Test de Relaciones Objetivas (TRO) o el Rorschach, es que presenta estímulos de alto grado de estructuración, los mismos presentan imágenes fáciles de reconocer con las que el sujeto tendrá que realizar un trabajo de historización. La Escuela Francesa del T.A.T. propone un análisis cuanti y cualitativo de cada lámina y la agrupación de los procedimientos de elaboración del discurso utilizado, lo cual permite arribar a una hipótesis del funcionamiento psíquico que prevalece en el entrevistado (Torres, Russo, 2003)

Lo que antecede, nos permite acordar con una posición integradora en el ámbito de la investigación clínica que supone respetar el marco específico, epistemológico y metodológico del psicoanálisis, sin perder por ello la posibilidad de rigorigar los hallazgos y observaciones. Asimismo, la utilización de técnicas apropiadas, cuando éstas son fundamentadas desde la misma teoría, pueden ser recursos útiles que no se deben desestimar.

Etchegoyen (2001) plantea que el testeo del proceso clínico se dará en el punto de convergencia en que los hallazgos de sesión se continúen en los cambios estables en el tiempo, considerando que en la tarea de pro-

cesar el material clínico, el psicólogo reflexiona sobre los elementos aportados por el entrevistado tales como el lenguaje, los afectos que manifiesta, la conducta, y los aportados por el profesional desde las vivencias que aquellos le generan (contratransferencia) y estos datos u observables van siendo significados desde un marco teórico y desde su experiencia clínica.

En la medida que intervienen aspectos provenientes tanto del analizando, como del analista y la interacción entre ambos, el testeo debe organizarse en torno a determinadas variables, las cuales deben ser operacionalizadas para poder ser "medidas". Así, pueden encontrarse estudios que se ocupan de investigar el curso de un proceso clínico o de una sesión en base a una variable determinada, por ejemplo, una defensa, un tipo de discurso o el tipo de posicionamiento del sujeto en dicho discurso, etc. En el caso particular de este trabajo, la investigación se centra en la valoración de los niveles de mentalización de los pacientes somáticos y su evolución a partir del trabajo terapéutico. La elección de la variable mentalización surge de la importancia clave que adquiere este concepto en tanto funcionalidad del preconscious en el trabajo de ligadura de las excitaciones. Es un concepto central en la comprensión de la economía psicosomática de un sujeto.

Por otro lado la concepción teórica de la mentalización, tal como la sostiene la psicosomática de Marty, plantea una relación entre mentalización y enfermedad somática tal que la prevalencia de la primera disminuiría la probabilidad de aparición de la segunda. Este punto de vista es compatible con la idea que plantea Zukerfeld (1999) de que la salud mental protege la salud física.



Aspectos teóricos- técnicos del abordaje terapéutico: función constructiva de la psicoterapia

Enfatizamos la *especificidad*¹ de la clínica con sujetos que padecen trastornos somáticos, en virtud de las dificultades que con ellos se presentan dada las peculiaridades de su funcionamiento mental. Según el paciente y su particular ubicación en el ciclo vital, se evidencian deficiencias en la cantidad y/o calidad de las representaciones, las cuales constituyen lo que podríamos llamar la “materia prima” del trabajo psíquico. Si se toma como referencia la primera tópica freudiana, el trabajo de elaboración psíquica y su producto, se opera en el preconscious. Cuando la funcionalidad del preconscious se ve disminuida o alterada, las vías de derivación de las excitaciones pueden seguir el camino de los comportamientos o de la somatización por lo que estos pacientes requieren un abordaje terapéutico específico, que permita “reanimar”, en diferentes grados, sus capacidades de procesamiento mental, favoreciendo el equilibrio económico de su funcionamiento psicósomático (Borelle, 2009)

La aplicación de la regla fundamental, propia del encuadre clásico de la terapéutica psicoanalítica, aparece frecuentemente como un obstáculo e incluso como un factor de agravamiento del padecimiento somático. Tal abordaje corresponde a un trabajo de “desconstrucción” de un determinado producto psíquico siguiendo un curso retrospectivo para arribar al contenido inconsciente reprimido.

Por el contrario, proponemos un trabajo de “construcción” de lo no representado y de ligadura de lo no ligado en el cual el terapeuta se ofrece como “soporte” y estimulador de la vida mental cuando se evidencian fallas o carencias en la red representacional del sujeto. Respetando las limitaciones psicoafectivas del paciente, se ofrecen representaciones a través de intervenciones explicativas, dubitativas e interrogativas que coadyuven a la construcción conjunta de una historia. Historizar los acontecimientos vividos intentando establecer ligaduras con sus afectos concomitantes, se considera como un aspecto necesario en la tarea de contribuir a ampliar las capacidades de mentalización del sujeto.

En la concepción freudiana la interpretación es el instrumento técnico cuyo objetivo terapéutico en las psiconeurosis es “hacer consciente lo inconsciente”. El cambio psíquico (Maladesky, 2005) estaría dado por el develamiento de las significaciones latentes de los síntomas y la ampliación de la conciencia concomitante. En cambio, en el terreno psicopatológico constituido por las organizaciones no neuróticas (patología de borde, de límite, etc.) el objetivo es diferente. En el caso particular de las organizaciones donde predomina el modo somático de procesar las excitaciones, privilegiamos una terapéutica que permita una mejor diferenciación tópica, el despliegue de la vida fantasmática, la disminución de la tendencia a la desinscripción de las vivencias dolorosas y la consecuente descomplejización psíquica. Asimismo, se intenta ampliar las capacidades representacionales del sujeto conduciendo a las mentalizaciones de lo actuado no mentalizado.

La utilización que aquí hacemos del término psicoterapia no se contrapone al de psicoanálisis. Tal como lo sostiene la concepción de P. Marty y sus seguidores, la psicoterapia implica, a pesar de su especificidad

¹ Esta especificidad nos condujo a la creación de una Carrera de Especialización en Clínica de la Psicopatología acreditada recientemente para la formación de psicólogos interesados en el tema. (S. Russo , A. Borelle, 2017)



en psicósomática, una captación psicoanalítica del caso. Las diferencias respecto del psicoanálisis clásico recaen sobre algunas de las variables del encuadre (posición cara a cara, ritmo más espaciado de las sesiones, modalidad de las intervenciones) más que en los fundamentos teóricos profundos. Destacamos esta particularidad pues no se trata de la concepción de psicoterapia entendida como apoyo o ayuda afectiva y en ningún caso supone una idea preconcebida acerca de la duración de la misma. El tiempo que dure el proceso dependerá del curso singular que dicho proceso adopte, según lo más conveniente para cada paciente.

Ya hemos subrayado la idea de un trabajo constructivo, en contraposición al trabajo deconstructivo del psicoanálisis clásico, haremos a continuación algunas consideraciones acerca del concepto de construcción en la obra freudiana.

La construcción en psicoanálisis

En la obra freudiana el término construcción aparece ligado a la elaboración del terapeuta destinada a reconstruir una parte de la historia infantil del sujeto. En el contexto en que lo utilizamos, el término adquiere un sentido más amplio, que incluye no solo la “re-construcción” de lo que habiendo estado construido se des-construyó (como es el caso del efecto producido por mecanismos como la supresión), sino también en el sentido de construcción (suplementaria) de lo que nunca advino a ser representado.

En su artículo “Construcciones en Psicoanálisis” de 1937, Freud diferencia dos operaciones del analista que son: la interpretación (referida a “algún elemento sencillo del material”) y la construcción (definida como un “hacer surgir lo que ha sido olvidado a partir de las huellas que ha dejado tras de sí”) y agrega que es “un derecho innega-

ble” que se lleva a cabo con métodos de “suplementación y combinación” de los restos que sobreviven.

Si nos detenemos en el término **combinación**, el diccionario lo define del siguiente modo: - “(del lat. *Combinatio*, - *onis*). 1) Acción y efecto de combinar o combinarse..... 8) Mat. Cada uno de los subconjuntos de un número determinado de elementos de un conjunto finito dado, que difieren al menos en un elemento, p. ej., *abc, agc, bcd, acd*.”². En química es utilizado como: “hacer reaccionar dos o más sustancias en distintas proporciones para formar un compuesto cuyas propiedades sean distintas a las de sus componentes originales”³. En estas definiciones se destaca la operación que se realiza a partir de algo que está, es decir que se trata de lograr una configuración nueva a partir de algo ya existente.

En cambio, si se considera el término **suplementación**, la significación se relaciona con suplir, más ligado a algo que falta: “Desempeñar una persona o cosa la función de otra que falta”, “emplear una cosa en lugar de otra que falta”⁴: “(del lat. *Supplementum*). 1- Acción y efecto de suplir. 2 - Cosa o accidente que se añade a otra para hacerla íntegra o perfecta. ... 4 - geom. Ángulo que falta a otro para componer dos rectos. 5 - geom. Arco de este ángulo o sea el que falta a otro, para completar una semicircunferencia 6 - gram. complemento verbal del régimen preposicional obligado.”⁵

Este modo de concebir el suplemento admite la idea de construcción, como operación mediante la cual se pone a disposición

² Diccionario de la Lengua Española, 2001

³ Diccionario Kapelusz de la Lengua Española, 1985 pág. 383

⁴ Diccionario Kapelusz de la Lengua Española. 1985, pág. 1372

⁵ Diccionario de la Lengua Española, 2001



del paciente un significante, allí donde falta, para nombrar una experiencia, o para completar los lugares blancos del entramado representacional (Borelle 2009).

Muchos autores han trabajado en profundidad las particularidades del funcionamiento mental de los “*pacientes difíciles*” (Green, 2001), “*los antianalizables*” (McDougal, 1972), “*las aestructuras*” (Berge-ret, 1974) y han teorizado sobre cuestiones técnicas de su abordaje dejando, como legado, importantes puntos de apoyo para encarar esa “aventura clínica”. En el presente trabajo se puntualiza la función constructiva de esa clínica donde el terapeuta oferta significantes y significaciones para que por un movimiento dialéctico se inaugure en el paciente una demanda.

La idea de una función constructiva tiene como eje la de crear o favorecer ligaduras (función capital del Eros), y esto implica una actitud activa del terapeuta, sin que ello se confunda con un enfoque directivo.

Green (2001) señala dos momentos en el proceso clínico: *el tiempo de intervenir y el tiempo de interpretar*. Tal distinción resulta apropiada en relación al trabajo con pacientes somáticos en el cual concebimos dos momentos lógicos no cronológicos; uno en el que el terapeuta funciona como soporte paranoico (en el sentido hegeliano de este conocimiento) y otro en el cual se promueve la “desilusión”, el desasimiento, la falta.

En el primer tiempo se trataría de un trabajo de construcción en el que el terapeuta “re-anima” el trabajo psíquico en tanto promueve ligaduras entre fragmentos disociados u ofrece palabras que funcionan como verdaderos puentes que sortean los blancos representacionales.

Este tipo de operación terapéutica requiere un cambio en la posición del analista ya que deberá estar disponible para lo que E. Grassano (2001) denominó “maternaje simbólico” y que se refiere al despliegue de un

diálogo que tiene como eje la vida emocional del paciente. En este contexto, la interpretación que se dirige a hacer consciente lo inconsciente, recrea el desencuentro en el vínculo materno-filial vivido por el paciente. Se intentará inaugurar una nueva experiencia donde aquello no significado adquiera algún orden de significación reparando el desencuentro inicial.

En cuanto a las características técnicas del abordaje terapéutico, la experiencia con pacientes somáticos, en especial cuando se trata de enfermos graves con procesos somáticos desorganizativos, muestra que las intervenciones del terapeuta funcionan como un estímulo de difícil procesamiento, dando cuenta de la sensibilidad del paciente a las diferencias entre las capacidades de mentalización de uno y otro y operando, en ocasiones, como afrenta narcisística o activando descargas somáticas y/o comportamentales.

Por lo tanto, si bien no creemos en una técnica rigidizada a la manera de un protocolo procedimental, buscamos una “sintonía empática” con el paciente, respetando su modalidad de funcionamiento mental para que puedan ampliarse sus capacidades pre-conscientes supuestas en la analizabilidad.

Ya hemos mencionado a C. Parat (1993) quien fiel a la teoría de Pierre Marty, plantea que el objetivo fundamental de la psicoterapia es restablecer una homeostasis y reorganizar el mejor funcionamiento mental, cualquiera que éste sea. Para ello realiza algunas sugerencias que han mostrado su utilidad en la clínica psicosomática:

- El logro de una relación empática con el paciente.
- La postura cara a cara que permite privilegiar la utilización de las comunicaciones sensorio-motrices.
- La necesidad de un encuadre flexible, en cuanto a regularidad de los horarios, los



cambios, los períodos vacacionales, el pago.

- La regla fundamental enunciada con precaución de manera explicativa, más como una posibilidad que como un imperativo para evitar el sentimiento de fracaso en un paciente cuya organización mental es defectuosa.
- La ayuda a la verbalización, respondiendo a las preguntas y favoreciendo en el paciente el poner en palabras sus sentimientos e imágenes. Se incita a expresar y descubrir los resortes del trabajo asociativo.
- Crear ligaduras entre los distintos elementos del discurso, entre pensamientos y afectos, entre presente y pasado. El terapeuta, al crear ligaduras, pone al descubierto los mecanismos de condensación y desplazamiento.
- La interpretación evaluada en su condición de posibilidad según el modo de funcionamiento psíquico de cada momento
- Incluir intervenciones explicativas, dubitativas, interrogativas.
- Reanimar la vida mental de paciente a partir de la presencia física, verbal y sensorial que insta a pensar, asociar, soñar. El terapeuta funciona además como un objeto protector contra los estímulos en relación con los movimientos pulsionales que amenazan desbordar las capacidades del enfermo.
- La vivencia de afecto compartido, que alienta el sentimiento de ser del paciente y lo consolida desde el punto de vista narcisista.
- La utilización particular del producto onírico, cuando existe. Aunque no queda excluida la posibilidad de la interpretación psicoanalítica en su sentido tradicional, no es éste el fin perseguido en primera instancia. Se privilegia el señalar

ligaduras perceptibles entre pasado y futuro, deseo y temor e interesar al paciente en su propio funcionamiento enriqueciendo, así, su preconsciente.

- Las transferencias laterales, si bien son interpretadas como resistencia en el análisis, pueden ser utilizadas como un punto de convergencia que ayudará a la separación, siempre difícil.
- Respetar los beneficios secundarios en tanto promueven complementos regresivos necesarios para re- lanzar los movimientos pulsionales progredientes.
- Ser cuidadoso en los momentos de separación.

Por su parte P. Marty propone las llamadas “*intervenciones poco interpretativas*” para diferenciarlas de las interpretaciones psicoanalíticas propiamente dichas. Sostiene que el terapeuta percibe en sus propios afectos los lenguajes del paciente dándoles una significación con sus palabras. Aun cuando hay, en esta forma de intervención, un sesgo interpretativo hay una diferencia sustancial entre las intervenciones descriptivas e incitativas (función maternal) y las interpretaciones de tipo psicoanalítico. El objetivo es hacer desaparecer los estados de desamparo y las depresiones esenciales y reorganizar el funcionamiento psíquico del paciente. Propone la intervención a través de preguntas al paciente con el objetivo de conocerlo más, responder a las preguntas que éste realiza y “enseñarle” los mecanismos generales de la psicoterapia. Dentro de éste marco, explicar, sin temor a promover posiciones intelectuales, busca que el paciente tome consciencia de sus funcionamientos mentales, sus comportamientos y somatizaciones. Se utilizan para ello las propias producciones del sujeto, interesando así al paciente por sus propios procesos internos. No se trataría tanto de levantar represiones sino de ligar representa-



ciones y afectos. No obstante, será posible intervenir interpretativamente en los momentos en que se restablezcan las capacidades de mentalización (Marty, 1992).

El Test de Apercepción Temática (TAT-Escuela Francesa) en la evaluación de la mentalización

Si bien la actividad clínica permite captar los recursos de mentalización de un sujeto y advertir los cambios que en dicha variable pueden producirse durante el proceso terapéutico, ya sea a través de los matices discursivos, del tipo de producción onírica, de la calidad de las fantasías y de las resonancias de su propia contratransferencia, intentamos aportar una metodología que se atenga a la validez y confiabilidad a través de un instrumento estandarizado para ponderar la variable en cuestión. Detectar los cambios psíquicos que dan cuenta de cambios en la calidad de la mentalización puede ser considerado útil cuando debemos optar por un modo de intervención posible.

El T.A.T. (Test de Apercepción Temática) es una técnica proyectiva cuya estructura permite la captación fina de la mentalización en distintos momentos del proceso

Ya Marty (1992) había destacado que las técnicas proyectivas como el T.A.T. y el Rorschach, objeto de numerosos trabajos en los que mostraron su eficacia, permiten evaluar en detalle el momento dinámico evolutivo del sujeto en el momento en que se lo investiga.

En el caso específico del TAT, reformulado bajo los planteos de la Escuela Francesa liderada por V. Shentoub y sus colaboradores (1990), y en Argentina ampliamente trabajado con población local (Torres, Russo, 2003-2011), puede apreciarse la sensibilidad de la técnica para la valoración de las características del sistema preconsciente, su funcionalidad,

su espesor y la calidad de los procesos de secundarización.

A partir de una consigna sencilla: “*Imagine una historia a partir de la lámina que le muestro*”, se prestará atención a la capacidad que posee el sujeto para establecer ligaduras entre estímulos perceptuales, imágenes preconscientes y afectos concomitantes.

La modalidad de administración, análisis e interpretación del TAT según la Escuela Francesa difiere de la de su autor original, H. Murray (1964), al tomar como referente conceptual los tres puntos de vista de la metapsicología freudiana (tópico, dinámico y económico) y haciendo hincapié en los diversos modos discursivos, mecanismos de defensa, el rol del yo, etc. Desde esta perspectiva, el interés recae en los procesos mentales que se ponen en juego en la elaboración de la respuesta del sujeto, es decir sobre la forma del discurso lo que permite evaluar cualitativa y cuantitativamente los procedimientos de elaboración del relato.

La hipótesis que se sustenta en éste modo de analizar el test es que la determinación inconsciente que se pone de manifiesto en la verbalización del sujeto está íntimamente ligada a la organización profunda de la personalidad del narrador y que el pensamiento y verbalización, en sus aspectos formales, son subsidiarios de un determinado funcionamiento psíquico que puede adscribirse a una determinada categoría nosográfica.

El Análisis de los procedimientos utilizados por el sujeto en la elaboración del discurso, se ordenan en cinco series, cada una de las cuales responde a una característica prevalente: Control (serie A), labilidad (serie B), evitación del conflicto (serie C: CP, CN, CM, CF), comportamiento (serie D) y emergencia del proceso primario (serie E). Estos procedimientos son concebidos como la traducción manifiesta de operaciones inconscientes tanto defensivas como de otras modalidades de conducta psíquica.



Las series A y B son representativas de un tipo de funcionamiento psíquico atravesado por la represión. El conflicto expresado en lo intrapersonal (Serie A) o escenificado en las relaciones interpersonales (Serie B), revela la diferenciación tópica entre instancias, la discriminación mundo interno – mundo externo y entre proceso primario y secundario.

La serie C incluye una subcategorización: Serie CP (evitación del conflicto) pone de manifiesto mecanismos de evitación de la angustia a la manera fóbica, que restringen el relato.

En la serie CN (narcisismo) el conflicto pulsional se inhibe y se niegan las diferencias apareciendo la especularidad como expresión privilegiada.

La serie CM (maníaca) muestra la utilización de mecanismos utilizados para la lucha antidepresiva.

El déficit en la constitución del mundo interno está representado por la serie CF (factual). La misma muestra la sobreinversión de la realidad externa como modo de sostén del sujeto. Da cuenta de la ausencia de conflicto intrapsíquico y ausencia de angustias objetales.

La serie D (comportamientos) evidencia la incapacidad momentánea o permanente de realizar trabajo asociativo. Se pone de manifiesto tanto en la relación con el entrevistador como en la descarga motriz de la excitación promovida por el estímulo.

En la serie E (emergencia de proceso primario) el surgimiento de fantasmáticas arcaicas, promueve un movimiento regresivo desde la secundarización a los procesos primarios de pensamiento, de la identidad de pensamiento a la identidad de percepción. Involucran distorsiones en la percepción, irrupción masiva de fantasías primitivas, problemas ligados a la identidad, establecimiento de relaciones objetales y fallas a nivel

de la lógica con desorganización del discurso o del pensamiento (Borelle, 2009).

En cuanto a la administración de la técnica, se administran 15 láminas, para adultos varones las láminas 1; 2; 3VH; 4; 5; 6VH; 7VH; 8VH; 10; 11; 12vn; 13v; 13HM; 19; 16. Y para adultos mujeres, las láminas 1; 2; 3VH; 4; 5; 6MN; 7MN; 9MN; 10; 11; 12vn; 13v; 13HM; 19; 16.

El método de análisis de la Escuela Francesa del T.A.T. incluye el análisis de cada lámina con descripción de los procedimientos y problemáticas subjetivas y una síntesis y reagrupación de los procedimientos a los fines de arribar a la organización psíquica del sujeto.

A través de un pequeño resumen de caso clínico ilustraremos algunos pasajes de la psicoterapia y la modalidad de evaluación del proceso utilizando el TAT aplicado en la consulta inicial y luego de un año de tratamiento.

Caso clínico. Síntesis de la primera entrevista⁶.

Carina de 30 años llegó a la consulta derivada por su gastroenterólogo. Presentaba dolores abdominales y acidez constante que condujeron a la indicación de estudios clínicos específicos. La endoscopia mostró lesiones ulcerosas por las que se indicó tratamiento con fármacos y se derivó a la consulta psicológica sospechando que el aspecto emocional estaba implicado en el padecimiento.

Al momento de la consulta presentaba también cefaleas y contracturas cervicales desde hacía un mes (que el médico evaluó como de carácter tensional). Desde su casamiento, un año y medio antes, no dormía bien, despertándose varias veces durante la noche. También, refirió inapetencia, ingestas

6



escasas y preocupación por estar por debajo del peso esperable. Al respecto, controlaba, casi diariamente, su peso temiendo haber adelgazado.

De aspecto impecable, prolijo, sin excesos, se manifestó en la primera entrevista con una actitud medida y con cierto viso de desconfianza. Llegó acompañada por su esposo quien la esperó en la sala contigua hasta que finalizó el encuentro. Relató el motivo de la consulta de un modo desafectivizado, remarcando que era por la indicación médica por lo que había accedido y se mantuvo en silencio esperando ser interrogada. La modalidad de comunicación sigue la línea de responder en forma precisa lo que se le pregunta sin agregados: puntual y preciso, sin matices afectivos.

Se desempeñaba profesionalmente en una empresa multinacional destacándose por su idoneidad, responsabilidad y el rápido desarrollo que la condujo a ocupar un cargo gerencial de gran carga horaria. Junto a su esposo, también profesional, sostenían una estructura económica holgada en el marco de una concepción de vida que encuentra en éstos logros un importante punto de apoyo: hay metas a cumplir, laboralmente, que conducirán a progresar en lo financiero y en la calidad de vida.

Sus padres habían trabajado juntos, siendo la madre la “cabeza” que gerenciaba la actividad mientras que su padre mantenía un rol secundario como “ayudante” de ésta. Pasado el tiempo el padre dejó de trabajar y la madre siguió adelante en el sostenimiento de la economía familiar. En el momento de la consulta el padre tenía 70 años y la madre, 66. Un hermano tres años menor vivía, aún, con ellos y a pesar de haber concluido sus estudios universitarios no desarrollaba actividad alguna, manteniéndose en una relación de dependencia monetaria.

La paciente refiere de un modo directo que en su familia “*las mujeres mantienen*” y

deja deslizar una vivencia de cierto desprecio por la actitud de su padre y hermano. En efecto, su madre siempre trabajó mucho y la crianza de los hijos había quedado a cargo de la abuela materna. Los recuerdos de infancia giran en torno a los abuelos maternos más que a sus propios padres.

Los padres quedaban definidos a partir de lo que hacían o no hacían laboralmente, predominando la distancia afectiva respecto de ellos. La madre había organizado su vida en torno al trabajo, presentaba problemas de salud que la paciente vinculaba al exceso de actividad. El padre, al decir de la paciente, “*no hace nada*”, acompañaba a su esposa en diligenciar algunos trámites.

En relación a su hermano, al ser interrogada, se refirió a la actitud retraída de éste, al que describió como “*viviendo en su mundo*”, con escasa interacción con el resto de la familia. El relato que hizo Carina, permitió inferir algún trastorno grave de la personalidad.

Del marido expresó que “*es una excelente persona, muy aferrado a sus afectos, a su familia y a sus amigos. Muy sentimental y demostrativo*”. Mantenía con él una relación de mucho compañerismo y apoyo mutuo. Se evidenciaba una relación donde él funcionaba como acompañante en sus temores de carácter fóbigeno.

De sí misma dijo ser “*nerviosa*” aunque no lo demostrara, “*exigente y estudiosa*”. También reconocía tener dificultades en relacionarse con los otros debido a su excesiva timidez y sentimientos de vergüenza. No hubo referencias espontáneas a situaciones de conflicto. Tampoco asociaciones a partir de las preguntas. La historia de su vida parecía deslizarse en un “*continuum*” que tomaba como eje los trabajos realizados o las tareas emprendidas.

Interrogada sobre su tiempo libre dijo que gustaba de jugar al golf y de tirarse en la cama a no hacer nada. Siempre le gustaron



los deportes y en su adolescencia los practicaba como actividad habitual. Sus vínculos sociales eran esencialmente los que aportaba el marido y no se mostraba interesada en ellos. Se evidenció un mundo relacional restringido.

La sintomatología por la que consultó quedaba ligada por la paciente a la exigencia laboral y aparecieron antecedentes de ello en las primeras manifestaciones somáticas -que comenzaron a los 19 años- en ocasión de iniciar su primer trabajo. En aquel momento había tenido vómitos recurrentes que le hicieron perder peso considerablemente.

Es importante destacar que en las entrevistas que siguieron y durante buena parte del tratamiento posterior el marido siempre acompañó a la paciente a sus sesiones, esperándola para regresar juntos.

En relación a la actividad onírica refirió no recordar sueños.

Fragmento de la primera entrevista

Acerca del motivo de consulta dice:

- *“Tengo dolores de cabeza fuertes, en toda la cabeza. El médico dijo que es por nervios. Pero lo más importante son los dolores de estómago. Siempre los tuve. Parece que es por estrés, soy muy nerviosa aunque no lo demuestro. Me hicieron varios estudios y parece que la gastritis que siempre tuve ahora produjo ulceraciones”.*

- ¿Por qué el estrés?

- *“Trabajo en una empresa que probablemente se vaya del país y, si es así, me quedo sin trabajo. Yo me quiero ir también a vivir a otro país porque me ofertaron trabajo, pero mi marido no quiere separarse de la familia”.*

- ¿Cómo manejan esa diferencia?

- *“Nos llevamos muy bien, nos apoyamos en casi todo lo que hacemos. Él es muy bueno, excelente persona, muy aferrado a su familia, sus amigos, su trabajo. Es poco analítico. Yo soy todo lo contrario, superinde-*

pendiente, me adapto a los cinco segundos a una situación nueva, no extraño ni el lugar, ni la comida, ni la gente. Cada dos o tres años me canso del trabajo, me aburro y cambio”.

- ¿Cuándo comenzaron los problemas de estómago?

- *“Empezaron con mi primer trabajo, a los 19 años porque tenía una jefa que me ponía loca. Bajé 8 kilos porque vomitaba todo lo que comía. Me daba miedo salir a la calle. Nunca más aumenté de peso. No me interesa la comida, pero me alimento bien y no quiero adelgazar más”.*

- ¿Qué significa que no le interesa la comida?

- *“Como para no adelgazar, pero nunca tengo hambre, para mí una salida a comer no es algo divertido, lo hago por obligación o compromiso”.*

- ¿Antes de ese trabajo nunca tuvo trastornos digestivos?

- *“Nunca tuve nada, pero cuando empecé a trabajar apareció todo. También cistitis un par de años, que podían tener que ver con la presión del trabajo, luego pasó”.*

- ¿Cómo vive usted la presión laboral?

- *“Soy muy exigente, hago todo como creo que se debe hacer y hasta que no termino no me voy. No concibo que sea de otra manera”.*

- ¿Esto fue siempre así, en sus estudios por ejemplo?

- *“No tanto, en la escuela como en la facultad siempre me fue bien pero no me sentía presionada. Normal”.*

- ¿Entonces la exigencia se liga directamente al trabajo?

- *“Sí, soy muy exigente con lo que hago, creo que así debe ser”.*

Se indaga sobre las relaciones familiares.

- *“Con mi mamá me llevo bien, normal, no sé qué decir...bien, no tenemos problemas. Ella trabaja mucho, se hace mucha mala sangre, ya es grande y anda de un lado para*



el otro con mucho problema para cobrar. Está medicada pero no para... No es muy demostrativa, ella se preocupa por nosotros, pero no es de hablar o demostrar demasiado. Ella quiere que vayamos los domingos, ella expresa así”.

- *“Mi papá es.... No hace nada, antes trabajaba con mi mamá, pero hace unos años que no, desde que mi mamá cerró el local. No hace nada. No tenemos diálogo. Es muy especial. Con mi hermano tampoco, él está en su mundo. Terminó su carrera, pero no ejerce. No se relaciona, está en lo suyo. Es muy inteligente, pero... él vive así. Nunca trabajó y tampoco se plantea hacerlo”.*

En relación a su pareja dice:

- *“Nos conocimos a través de una amiga, antes tuve unas pocas relaciones intrascendentes de dos o tres meses. Siempre nos llevamos bien. Solamente nos separamos dos o tres semanas porque yo estaba insegura pero después seguimos bien, no sé ni por qué. Soy muy independiente, no hubiera tolerado que me dijeran: Esto lo haces o esto no... Nos casamos hace un año y medio. Él es un divino, muy sentimental, le gusta relacionarse con amigos, es muy sociable. Yo todo lo contrario, soy tímida, tengo vergüenza. En un grupo de diez, muero”.*

- ¿Cómo es eso?

- *“Me imagino que todos me miran y pienso que lo que diga...que me presten atención todos al mismo momento.... Prefiero pasar desapercibida que ser centro de atención”.*

Se indaga acerca de la sexualidad:

- *“Bien, nos llevamos bien pero no es lo más importante de mi vida”.*

Durante toda la entrevista la paciente mantiene una actitud corporal rígida, sin cambios de posición. Igual impresión causa su discurso, que no presenta modulaciones en relación a los distintos temas tratados. Las preguntas son recibidas con sorpresa como si fueran cosas ajenas al motivo de la consulta.

Las intervenciones del terapeuta en esta primera entrevista respetaron el nivel de comunicación propuesto por la paciente. No se hicieron señalamientos, sino que se intentó establecer ligaduras a través de las preguntas las cuales operaron favoreciendo conexiones entre los diferentes elementos del relato. Se evitó, así, excitar un sistema que se presentó con un alto nivel de defensa y rigidez.

Observaciones

El motivo de consulta está fuertemente investido. Sus dolencias gástricas constituyen algo que la paciente quiere resolver haciendo lo que sea necesario. Por eso cumple con todas las indicaciones médicas que incluyen la consulta psicológica. La misma es tomada como un estudio más que interesa a los fines de resolver la situación con una modalidad operatoria. Así trata Carina sus asuntos: con eficiencia y responsabilidad. Las emociones implicadas no aparecen integradas al relato.

Desde el principio se pone en evidencia una modalidad evitativa en la comunicación que muestra características fóbicas de su personalidad. Sin embargo, no aparecen las angustias objetales que devendrían de ello. Predomina un pensamiento fáctico dirigido a los problemas del mundo exterior que deja en el interlocutor la sensación de que todo ha sido dicho. La timidez y la vergüenza son los únicos afectos cualificados que la paciente expresa durante la entrevista. Fuera de ello asistimos a una modalidad supresiva de la vida efectiva.

En este contexto, adquiere relevancia la aparición de cefalalgias. La comprensión de las mismas debe considerar: a) la herencia biológica, b) las experiencias cefalálgicas de la infancia (de 6 a 8 años) vinculadas al aprendizaje escolar y c) los traumatismos afectivos que derivan de la erotización de la inteligencia como fenómeno post-edípico.

La adquisición del pensamiento racional puede ser vivido por el niño como una ame-



naza al pensamiento mágico infantil que se desea preservar. Este conflicto puede resolverse por la vía de la inhibición del conocimiento nuevo, cuya expresión sintomática positiva son las cefalalgias. Puede decirse que el dolor es un factor de inhibición de la mentalización.

Los planteos freudianos permiten apoyar esta idea cuando en su texto “Inhibición, Síntoma y Angustia”, sostiene que muchas inhibiciones constituyen una renuncia a una función cuyo ejercicio podría promover el desarrollo de angustia. Desde esta perspectiva, Freud diferencia las inhibiciones específicas, las inhibiciones al servicio de la autopunición y las inhibiciones generales del yo. Las primeras se producen cuando una función se ve perjudicada por un aumento de erogabilidad y entonces el yo renuncia a dicha función para evitar el conflicto con el ello. Las segundas se dan en el marco de la conflictiva entre el yo y el superyo, cuando el desarrollo de la función pudiera determinar algún rédito que el superyo ha prohibido y, finalmente, las inhibiciones generales en las que el yo realiza un gasto energético importante para evitar un mal mayor, y debe restringir a otras funciones y actividades.

Las cefaleas, como inhibición del pensar, pueden corresponder a cualquiera de estas formas. No obstante, si nos atenemos a las particularidades que adopta la cefalea en el período de latencia infantil, en el cual la desexualización pulsional da paso a los intereses intelectuales, el pensamiento puede adquirir, aquí, un valor ambivalente y cualquier estímulo excitante de difícil procesamiento, puede conducir a una inhibición del pensamiento de la cual la cefalea es la expresión positiva –explícita- (Marty, 1951)

En un psiquismo organizado bajo la primacía de la triangularidad edípica, las cefaleas, de carácter transitorio, pueden entenderse como una expresión de recursos regresivos con resonancia fantasmática. En

cambio, las cefaleas recurrentes que se presentan en niños con un funcionamiento límite (Borelle, Russo, 2013) son la expresión de la pobreza representacional del aparato psíquico.

En el caso de Carina la aparición de un acontecimiento que desborda la capacidad de procesamiento (la probabilidad de perder el trabajo) parece suscitar la cefalea como forma de poner fin al sufrimiento psíquico atacando al mismo en su fuente. Puede considerarse como un “ataque” a la propia cabeza.

La valoración de la autonomía, la independencia, la aparente facilidad para el desarraigo, parece seguir por un lado la línea fóbica pero invita a pensar también en los aspectos sobreadaptativos de las funciones yoicas que se ponen de manifiesto en la forma en que encara sus tareas. Son exigencias ideales que deben cumplirse aunque esto implique la postergación de las necesidades básicas.

La primera vez que aparece implicancia somática, en ocasión de su primer trabajo, hay una referencia a una jefa que la “vuelve loca” con exigencias. Frente a esto, los vómitos y la pérdida de peso adoptan la forma de un síntoma conversivo y una enérgica protesta frente a la demanda de este ideal ubicado en el lugar de la autoridad. Asimismo, la cistitis aparece ligada a la presión laboral y cobraría el valor de un intento de aliviar el temor a través de la descarga repentina de la micción, que en este caso no aporta un placer concomitante, sino que, por el contrario, se vuelve dolorosa.

Más adelante comienza a aparecer un modo duradero de expresión somática que responde más al modelo de la supresión que al de la represión y síntoma, como retorno de lo reprimido. Expresión somática que la lleva ahora a la consulta psicológica.

La expectativa de quedarse sin trabajo actúa como estímulo improcesable en la medida en que amenaza el equilibrio logrado a



través del comportamiento. En efecto, el trabajo constituye para la paciente un contexto que sostiene y permite derivar excitaciones. Hay una ausencia significativa de referencias fantasmáticas que anuden los hechos de la realidad factual.

En este marco, se cronifica la enfermedad somática y la sobreadaptación a la realidad donde predomina la respuesta al ambiente desconociendo deseo y necesidad. (Lieberman, Grassano, Dimant, Pestinier y Woscoboinick 1983).

La referencia a la figura materna sugiere una madre activa, ejecutiva, que se conecta con los aspectos fácticos de la relación sin poder considerar la interioridad del otro. Este tipo de vínculo permite suponer fallas en la narcicización del hijo, alentando a la maduración precoz, a los desprendimientos tempranos y a la adecuación a las normas de la realidad externa. Todo ello deriva, en este caso, en una sobrevaloración de la autonomía y autosostén.

La identificación con los rasgos valorados por la madre la ubican en una línea que define lo femenino por lo activo idealizado en contraposición a lo masculino, pasivo, peyorativizado.

La relación con su esposo adquiere diferentes significaciones: Por un lado, funciona como acompañante frente a las angustias de carácter fóbigeno, Por otro, pone de manifiesto la búsqueda de un vínculo fusional que lo coloca en el lugar de una “*madre que calma*” y contiene. Las características que le asigna están vinculadas a la calidad emocional de sus relaciones: afectuoso, demostrativo, sentimental. Es alguien que puede reconocer estados afectivos propios y ajenos siendo, en este sentido, un buen sustituto de un objeto maternal deficitario. Con él, las capacidades regresivas de dejarse cuidar, acompañar, sostener, encuentran un lugar como posiblemente haya sido en la infancia con los abuelos maternos. Es dable observar

como las diferencias en relación a su marido (por ejemplo, el deseo de vivir en otro país, expresado por la paciente y la negativa a hacerlo, por parte de su esposo) se borran en el discurso, evitando todo conflicto. No aparece queja ni discusión respecto a este asunto.

Desde el punto de vista de la clasificación psicossomática se trataría de *una neurosis polimorfa a mentalización incierta*. Se observa una línea de estructuración neurótica en tanto haz central de la personalidad con presencia de cadenas laterales que permiten movimientos regresivos a puntos de fijación somáticos cuando las capacidades de mentalización se ven rebasadas.

Síntesis del trabajo terapéutico

El tratamiento se realizó bajo las condiciones de encuadre acordadas (cuyas características se consignaron en el apartado dedicado al abordaje terapéutico). La paciente cumplió rigurosamente con las cuestiones de horarios, días, honorarios. Siempre fue acompañada por su esposo hasta, más o menos, promediado el sexto mes de tratamiento, momento en que comenzó a asistir sola. Las sesiones se sucedieron bajo una misma modalidad de funcionamiento: ella comenzaba mostrando una actitud expectante, dispuesta a responder alguna demanda de la terapeuta (como si nada tuviera para decir en forma espontánea). Al ser interrogada respondía en forma precisa y escueta, sin agregados ni asociaciones. Esto exigía una actitud más activa del terapeuta y la vivencia contrasferencial de esfuerzo, el de sostener la relación en el nivel del lenguaje significativo, buscando palabras que representen al sujeto en contraposición a las que sólo reduplican la realidad material a la manera de un discurso operatorio.

La modalidad de señalar los afectos implicados en los comentarios de la paciente, resultaba fructífera en la medida en que suscitaba una suerte de “descubrimiento” para



ella. La apertura de un espacio nuevo donde había lugar para el sentir. Señalamientos siempre enunciados de manera interrogativa evitando potenciar con una afirmación, la tendencia al repudio de los contenidos emocionales. La actitud de desconfianza inicial, fue dando paso poco a poco a un clima de aceptación e interés por este nuevo espacio de descubrimiento.

De este modo los padecimientos orgánicos que constituían el único motivo y razón del tratamiento, fueron dando paso a la emergencia de otros más propiamente psíquicos caracterizados por el temor: angustias de pérdida representadas en la muerte de seres queridos. Temores paranoides proyectados en el contexto de inseguridad social y económica del país. La búsqueda de un lugar “seguro” donde se pudiera vivir tranquilo.

Se produjo el despido laboral que a pesar de ser algo previsible, la paciente vivió como una injuria narcisística. Reaparecieron, entonces, los trastornos somáticos, esta vez, bajo la forma de insomnio, pérdida de peso y síndrome vertiginoso que obligó a nuevos estudios clínicos. Estas manifestaciones, unidas a las preexistentes (miedos ligados a la seguridad y a la salud de sus padres y esposo) son propios de la neurosis de angustia donde el insomnio y el vértigo ocupan un lugar importante. La neurosis de angustia sobreviene, en la concepción freudiana, cuando la libido es separada de lo psíquico promoviendo efectos fisiológicos cuyo correlato es la angustia.

La paciente consideraba su vida sexual como algo secundario que no revestía especial interés. En cambio, la carga puesta en la actividad laboral hace sospechar un desplazamiento energético de la excitación que permite tanto una derivación comportamental como una satisfacción pulsional de los aspectos activo-masculinos.

En este sentido, puede entenderse la pérdida del contexto laboral como factor desen-

cadena de la sintomatología, al quedar, la excitación sin un drenaje apropiado y la energía libidinal, sin objeto.

En este momento el trabajo se orientaba a sostener una función de “maternaje primario”. Contener, dar nombre a las vivencias que se expresaban corporalmente y que no encontraban palabra y sentido. Estar disponible como objeto sin intervenir con tentadoras interpretaciones metafóricas que la paciente no estaba en condiciones de integrar.

La pérdida del contexto-sostén reactualizó angustias de desamparo y de “caer en el vacío” conduciendo a la emergencia somática de carácter funcional. Un intento de sobreponerse adopta la forma de la omnipotencia y el desprecio por el objeto abandonico: Carina se expresaba en términos despectivos que dejaban ver su profundo dolor y resentimiento por no haber sido retenida en el sistema laboral. Sin embargo, desmentía sus sentimientos apelando al mismo tiempo a recursos omnipotentes ideales. La búsqueda de un nuevo empleo mostró, rápidamente, estas características, ya que no veía ningún trabajo a la altura de su desarrollo y la remuneración tampoco alcanzaba sus expectativas.

Se juzgó necesario permitir durante algún tiempo este recurso defensivo a fin de poder “desilusionar” (en el sentido winnicottiano) gradualmente. Y, entonces, volver sobre la ruta de ligar los acontecimientos con sus concomitantes afectivos. Disminuyeron los síntomas somáticos, de los cuales, pasado el primer año de tratamiento, sólo quedaba la preocupación por no perder peso. También se inauguró la posibilidad de dejar que un hombre fuera sostén económico, abriendo una capacidad regresiva no vivida como injuria. Se reorganizó una corriente psíquica sostenida en componentes fóbicos que marcaron un nuevo momento del tratamiento.



La invitación a realizar el re-test, fue tomada con expectativa y entusiasmo. Se interesaba por conocer los resultados valorizando la técnica como recurso para “*saber más de sí misma*”.

Evaluación de la mentalización. TAT

Se mostrarán ahora algunas producciones seleccionadas (láminas: 1, 2, 3VH, 11, 19 y 16- blanca-) de la primera y segunda toma del Test de Apercepción Temática a fin ilustrar las variaciones en la mentalización mediadas por el tratamiento psicoterapéutico.

Primera toma. T.A.T. 1

Análisis cualitativo. Procedimientos de elaboración del discurso.

Lámina 1. TR: 5.” Éste para mí es un nene que estudia violín. Está sentado mirando el violín. No sé qué más. Nada más.”

Luego de una precaución verbal (A2.3) El discurso adopta la modalidad de enganche al contenido manifiesto (CF.1) y de acento puesto en lo concreto, “estudia violín” (CF.2) sin indicios de conflicto ni resonancia fantasmática.

A2.3: Precauciones verbales.
CF.1: Enganche al contenido manifiesto.
CF.2: Acento puesto en lo cotidiano, lo fáctico, lo actual, lo concreto.

Lámina 2. TR: 20”. “*Es para mí una chica que vivió en el campo y ahora estudia en otro sitio y que está de vuelta de vacaciones en el campo. Las personas que están, supongo que son sus padres. Están trabajando como toda la vida y ella los mira.*”

Realiza una precaución verbal (A2.3) que da paso al relato de características factuales (CF.2, CF.3). No se evidencia conflicto en relación a la problemática básica que movili-

za la lámina. Respeto el contenido manifiesto del estímulo sin incluir matices afectivos.

A2.3: Precauciones verbales.
CF.2: Acento puesto en lo cotidiano, lo fáctico, lo actual, lo concreto.
CF.3 Acento puesto en el hacer.

Lámina 3VH. TR: 4”. “*Es una persona que está llorando. No sé sobre qué está llorando, si sobre una cama o sobre alguien que se murió.*”

El estímulo promueve representaciones vinculadas a la pérdida de objeto. Sin embargo, no logra construir una historia, manteniéndose en un nivel impersonal y poco elaborado (CP.3, CP.4). La duda “*cama o persona que murió*” pone de manifiesto el intento de evitar la angustia suscitada, sin lograrlo, ya que, finalmente, aparece la representación masiva de muerte (E.9). El mismo esfuerzo se revela en la omisión del objeto que yace en el piso (E.1).

CP.3: Anonimato de los personajes.
CP.4: Motivo de los conflictos no precisados, relatos banales, Impersonales, enchapados.
E.1: Escotoma de objeto manifiesto.
E.9: Expresión de afectos y/o representaciones masivas ligadas a problemáticas: incapacidad, desenlace, éxito megalómano, pena, muerte, destrucción, persecución, etc.

Lámina 11. TR: 5”. “*¿Qué es esto? No lo entiendo. (Se acerca a la lámina). No entiendo, es una roca, un camino de rocas, unas piedras, un bosque. Piedras, un montón de piedras acá, como una montaña. Unos árboles aquí atrás, pinos.*”

La lámina moviliza angustias y temores pregenitales que deben ser reconocidos por el sujeto. En este caso el movimiento defensivo impide la realización de una historia,

limitándose a una mera enumeración de los elementos del contenido manifiesto (CF.1), sin incluir el personaje visto generalmente como dragón (E.1). Por otra parte, el impacto producido por el estímulo es resuelto en primera instancia a través de procedimientos que traducen el recurrir a comportamientos (D1, D2).

D1: Agitación motriz, mímica y/o expresiones corporales.
D2: Preguntas hechas al psicólogo.
CF1: Enganche al contenido manifiesto.
E.1: Escotoma de objeto manifiesto.

Lámina 19. TR: 5". "Esto no lo entiendo así que voy a delirar. Es una casa tapada por la nieve, dos ventanas. Hace muchísimo frío y hay cielo gris de tormenta. Una casa en la nieve. No veo nada más. No soy muy imaginativa. Es que si no entiendo no veo nada".

La evocación de la imago materna primitiva se asocia a elementos sensoriales de tipo térmico y visual. El frío es la cualidad que parece ligarse a esta imago arcaica (CN.5). El relato es interrumpido por la crítica respecto de su dificultad para entender el estímulo (CN.9) Es significativa la referencia inicial a lo que llama "delirar". Esto aparece en oposición a entender, mostrando que la actividad de fantasear, imaginar, está, para la paciente, connotada negativamente. Es un relato banalizado sin despliegue de fantasías (CF.1).

CF.1: Enganche al contenido manifiesto.
CN.9: Crítica de sí.
CN.5: Acento puesto en las cualidades sensoriales.

Lamina 16 (blanca). TR: 45". (Abre los ojos como sorprendida por la consigna). "No sé, no se me ocurren muchas cosas, no se me ocurre la historia... lo primero que me viene es un jardín verde... sin gente, sin animales,

sin nada. Nada más una planicie así (gesto), verde. Y nada más, el cielo celeste y el horizonte. Nada".

Frente a un estímulo desestructurado, aparece en primer lugar un retardo en la reacción inicial (CP1) seguida de un comportamiento y la crítica de sí (D.1, CN.9). No se logra construir una historia y se enumeran elementos de un paisaje "desierto" donde se acentúan los colores (CN.5). Es como una imagen detenida, sin movimiento, ni personajes de carácter concreto (CF.2). Desde el punto de vista transferencial, se observa un movimiento defensivo frente a los contenidos movilizados por el test. Se "suprimen" los contenidos-personajes con las connotaciones afectivas movilizadas.

CP1: Tiempo de reacción largo y/o silencios importantes intrarrelato.
CN.5: Acento puesto en las cualidades sensoriales.
CN.9: Crítica de sí.
CF.2: Acento puesto en lo cotidiano, lo fáctico, lo actual, lo concreto.
D.1: Agitación motriz, mímica y/o expresiones corporales.

Síntesis de la primera toma

Predominan los procedimientos de la serie C (inhibición del conflicto) y dentro de ella los procedimientos CP son mayoritarios, mostrando mecanismos de evitación de la angustia de tipo fóbico. Los procedimientos CF aparecen en número significativo, poniendo en evidencia la sobreinvertidura de la realidad externa y acentuación de lo fáctico y concreto, en detrimento del despliegue de fantasías. En menor medida, los procedimientos CN de la serie narcisista están presentes bajo la forma de la autocrítica y la valoración de las cualidades sensoriales. Las series A, B, D y E están solo presentes.

La legibilidad del protocolo es tipo 2 (legibilidad +/-) donde el impacto fantasmáti-



co, promovido por el contenido latente de las láminas, suscita defensas poco flexibles que, en este caso, son de carácter evitativo y factual.

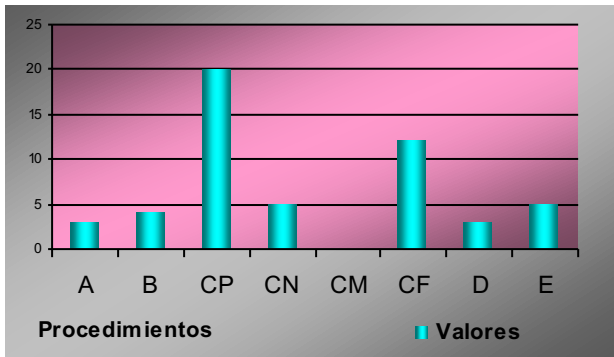


Figura 1: Frecuencia en que fueron utilizados los distintos procedimientos de elaboración del discurso tomando en cuenta la totalidad de la lámina administradas en la primera toma

Segunda toma. T.A.T 2:

Análisis cualitativo. Procedimientos de elaboración del discurso.

Lámina 1. TR: 6". "¡Pobre! Es un nene que está pensando que tiene que aprender a tocar.... Para mí es un violín. Está pensando que tiene que aprender a tocar el violín y está aburrido y no le gusta. Está pensando por qué le hacen aprender eso que no le gusta".

Tras una exclamación que traduce un sentir personal (B2.8), logra construir un relato en el que se expresa un conflicto intrapersonal entre el propio deseo y el "deber hacer" marcado por una autoridad (A1.1.). Luego de una precaución verbal (A2.3) concluye sin poder dar una resolución al conflicto. Queda subrayado el pensar que se reitera, como acción del personaje.

A1.1: Historia construida próxima al tema banal.
A2.3: Precauciones verbales.
B2.8: Exclamaciones, comentarios, digresiones, referencias – apreciaciones personales.

Lámina 2. TR: 40". "Una familia de campo que trabaja la tierra y hace las actividades del campo y la hija que se va a estudiar y que añora la vida del campo. Va a extrañar a sus padres, por eso los mira como con resignación. Eso le pasa a muchos jóvenes que dejan su casa para ir a estudiar a las grandes ciudades, son situaciones tristes."

Al inicio, el alargado tiempo de reacción (CP.1) pone de manifiesto la movilización sufrida por el estímulo. Aborda la problemática de la lámina pudiendo construir una historia próxima al tema banal (A1.1). En ella se enfatiza la situación de separación de los padres como un momento de duelo y el sentimiento concomitante de añoranza. Concluye con un comentario personal que le permite, apelando a la generalización, minimizar los afectos movilizados (B2.8).

A1.1: Historia construida próxima al tema banal.
B2.8: Exclamaciones, comentarios, digresiones, referencias- apreciaciones personales.
CP.1: Tiempo de reacción largo y/o silencios importantes intrarrelato.
CN.1: Acento puesto en el sentir subjetivo (no relacional).

Lámina 3VH. TR: 30". "Está llorando. No sé, una señora que está llorando arriba de un sofá o de algo así. (Silencio). Está triste, no sé por qué. No me dice nada más".

A pesar de hacer una entrada directa en la expresión (B2.1) como respuesta al tono emocional que favorece el estímulo no logra un desarrollo expreso de la conflictiva (CP.4). El silencio intrarrelato (CP.1) muestra el movimiento evitativo una vez suscitado el afecto involucrado.

B2.1: Entrada directa en la expresión.
CP.1: Tiempo de reacción largo y/o silencios importantes intrarrelato.

CP.4: Motivo de los conflictos no precisados, relatos banales, impersonales, enchapados.

Lámina 11. TR: 40". "Nada, esto es piedras y esto es como un reptil, una serpiente que quiere atacar a este bichito. No sé...."

El impacto inicial frente a una lámina menos estructurada y más regresiva queda plasmado en la utilización de la expresión "nada" con que da comienzo al relato. La misma puede verse como negación de los contenidos movilizados (A2.11), tras lo cual, lo agresivo apercebido entre los personajes está esbozado sin sus concomitantes afectivas. Está enunciado, pero no desarrollado (CP.4). El relato queda enmarcado entre un tiempo de reacción largo (CP.1) y la ambigüedad de la conclusión.

A2.11: Negación.

CP.1: Tiempo de reacción largo y/o silencios importantes intrarrelato.

CP.4: Motivo de los conflictos no precisados, relatos banales, impersonales, enchapados.

Lámina 19. TR: 25". "Esto no entiendo.... Un dibujo de Miró. Una cosa así, no sé, es como una casa en la nieve, parece aislada por la tormenta."

Comienza con un comentario que muestra la dificultad para construir el relato (B2.8). El contenido latente de la lámina estimula vivencias regresivas en relación a la imago materna primitiva. Frente a ello se produce, en este caso, un movimiento defensivo tendiente a mantener detenido el desarrollo de afectos (CN.8). La imprecisión de los motivos (CP.4) le da al relato una impronta banal y restringida.

A2.3: Precauciones verbales.

B2.8: Exclamaciones, comentarios, digresio-

nes, referencias – apreciaciones personales.

.CP.4: Motivo de los conflictos no precisados, relatos banales, impersonales, enchapados.

CN.8: Puesta en cuadro.

Lámina 16. TR: 15". No sé, me imagino un lugar pacífico donde no haya problemas de seguridad, donde la gente esté feliz, vivan en armonía, hay verde, hay flores, pero por sobre todas las cosas, donde la gente está tranquila, sin cosas que le perturbe la mente."

Se resuelven las ansiedades movilizadas por el test a través de una expresión desiderativa basada en una modalidad evitativa del conflicto y del peligro (CP.4). Hay una alusión directa a la "perturbación" de la mente como vivencia probablemente vinculada a los contenidos emocionales y representacionales suscitados por el contenido latente de las láminas y la dificultad para procesarlos. La fuerte idealización del lugar referido (CM.2) le permite una resolución mágica frente a las angustias depresivas.

CP.4: Motivo de los conflictos no precisado, relatos banales, impersonales, enchapados.

CM.2: Idealización de objeto.

Síntesis de la segunda toma

El predominio de las series CP (inhibición del conflicto) y A (control) evidencian un estilo neurótico de tipo fóbico. La frecuencia de los procedimientos B (labilidad), en su mayoría B2.8 muestra el intento de introducir aspectos de la vida fantasmática, aunque de un modo apenas esbozado. Estos últimos están orientados a disminuir la ansiedad movilizada por el contenido latente de las láminas.

En igual frecuencia que los anteriores, los procedimientos CN de la serie narcisista



aparecen mostrando las oscilaciones entre las investiduras objetales y yoicas.

El resto de los procedimientos (CM, CF, D y E) están sólo presentes, no resultando significativos. La legibilidad del protocolo es de tipo 2 (legibilidad +/-) donde la conflictiva aparece bajo la forma de la evitación y el control afectos.

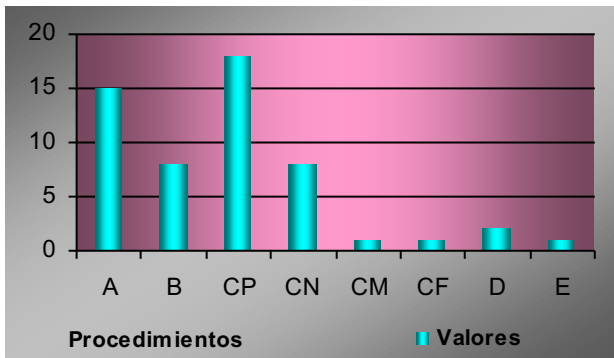


Figura 2: Frecuencia en que fueron utilizados los distintos procedimientos de elaboración del discurso tomando en cuenta la totalidad de las láminas administradas en la segunda toma

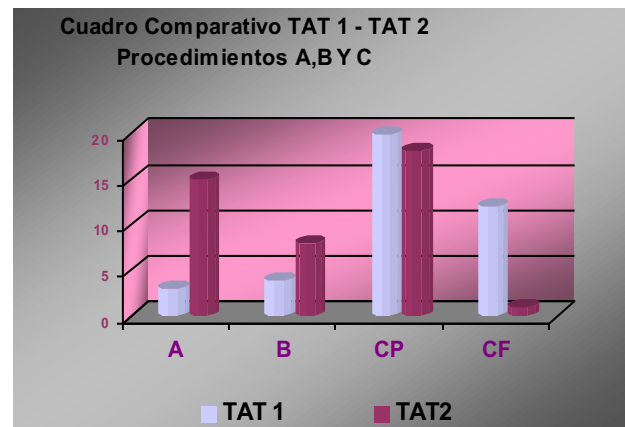
Análisis comparativo T.A.T 1 y T.A.T 2

Se observan cambios significativos en la modalidad de inhibición del conflicto. Se ha pasado del predominio de procedimientos CP y CF donde lo factual y concreto da muestras del valor de la realidad externa en el sostén de la vida psíquica, a una articulación de los procedimientos CP con procedimientos A. Esto implica el pasaje a mecanismos defensivos de tipo neurótico aun cuando los mismos se presentan de forma poco flexible.

El aumento de los procedimientos de control y la disminución de los procedimientos factuales da cuenta de un cambio cualitativo importante que es representativo de una mejor calidad de mentalización. Los proce-

dimientos B de la serie labilidad se duplican respecto del primer protocolo, mostrando la inclusión de los afectos en los relatos, aunque todavía no es bajo una forma dramatizada.

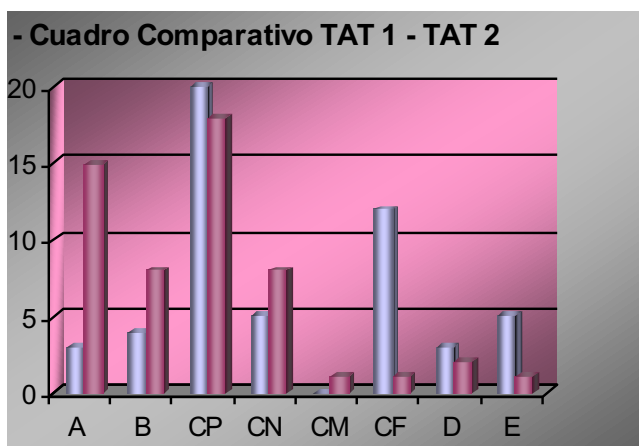
Procedimientos	TAT 1	TAT2
A	3	15
B	4	8
CP	20	18
CF	12	1



Los procedimientos CN también aumentan en la segunda toma. Su número no llega a configurar un dato significativo en la hipótesis de un funcionamiento narcisístico.

El resto de los procedimientos se mantiene estable y en una proporción baja, poco relevante.

Procedimientos.	TAT 1	TAT 2
A	3	15
B	4	8
CP	20	18
CN	5	8
CM	0	1
CF	12	1
D	3	2
E	5	1



Desde el punto de vista cualitativo puede apreciarse que, si bien el contenido de los relatos se mantiene constante en relación a la situación que plantea la lámina, hay significativas variaciones en relación al clima emocional. En la segunda toma aparece una manifiesta expresión de afectos cualificando la acción de los personajes. Así por ejemplo en la lámina 1 el relato factual de la primera toma, se enriquece, en la segunda, con la alusión al estado emocional del personaje: “¡pobre! Está aburrido... no le gusta... “. Lo mismo sucede en la lámina 2: el relato de la segunda toma incluye sentimientos de “añoranza” y “tristeza” ausentes en la primera. En otras láminas el cambio se observa en el recubrimiento simbólico logrado. Se puede pasar de un contenido crudo a la elaboración mejor mentalizada del mismo (Ej.: lámina 3VH).

En ambas tomas, sin embargo, se mantiene una forma discursiva que tiende a evitar el conflicto y a la búsqueda de contextos de reaseguro frente al peligro, típicos de la modalidad fóbica de funcionamiento.

Recapitulación

En el caso que antecede las sensibles diferencias entre las dos tomas del TAT ha evidenciado una respuesta a la psicoterapia

que implica un cambio en el nivel de mentalización.

Observamos una modificación sustancial en lo que respecta a la utilización de recursos neuróticos en contraposición a recursos factuales en la construcción de los relatos. Este viraje se corresponde con el registro del curso de la psicoterapia, en la cual es dable observar un pasaje desde la posición “obediente” de la paciente, que asiste para cumplir correctamente la indicación médica, a la conquista del espacio terapéutico como un espacio propio donde se puede desplegar la subjetividad.

Lo que en el T.A.T. 1 se sostiene en la realidad externa, en el T.A.T. 2, pasa a tener un referente afectivo personal. Se esboza este movimiento en la utilización de palabras que denotan afectos cualificados o expresiones (exclamaciones) que marcan la reactivación de la vida mental.

La línea central evitativa no ha variado, constituyendo un aspecto permanente en el funcionamiento habitual. No obstante lo cual se han permeabilizado las fronteras que mantienen el conflicto neutralizado.

Paralelamente se asiste a una mejoría en la manifestación somática de la paciente lo cual apoya la hipótesis teórica según la cual la mejor calidad de mentalización protege al cuerpo de eventuales desorganizaciones somáticas.

Conclusiones

Las consideraciones que he presentado en este artículo, inspiradas, como se ha explicitado, en un trabajo de tesis doctoral me condujeron a las siguientes conclusiones:

a) Los pacientes somáticos que presentan déficit en sus capacidades de mentalización requieren un abordaje terapéutico específico. Tal especificidad se funda en las peculiaridades que presentan tales pacientes, caracterizados por el predominio de una “desconfian-



za básica” en el vínculo con los otros que se origina en experiencias primitivas frustrantes con los objetos primarios; fallas en la capacidad de registrar los propios conflictos y la angustia que de ellos devendría además de un déficit representacional ligado a traumas tempranos no elaborados que dificultan el trabajo asociativo.

El abordaje psicoterapéutico está orientado, desde el principio, a la construcción de una red de representaciones cualificadas, allí donde éstas se mostrarán faltantes, y a la restitución de aquellas que, por efecto de la supresión no estuvieran a disposición del trabajo preconsciente. Tal posicionamiento es pre-condición para una posterior labor interpretativa que, no obstante, siempre tendrá que ser evaluada en función de las posibilidades psíquicas del sujeto.

Es, entonces, válido confiar en las variaciones de la técnica analítica cuando así lo justifica el caso particular de pacientes de que se trate. Dichas modificaciones lejos de significar un desvío ilegítimo, constituyen

una condición de posibilidad para el abordaje de patologías no accesibles por la técnica clásica.

b) La mentalización se destaca como un constructo útil para inferir la vulnerabilidad somática en la medida en que su mejor calidad protege al cuerpo de posibles desorganizaciones.

c) El T.A.T. es una técnica proyectiva cuya estructura permite la evaluación de la calidad de la mentalización y la captación fina de sus movimientos en el proceso terapéutico. La posibilidad de contar con un instrumento capaz de detectar de manera válida y confiable modificaciones en la mentalización a lo largo del proceso terapéutico, contribuye a la consideración de los momentos más oportunos para introducir cambios en el modo de intervención técnica que permita pasar del trabajo de reanimación a un nivel más profundo en la elaboración de contenidos inconscientes del sujeto. Es decir, pasar de la construcción a la interpretación (deconstructiva).

Referencias:

- BERGERET, J. (1974). *La Personalidad Normal y Patológica*. Barcelona. Gedisa.1996.
- BORELLE, A. (2009) Tesis Doctoral: *“Intervenciones Psicoterapéuticas En La Clínica Psicósomática. Implicancias En La Mentalización. Estudio De Casos”*. Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina
- Borelle, A.; Russo, S. (2017) *Clínica psicósomática, Su especificidad en la evaluación y el diagnóstico*. Buenos Aires. Paidós
- (2013) *El Psicodiagnóstico de niños, criterios de evaluación para las organizaciones neuróticas, psicóticas y límite*. Buenos Aires. Paidós
- CHIOZZA, L (1977) *Cuerpo, Afecto y Lenguaje*. Buenos Aires. Paidós.
- DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. 2001. Fuente Internet.
- DICCIONARIO KAPELUSZ DE LA LENGUA ESPAÑOLA. (1985). Madrid (España) Ed. Kapelusz.
- ETCHEGOYEN, H. (2001). “Algo Más Sobre el Testeo del Proceso Clínico”. En: *Subjetividad y Procesos Cognitivos I*. Buenos Aires. UCES.
- FONAGY, P. (1998). “Como Hacer al Psicoanálisis Relevante en el Próximo Milenio”. *Actas Conferencia Latinoamericana de Investigación IPA*. Buenos Aires.
- FREUD, S (1937) “Construcciones en Psicoanálisis”. En: *Obras Completas*. Tomo XXIII. Buenos Aires. Amorrortu.
- (1926) “Inhibición, Síntoma y Angustia”. Op. Cit. Tomo XX
- GARMA, A. (1974). *Génesis Psicósomática y Tratamiento de las Úlceras Gástricas y Duodenales*. Buenos Aires. Paidós.
- GRASSANO, E. (2001). “Diálogo Entre Distintas Perspectivas Teórico-Clinicas en Psicósomática”. En: *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. SAP n° 4,



- GREEN, A. (2001). *De Locuras Privadas*. Buenos Aires. Amorrortu.
- KLIMOVSKY, G. (1986). *Aspectos Epistemológicos de la Interpretación Psicoanalítica. Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Amorrortu.
- LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. (2005). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.
- LIBERMAN, D. et al. (1983). *Del Cuerpo al Símbolo, Sobreadaptación y Enfermedad Psicósomática*. Buenos Aires. Kargieman.
- MALADESKY, A (2005). "Acerca del Cambio Psíquico y la Intervención del Psicoanalista en la Actualidad". En: Maladesky, A, Lopez, M & López Ozores, Z (comps). *Psicósomática. Aportes Teórico – Clínicos en el Siglo XXI*. Buenos Aires. Lugar.
- MALDAVSKY, D. (2001). "Sobre la Investigación Clínica en Psicoanálisis: Deslinde de una Perspectiva". En: *Subjetividad y Procesos Cognitivos I*. Buenos Aires. UCES.
- (2003). Prólogo. En: Torres, S, Russo, S. *Test de Apercepción Temática TAT. Una lectura Psicoanalítica*. Buenos Aires. Biblos.
- Marty, P (1951) "Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies", *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 15
- MARTY, P; De M'UZAN, M. (1963) «La Pensée Operatoire». *Revue Française de Psychanalyse*, vol 27.
- MC DOUGALL, J. (1972). "L'antianalysant en Analyse". *Revue Française de psychanalyse*
- Murray, H. (1964), *Test de Apercepción Temática. (Manual)*, Buenos Aires, Paidós
- NEMIAH, J y SIFNEOS, P. (1970). "Affect and Fantasy in Patients with Psychosomatic Disorders", en O. W. Hill (Ed): *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Vol. 2
- PARAT, C (1993). "El Trabajo Habitual del Psicósomatólogo". En: Calatroni, M.T. de. *Pierre Marty y la Psicósomática*. Buenos Aires. Amorrortu. 1998.
- RUSSO, S. (1999-2000). "Procesos Diferenciales de Mentalización en Niños con Síntomas Somáticos. (Aportes del Test de Apercepción Temática, TAT, a una Investigación Clínica)". En: Torres, S; Russo, S. *Test de Apercepción Temática TAT, una Lectura Psicoanalítica*. Buenos Aires, Biblos .2003.
- SHENTOUB, V. et al. (1990). «*Manuel d'utilisation du TAT*». (*Approche Psychanalytique*), Paris, Dunod.
- TORRES, S; RUSSO, S. (1997). "El TAT en el Diagnóstico y Prevención de las Patologías de Desvalimiento". En, *Test de Apercepción Temática (2003). TAT, una Lectura Psicoanalítica*. Buenos Aires. Biblos.
- (2011) *Actualización del Test de Apercepción Temática. Una lectura psicoanalítica. Investigación en Patologías Actuales*. Buenos Aires. Biblos.
- ULNIK, J. (2000) Revisión crítica de la teoría psicósomática de Pierre Marty. En: Aperturas Psicoanalíticas. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, nº 005
- ZUKERFELD, R ZUKERFELD, R (1999). *Psicoanálisis. Tercera tópica y Vulnerabilidad Somática*. Buenos Aires. Lugar.

