

La Formulación del Caso Desde un Modelo Integrativo entre Mentalización y Psicoanálisis

Gustavo Lanza Castelli

En los últimos años se ha desarrollado una intensa investigación en torno al tema de la formulación del caso y se han propuesto una serie de métodos para llevar a cabo dicha formulación (Eells, 2007; González Bravo, 2009; Grupo de trabajo OPD, 2006; Horowitz, 1997; Mc Williams, 1999; Psychotherapy Research, 1994; Varela et al., 2014).

La formulación del caso consiste en una serie de procedimientos que permiten organizar el conjunto de informaciones que nos proporciona un paciente en las primeras entrevistas, en torno a una serie de ítems dependientes del modelo teórico que se utilice.

Podríamos decir que consiste en un mapa que hacemos del modo de funcionamiento mental del paciente, de los contenidos mentales relacionados con sus padecimientos y del tipo de relaciones que mantiene con los demás, a partir del cual podemos identificar los problemas centrales que lo aquejan y formular hipótesis sobre las causas, factores desencadenantes y factores de mantenimiento de dichos problemas.

La realización del mismo nos permite identificar el foco sobre el cual trabajaremos, planificar la estrategia que habremos de seguir, anticipar las dificultades que puedan presentarse. Asimismo, nos proporciona parámetros definidos para evaluar la marcha del tratamiento, identificar los cambios conseguidos, como así también aquello que no se ha modificado.

De este modo, la formulación del caso se revela como un valioso auxiliar y una guía útil para la realización del trabajo

psicoterapéutico, que no se limita sólo a la evaluación y a la planificación iniciales, sino que tiene utilidad a lo largo del recorrido de la psicoterapia.

La formulación del caso, entonces, debe responder a cuatro preguntas fundamentales: 1) ¿Cuáles son los problemas centrales del paciente?, 2) ¿A qué se deben? 3) ¿Cómo hay que enfocarlos? 4) ¿Con qué resultados? (evolución) (Varela et al., 2014).

Para poder responder a estas preguntas se necesita contar, en un tiempo relativamente acotado, con una evaluación preliminar del paciente lo más completa y operativa posible, cuyo objetivo es la identificación de un conjunto acotado de ítems, claramente caracterizados y diferenciados entre sí, a la vez que interrelacionados, como por ejemplo: patrones vinculares, posición subjetiva del sí mismo y del otro, deseos predominantes, defensas, etc.

El contar con un listado de ítems, elegidos de modo tal que cubran las variables más importantes de la personalidad de un paciente, resulta de mucha utilidad para el terapeuta, en la medida en que le sirve para sistematizar la información proporcionada por el consultante, sin omitir ninguna de estas variables.

Por otra parte, el deslinde y diferenciación de los diversos ítems facilita su identificación en el material del paciente, así como la detección de las interrelaciones que existen entre los mismos, lo que no ocurre si el profesional lleva a cabo una aprehensión global del caso y un diagnóstico también



global (como, por ejemplo, “anorexia histérica”).

Por lo demás, si el terapeuta no realiza esta tarea, consistente en una diferenciación sistemática, es habitual que jerarquice tal o cual ítem, en función de su formación, sus intereses del momento, o su contratransferencia y, de este modo, deje de lado variables de la personalidad que pueden tener mucha importancia en el padecimiento del paciente.

Las conclusiones diagnósticas a las que se puede llegar con una formulación del caso, tal vez no difieran demasiado de aquellas a las que arribaría, intuitivamente, un clínico experimentado. Pero la diferencia estriba en que gracias al procedimiento sistemático de identificación y ponderación de variables que implica dicha formulación, se logra explicitar como conocimiento declarativo y compartible, las conclusiones a las que dicho clínico llegaría mediante un saber procedimental e intuitivo, no pasible de objetivación ni de sistematización.

Esta formulación se diferencia del diagnóstico habitual en psicoanálisis, por medio del cual incluimos al paciente en alguno de los cuadros de la psicopatología y así decimos que es, por ej, un paciente obsesivo, fóbico, etc., o, en una utilización más flexible de este enfoque, diferenciamos distintas corrientes psíquicas (Freud, 1917) en su personalidad y lo caracterizamos como padeciendo una perturbación mixta, en la cual confluyen varias de ellas. Así, por ej., hablamos de un paciente que tiene una base melancólica, con un fragmento fóbico y defensas obsesivas.

Un diagnóstico con estas características nos da una orientación y una cierta guía respecto del tipo de abordaje que realizaremos. No obstante, la experiencia muestra que los terapeutas no utilizan mayormente este diagnóstico inicial a lo largo de su trabajo, y que no suele serles de mucha

ayuda en el intento de comprender lo que le pasa a esa persona concreta en su singularidad, en lo más propio y específico de su personalidad, de su modo de funcionamiento y de su problemática.

La formulación del caso, a diferencia de este diagnóstico de estructura psicopatológica, se mueve en un nivel más bajo de abstracción, esto es, en el terreno de las hipótesis intermedias; intermedias entre la abstracción de la teoría y lo concreto del decir del paciente, de su conducta, de los observables.

De igual modo, este procedimiento busca establecer un esquema del funcionamiento del paciente altamente personalizado y específico para cada paciente concreto, lo cual será de utilidad para discernir cuáles son aquellos aspectos sobre los que será más adecuado trabajar, y ayudará en la determinación de las estrategias y técnicas más pertinentes y operativas para el logro del objetivo que se persigue.

La construcción de esta formulación se hace siempre desde una teoría determinada. De este modo, para un terapeuta cognitivo será muy importante determinar cuáles son las creencias y esquemas nucleares del paciente, cuáles los supuestos subyacentes de esos esquemas, cuáles las creencias periféricas, los pensamientos automáticos, etc (Persons, Tompkins, 1997). Similares consideraciones pueden hacerse para otras orientaciones terapéuticas (Eells, 1997).

En tanto la formulación del caso consiste en una *formalización y sistematización retrospectiva* (off line), implica un proceso de pensamiento diferente al que tiene lugar en el momento a momento de la entrevista o sesión (on line).

En esta retrospectión el terapeuta utiliza sus recuerdos -o sus notas- de las verbalizaciones del paciente, y las organiza en base a la serie de ítems propia de su modelo teórico.



Éste es el formato que utilizaré en este trabajo, el cual, si bien no sigue paso a paso la secuencia discursiva del paciente, ilustra con mayor claridad el modelo que propongo y presenta un panorama más organizado de las inferencias construidas a partir de la aplicación de dicho modelo al material clínico que transcribo (una primera entrevista).

Dicho modelo consiste en un enfoque integrativo que articula los desarrollos en torno a la mentalización con una serie de conceptos de corte psicoanalítico. He presentado este modelo en otra publicación (Lanza Castelli, 2016a) y, junto con una colega, lo hemos aplicado al análisis de algunos episodios de un protocolo del Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (Lanza Castelli, Bilbao Bilbao, 2016).

En este caso lo aplico a una primera entrevista tomada en una institución, que me fue proporcionada por la psicóloga que la llevó a cabo.

Cabe agregar que, en sentido estricto, la formulación del caso incluye también una serie de ítems que mencionaré sólo parcialmente en este trabajo, ya que lo que deseo destacar en él es el modelo integrativo con el cual analizo el material clínico que presentaré.

De todos modos, en una enumeración sucinta, podríamos decir que esos otros ítems son: los datos filiatorios del paciente (edad, grupo familiar, ocupación, nivel socio económico cultural), su red social, su propia perspectiva sobre su padecimiento y sobre las razones del mismo, los temas o problemas que desea y espera resolver, sus expectativas respecto al tratamiento, su motivación para participar activamente en el mismo e involucrarse con él, sus ideas acerca de cómo debería ser tratado (Grupo de trabajo OPD, 2006).

En lo que sigue, realizo en primer término una breve síntesis del modelo integrativo que

propongo. Tras ello, transcribo la entrevista a la que hice referencia. A continuación, la analizo en base a los ítems que componen el modelo integrativo. Realizo entonces una síntesis del caso y formulo algunas sugerencias para la psicoterapia.

Un modelo integrativo entre mentalización y psicoanálisis:

En los trabajos que he citado previamente, he llevado a cabo, por un lado, una presentación detallada del modelo (Lanza Castelli, 2016a) y, por otro, una explicitación de los 6 pasos para su aplicación, ilustrados en un material clínico (Lanza Castelli, Bilbao Bilbao, 2016).

En lo que hace al modelo integrativo, podríamos decir tiene como andamiaje los tres vectores del patrón vincular, propuesto por Horowitz (1991) y por Luborsky y Crits-Christoph (1998). Estos vectores son: el deseo o acción que parte del self hacia el objeto, la respuesta de éste -según es interpretada por el self, por medio de la Función Interpretativa Interpersonal- la reacción del self ante la respuesta del objeto, que incluye emociones y acción.

El primer vector (deseo) deriva de algunos de los sistemas motivacionales del self (de apego, sensual-sexual, narcisista, etc.) y es evaluado por un mecanismo que deja pasar algunos de los deseos y veda el ingreso de otros, en función del juicio de la instancia crítica (Superyó). En este último caso nos encontramos con una defensa que impide la acción de la mentalización dirigida hacia el self, que tiene como uno de sus objetivos la identificación de los propios deseos (Lanza Castelli, 2010).

Por lo demás, dichos deseos conllevan la anticipación del modo en que el otro responderá a la exteriorización de los mismos.

Estas anticipaciones pueden basarse en un buen funcionamiento de la mentalización, que permite construir un modelo adecuado de la mente del otro, o en la activación de esquemas



self-otro, presentes en el interior del self, que pueden no tener relación con las características efectivas del interlocutor de que se trate. En estos casos suele proyectarse un objeto interno en la persona del semejante, con lo cual queda puesta fuera de juego la mentalización, entendida como la comprensión de la conducta del otro en términos de los estados mentales que éste efectivamente posee.

El deseo es exteriorizado desde el self, que se encuentra en una determinada posición subjetiva, en el que podemos diferenciar distintos estados mentales (o estados del self) (Horowitz, 1987; Lanza Castelli, 2014), identificar una imagen de sí y un sentimiento de estima de sí (Kohut, 1971), y advertir el rol en el que se ubica, habitualmente complementario del rol atribuido al otro de la interacción (Horowitz, 1991).

Cuando se produce la exteriorización del deseo y el otro responde a ella de alguna forma, esta respuesta es evaluada por la Función Interpretativa Interpersonal (FII) (Bateman, Fonagy, 2004). En función de esa evaluación tiene lugar una u otra emoción, la cual impulsa hacia una acción determinada (segundo y tercer vector, respectivamente).

Por su parte, la FII puede trabajar de un modo mentalizado, interpretando adecuadamente la respuesta del otro en función de sus estados mentales efectivos, o puede proyectar un objeto interno que no se corresponda con la realidad de ese otro.

Es importante aclarar también que dicha Función Interpretativa Interpersonal actúa diferentemente e interpreta de modo también distinto, según sea el estado mental predominante, el sistema motivacional activado o el estado del self movilizado, lo que implica una situación diferente y un interlocutor vivido de un modo distinto (Lanza Castelli, 2014).

Cuando la interpretación está comandada por la proyección de un objeto interno, es

habitual que adquiera pleno crédito para el sujeto, esto es, que se active el modo de equivalencia psíquica (Fonagy et al., 2002).

En la interpretación que lleva a cabo la FII es posible también diferenciar dos modos de funcionamiento mental: el modo egocéntrico, en el que el sujeto supone que las acciones y estados mentales del otro tienen que ver primordialmente con él, y los interpreta en base a los esquemas self-otro ya mencionados. El modo descentrado, en que el sujeto no es autorreferente como en el modo egocéntrico, sino que puede advertir que las actitudes o estados mentales del otro tienen que ver con cosas que le ocurren a ese otro.

El tercer vector tiene que ver con la reacción del self a la respuesta/acción del otro, tal como ha sido interpretada por la FII. Según sea esa interpretación, así serán la emoción y la acción que de ahí se sigan.

La emoción, por su parte, puede ser adecuadamente mentalizada (mentalización de la afectividad) o caer bajo una defensa que impedirá su desarrollo, la mantendrá inconsciente, la desplazará sobre otra escena, etc.

Por último, surgirá una acción que puede tener grados variables de mentalización, o carecer de ella, como en el caso de las acciones impulsivas.

Otros componentes del modelo son el superyó (compuesto por el Ideal del yo, la instancia crítica y la instancia autoobservadora) y las diversas defensas, que pueden recaer sobre los deseos, las emociones o el mismo superyó.

Una primera entrevista:

Entrevista de admisión tomada por terapeuta mujer en una Institución. Entre paréntesis y con letra distinta están los comentarios que me hizo la entrevistadora, pero que no verbalizó en la entrevista.



(Recibo a un hombre entrecano, oscuro, de contextura mediana, replegado corporalmente. Parece que no puede extender los brazos. Me da la impresión de que tiene los codos pegados al cuerpo. Mientras habla su mirada está lejos, no me mira a la cara, y dice así)

P1: Es la primera vez que vengo, no se.....mi estado no es bueno.....(hay muchas pausas)...no me siento bien. Hay días que no me quiero levantar.....(esto lo va diciendo pausado, como buscando dentro de él y apenas consiguiéndolo. Le está costando decirlo)...No quiero pensar...es mejor.

Por suerte algunas noches salgo, tengo mis amigos. Bah, "amigos" es como un decir, son conocidos del grupo de un Club. Y, mejor dicho, salgo todas las noches, en esta última semana por lo menos...

T1: Y qué lo hace sentir tan mal?

P2: Creo que es por estar solo. Yo ya llegué a los 50. Casado durante 30 años, toda una vida (levanta la voz un poco) Y para qué? Tengo 2 hijos: la mujer es adicta, tiene un hijo de 6 meses y vive sola. El varón estudia en la Facultad y vive con la madre.

T2: Ud, con quién vive?

P3: Por ahora en la oficina. Yo me separé hace 2 meses...

T3: Y cómo es que vive en una oficina, dice usted..?

P4: Sí, en realidad no es una casa. Pero tengo que ver...hay un remate el mes que viene, así que me voy a tener que mudar

T4: un remate?

P5: Sí, una Pyme...Ud sabe...

T5: Si se qué...?

P6: que se vienen abajo. Habíamos pedido créditos, guita, y bueno, ahora....yo lo ví venir...

T6: y su separación, la vio venir?

P7: Sí, eso más que a nada. Eso es una cuestión que venimos conversando hace tiempo, cuando mi mujer empezó con los bajones, como dice mi hija. Yo ya no quería más. Ahora ella está bien, no está sola y tiene a mi hijo para esperarlo con la comida. A él por ahora le viene bien. Ud no sabe, pero es un proceso de bastante tiempo. Quería estar solo un tiempo, ella está de acuerdo, se lo banca bien, así que para mí es más fácil, sabe? Yo lo que quería era recuperar mi soltería...

T7: quería?

P8: Sí, estar solo, sin ellos...

T8: y qué le atraía de la soltería?

P9: conocer otras mujeres, volver a enamorarme...

T9: lo ha conseguido?

P10: voy bastante a un Club. Se armó un grupo. Yo en esa época iba bastante; ahí conocí a una mujer y no resultó. Después dejé por un tiempo...ahora hace unos meses que volví. Me empecé a refugiar en eso, pero ir a bailar solo es un poco complicado. También para las minas. Me gusta el tango, y bueno, esas cosas que uno se imagina un poco y no se imagina. Estaba ella sola, yo tardé en acercarme; también le gusta bailar. Nos empezamos a encontrar y un día empezamos a salir.

Yo las elijo mal, parece. Ella estaba separada, con poco trabajo; yo pensé que necesitaba apoyo...

T10: quién?

P11: Y, por la hija menor que está enferma y la tiene que operar. Yo le dije que la iba a ayudar y me salió el tiro por la culata.

T11: por qué? Qué pasó?



P12: Me dejó en banda, me cortó el rostro, como dicen los chicos hoy. Me dijo que ella se iba a arreglar sola...(entrecortado, va bajando el tono).

T12: está muy triste usted...

P13: (me mira por primera vez, se le cambia la cara, se empieza a aflojar y empieza a llorar con un llanto que es cada vez más desconsolado) Nosotros atravesamos mucho, desde hace años ya. Una por mi hija con la droga, internada, los tratamientos, después por mi mujer, los médicos dijeron que era bipolar. Tuvo 2 veces la intención de quitarse la vida, fue hace bastante. Demasiado todo eso. Ahora está bien. Yo, me ve así, pero me preocupo mucho por ella. Es una mujer que no tiene familia, se le murieron todos.

T13: Y Ud qué diría de su familia?

P14: Tengo mi mamá, una hermana menor y mi padre...se murió hace 5 meses, así, sorpresivamente (llora, levanta las manos) Pobre viejo! (llora con desconsuelo) Creo que eso me afectó mucho a mí..

T14: de qué murió?

P15: del corazón, sin aviso. Aunque él algo sabía. Vivió una vida de mierda al lado de mi madre. Ella es de carácter muy fuerte. Al final se había resignado. Yo no digo que haya tomado la decisión de matarse, pero ya no tenía ganas de seguir....

T15: qué hacía?

P16: Ya se había jubilado. Ayer habría cumplido 75 años. Lo tenía conmigo en la oficina, nos entendíamos. Yo era...soy muy parecido, por eso no quiero lo mismo para mí, por lo menos por el tiempo que me queda quiero vivir. Yo no voy a terminar igual. Sabe que lo que me parece que me pasa es que me está costando mucho la soledad. Pero volver atrás sería terrible...

T16: y cómo se lo podría ayudar a usted ahora?

P17: No me puedo bancar todas estas cosas solo. A lo mejor hay actitudes que tengo que cambiar, que me digan, que me ayuden a no meter la gamba, calmarme las ansiedades, porque solo no puedo.

T17: está tomando algo?

P18: de pastillas?

T18: sí...

P19: A veces tomo Alplax, a la noche cuando no puedo dormir. Ahora hace bastante. No quiero...imagínese lo que fue mi casa con los tranquilizantes. Mi hijo y yo somos los únicos. Yo estoy tranquilo porque él puede cuidar a la madre, mi mujer es muy dependiente. Yo tengo que trabajar por todos.

Mi hija está sola con su hijo, lo tuvo de soltera. Nos hizo pasar de todo.

También, ahora que me acuerdo, fuimos con un Psicólogo toda la familia una vez y ¿sabe qué saqué yo en limpio? Que todo era culpa mía, que yo era un hijo de puta. Y lo único que hice toda mi vida, ¿sabe? fue laburar. Me casé a los 20 pirulos, ¿qué le parece?

Yo lo veo a mi pibe que tiene 25. Por suerte no está de novio todavía, al menos que sepamos. Es gamba mi pibe. Me dice: "quedate tranquilo, viejo" Para mí que se da cuenta que las cosas no están bien. Estuvo conmigo cuando murió mi viejo. El fue el primero en llegar (se angustia y de nuevo llora).

Lo atendieron para la mierda a mi viejo (con bronca) El de la ambulancia dijo que era de la digestión la descompostura. No se dieron cuenta, se estaba muriendo del corazón. Yo, cuando llegué, ya era tarde...



T19: tiene mucho dolor por todo esto, Marcelo...

P20: No había llorado tanto. En mi casa nadie se banca que yo esté mal. Lo único que me piden es que los banque yo. Todos están en sus problemas, y yo me quedo en banda.

Pero son los sentimientos lo que me importa de la gente, y así me engancha, con la primera mujer que se me cruza. Ahí estoy yo.

Le voy a confesar: vengo de otro fracaso; asunto de minas. Esta vez fue con una empleada, tuvimos que despedirla. Yo estaba muy entusiasmado, más que con la separada. Ella aceptó la indemnización, todo bien, y después me dijo que tenía dudas, que no estaba enamorada...

T20: pero Marcelo, usted vive juntando fracasos...

P21: (se ríe) Parece que es lo único que se hacer bien...

T22: con todo este panorama que Ud me cuenta, ¿qué le parece? ¿por dónde habría que empezar?

P23: Por la terapia....no sé. Mi vida, viéndola a

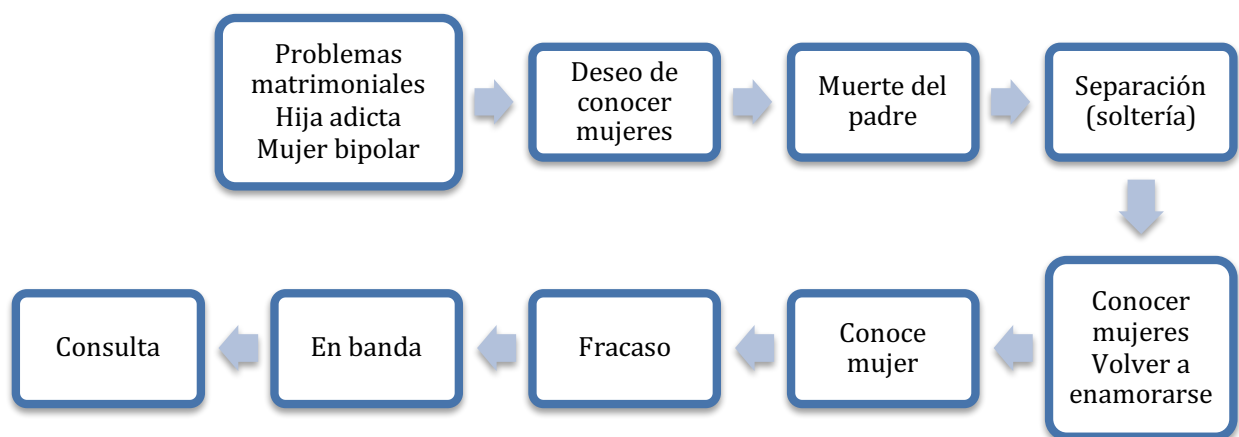
mi vida así, es un kilombo! (se ríe entre dientes) Cambalache, como dice el tango.

T23: Creo que habría varios frentes para tomar, pero a lo mejor lo prioritario sería para Ud el tema de la vivienda, apuntar a lo más estabilizador para Ud en este momento...Para que Ud pueda pensar mejor en lo que le está pasando. Muchas pérdidas, todas juntas, sumado a la proximidad del remate, eso es mucho para cualquiera Marcelo...

Análisis de la Entrevista

En estas consideraciones haré preceder los pasos que he propuesto para el análisis que tiene como base el modelo integrativo (Lanza Castelli, 2016b), por una ordenación de la historia de los acontecimientos que desembocan en el padecimiento por el cual el paciente consulta.

En la entrevista consignada, Marcelo no realiza un relato secuencial cronológico, sino que comienza por lo actual, posteriormente habla de cosas que tuvieron lugar hace unos años, a renglón seguido vuelve al presente, etc. El primer ordenamiento, que suele ser bastante útil, es un ordenamiento lineal, temporal.



En esta secuencia podemos observar cómo el paciente se encontraba desde hacía tiempo con problemas en su matrimonio y familia, albergaba últimamente el deseo de conocer otras mujeres y enamorarse, lo que lo había llevado a hablar con la esposa de separarse, pero sin llegar a concretar dicha separación.

Es en ese momento que muere el padre, muerte a la que el consultante denomina como "sorpresiva", "sin aviso", por lo cual podemos suponer que la misma fue para él, no sólo dolorosa, sino también traumática. A los 3 meses de ocurrida plantea, ahora sí, la separación, diciendo que quiere vivir, quiere conocer otras mujeres, volver a enamorarse. Pero las cosas no resultan como él esperaba y después de sendos fracasos con dos mujeres diferentes, se siente "en banda" y decide consultar.

Comenzaremos ahora con el método de los distintos pasos para el análisis del material, según las variables propuestas en el modelo integrativo reseñado con anterioridad.

I) Vínculos afectivos y sistemas motivacionales:

En lo que hace a los vínculos afectivos, vemos que las relaciones de Marcelo con las mujeres son ambivalentes: por un lado, busca enamorarse. Por otro, menciona vínculos conflictivos en la descripción que hace de la relación insatisfactoria con la esposa, de las depresiones de ésta (P 7 "...cuando mi mujer empezó con los bajones, como dice mi hija. Yo ya no quería más") Parecería que llegó un momento en que Marcelo no toleró más el malestar de su esposa (sus bajones) y quiso irse de la casa.

En ese sentido, si bien dice en P 13 "me preocupo mucho por ella", podríamos decir que esta preocupación no parece del todo real, y que Marcelo ha llegado al límite de su tolerancia y necesita alejarse de su mujer.

Parecería entonces que vive el sufrimiento de la misma en parte doliéndose por ella (P 13:

"Es una mujer que no tiene familia, se le murieron todos") y en parte por lo que le afecta a él.

En este punto parecería establecer un paralelismo entre él y su padre, ya que dice en P 15 "Vivió una vida de mierda al lado de mi madre" (que es la que él vivía al lado de su mujer).

En relación a la hija, la ubica como causa del malestar de ellos (P 13: "Nosotros atravesamos mucho, desde hace años ya. Una por mi hija con la droga, internada, los tratamientos").

O sea, no hay ninguna mención de un sentimiento amoroso hacia la hija, o de preocupación por ella y menos aún de interrogarse acerca de los motivos por los que se drogaba. La vive, entonces, de un modo egocéntrico.

Tampoco hay referencia alguna a un sentimiento tierno hacia el nieto, sino que, por el contrario, parece resultarle perturbador que su hija lo haya tenido sin estar en pareja (P 19: "Mi hija está sola con su hijo, lo tuvo de soltera. Nos hizo pasar de todo").

En relación al vínculo con el hijo, cabe señalar que el padre hubiera cumplido 75 años y el paciente tiene 50, por lo que hay una diferencia de 25 años de edad, que es la que tiene con su hijo, que tiene 25.

Podemos conjeturar que -tal vez- para este hombre el nacimiento de su hijo, cuando él tenía 25 años, le revivió su propio nacimiento cuando su padre tenía esa edad, que la relación con su hijo estuvo marcada por la relación (y la identificación) con su padre, y que recreó con el hijo la relación que tuvo con aquél. De esta manera tendríamos en este punto una relación narcisista, porque cuando se relacionaba con el hijo le daba a éste lo que hubiera deseado recibir del padre. O sea, se daba a sí mismo, visto en el hijo, estando él en identificación con su propio padre, lo que hubiera deseado recibir (o recibió) de este último.



Para realizar otras consideraciones que tienen que ver con esta relación, podríamos citar los siguientes pasajes:

P 7: “Eso es una cuestión que venimos conversando hace tiempo, cuando mi mujer empezó con los bajones, como dice mi hija. Yo ya no quería más.

Ahora ella está bien, no está sola y tiene a mi hijo para esperarlo con la comida. A él por ahora le viene bien.

Ud no sabe, pero es un proceso de bastante tiempo.

Quería estar solo un tiempo, ella está de acuerdo, se lo banca bien, así que para mí es más fácil, sabe?

Yo lo que quería era recuperar mi soltería...”

P 19: **“Yo estoy tranquilo porque él puede cuidar a la madre, mi mujer es muy dependiente (...)** Yo lo veo a mi pibe que tiene 25. **Por suerte no está de novio todavía, al menos que sepamos.** Es gamba mi pibe. Me dice: “quedate tranquilo, viejo” Para mí que se da cuenta que las cosas no están bien. Estuvo conmigo cuando murió mi viejo. El fue el primero en llegar”

Marcelo plantea su deseo de estar solo y recuperar su soltería. En tanto la mujer está de acuerdo y se lo “banca” bien, para él es más fácil irse, dice. Dado que ella es muy dependiente, parece ser que es gracias al hijo que puede “bancárselo bien” (dado que atentó dos veces contra su vida, tal vez el temor de Marcelo sería que pudiera hacerlo nuevamente al irse él, si no estuviera contenida por el hijo).

Entonces, Marcelo está tranquilo porque el hijo se queda con su mujer. Tal vez debamos entender en ese sentido su expresión “Por suerte no está de novio todavía, al menos que sepamos. Es gamba mi pibe. Me dice “quedate tranquilo, viejo”, que es lo que, de hecho, hace: se queda tranquilo y se va de la casa.

No queda claro que Marcelo haya *inducido* esa actitud del hijo, para “utilizarlo”, por así decir, a los efectos de poder irse de la casa con

tranquilidad, o que el hijo se haya colocado en esa posición (de acompañar a la madre) para “liberar” a su padre. No tenemos suficientes elementos como para saberlo. Pero en todo caso, sí parece claro, que el paciente saca provecho de esa situación, lo cual muestra que no puede desear que el hijo sea autónomo y viva su vida (“Por suerte no está de novio todavía”), sino que el vínculo que tiene con él es egocéntrico, esto es, en función de sus propias necesidades (y no de las del hijo), de modo tal que se da una notable inversión de roles: el hijo se queda en la casa con la madre, mientras que el padre sale a bailar con mujeres, siendo que habitualmente las cosas se dan al revés. Es difícil no pensar que hay un “pacto implícito” entre ambos, pero, reitero, no tenemos suficientes elementos para corroborarlo.

También cuando a continuación dice “Estuvo conmigo cuando murió mi viejo. Él fue el primero en llegar”, el reconocimiento hacia el hijo se debe a que lo acompañó en esa situación tan traumática. O sea, nuevamente lo vive en función de lo que él necesita.

En relación al padre, en P16 el paciente dice “Lo tenía conmigo en la oficina, nos entendíamos” O sea, el paciente lo aloja y lo tiene consigo. El padre aparece como sin techo, jubilado, necesitado, recibiendo el cuidado del hijo en rol pasivo. El paciente aparece como dador de cuidado y protección, en rol activo.

Yendo ahora a la escena con la mujer que conoció en el club (P 10, 11), Marcelo dice que la vió sola, separada, con poco trabajo, con una hija enferma, la vió como una mujer necesitada.

La manera en que el consultante se acerca a esta mujer es ofreciéndole ayuda, en la medida en que la ve como a una mujer sola y necesitada de apoyo. Se ubica nuevamente en posición de dador (de ayuda, consuelo, apoyo), en relación complementaria con un otro al que ve como necesitado.



Pero la mujer lo rechaza, le dice que se va a arreglar sola. Y él se queda en banda.

En este caso vemos cómo se despliegan los tres momentos del patrón vincular mencionado al reseñar el modelo integrativo, mientras que en las otras situaciones vinculares dicho despliegue no tiene lugar. De ahí que no haya sido utilizado para el análisis de los otros vínculos afectivos referidos por el paciente.

La vinculación con el padre y la mujer del club no parecerían tener un carácter egocéntrico, como las mencionadas anteriormente (Cf., no obstante, más adelante, el apartado “Defensas y Superyó”).

Si relacionamos ahora estos lazos y vínculos afectivos que hemos caracterizado, con los sistemas motivacionales, podríamos decir que los sistemas en juego parecen ser el sistema de autoconservación, el de apego y el narcisista (en este último englobaríamos vivir al otro como doble de sí y vivir al otro en función de las propias necesidades, esto es, lo que hemos llamado actitud egocéntrica).

El sistema de apego se expresaría por la presencia de una serie de verbos y acciones, como: dar, cuidar, apoyar, bancar, ayudar, etc. Funciona -como hemos visto- en colaboración con el sistema narcisista.

El sistema de autoconservación estaría en la base de la reacción ante el impulso a quitarse la vida, que postulamos en el apartado siguiente al hablar de la identificación con el padre.

II) Posición subjetiva y sentimiento de sí, identificaciones:

La posición subjetiva predominante es, como hemos visto, en primer término la de “dador” activo de ayuda, apoyo, etc., al que podríamos llamar “dador trabajador” porque -según él- lo único que hizo en la vida fue “laburar” y “bancó” a toda su familia (P. 19).

Esta posición de dador activo se juega en la relación con la familia, con el padre y con la

mujer del club. Esto es, con todos aquellos a los que menciona.

En lo que hace a la familia, Marcelo se define como dador que trabaja por todos “Yo tengo que trabajar por todos” (P19), en rol activo, y define a la familia como dependiente de él y necesitada de lo que él les da.

En relación al padre, le da techo y lo tiene consigo.

En relación a la mujer del club, se acerca ofreciéndole ayuda.

Pero a partir de la muerte del padre aparece una *inversión posicional*, ya que Marcelo se ubica como necesitado y sufriente, recibiendo consuelo del hijo, que pasa a ocupar la posición de dador (P 19: “Es gamba mi pibe. Me dice “quedate tranquilo, viejo”. Para mí que se da cuenta que las cosas no están bien. Estuvo conmigo cuando murió mi viejo. Él fue el primero en llegar”).

También en P 20 muestra su necesidad de un otro que lo contenga y consuele (“No había llorado tanto. En mi casa nadie se banca que yo esté mal (...) y yo me quedo en banda”).

Esta *inversión posicional* prosigue con los sucesivos rechazos sufridos de parte de las dos mujeres a las que se dirige, e implica que ahora es él quien ha quedado solo, en banda, con una autoestima, un sentimiento de sí y de autoeficacia disminuidos, necesitado, pasivo y dependiente de (P 17, 19), sintiendo que no puede hacer mucho con su vida. Es en esta posición que llega a consultar.

La posición subjetiva de Marcelo ha cambiado drásticamente, así como el sentimiento de sí que conlleva.

En efecto, así como la posición de dador activo, parece implicar un grado elevado de estima de sí y de sentimiento de autoeficacia, la inversión posicional conlleva un colapso de ambos sentimientos.

En este punto deseo proponer una hipótesis que se aleja del terreno descriptivo en el que nos hemos movido hasta ahora, hacia un plano de mayor inferencia. Postulo que éste



era el posicionamiento inconsciente del paciente, el cual estaba sobrecompensado en lo Prec, de modo tal que en lo manifiesto aparecía invertido: o sea, el paciente en rol de dador de un necesitado, siendo su posición inconsciente la de un necesitado en busca de un dador que no encontraba.

Más aún, si quisiéramos hacer una reconstrucción histórica hipotética, diríamos que fue la frustración del anhelo de encontrar un dador que lo alimentara (en un sentido amplio de la expresión) aquello que lo llevó a identificarse con ese dador, ponerse en rol activo, y darle a otros lo que hubiera querido recibir para sí (Cf. "Defensas y superyó").

Lo escueto del material no nos permite corroborar o falsar estas hipótesis, por lo que permanecemos en el terreno de las conjeturas.

Por otro lado, podemos conjeturar una identificación con el padre (P. 16 "Yo era...soy muy parecido, por eso no quiero lo mismo para mí, por lo menos por el tiempo que me queda quiero vivir. Yo no voy a terminar igual"), o más aún, una cierta indiferenciación con él. Cuando dice "Yo era...soy muy parecido", el "soy muy parecido" alude a la identificación, en la que hay una diferenciación entre el yo y el otro. Mientras que cuando dice "Yo era..." podríamos considerar que el que "era" es el padre, y que esa expresión parece indicar la indiferenciación con el mismo.

Desde este punto de vista, la afirmación de que no quiere lo mismo para él y que no va a terminar igual, parecen ser reacciones contra una tendencia a seguir los pasos del padre y a terminar como él.

El paciente dice que no cree que el padre se haya querido quitar la vida "...yo no digo que haya tomado la decisión de matarse, pero ya no tenía ganas de seguir.." (P15)

La expresión "yo **no** digo que haya tomado la decisión de matarse" parece tener la estructura de una *negación*, en el sentido que le da Freud (1925), esto es, como la forma en que

acceden a la conciencia pensamientos previamente reprimidos. En ese caso, el paciente le atribuiría al padre un deseo de quitarse la vida, que podemos conjeturar es una proyección de un deseo propio (sobre todo, tomando en cuenta la indiferenciación mencionada).

Por lo demás, cuando él habla del *salir* enfatiza el deseo de vivir y el no terminar como el padre.

Hay, por tanto, una relación manifiesta inversa entre el no querer seguir del padre y el sí querer vivir de él. Esto es lo que el paciente enfatiza, tal vez en la línea de otra reacción en contra del deseo de seguir los pasos del padre.

Si esto fuese así, el paciente estaría luchando contra estos deseos y, entonces, el énfasis en el querer enamorarse, en el salir a bailar y en conocer mujeres, tal vez fuera la forma que tenía de luchar contra esta atracción a seguir al padre.

Una "salida" entonces, de riesgo, sería quitarse la vida. Si esta hipótesis fuese cierta, tendríamos aquí un riesgo que hay que tener en cuenta en el tratamiento de este paciente.

Hay, entonces, otra "salida" que fue salir todas las noches, que no funcionó.

Y hay una tercera salida, que es buscar ayuda. Y esto es lo que el paciente hace al ir a consultar. Esto muestra un aspecto saludable suyo.

III) Sentimientos y su procesamiento:

El paciente refiere una gama de sentimientos, desde las primeras palabras que pronuncia, cuando dice que su estado "no es bueno" y que "hay días que no me quiero levantar".

Podemos inferir que con ello quiere decir que está deprimido. Los elementos paraverbales subrayados por la terapeuta parecen señalar en la misma dirección y, de un modo mucho más elocuente, el llanto posterior (P 13 y P 14).



Ante la pregunta de la terapeuta, de qué lo hace sentir tan mal (T1) se refiere al estado de soledad, que se reitera a lo largo de la entrevista, como en P16, cuando dice "...me está costando mucho la soledad".

Dicho estado queda unido al no poder bancarse todo lo que le está ocurriendo "No me puedo bancar todas estas cosas solo" (P. 17).

En el mismo sentido, dice de su mujer, que está bien porque "no está sola", sino que tiene al hijo para esperarlo con la comida (P. 7).

Pero en un principio el estar solo tenía otro significado y era un estado deseado por Marcelo. Así lo expresa cuando dice que quería recuperar la soltería y estar solo, sin la familia, para conocer a otras mujeres y volver a enamorarse (P. 7, 8, 9).

No obstante, el fracaso de sus intentos con las mujeres, sumado a la muerte del padre, a quien tenía consigo en la oficina y con quien se entendía (P. 16), hacen que la soledad cambie de signo y se transforme en fuente de malestar.

En otro momento, habla de estar "en banda", con lo que parece aludir a sentirse solo, estar deprimido y con un sentimiento de estima de sí y de autoeficacia disminuido (P.12, 20).

Es llamativo que en ningún momento Marcelo refiere estar "deprimido" o "triste", sino que se expresa del modo mencionado (su estado no es bueno, no se puede levantar, está en banda, está mal, etc.), lo que parece mostrar que la diferenciación y denominación de esta gama de sentimientos es en él bastante pobre, lo que ha de incidir en su imposibilidad de procesarlos de algún modo (Barret et al., 2001; Fonagy et al., 2002; Kennedy-Moore, Watson, 1999) y en el hecho de que apele a una defensa maníaca para intentar contrarrestarlos (Cf. apartado sobre las defensas).

En otro momento sí habla de sus "ansiedades" (P. 17), a las que parece contraponerle el estar "tranquilo" (P. 19 "yo estoy tranquilo porque él puede cuidar a la

madre"; "Es gamba mi pibe. Me dice: quedate tranquilo, viejo").

Es posible que con esta expresión ("ansiedades", en plural) se refiera a una gama de estados afectivos, como tristeza, depresión, angustia, etc., no muy claramente diferenciados entre sí.

Con mayor claridad se refiere a la culpa, que menciona en P. 19, pero no tanto como la denominación de un sentimiento vivenciado, sino como la acusación que le hizo (desde la perspectiva de Marcelo) el psicólogo, quien lo tildó de responsable del malestar familiar.

No obstante, aunque el paciente tenga dificultades en la diferenciación y denominación de la tristeza y la depresión, sí tiene registro de las mismas, de su malestar y su "estar en banda", lo cual hace que tome la decisión de consultar.

IV) Defensas y Superyó:

Si conjeturamos que hay en Marcelo una posición inconsciente de hijo-solo-desamparado, que necesita un dador que lo consuele y alimente, y vemos que en lo preconsciente y la conciencia el paciente se ubica en un posicionamiento de dador activo, que da, consuela, apoya, etc. a los otros, podríamos inferir entonces dos mecanismos de defensa, que son:

- a) la *identificación con el dador anhelado*;
- b) la *proyección de su aspecto desamparado en el exterior*.

En esta relación que establece con los otros, donde los ayuda, los cuida, los "banca", etc., podríamos decir entonces que él se da a sí mismo, visto en el otro, lo que hubiera deseado recibir del dador y no recibió.

Se convierte entonces en alguien que tiene mucho que dar a los demás, y son los otros los indigentes y necesitados.

El paciente está, entonces, por así decir, en los dos lugares: donde se encuentra manifiestamente, como dador activo, en identificación con el objeto dador, y está



también en la esposa desamparada y sufriente a la que hay que consolar. Y también en la mujer del club a la que ve como sola y necesitada, etc.

Vemos entonces cómo este paciente vive su vida, cuáles es su identificación profunda y cuáles son las defensas con las que ha tramitado este posicionamiento Inc. También vemos cuáles son los resultados, en su vida cotidiana, de esta tramitación defensiva de su desamparo profundo e Inc.

Las relaciones que establece son, entonces, relaciones narcisistas, porque el otro por el que se preocupa, al que ayuda, etc, es un "doble", o sea es él mismo en un estado anterior.

A partir de la muerte del padre este posicionamiento, en el que él se había estabilizado, que se había transformado en un rasgo de carácter, queda conmovido y empieza a desestabilizarse. Con los nuevos rechazos sufridos por parte de las mujeres se completa la inversión posicional.

Si queremos conceptualizar este proceso diríamos que las situaciones traumáticas sufridas provocaron un fracaso en las defensas que, hasta ese momento, se habían mostrado exitosas (si bien a un costo alto para el paciente).

O sea, podríamos reconstruir del siguiente modo dicho proceso: el trauma de la muerte del padre comienza a conmover la estructura defensiva que se había mostrado eficaz hasta ese momento.

La magnitud del dolor por dicha pérdida y la carencia de recursos mentales por parte del paciente para procesarla, sumado al desamparo en que se encuentra en el medio familiar que no lo contiene, hace que se active otra defensa, *de tinte maniaco*, consistente en una negación del dolor y su sustitución por el salir todas las noches, el baile, el intento de conquista de mujeres y el deseo de volver a enamorarse.

Parecería que junto con ésta, se activa también otra defensa, consistente en la

desmentida del paso del tiempo, que posiblemente se active por la crisis vital debida a haber cumplido 50 años. En efecto, el paciente dice "Yo ya llegué a los 50" (P2), pero posteriormente agrega "...lo que quería era recuperar mi soltería" (P7). El paciente no dice que quería "separarse", sino que alude a su "soltería". Y también nos dice que se casó a los 20 años. O sea, podemos ver en esta frase la manifestación de la desmentida mencionada, puesta en juego a los efectos de volver a tener -ilusoriamente- 20 años, edad en la que estaba soltero.

Otra expresión que utiliza "Me dejó en banda, me cortó el rostro, como dicen los chicos hoy" (P12) se encuentra en la misma línea, dado que se trata de una expresión que usan los chicos....de 20 años.

Estas defensas (*defensa maniaca, desmentida del paso del tiempo*) le permiten acceder, temporariamente, a un estado mental de elación (baile, salidas, enamoramiento).

En este estado mental el paciente corteja a las dos mujeres. Pero el rechazo que sufre de parte de ellas, hace que este andamiaje defensivo fracase nuevamente y entonces se abre paso el dolor por la muerte del padre y el paciente queda sumido en un profundo desamparo y pasa a otro estado mental, que denomina "en banda".

Las defensas de *identificación con el dador y proyección del desamparado*, fracasan también, con lo cual se opera la inversión posicional ya mencionada.

¿Por qué fracasan las defensas? Podríamos conjeturar que por los siguientes motivos: las defensas de la *identificación* y la *proyección* fueron útiles para tramitar el dolor de la situación traumática original. Para ello el paciente contó con la "colaboración" de la esposa, etc., o sea, de una serie de personas que se ubicaron en el rol complementario [rol de necesitado], vale decir, en aquel rol requerido por el paciente para sostener estas defensas. De



este modo, él podía identificarse con el objeto dador y cuidar(se) en el otro.

Posteriormente, el dolor por la muerte del padre fue neutralizado a través de la *defensa maníaca*. El hecho es que esta defensa necesitaba para su mantenimiento de la colaboración de las mujeres de las que él anhelaba enamorarse. Pero esta colaboración no tuvo lugar. Las mujeres lo rechazaron y *la estrategia defensiva se vino abajo por falta de anclaje en el mundo exterior*.

Es posible que juegue también un papel en todo esto el "quantum" del dolor. O sea, una defensa es eficaz para una determinada magnitud de dolor (o de displacer en general) superada la cual, la defensa se vuelve ineficaz. Podemos pensar, entonces, que en Marcelo se sumaron el dolor por la muerte del padre al dolor por los rechazos, y entonces ya no pudo mantener las defensas originarias (*proyección, identificación*) y reapareció la situación traumática original, por vía de reintroyección de lo proyectado. El paciente comenta que, después de la muerte del padre, necesitaba contención, pero que nadie en su casa se la daba.

Tendríamos entonces, un enfoque interpersonal (Bleichmar, 1997) y otro económico para entender el éxito o fracaso de las defensas.

Es en este estado de desamparo, dolor anímico y quiebra en su sistema defensivo, que el paciente consulta. Su estado se complica también por la falta de un sostén familiar o vincular y por la crisis económica que incluye la pérdida del lugar donde se ha ido a vivir (oficina) (P4)

Tal vez la mención de las Pymes que "...se vienen abajo" sea, también, una referencia a esta crisis vital.

Por último, podemos inferir otra defensa de la escena con el psicólogo (P19). En este último queda proyectado el Superyó, que acusa al paciente de tener la culpa de todo. El modo de defenderse de este juicio, de refutarlo,

consiste en esgrimir su posición sacrificada. O sea, ¿cómo le pueden decir que tiene la culpa de todo si lo único que ha hecho en su vida ha sido trabajar para su familia? Consideramos que esta defensa es una *desmentida del juicio condenatorio del superyo*, o, más específicamente, de la conciencia crítica (ya que el superyo incluye también la instancia autoobservadora y la formación de Ideales).

La severidad del Superyó de Marcelo parece bastante considerable (en P 20 dice "Le voy a *confesar* algo") y es importante tenerlo presente, tanto por su eventual activación en la transferencia, como por sus efectos en la vida del paciente.

V) Círculo vicioso:

Otro factor importante, previo a la crisis y favorecedor de la misma, es la existencia de un círculo vicioso vincular:

En tanto Marcelo se ubica como dador en relación a un objeto necesitado, al que banca, ayuda, etc., esta actitud del paciente induce actitudes pasivas-receptivas en el otro. En la medida en que se va estabilizando a lo largo del tiempo una relación con estas características, este otro, en una posición pasivo-dependiente, no está dispuesto ni en condiciones de ayudar, bancar al paciente cuando éste lo necesite (como ocurrió cuando murió el padre, con la excepción de su hijo). Tal como él dice "Todos están en sus problemas. Yo me quedo en banda" (P20).

Esto incrementa el desamparo del paciente. El desamparo temprano es aquello que lo había llevado, por la mediación de dos de las defensas mencionadas (*identificación con el objeto dador, proyección del desamparado*), a transformarse en el sujeto dador.

O sea, el desamparo lo lleva a ponerse en posición de dador. Esta posición induce en el otro actitudes pasivo dependientes que lo inhabilitan para ayudar al paciente cuando éste lo necesita. Esto hace que se incrementa el



desamparo del paciente cada vez que necesita un apoyo del otro, lo cual hace que se refuercen las defensas para ponerse en posición de dador que banca, con lo cual induce más dependencia, etc.

Este círculo vicioso se quiebra cuando fracasan las defensas por obra de las situaciones traumáticas, pero hasta ese momento parecía tener plena vigencia.

VI) Modo de funcionamiento mental. Mentalización.

Es interesante tomar en cuenta la secuencia que vemos en las primeras verbalizaciones del paciente, cuando dice: "1) mi estado no es bueno, no me siento bien...2) no quiero pensar, es mejor (...) 3) salgo todas las noches" Estos 3 momentos nos dan una idea acerca de su modo de funcionamiento mental. O sea, ante un trauma (la muerte del padre) que le produce un marcado estado depresivo, Marcelo no tiene la capacidad de contenerlo en su espacio mental, de mentalizarlo de algún modo, sino que rechaza dicha posibilidad ("no quiero pensar") e instrumenta una defensa maníaca, consistente en una serie de actuaciones -salir todas las noches a bailar, buscando enamorarse- para librarse de él.

Vemos en este punto la contraposición entre capacidad de mentalizar y activación de las defensas, que es tan habitual observar (Lanza Castelli, 2016a).

Muy distinto hubiera sido un paciente que en la misma situación tuviera una serie de sueños, desarrollara síntomas, ideas obsesivas, estuviese triste recordando los buenos tiempos con el padre y, fundamentalmente, comenzara a desarrollar un proceso de duelo. Todo eso implicaría que hay un espacio mental continente de un procesamiento psíquico (Grupo de trabajo OPD, 2006), que el paciente puede tolerar la emoción a los efectos de procesarla (Krystall, 1988) y que tiene recursos para tratar de tramitar y elaborar el trauma en

el interior de ese espacio mental. En este paciente no es ésta la situación.

De igual forma, en relación a la crisis vital que parece estar atravesando, debido al hecho de haber cumplido 50 años (Cuando en T1 la terapeuta le pregunta qué lo hace sentir tan mal, responde: "Creo que es por estar solo. Yo ya llegué a los 50"), el paciente no intenta tramitar esta crisis por medio de un procesamiento representacional, que implicaría también un trabajo de duelo y una reorganización de su visión del futuro, de sus eventuales proyectos, etc., sino que apela nuevamente a una defensa, particularmente enérgica, mediante la cual intenta "refutar" dicha realidad.

Lo que pone en juego, según hemos comentado ya, es una desmentida del paso del tiempo, realizando acciones como "recuperar la soltería" "volver a enamorarse", etc., y utilizando expresiones que denotan su identificación con un joven (P 12: "...me cortó el rostro, como dicen los chicos hoy").

Por otro lado, parecería que a Marcelo le resulta difícil construir un modelo de la mente del otro, que le permita llevar a cabo inferencias plausibles sobre sus estados mentales, lo que le permitiría construir relaciones interpersonales más satisfactorias.

Así, en el caso de la mujer del club con la que desea salir, refiere en P 10, 11, 12: "yo pensé que necesitaba apoyo (...) yo le dije que la iba a ayudar (...) Me dejó en banda (...) Me dijo que ella se iba a arreglar sola".

Parecería que en este caso, Marcelo aplicó sobre la mujer que le gustaba, el esquema vincular en base al cual se desempeña en múltiples situaciones, el cual parece tener considerable rigidez. Según hemos visto, en este esquema él se ubica como dador de ayuda y ubica al otro como necesitando apoyo.

A partir de esta proyección del esquema supone que ella necesita apoyo, pero no es capaz de conjeturar de modo plausible, qué es lo que la mujer desea, cuáles son sus estados



mentales (sentimientos, necesidades, proyectos, etc.), a los efectos de utilizar estas conjeturas como una guía en la acción de intentar conquistarla.

En la relación con el padre, parece prevalecer la identificación y la proyección por sobre la capacidad de mentalizar (como cuando le atribuye una intención de quitarse la vida).

En su vínculo con la hija, vive a ésta -tal como hemos señalado- como causa de malestar debido a la droga y las internaciones, sin poder descentrarse e interrogarse por los motivos de su accionar (esto es, sin poder mentalizar a su respecto).

Otro tanto podríamos decir de la relación con el hijo, al que vive como un doble, o, más claramente, de un modo egocéntrico y en función de sus propias necesidades y no de las del hijo, que parece no mentalizar ni tomar en consideración.

Parecería que lo que desde el punto de vista del vínculo afectivo y el narcisismo, denominamos *egocentrismo*, desde el punto de vista del mentalizar, corresponde al *modo autocentrado*, como opuesto al *modo descentrado*, según fue mencionado en la síntesis del modelo integrativo que figura en la primera parte de este trabajo.

El segundo modo (descentrado) implica poder conjeturar los estados mentales ajenos de un modo plausible, a partir de intentar aprehender el mundo interno del otro desde el punto de vista de ese otro.

El primero (autocentrado), por el contrario, no lleva a cabo ese descentramiento y le atribuye al otro estados mentales por vía de la proyección de los objetos internos, o se desinteresa directamente de dichos estados mentales.

En lo que hace a la mentalización de la afectividad, el desempeño de Marcelo es también bastante pobre, ya que como señalamos con anterioridad, le resulta difícil diferenciar y denominar sus estados afectivos

del orden de la depresión y la tristeza, lo que es un requisito indispensable para su posterior procesamiento mental.

En vista de esta serie de dificultades en su capacidad de mentalizar, no es sorprendente el tipo de demanda de ayuda que lleva a cabo. El diálogo entre terapeuta y paciente en este punto es el siguiente:

“T16: y cómo se lo podría ayudar a usted ahora?

P17: No me puedo bancar todas estas cosas solo. A lo mejor hay **actitudes que tengo que cambiar**, que me digan, **que me ayuden a no meter la gamba, calmarme las ansiedades**, porque solo no puedo”.

Es interesante que en ningún momento aparece una demanda que tenga que ver con un trabajo interno, con un procesamiento mental (como podría ser, por ejemplo, el pedido de que lo ayuden a entender lo que le pasa, por qué ha llegado a esa situación, etc.), sino que lo que espera tiene que ver, en primer término, con cambios puramente externos, conductuales y concretos (cambiar actitudes, no meter la gamba) y, en segundo lugar, con que le calmen las ansiedades, permaneciendo él en posición pasiva, sin realizar trabajo psíquico alguno.

Encontramos aquí una conjunción de pasividad y pensamiento concreto, centrado en lo fáctico, que es lo opuesto de la capacidad de mentalizar (Bateman, Fonagy, 2006).

Estos déficits en la capacidad de mentalizar, que pueden ser conceptualizados también como déficits estructurales (Lanza Castelli, 2015a), sugieren que el tipo de enfoque terapéutico adecuado para este paciente, será la terapia basada en la mentalización (Bateman, Fonagy, 2004, 2006), o la psicoterapia basada en la estructura, que posee marcadas similitudes con aquélla (Grupo de trabajo OPD, 2006; Lanza Castelli, 2015b; Rudolf, 2004).



Recapitulación y enfoque del tratamiento:

Si deseáramos hacer una síntesis de lo trabajado hasta acá, diríamos que hemos deslindado y caracterizado una serie de ítems, en base a los cuales hemos organizado y conceptualizado las verbalizaciones del paciente, según propone la formulación del caso.

Dichos ítems son: vínculos afectivos y sistemas motivacionales; posiciones subjetivas del self y del otro; identificación del self; círculo vicioso; afectos y su procesamiento; mecanismos de defensa utilizados, razones de su activación y su fracaso; mentalización y sus déficits.

Asimismo, hemos señalado diversos nexos entre estos ítems, como los que encontramos entre patrones vinculares y círculo vicioso, patrones vinculares y defensas, patrones vinculares y mentalización; defensas y mentalización, etc.

Podríamos ahora intentar utilizar la organización y la conceptualización mencionadas a los efectos de: a) caracterizar el problema nuclear actual y la demanda formulada por Marcelo, b) diseñar una estrategia terapéutica.

a) Comenzando por el primero, podríamos decir que el problema nuclear actual de Marcelo es su estado depresivo, su soledad y la crisis de los 50 años, junto a la falta de recursos para procesar todo ello.

En lo que hace al estado depresivo, lo hemos identificado como debido a factores históricos y actuales. Los históricos son -desde su propio punto de vista- la vida que llevó al lado de una mujer depresiva, los problemas con una hija adicta y el haberse dedicado sólo a trabajar para “banca” a la familia.

Los actuales son la muerte del padre y los rechazos sufridos por parte de las dos mujeres con las que quiso salir.

Esto es lo manifestado por el mismo paciente, de lo que nos enteramos con sólo escucharlo.

Lo que en este punto nos agrega el análisis que hemos realizado previamente,

son algunas precisiones respecto a la crisis de los 50 años y conjeturas respecto a en qué consiste la falta de recursos para procesar dicha crisis, así como el estado depresivo mismo.

En lo que hace a la crisis, hemos propuesto que Marcelo intenta conjurarla mediante la activación de dos defensas: la desmentida del paso del tiempo y una defensa de tinte maniaco, defensas que se tradujeron en una serie de acciones como separarse, ir a bailar y abordar mujeres con el deseo de volver a enamorarse y sentirse joven.

El fracaso de las mismas posee considerable importancia en relación a su estado depresivo.

En lo que hace a la falta de recursos, nuestra conjetura es que la misma se da en dos aspectos: el sentimiento de sí, los déficits en el procesamiento mental.

El primero de ellos lo hemos estudiado en los apartados II y IV, en los que hablamos de una inversión posicional desde la posición de dador de ayuda, a otra que implica desamparo, disminución del sentimiento de autoeficacia y de estima de sí, pasividad y dependencia. Este colapso en el sentimiento de sí como dador, contribuye también a su estado depresivo.

La razón de ser de esta inversión posicional la encontramos (o creímos encontrarla) en el quiebre de las defensas de identificación con el dador anhelado y proyección de su aspecto desamparado en el exterior (apartado IV).

Este quiebre produce entonces una reintroyección de su aspecto desamparado y la expectativa de encontrar un dador en el exterior, que lo rescate de su estado.

Este desamparo se intensifica debido a la falta de sostén familiar, producto (en parte, al



menos) del círculo vicioso señalado en el apartado V.

En cuanto a los déficits en el procesamiento mental de su situación (depresión, etc.) los atribuimos -en los apartados III y VI- a fallas en su capacidad de mentalizar y en el rechazo a hacerlo.

El rechazo se manifiesta en un explícito no querer pensar y las fallas en la mentalización, en la dificultad para identificar y denominar sus estados afectivos de la gama de la depresión y la tristeza, lo que impide una tramitación más compleja y elaborada de estos estados, vale decir de aquello en lo que consiste un aspecto esencial de su problema nuclear.

Como vemos, estos dos aspectos de la falta de recursos se relacionan entre sí, ya que el mentalizar, en tanto actividad, supone un self en posición de agente que pueda afrontar la situación.

Si nos dirigimos ahora a la demanda de ayuda que formula Marcelo, vemos la forma en que la expresa:

“T16: y cómo se lo podría ayudar a usted ahora?

P17: No me puedo bancar todas estas cosas solo. A lo mejor hay actitudes que tengo que cambiar, que me digan, que me ayuden a no meter la gamba, que calmarme las ansiedades, porque solo no puedo”.

Como podemos ver, esta demanda se realiza desde la posición mencionada anteriormente, de desamparo, disminución del sentimiento de autoeficacia y de estima de sí, pasividad y expectativa de encontrar un dador que lo rescate de su estado (“que me digan...que me ayuden...solo no puedo”).

También posee la mayor importancia el tipo de ayuda que Marcelo demanda, ya que, como fue dicho en el apartado VI, en ningún momento aparece una demanda que tenga que ver con un trabajo interno, con un procesamiento mental (como podría ser, por ejemplo, el pedido de que lo ayuden a entender lo que le pasa, por qué ha llegado a esa situación, etc.),

sino que lo que espera tiene que ver, en primer término, con cambios puramente externos, conductuales y concretos (cambiar actitudes, no meter la gamba) y, en segundo lugar, con que le calmen las ansiedades, permaneciendo él en posición pasiva, sin realizar trabajo psíquico alguno.

Encontramos aquí una conjunción de pasividad y pensamiento concreto, centrado en lo fáctico, que es lo opuesto de la capacidad de mentalizar (Bateman, Fonagy, 2006).

b) A partir de estas consideraciones estamos en condiciones de diseñar una estrategia terapéutica.

Como primer dato para la misma, cabe reiterar que el paciente llega a consultar a la institución en una situación de crisis, con un estado depresivo considerable (P1: “mi estado no es bueno, no me siento bien. Hay días que no me quiero levantar”), que no puede identificar ni denominar adecuadamente y mucho menos intentar procesar de forma activa, y en un estado de pasividad y dependencia.

El primer objetivo, entonces, habrá de ser ayudar a Marcelo con su depresión, desde una actitud cálida, empática y de brindar apoyo.

Dado que la entrevista que hemos analizado es una entrevista de admisión, con el objetivo de derivarlo a un terapeuta de la Institución, parece conveniente que dicho terapeuta sea un hombre, con el cual pueda recrear algo del vínculo vivido con el padre y con el hijo, que son las dos personas con las que mejores relaciones refiere.

El apoyo y la actitud del terapeuta serán la base fundamental a partir de la cual podrá desarrollarse el proceso terapéutico.

Un segundo objetivo consistirá en ayudarlo a identificar y denominar con mayor claridad (mentalizar) la tristeza y depresión que lo aquejan, para que pueda sentir de un modo diferenciado estas emociones y representarlas a su vez, como un primer e



indispensable paso para el procesamiento mental de las mismas.

En este sentido cabe notar que cuando la terapeuta puso palabras a su estado emocional (T 12: está muy triste usted), le hizo saber que podía representarse su estado mental, empatizar con él y reflejárselo. Por lo demás, este reflejo acotaba, diferenciaba y delineaba con mayor nitidez el estado emocional (“tristeza”), que adolecía de cierta vaguedad en la representación que Marcelo tenía de él (según fue comentado en IV), lo cual favoreció posiblemente que el paciente pudiera sentirlo con mayor claridad. La respuesta inmediata de mirar a la terapeuta parece indicar un incremento en la conexión con ella y, tal vez, una interrogación respecto a cómo era mirado y visto por la misma.

Asimismo, el aflojarse y comenzar a llorar parecen dar cuenta de una mayor conexión del paciente con su mundo interno, como así también de la posibilidad de expresar su tristeza -ante una terapeuta que se lo representa con estados emocionales y empatiza con ellos- en la medida en que se sintió contenido por ella, debido a la intervención mencionada.

Si consideramos estas exteriorizaciones de Marcelo como un feedback, podemos conjeturar que este tipo de intervenciones resultan de la mayor utilidad para que el paciente pueda ir incrementando, paulatinamente, la mentalización de su experiencia emocional.

Dichas intervenciones suponen cuatro acciones entrelazadas: 1) focalizar en los estados mentales del paciente, 2) empatizar con ellos, 3) construir una representación de los mismos, 4) reflejar al consultante dichos estados a través de vías verbales y paraverbales, lo que le permitirá encontrarse a sí mismo en el reflejo que se le ofrece.

De este modo, y en la medida en que dichas intervenciones se repitan una y otra vez, el paciente irá identificando con mayor

claridad sus sentimientos, a la vez que podrá ir internalizando la posición mentalizadora de su terapeuta en relación a los mismos.

Es en este sentido que postulo que se iría incrementando, paulatinamente, su capacidad de mentalizar sus estados emocionales, lo que constituirá un foco privilegiado en el abordaje terapéutico.

El reflejo -por parte del terapeuta- de aquellos estados que el paciente no puede diferenciar con claridad ni nombrar, será -posiblemente- un camino útil también para ir estableciendo nexos entre su estado emocional y aquello que lo motiva, tal como sucedió en la entrevista (P 13, 14, 16).

De este modo, es de suponer que surgirá nuevamente el tema del padre y su muerte repentina.

En este punto será de utilidad estimular que el paciente ponga en palabras los distintos aspectos de la relación con él, incluyendo la identificación a la que hemos hecho referencia.

A través de una serie de pasos que posiblemente se irán dando con el correr de las entrevistas, se pondrá en juego un tercer objetivo consistente en que Marcelo realice el duelo por el padre perdido.

Junto a ello, otros focos son: 1) elaborar la crisis vital por los 50 años y buscar una forma de tramitarla más adecuada que desmentir el paso del tiempo y activar una defensa maníaca (se trataría, entonces, de ir desactivando de a poco esas defensas, como parte del proceso elaborativo). 2) resolver su situación familiar y de pareja.

Si Marcelo continuase en la búsqueda de una nueva pareja, será importante ayudarlo a tomar conciencia del patrón vincular rígido que aplica en sus relaciones interpersonales, lo que hace que no pueda representarse qué es lo que la mujer en cuestión siente y desea (Cf. apartado VI).

Complementariamente con esto, se le ayudará a desarrollar la capacidad de mentalizar los estados mentales ajenos -en este



caso, de la mujer que le interesara- para que sus intentos de acercamiento tengan mayores chances de llegar a un buen desenlace.

Dados los déficits en la capacidad de mentalizar enumerados más arriba, como así también su rechazo a mentalizar, será de la mayor importancia que la terapia busque activar su capacidad y su interés en dicha actividad, para que sean accesibles y trabajables los focos mencionados (duelo por el padre, cambio en el esquema vincular, desactivación de las defensas). Sin un previo y continuo estímulo al mentalizar, será muy difícil lograr alguno de los objetivos mencionados (Bateman, Fonagy, 2004, 2006; de la Parra, Gómez-Barris, Dagnino, 2016; Lanza Castelli, 2015b; Rudolf, 2004).

En todo momento habrá que tener presente la eventual activación del deseo de seguir al padre, conjeturado más arriba, que representa uno de los peligros mayores del tratamiento.

Una dificultad eventual del mismo sería que, al encontrar un espacio de contención (que tanto necesita) Marcelo se instale en una actitud dependiente en la terapia, o sea, en la posición de "ser alimentado", encontrando, justamente, en el terapeuta cálido y contenedor, un "pecho bueno" con el cual poder saciar duraderamente su hambre que, posiblemente, viene de larga data.

Otro tema importante, en relación al tipo de transferencia que el paciente puede llegar a establecer (además de la dependencia referida), nos es indicado por la escena con el psicólogo que refiere (P19). Ahí se constituye -para Marcelo- una situación en la que él es juzgado y condenado como el culpable de todo el problema familiar. El psicólogo queda ubicado en el lugar de un juez que acusa, y si bien no sabemos cómo actuó, de hecho, ese psicólogo, no es difícil advertir un Superyó muy severo en el paciente y una tendencia a proyectarlo, lo que, posiblemente, ocurrirá también en la relación con su nuevo terapeuta (De hecho, en

la admisión el paciente habla de *confesarle* algo a la terapeuta, en P. 20). Este es un elemento que es importante tener en cuenta también.

En función de estas consideraciones, algunas recomendaciones que podríamos pensar para el terapeuta serían:

1) Que esté muy atento a no ubicarse en un rol en el que evalúe, juzgue, critique al paciente. Sin duda que esto es algo que tiene validez general, pero con este paciente hay que ser particularmente cuidadoso ya que posiblemente proyectará en él un Superyó muy severo.

2) Que el terapeuta no se ubique en un rol de "alimentar" con interpretaciones, consejos o intervenciones diversas, sino que favorezca *el protagonismo del paciente*, a los efectos de que no quede estimulado el instalarse en la actitud de dependencia mencionada. Esto podría hacerlo con comentarios que favorezcan la creación de un "equipo de trabajo", como por ej: "¿Y cómo lo podríamos ver juntos a este problema?". O con expresiones como "Esto que me acaba de decir, yo lo veo así, ¿Ud cómo lo ve?", etc. Vale decir que sería importante, desde el comienzo, anticipándonos a esta dificultad, incluir al paciente, lo más posible, en un rol protagónico.

A medida que fuese teniendo lugar el proceso terapéutico, iríamos completando y modificando la formulación del caso que hemos hecho hasta este punto, en función de la reacción del paciente a las intervenciones del terapeuta y de nuevo material que iría surgiendo a medida que transcurriesen las sesiones.

El hecho de contar con un modelo integrativo que diferencia un conjunto de componentes, torna más accesible la identificación de las variaciones que se van produciendo en cualquiera de ellos, con lo cual se facilita el monitoreo de la marcha del tratamiento, de sus progresos y de sus eventuales impasses o retrocesos.



Referencias:

- Barret, L.F., Gross, J., Conner Christensen, T., Benvenuto, M. (2001) Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 2001, 15 (6), 713-724
- Bateman, A., Fonagy, P. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A, Fonagy, P (2006) *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bleichmar, H. (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica De intervenciones específicas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1998.
- De la Parra, G., Gómez Barris, E., Dagnino, P. (2016) Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2) *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*. Año III, Nro II, Abril 2016.
- Eells, T.D. (Ed.) (2007) *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. Second Edition. New York: The Guilford Press.
- Fonagy, P, Gergely, G, Jurist, E, Target, M (2002) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Freud, S. (1925) La negación. Buenos Aires: Amorrortu Editores, T XIX, 1997.
- González Bravo, L.A. (2009) Formulaciones clínicas en psicoterapia. *Terapia Psicológica* v.27 n.1 Santiago jul. 2009
- Grupo de trabajo OPD (2006) *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder Editorial, 2008.
- Horowitz, M.J. (1987) *States of Mind: Analysis of change in psychotherapy* (2nd ed.) New York: Plenum.
- Horowitz, M.J. (1991) Person Schemas, en Horowitz, M.J. (ed) *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Horowitz, M.J. (1997) *Formulation as a Basis for Planning Psychotherapy Treatment* Washington: American Psychiatric Press.
- Kennedy-Moore, E., Watson, J.C. (1999) *Expressing Emotion. Myths, Realities and Therapeutic Strategies*. New York; The Guilford Press.
- Kohut, H. (1971) *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2001.
- Krystall, H. (1988) *Integration & Self-Healing. Affect, Trauma, Alexithymia*. New York: Routledge, 2009.
- Lanza Castelli, G. (2014) Mentalización y multiplicidad del self. *Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia*. Volumen 9, Nro 1, febrero 2015.
- Lanza Castelli, G. (2015a) Conflicto, estructura y mentalización. Interrelaciones y complementariedades. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*. Nro 50.
- Lanza Castelli, G. (2015b) La terapia basada en la estructura: teoría y clínica. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, Año III, Nro I, Octubre 2015
- Lanza Castelli, G. (2016a) Un modelo integrativo para la mentalización. *Aperturas Psicoanalíticas*, Nro. 53, Julio de 2016).
- Lanza Castelli, G. (2016b) Un modelo integrativo entre mentalización y psicoanálisis. Aplicaciones clínicas (presentado para su publicación).
- Lanza Castelli, G., Bilbao Bilbao, I. (2016) El Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI): Análisis con un Modelo Integrativo. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*. Año III, Nro II, Abril 2016
<http://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero.html>
- Luborsky, L; Crits-Christoph, P. (1998) *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. 2nd. Edition. Washington: American Psychological Association.
- Mc Williams, N. (1999) *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: The Guilford Press
- Persons, J.B.; Tompkins, M.A. (1997) Cognitive-Behavioral Case Formulation, en Eells, T.D. (Ed.) (2007) *Handbook of Psychotherapy Case*



Formulation. Second Edition. New York: The Guilford Press.

Putnam, F.W. (1988) The Switch Process in Multiple Personality Disorder and Other State-Change Disorders. *Dissociation* 1:1, pp 24-32

Rudolf, G. (2004) *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur Psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

Varela, B., de Souza, L., Miller, D., Oyenard, R., Villalba, L., Zytner, R., Bernardi, R. (2014) La formulación psicodinámica del caso. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 2014; 78 (2); 173-195

