

La Práctica Clínica Desde Un Modelo Integrativo Entre Mentalización Y Psicoanálisis

Gustavo Lanza Castelli

La teoría de la mentalización, propuesta inicialmente por Fonagy y Target en una serie de trabajos (1995, 1996, 1997) y formalizada posteriormente por Fonagy y colaboradores en el año 2002, fue manualizada para informar un tipo particular de psicoterapia (Mentalization Based Treatment – MBT) en diversos libros, a partir del año 2004 (Bateman, Fonagy, 2004, 2006, 2016).

Esta forma de psicoterapia ha dado muestras de su eficacia y ha sido adoptada por gran número de terapeutas en diversos países. No obstante, su foco exclusivo en lo que he denominado *mentalización reflexiva*, como así también el que no incluya en su marco conceptual otras variedades de la mentalización ni un conjunto de contenidos y procesos largamente trabajados en el campo del psicoanálisis, restringe su utilidad clínica en toda una serie de casos.

Por esa razón, en el año 2016 propuse un modelo integrativo que articulaba la mentalización reflexiva con una serie de conceptos psicoanalíticos, con lo cual intentaba crear un marco teórico-clínico que fuera más abarcativo para la práctica de la psicoterapia y conservara, a la vez, los aportes de la MBT (Lanza-Castelli, 2016a).

Posteriormente utilicé este modelo en la formulación del caso (Lanza-Castelli, 2016b, Lanza-Castelli, Bilbao Bilbao, Padrón Padrón, 2019), en la aplicación del Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI) (Lanza-Castelli, Bilbao Bilbao, 2017) y en otras aplicaciones clínicas (Lanza-Castelli, 2017).

En una segunda fase de la elaboración del mismo advertí que resultaría de utilidad incluir también en él la *mentalización transformacional*, que había conceptualizado y articulado con la mentalización reflexiva con anterioridad (Lanza-Castelli, 2013, 2014).

Este nuevo formato del modelo fue utilizado en el análisis de un caso de una paciente límite,

que publicamos con un grupo de colegas (Lanza-Castelli, Bilbao Bilbao, Ramos, Rodrigo 2020).

De todas formas, en ninguno de estos trabajos he consignado el modo de trabajar con este modelo (exceptuando lo relacionado con la formulación del caso), así como el tipo de intervenciones que se utilizan en él, que es lo que pretendo hacer en el presente artículo a partir del material de una paciente no neurótica.

En lo que sigue sintetizo brevemente algunos conceptos claves de la mentalización reflexiva y de la mentalización transformacional, como así también de los distintos módulos que forman parte del Modelo Integrativo. Tras esta reseña transcribo y comento el material clínico referido, con la intención de mostrar la forma en que lo he trabajado desde el modelo que propongo.

Por último, llevo a cabo algunas reflexiones sobre las puntualizaciones y consideraciones previas.

La mentalización reflexiva

Consiste en un conjunto de capacidades que están básicamente al servicio de funciones cognitivas y de regulación emocional, que posibilitan relaciones interpersonales a predominio de empatía y comunicación. Recaen sobre los estados mentales propios y ajenos y no sobre los objetos del mundo físico o cultural.

Podríamos decir que estas funciones cognitivas incluyen una serie de capacidades representacionales y de habilidades inferenciales, las cuales forman un mecanismo interpretativo especializado, dedicado a la tarea de explicar y predecir el comportamiento propio y ajeno mediante el expediente de inferir y atribuir al sujeto de la acción determinados estados mentales intencionales que den cuenta de su conducta (Gergely, 2003).

Estas capacidades pueden organizarse en cuatro polaridades: self-otro; interna-externa; cognitiva-afectiva; deliberada-automática.



En lo que hace a esta última polaridad, cabe consignar que el mentalizar deliberado es un proceso preconsciente que, por tanto, funciona con la lógica de los procesos secundarios, sujetos a las leyes lógicas y sintácticas que gobiernan nuestro pensamiento de vigilia (Freud, 1900, 1911).

El mentalizar automático incluye lo que llamamos habitualmente intuición, que supone un procesamiento rápido, también preconsciente, de una variedad de estímulos captados habitualmente por varios canales sensoriales a la vez.

Subrayo el carácter preconsciente de la mentalización reflexiva para diferenciarla con claridad de la mentalización transformacional, una parte importante de la cual funciona a nivel inconsciente y se rige por los procesos que imperan en esa región de nuestro psiquismo.

Cuando tienen lugar fallas en el mentalizar reflexivo, éstas se complementan con la activación de alguno de los modos prementalizadores: equivalencia psíquica, modo simulado, modo teleológico.

En el primero de ellos los pensamientos son vividos como si fueran reales, pero no porque se confundan con la realidad, como en las alucinaciones, por ejemplo, sino más bien porque tienen igual efecto que un acontecimiento real (Dornes, 2006, p. 184).

En el segundo (modo simulado) existe una disociación entre las verbalizaciones, fantasías y representaciones y la realidad, tanto externa como interna. En este último caso, las asociaciones producidas en la sesión, por ejemplo, por más que remitan a situaciones importantes de la vida del paciente, no tienen verdadera eficacia subjetiva ni favorecen el proceso de cambio, sino que constituyen una especie de como-si experiencial.

En el modo teleológico, finalmente, las acciones sustituyen a las palabras como medio de modificar la mente del otro, o como forma de expresión de determinado sentimiento, deseo o necesidad. Asimismo, en el modo interpretativo teleológico, son las acciones y no las palabras ajenas las que resultan significativas, por lo que las intenciones del otro requieren de algún tipo de acción de su parte para ser creídas.

Si tomamos ahora en consideración la primera de las polaridades mencionadas (self-otro) y ponemos el acento en el primer polo, esto es, en

la mentalización del self, podríamos decir que una dimensión clínicamente importante de la misma la constituye la mentalización de la afectividad. Ésta incluye tres aspectos: a) identificación y denominación de las diversas experiencias emocionales, b) modulación de dichas experiencias, c) expresión de las mismas. Cada uno de estos aspectos posee un modo básico y un modo complejo.

La mentalización de la afectividad consiste en una forma sofisticada de la regulación emocional, que implica que los afectos son experimentados a través de los lentes de la autorreflexividad, de modo tal que se hace posible comprender el significado subjetivo de los propios estados afectivos (Fonagy et al. 2002, Jurist, 2018). Convergen en esta actividad, entonces, también la polaridad cognitiva-afectiva, el polo centrado en lo interno, de la polaridad interna-externa, así como la polaridad deliberada, ya mencionada.

Por lo demás, en la base de esta posibilidad de mentalizar la afectividad se encuentra un proceso mediante el cual se constituyen las representaciones secundarias para denominar y regular la experiencia emocional, considerado como un biofeedback social. En él la experiencia emocional primaria, consistente en una activación fisiológica y visceral, es reflejada de una manera contingente y marcada por el cuidador primordial (la madre o su equivalente), lo que permite la constitución de dichas representaciones, que servirán al niño para el posterior etiquetamiento y regulación de sus afectos (Bateman, Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2002).

La teoría de la mentalización propuesta por Fonagy y colaboradores se complementa con un enfoque evolutivo en lo que hace al surgimiento de la capacidad de mentalizar y al desarrollo del self, que tienen lugar en el contexto de las relaciones de apego y de las interacciones parentales mentalizadoras (Fonagy et al., 2002).

En los últimos años el trabajo con la mentalización reflexiva ha sido incluido en un contexto más amplio, centrado en la confianza epistémica, que enfatiza la importancia que posee la confianza que depositamos en la información relevante para nuestra vida, referida al mundo social, que nos transmiten otras personas (figuras de apego). Conceptos como el de distintos sistemas de comunicación, enseñanza y aprendizaje social,



apertura epistémica, superación de la desconianza epistémica, son algunas de las nociones que forman parte de este nuevo desarrollo teórico-clínico (Bateman, Fonagy, 2016; Debbané, 2016; Fonagy & Allison, 2014).

La mentalización transformacional

Con este concepto aludo a dos clases de procesos:

A) El primero de ellos tiene que ver con la constitución de un bagaje representacional en el que podemos distinguir tres clases de representaciones:

1) los signos perceptivo-motrices, primeras inscripciones en la psique del bebé, provenientes de distintos canales sensoriales (olores, sabores, sonidos, percepciones visuales, etc.) y que inicialmente no entran en una conjunción entre sí (Duparc, 1998). 2) la representación-cosa, que mediante el enlace o la ligadura de dichos signos (Maldavsky, 1977), se configura como una totalidad compleja, compuesta por imágenes cinéticas, auditivas, olfativas, a predominio visual (por ejemplo, la imagen de la madre), que en unión con otras representaciones similares entrará a formar parte de fantasías y sueños.

Esta representación-cosa "...capta, limita, transforma la energía pulsional" (Green, 1987, p. 151), por lo que es clave en la elaboración psíquica de la misma, así como en la simbolización de la experiencia emocional. Constituye el contenido representativo del sistema Inconsciente, en donde es procesada según las leyes del proceso primario (condensación y desplazamiento). Bajo ciertas condiciones puede conectarse con representaciones pertenecientes al sistema Preconsciente, que están organizadas según los procesos secundarios (ordenamiento temporal, alta organización, ausencia de contradicción, etc.). Así, por ejemplo, una fantasía erótica de una empleada con su jefe, consistente en una pequeña novela que aquélla teje en su mente, podría ser el sustituto preconsciente-consciente, construido por desplazamiento, de una fantasía erótica inconsciente con su padre (conjunto de representaciones-cosa, que han captado y hecho las veces de continente de la energía pulsional-sexual incestuosa), que formaría parte del Complejo de Edipo de dicha mujer.

3) el lenguaje, por último, constituye un grado de organización superior, que forma parte del sistema Preconsciente y puede ligar las representaciones-cosa y, de este modo, llevar a cabo un proceso de mayor complejización, como cuando hacemos consciente y ponemos en palabras una fantasía previamente reprimida e inconsciente.

Por lo demás, ambos tipos de representaciones se interpolan entre el sujeto que percibe y el objeto de la percepción (el semejante, el otro de la interacción), por lo que contribuyen al sentido que este último adquiere para la subjetividad. De este modo, cuanto mayor sea la riqueza del sistema de representaciones, mayor será la variedad y refinamiento de los sentidos adjudicados a la realidad interpersonal (Maldavsky, Ibid).

Asimismo, encontramos también otra clase de procesos transformacionales que operan en el nivel del sistema Preconsciente, traduciendo el pensar no verbal en frases y narraciones, con lo cual llevan a cabo modificaciones en el formato de aquél. En un trabajo anterior he estudiado este proceso, así como las leyes que lo rigen (Lanza-Castelli, 2013).

B) El segundo proceso posee, a su vez, dos niveles:

B1) el primero de ellos requiere de la presencia de un otro primordial (madre, cuidador) que invista amorosamente al niño e interactúe con él de un modo continente, empático y reflejante, que lo contenga y metabolice inicialmente por él afectos que son demasiado dolorosos o desbordantes como para que el niño pueda hacer algo con ellos.

Los resultados de dicha metabolización consisten en afectos tolerables que le son devueltos al niño, por así decir, quien puede entonces -paulatinamente- sentirlos como tales afectos y ligarlos o codificarlos inicialmente por medio de signos motrices, cenestésicos y visuales (Duparc, 1998; Müller-Braunschweig, 2006), posteriormente por medio de las representaciones-cosa y más tarde aún por medio de las representaciones-palabra. Esta serie de significantes, de complejidad creciente, le sirve para integrarlos en su subjetividad (Bion, 1962).

Hay un primer momento, entonces, en este primer nivel, en que el afecto es desbordante, tormenta o torbellino emocional, sea como ataque de ira del bebé, sea como agonía primordial en el



sentido que le da Winnicott (1974). Se trata de afectos crudos, arrolladores, no simbolizados, que requieren de la mediación de la respuesta materna para su simbolización y transformación en afectos tolerables, pasibles de ser sentidos y ligados representacionalmente.

En el segundo momento de este primer nivel ha tenido lugar ya la simbolización a través de la mediación de la madre, por lo que nos encontramos con su resultado, consistente en que los sentimientos y los deseos se encuentren simbolizados y diferenciados entre sí como realidades *psíquicas*. En lo que hace a los afectos, esto significa que se han desomatizado (Krystal, 1988), que han alcanzado una forma definida y un matiz afectivo específico y diferencial (tristeza, alegría, enfado, por ejemplo), y que se ha limitado su intensidad y su tendencia a la acción (Lanza-Castelli, 2014).

B2) El segundo nivel de este proceso utiliza los afectos y deseos ya simbolizados y realiza sobre ellos un nuevo trabajo -utilizando redes complejas de representaciones-cosa y representaciones palabra interconectadas- cuyo resultado consiste en la construcción de sueños, fantasías diurnas, narraciones, producción de mitos, etc., que tramitan a su vez dichos deseos y afectos. En la fantasía preconscious-consciente de la empleada, mencionada más arriba, por ejemplo, se escenifica un deseo erótico inconsciente ya simbolizado y constituido como tal (el deseo erótico hacia el padre). Dicha escenificación, que consiste en un trabajo psíquico, pertenece, por tanto, a este segundo nivel. Otro ejemplo podría ser el escenario sombrío de un sueño, en el que el protagonista camina bajo la lluvia. En él podríamos ver la figuración plástica del sentimiento de tristeza y del llanto que lo acompaña, por una pérdida reciente.

La parte de esta tarea que se lleva a cabo en el sistema Inconsciente (Freud, 1900) se rige por los procesos primarios, que comandan también el trabajo del sueño (condensación, desplazamiento, representación plástica, simbolización). Otra parte se lleva a cabo mediante una colaboración entre los procesos primarios y secundarios, mediante una articulación de los contenidos de uno y otro sistema (Inc. y Prec.), como en las fantasías, cuyo formato se rige por las leyes del Prec., pero en su contenido encontramos derivados de los contenidos del Inc., tal como en el ejemplo, ya

mencionado, de la fantasía de la empleada con su jefe.

Las diferencias señaladas entre la mentalización reflexiva y la transformacional no impiden la complementariedad que es posible encontrar entre ambas, como se pondrá de manifiesto en el análisis del material clínico.

Los módulos del Modelo Integrativo:

1) El patrón vincular:

Consiste en tres vectores que dan cuenta de la dinámica vincular: a) deseo, acción, etc. del sujeto hacia el objeto, que conlleva una expectativa de la forma en que el objeto habrá de responder – b) respuesta del objeto según el punto de vista del sujeto – c) reacción del sujeto a la respuesta del objeto. Un ejemplo esquemático podría ser: a) deseo de ser tenida en consideración, b) suposición de desinterés por parte del otro, c) tristeza.

Estos vectores se articulan tanto con la mentalización reflexiva como con la transformacional, de formas diversas.

2) Los esquemas self-otro:

Consisten en un conjunto de esquemas que suelen encontrarse interrelacionados. Por ejemplo: víctima-victimario, dominador-dominado, amante-amado, etc.

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

Se articulan con el primer vector del patrón vincular, en lo que hace a las expectativas respecto del modo en que el otro reaccionará a la expresión del deseo. Por ejemplo, si alguien tiene vigente el esquema “rechazado-rechazante” anticipará que va a ser rechazado por aquél con quien desea entrar en contacto y eventualmente se abstendrá de hacerlo.

Se articulan con el segundo vector en el modo en que es interpretada la reacción del otro, la cual es mediatizada por estos esquemas y/o por el mentalizar reflexivo.



3) El self, el narcisismo y sus perturbaciones:

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

Incluye también las autorrepresentaciones, así como las distintas posiciones subjetivas desde las cuales el paciente se relaciona con los demás (por ej. posición de “tirano” en relación con los subordinados; de “sostén” en relación con una madre deprimida, etc.).

4) Los grupos de motivaciones que toma en consideración:

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

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

Algunas de estas motivaciones tienen que ver con la autoafirmación, con el deseo de ser amado, con la inclinación a cuidar de la prole, etc.

El modelo integrativo incluye una caracterización de los conflictos que tienen lugar en la evolución de las mismas y de la relación de objeto (por ej. “autonomía vs dependencia”; “complejo fraterno”, “complejo de Edipo”, etc.).

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

5) Los afectos, su simbolización y regulación:

Distingue distintos grados de simbolización (mentalización transformacional) de los afectos, así como diversas estrategias de regulación de los mismos (Cf. una ilustración elocuente en el ejemplo clínico). Entre estas estrategias distingue las que transcurren de modo automático e inconsciente (mecanismos de defensa) de aquellas otras deliberadas y conscientes (regulación emocional).

6) Los mecanismos de defensa:

Diferencia entre defensas intrapsíquicas y defensas interpersonales, así como entre defensas maduras y defensas primitivas. También distingue las defensas según aquello sobre lo cual focalizan: el mundo externo, el Superyó, los afectos, el self, las pulsiones.

Un ejemplo de la defensa contra las pulsiones podría ser la represión de la sexualidad. Como defensa contra un afecto puede utilizarse -entre otras posibilidades- el afecto contrario, como cuando se exagera el amor para mantener sofocado el odio.

7) El superyó:

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

Estos distintos módulos se articulan entre sí y con los dos modos de la mentalización de un modo complejo, que no es posible detallar en esta breve caracterización. El conjunto de los módulos, de sus interrelaciones y de la forma en que se imbrican con el mentalizar reflexivo y el transformacional constituyen el Modelo Integrativo en su dimensión teórica. La parte clínica consiste en una metodología para la formulación del caso, una serie de técnicas para intervenir en el proceso terapéutico y diversas propuestas para el trabajo del paciente entre sesiones, entre las cuales la práctica de distintos formatos de escritura posee un rol central.

En lo que sigue ilustro algunos de estos conceptos mediante un material clínico, en el que hago referencia, en cada caso, al módulo que está en juego o al tipo de proceso mentalizador que se halla presente en tal o cual segmento del material.

Caso clínico:

La paciente, a la que llamaremos Camila, tiene 32 años en el momento en que consulta, estudia sociología y vive en pareja con Leonardo, de 40 años.



La paciente trabaja en una empresa, en la sección de relaciones humanas y lleva a cabo tareas de voluntariado en barrios carenciados de la ciudad de Buenos Aires.

Unos meses antes de venir a consultar había interrumpido un análisis anterior, que se extendió a lo largo de más de seis años, debido a que en los últimos dos años no había logrado casi ningún cambio y sentía que el proceso se había estancado.

En los comienzos de su análisis conmigo, Camila manifestó una conducta muy particular, consistente en asociar reiteradamente situaciones y problemas actuales con situaciones del pasado y, particularmente, con personas de su historia, de modo tal que remitía una y otra vez distintos aspectos suyos a identificaciones con dichas personas.

Ante una pregunta que le hice al respecto, mencionó que posiblemente estaba muy influida por la manera de trabajar de su analista anterior, el cual -según ella- procedía de esa forma.

Le comenté entonces que con este tipo de relato ella quedaba desdibujada y que era importante que explorásemos su experiencia actual con cierto detalle, antes de referirla a situaciones o personas del pasado. La paciente aceptó mi propuesta, aunque continuó actuando del modo señalado por algún tiempo, ya que en ella era bastante acentuada la vigencia del *modo simulado*, en el que las verbalizaciones, fantasías, etc. se encuentran disociadas de su experiencia interior nuclear. De esta forma podía desarrollar una serie de razonamientos psicológicos, asociar libremente, etc., pero esta actividad mental se revelaba totalmente ineficaz para favorecer algún tipo de cambio, o conducir a una profundización en su experiencia vivencial más genuina.

Por mi parte, me centré -en los comienzos de nuestro trabajo en común- no tanto en el *contenido* de sus relatos como en su *modo de funcionamiento mental*. Respecto a este último, señalé y describí reiteradas veces este modo simulado, mostrándole cómo este tipo de pensamiento disociado no tenía resonancia alguna en su experiencia personal, por lo que, en lugar de resultarle de utilidad la alejaba de sí misma.

Simultáneamente desalentaba temporariamente la asociación libre, ya que ésta tenía lugar invariablemente en este modo, y proponía -en

relación a sus verbalizaciones- un trabajo de tipo exploratorio, consistente en sugerirle que llevara a cabo relatos detallados y pormenorizados de las escenas que mencionaba, dejando de lado las expresiones generalizadas y pidiéndole ejemplos específicos de los temas a los que hacía referencia.

El objetivo de esta exploración era clarificar sus interacciones específicas con las personas presentes en dichas escenas, junto a los pensamientos, sentimientos, creencias, etc. propios y ajenos, que se activaban en las mismas.

Al mismo tiempo, intentaba que identificáramos los nexos plausibles entre los sentimientos, pensamientos y acciones que podían verosímelmente inferirse de su relato.

De este modo, lográbamos una visión más genuina y vivencial de lo ocurrido en tales ocasiones, con lo cual nos alejábamos del modo simulado y nos situábamos en el terreno del mentalizar reflexivo (en tanto las representaciones se enlazaban con la experiencia vivencial, en lugar de despegarse disociadas de ésta).

Pronto advertí que a Camila le resultaba muy difícil conectarse con su experiencia emocional e identificar los sentimientos que experimentaba en esas ocasiones, ya que éstos se hallaban precariamente simbolizados (mentalización transformacional) y se expresaban como estados de desorganización (en sus horarios, rutinas, relaciones con los demás, etc.), sensaciones de cansancio físico, estados globales e indiferenciados como, por ej., una irritabilidad general, acompañada de tensión muscular y torpeza motriz, algunas somatizaciones menores, etc.

A la vez, se encontraban desligados de toda representación y de todo nexo con alguna situación vincular que hubiera sido la desencadenante de los mismos.

Este grado mínimo de simbolización de sus afectos, me llevó a intervenir poniendo palabras a sus estados afectivos activados en sesión o fuera de ella, no sólo mediante denominaciones de los mismos, sino utilizando también expresiones que incluían alusiones a sensaciones corporales, cenestésicas, visuales, etc. (Por ej: “creo que en estos momentos te sientes deprimida, como dentro de un pozo oscuro y sin salida”; “creo que sientes dentro de ti como un volcán a punto de estallar, tanta es la rabia que tienes”, etc.).



El objetivo de dichas intervenciones era favorecer el incremento en la simbolización de su experiencia emocional (mentalización transformacional). El tipo de expresiones elegido obedecía a que cuanto menor es la simbolización de los afectos, mayor es la ligazón que éstos poseen, no tanto con representaciones verbales, sino con signos motrices, cenestésicos y visuales (Duparc, 1998; Müller-Braunschweig, 2006), que por mi parte intentaba evocar y movilizar por medio del tipo de verbalizaciones que acabo de referir.

De este modo, y en tanto dichas intervenciones se repetían una y otra vez, la paciente iba simbolizando -poco a poco y progresivamente- sus sentimientos, lo que permitía que los fuera identificando con mayor claridad. Estos procesos se apoyaban, a su vez, en la internalización que iba llevando a cabo de la posición mentalizadora desde la que yo intervenía en relación a los mismos.

De la mayor importancia fue también estimular explícitamente en este punto la activación de la mentalización reflexiva de Camila, mediante la sugerencia de que estuviera atenta para observar sus sentimientos y pensamientos, tanto en sesión como en tal o cual situación problemática de su cotidianeidad. Esta sugerencia se complementaba con la propuesta de que pusiera por escrito tales observaciones ni bien le fuera posible, ya que dicha praxis de escritura posee un interesante potencial para favorecer y optimizar la capacidad de mentalizar y puede llevarse a cabo en formatos diversos que conjugan objetivos variados (Lanza-Castelli, 2010).

Algunos meses después de haber comenzado a trabajar de esta forma, me envió el siguiente mail, como parte del “diario de sesiones” (Lanza-Castelli, 2010) correspondiente a la última sesión y escrito el mismo día en que ésta tuvo lugar:

“Es una verdadera novedad que yo haya detectado ese **estado brumoso** en el que quedo después de uno de los embates de mi madre. Lo percibí, pude distinguir su omnipresencia, desde que colgué el teléfono el lunes hasta el momento de la sesión. Se disipó después y volvió a mí la energía y la claridad.

En otro momento no sólo no me daba cuenta de en dónde se iniciaba mi malestar,

simplemente **no lo distinguía como malestar, y tal vez discutía con Leonardo, o me ofuscaba por demás o me desorganizaba, me desordenaba en mis cosas de la vida cotidiana y no sabía por qué.**

Hoy, por ejemplo, claramente **me di cuenta** que me costaba salir de casa, hasta levantarme a la mañana me costó después del lunes. Bueno, tal como dijimos en la sesión, me había deprimido. Creo que nunca antes lo había sentido con tanta claridad (...) a mí me sorprende **darme cuenta que por primera vez estoy teniendo este registro de mis cosas**, pero es así.

En mi análisis anterior había mucho de comprensión intelectual, pero no percibía las cosas como ahora (...) ahora puedo percibir mejor mis sentimientos, les presto más atención” [negritas agregadas].

En este fragmento puede verse que los sentimientos que se activan en Camila no se traducen ya como discusiones, estados de desorganización y ofuscamiento, sino que comienzan a adquirir una *forma*, con variable definición (estado brumoso, malestar, depresión), lo que da cuenta de un progreso en la simbolización de los mismos (Green, 1974).

De igual modo, podemos ver cómo se ha incrementado la capacidad de la paciente para ligarlos con aquellas situaciones interpersonales en cuyo contexto han surgido (embates de la madre).

A medida que por medio del trabajo llevado a cabo -centrado en la promoción del mentalizar (reflexivo y transformacional)- se incrementó su capacidad mentalizadora en relación al registro y representación de su vida emocional, y se logró un avance en la simbolización de la misma, tuvieron lugar distintas modificaciones en otros aspectos de su vida, que podemos vincular con distintos módulos del Modelo Integrativo.

Por un lado, comenzaron a tomar forma los distintos vectores del patrón vincular conflictivo con su madre, como se advierte en el texto citado (que es una especie de testimonio de uno de los primeros avances en esa dirección), en el que habla de haber sufrido un embate por parte de ésta (segundo vector: respuesta del objeto), embate que paulatinamente fuimos pudiendo diferenciar en sus distintos componentes (críticas de la



madre, actitudes desvalorizantes, ponderaciones al hermano, inundar a la paciente con sus propias angustias y estados depresivos, etc.).

La diferenciación de los distintos componentes de esta unidad anterior a la diversidad (embates) muestra la operación concurrente de la mentalización transformacional y de la reflexiva (simbolización e identificación, respectivamente), e ilustra la utilidad clínica que tiene favorecer su optimización, en tanto se convierten en herramientas de la mayor utilidad en relación al trabajo clínico con el resto de contenidos y procesos presentes en el aparato psíquico y en la relación vincular.

En lo que hace a los embates mencionados, Camila pudo aprehender posteriormente que dichos embates eran vividos por ella como la respuesta de la madre a su deseo de ser amada por la misma (vectores a) y b) del patrón vincular), deseo que tampoco había logrado previamente vivenciar e identificar como tal (esto es, como una realidad “psíquica”, cualitativamente diferenciada) y que se expresaba en los hechos en una serie de conductas, tales como llamar a la madre por teléfono, preguntarle cómo estaba, ofrecerse como receptáculo para la catarsis de aquélla, etc.

Ante esta situación caben al menos dos modos de comprenderla. Una de ellas sería que el deseo de ser amada estaba plena y claramente constituido como tal, sólo que se mantenía inconsciente por obra de la represión. La otra es que dicho deseo no había alcanzado una configuración definida como tal deseo, sino que consistía en un anhelo difuso, falto de una adecuada simbolización, de una cualidad psíquica específica y de una ligadura con representaciones también específicas.

El modo en que la paciente hablaba de su relación con la madre, así como características generales de su modo de funcionamiento mental, me llevaron a inclinarme por esta segunda alternativa. Conjeturé entonces que nos encontrábamos con un déficit en la inscripción de la representación-cosa (Green, 1987) y de los ya mencionados procesos de simbolización, lo que tenía como resultado un predominio de los desempeños motrices (conductas) que son cronológicamente anteriores y que cobran vigencia cuando

encontramos fallas en los sistemas de representación más elaborados y complejos.

Desde el punto de vista de la mentalización reflexiva esta modalidad podría ser entendida como expresión de la vigencia del modo teleológico, uno de los modos prementalizadores mencionados con anterioridad (Fonagy et al., 2002, Bateman, Fonagy, 2016).

Los tres vectores del patrón vincular (deseo dirigido al objeto, respuesta negativa de éste -según el punto de vista del sujeto-, reacción emocional ante dicha respuesta), se encuentran en estado de configuración (simbolización) incipiente en el material citado, pero poseen ya alguna forma, lo que torna posible comenzar a articularlos de algún modo y a trabajar sobre ellos, a la vez que proseguimos el trabajo dirigido a que su forma sea cada vez más precisa y definida.

De este modo, el incremento del mentalizar y su manifestación: la configuración cada vez más nítida de los distintos vectores del patrón vincular, fue tornando posible empezar a trabajar sobre dichos vectores mediante intervenciones cada vez más interpretativas y más tendientes a la reconstrucción de la historia (Bohleber, 2007; Freud, 1937), con el objetivo de hacerlos conscientes en sus distintas facetas y ramificaciones, tramitarlos y elaborarlos.

De este modo, en relación al primer vector fuimos descubriendo la notable intensidad de un amor infiltrado de odio, que tenía a su madre como objeto y que parecía derivar de reiteradas situaciones de no investidura (desamor) por parte de esta última, en el contexto de una marcada y no disimulada preferencia por el hermano varón de la paciente.

El trabajo pormenorizado sobre estas experiencias tempranas, así como sobre las pulsiones y afectos despertados en ellas, favoreció que Camila pudiera ir llevando a cabo el duelo por la madre que no tuvo en su infancia y dejara de esperar ese amor en lo actual (procesamiento mental), lo que le permitió correrse del lugar de receptáculo de las angustias de la madre (cambio en su posición subjetiva). También disminuyeron sus celos hacia su hermano, con el que entabló una relación más afectuosa que la que había cultivado hasta ese momento (morigeración del complejo fraterno).



Un foco particularmente problemático para el trabajo clínico lo constituyeron las perturbaciones en la constitución de las identificaciones primarias, en el narcisismo primario y, por ende, en la integridad y autovaloración del self (Lanza-Castelli, 2020; Roussillon, 2011).

La fragilidad narcisista-identitaria de Camila era muy marcada y solía colapsar ante las vivencias de desinversión por parte de los objetos de amor más próximos (sentir que no la amaban), lo que la llevaba a una desinversión de sí, ya que esta última, en la medida en que no estaban sólidamente constituidas las identificaciones primarias y faltaban los objetos internos buenos que realizaran una autoinversión (amarse a sí misma), era altamente dependiente de la inversión ajena. Cuando esta última le era retirada (según la perspectiva de la paciente) se producía un movimiento en reflejo de autoinversión, que es característico en este tipo de organizaciones clínicas (Lanza-Castelli, 2020).

Sus consecuencias consistían en vivencias de fragmentación unidas a angustias arcaicas de marcada intensidad. La defensa que se activaba en estos casos consistía en estallidos de furia hacia el objeto que la había desinvertido, con lo cual recuperaba la cohesión del self, junto a una vivencia de agencia y de vitalidad, que la rescataban del conato de derrumbe que había tenido lugar. En estas situaciones se advertía el colapso de la mentalización reflexiva y la correlativa activación del modo de equivalencia psíquica (la ira la cegaba y no podía pensar ni regularla, embargada por la convicción acerca de la indiferencia del otro), como así también el fracaso de la mentalización transformacional, ya que dicha ira consistía en una emoción cruda, no simbolizada, que arrollaba al yo. Asimismo, dichos accesos resultaban sumamente perturbadores de los vínculos que le eran más necesarios. No obstante, dicha defensa arcaica le fue de utilidad mientras tuvo vigencia la fragilidad narcisista señalada.

En otros casos, cuando la activación de dicha defensa no era posible, tenía lugar el derrumbe bajo la forma de sentir que se abría un agujero en la tierra por el que caía, mientras una angustia desbordante la arrollaba.

Esta experiencia le ocurrió por primera vez en nuestro trabajo en común al terminar una

sesión, en un momento en que el vínculo conmigo ya se había constituido y había comenzado a transferir sobre mí la imago de un objeto que sostenía su narcisismo.

En la sesión siguiente hizo referencia a esta experiencia y relató que en el análisis anterior, en el que se acostaba en el diván, su analista solía interrumpir un poco bruscamente las sesiones cuando era la hora, por lo cual ella salía de su consultorio y experimentaba dicho derrumbe. Según pudimos reconstruir, en esos momentos sentía que ese otro, tan necesario, la desalojaba de su mente y la borraba de su memoria. De ahí la catástrofe narcisista que experimentaba.

Así las cosas, y con el objetivo de, por un lado, evitar favorecer la reedición de la experiencia traumática y, por otro, poder pensar sobre la misma con el objetivo de ir elaborándola, le propuse avisarle -unos minutos antes de que concluyera la sesión- que se aproximaba el final de la misma. De este modo, en ese intervalo de tiempo podíamos explorar la experiencia emocional que se activaba en ella al estar a un paso de la separación, y trabajar sobre dicha experiencia.

Esto hacía que en toda una serie de ocasiones se prolongara el tiempo de la sesión hasta que Camila sintiera que no iba a experimentar el derrumbe. Entiendo que esta actitud de mi parte era vivida por la paciente como un sostén y también como una invitación a pensar sobre las agonías primordiales que se activaban en ella con la separación, con el objetivo de lograr su progresiva simbolización y transformación.

Por lo demás, le sugerí que si quería escribirme mails en la semana, podía hacerlo, y que yo le iba a responder. Le propuse también que en lo que me escribiera retomara algo de lo que había ocurrido en la sesión y agregara lo que le pareciera relevante de aquello que había ocurrido en su experiencia cotidiana después de la misma. Desde el comienzo mismo Camila me escribía una o dos veces por semana. Entiendo que este proceder resultaba de utilidad debido a una de las perturbaciones del pensamiento que padecía, consistente en que le resultaba muy difícil conservar una representación del otro más allá de cierto período de tiempo, bastante breve por lo demás. Como las sesiones tenían lugar con una frecuencia semanal, en dicho lapso de tiempo tanto mi representación



como aquello que habíamos trabajado se iba desdibujando hasta desaparecer. El hecho de escribirme y de recibir mi respuesta hacían las veces de una prótesis para el trabajo de representación, a la vez que significaban un nuevo sostén, así como la posibilidad de sentirse acompañada por mí más allá del tiempo de la sesión.

Con el paso del tiempo este proceder fue resultándole cada vez menos necesario, en la medida en que iba internalizando el sostén que yo representaba para ella y mejorando sus funciones de representación.

En el trabajo sobre la fragilidad narcisista de Camila fue fundamental el vínculo que establecimos, que la paciente experimentaba como sostenedor y nutritivo debido a mi interés en su persona y en sus dificultades, así como al genuino afecto que me despertaba y a las actitudes que tenía para con ella, como las que acabo de mencionar. De la mayor importancia en este punto fue el hecho de darle a entender que la tenía en mi mente, por ejemplo, manifestándole cómo la albergaba dentro de mí en la medida en que recordaba lo acontecido a lo largo del tratamiento y podía establecer nexos con lo sucedido en sesiones anteriores.

Este tipo de intervenciones resultaba asimismo de utilidad para favorecer la constitución de nexos entre momentos distintos de su vida, lo que le permitía conquistar poco a poco un sentimiento de continuidad existencial que había sido siempre muy precario en ella, debido a la fragilidad mencionada y a la acción del mecanismo de escisión (Green, 1974).

Resultaron de importancia también las situaciones de “afecto compartido”, ya que “El vivenciar compartido de las mismas emociones refuerza el sentimiento de ser del paciente y, sin duda, lo consolida a nivel narcisista” (Parat, 1993, p. 11).

De igual forma, el ayudarla a invertir (o reinvestir) proyectos e ideales reforzaba también su sentimiento de sí, como ha mostrado con detalle Kohut (1977).

De este modo, tenía lugar una narcisización del yo que suplía, de alguna manera, las profundas carencias en tal sentido que había padecido en su infancia. En la misma línea se encontraban los

procesos de internalización que iban teniendo lugar en el transcurso de las sesiones (Green, 1997).

En la medida en que estos procesos se consolidaban progresivamente, el sentimiento de sí de Camila, antes totalmente dependiente de las actitudes de los demás (ser tenida en cuenta y valorizada), lo que la llevaba a ubicarse en función del otro buscando reconocimiento, fue volviéndose paulatinamente más autónomo y más basado en sus logros y en su propia autovaloración (consolidación narcisista, internalización de la regulación de la autoestima y de “objetos buenos” internos).

Por esta razón las relaciones con las personas significativas (pareja, amigas) dejaron de ser tan dependientes (anteriormente habían sido necesarias para el equilibrio narcisista) y se volvieron más simétricas, a la vez que ella se tornó más independiente y más capaz de tolerar las pérdidas, lo que antes era vivido como un colapso narcisista. Pudo también ir descubriendo paulatinamente (por primera vez!) cuáles eran sus genuinos deseos, que tenían que ver con distintas manifestaciones artísticas, relacionadas con la figura de su padre, que era un eximio músico, antes casi totalmente ausente de su universo psicológico.

En este aspecto podemos conjeturar un pasaje progresivo de la intensa fijación amorosa casi exclusiva a la madre -con la correlativa rivalidad con el hermano y el padre, ubicados en ese contexto en el lugar de rivales fraternos- al complejo de Edipo positivo, en donde el amor al padre, transformado en parte en identificación con él, se hallaba en la base de los deseos mencionados.

Otro aspecto particularmente problemático en nuestro trabajo lo constituyó la destructividad dirigida hacia sí misma y hacia su propio funcionamiento mental (Green, 2003) lo que tenía entre otros efectos, distintas perturbaciones del pensamiento que sería demasiado extenso detallar en este punto. Asimismo, dicha destructividad se expresaba en ataques continuos hacia sí misma, autodescalificaciones constantes y una serie de diversos maltratos, así como en dificultades para crecer en lo amoroso y en lo profesional, debido a que la citada destructividad se manifestaba como una fuerza que se empeñaba en deshacer lo que Camila iba logrando construir.

Una de las raíces (aunque no la única) de esta fuerza anti-vida consistía en la interiorización del



odio dirigido inicialmente hacia la madre y que volvía contra sí misma por temor a la destrucción del vínculo que la unía a su progenitora, así como por la presión de un Superyó particularmente cruel. Este mecanismo se había generalizado parcialmente y se ponía en juego con aquellas personas respecto de las cuales sentía que dependía en su ser. Los estallidos de furia mencionados más arriba, cuyo dinamismo centrífugo tenía una direccionalidad opuesta a la señalada en este punto, complejizaban y completaban el cuadro, sin que hubiera oposición o exclusión entre estos diversos movimientos anímicos.

Este aspecto de su personalidad (la destructividad) resultó particularmente complejo y de difícil modificación. Las herramientas para abordarlo consistieron en parte en exploraciones detalladas de situaciones vividas con la madre, con su pareja y en la transferencia, y, fundamentalmente en interpretaciones y reconstrucciones llevadas a cabo a partir de derivados de lo Inconsciente que se expresaban en sueños y en actos sintomáticos y autopunitivos diversos.

Llegados a este punto cabe decir que resulta claro que las consideraciones vertidas hasta este momento son parciales, algo esquemáticas y no hacen justicia a la riqueza y complejidad, tanto de la constelación anímica de Camila, como de sus diversos vínculos y de su historia. No obstante, considero que pueden resultar de utilidad para ilustrar la variedad de herramientas que pueden ponerse en juego en el Modelo Integrativo, sobre las cuales realizaré algunas consideraciones en lo que sigue.

Consideraciones finales:

En este apartado final querría hacer algunos comentarios sobre el tipo de intervenciones que utilicé en el trabajo con Camila, dejando de lado las reflexiones que podrían hacerse sobre el formato cara a cara que implementé, el tipo de encuadre, la contratransferencia, etc. (Green, 2012). Tampoco incluyo en estas consideraciones -por razones de espacio- la formulación del caso que elaboré en los comienzos del trabajo con Camila. He desarrollado este tema -que pertenece a la dimensión clínica del Modelo Integrativo- con algún detalle en otras publicaciones y he intentado

poner el acento sobre su utilidad para el trabajo clínico (Lanza-Castelli, 2016b; Lanza-Castelli, Bilbao Bilbao, Padrón Padrón, 2017; Lanza-Castelli, Bilbao Bilbao, Ramos, Rodrigo, 2020).

Como he señalado con anterioridad, ya en las primeras entrevistas resultó claro que Camila tenía un funcionamiento mental en el que predominaba el *modo simulado*, por lo que comenzar con un enfoque interpretativo, que privilegiara la asociación libre al modo del psicoanálisis “clásico”, habría sido totalmente contraproducente, ya que tal proceder habría conducido a un como-si de trabajo terapéutico.

En este sentido los aportes de Fonagy y colaboradores (2002) sobre dicho modo, me ayudaron a detectarlo tempranamente, a señalárselo a la paciente y a adoptar un tipo de intervenciones de carácter exploratorio, cuyo objetivo era desactivarlo, favorecer una conexión más genuina de Camila con su propia experiencia vivencial y comenzar a propiciar el incremento de su capacidad de mentalizar (mentalización reflexiva).

Por este camino se hizo claro que la experiencia emocional de la paciente tenía un grado mínimo de simbolización, lo que hizo que el objetivo siguiente de nuestro trabajo fuera llevar a cabo intervenciones que promovieran dicha simbolización (mentalización transformacional).

Y fue sólo con posterioridad a este *trabajo preliminar*, que se hizo posible ir incluyendo, poco a poco, intervenciones de corte interpretativo dirigidas a favorecer la toma de conciencia de diversos contenidos inconscientes (como los vectores del patrón vincular, la destructividad, etc.).

No obstante, vale la pena aclarar que la promoción del mentalizar no se circunscribió sólo a los primeros tramos del tratamiento, sino que lo acompañó a lo largo de su recorrido, ya que con pacientes como Camila dicha capacidad puede colapsar ante situaciones de elevado arousal emocional, aún en períodos avanzados del mismo.

El modo de vinculación que se estableció entre la paciente y yo, mis actitudes de sostén y cuidado, así como la utilidad que todo ello tuvo en relación al trabajo sobre su fragilidad narcisista, fue comentado ya con anterioridad.

Otro tipo de intervenciones fueron de índole interpretativa (focalizadas en su mundo interno, en sus vínculos y en la transferencia) y otras, por



último, consistieron en reconstrucciones históricas de diversos acontecimientos, experiencias y relaciones interpersonales de su biografía, que se revelaron importantes para lograr una elaboración de los traumas y conflictos anudados a ellos.

Como complemento de lo trabajado en el ámbito de la sesión, e íntimamente vinculada con ello, cabe mencionar la práctica de escritura entre sesiones que Camila llevaba a cabo, la cual implicaba tanto un feedback de lo trabajado en común, como un diario de autoexploración (Lanza-Castelli, 2010). La paciente me enviaba por mail lo que escribía, en los días posteriores a la sesión y muchas veces retomábamos -en la sesión siguiente- lo que me había enviado.

La utilidad de esta práctica consistió en mantener el contacto, según he señalado más arriba, en brindarme un feedback, esto es, en hacerme saber qué había sido lo importante y qué lo que había faltado o fallado de mi parte, según su punto de vista, y en procesar lo trabajado en común y poder volver a pensar sobre ello, ampliándolo la mayoría de las veces con observaciones y reflexiones llevadas a cabo por la paciente en el curso de la semana, y/o con recuerdos y ocurrencias que tenían lugar mientras escribía.

Esta práctica de escritura es una de las actividades que pueden proponerse en el Modelo Integrativo para que el paciente lleve a cabo entre sesiones. Otras actividades -que el paciente realizará eventualmente en la semana, entre una sesión y la siguiente- pueden consistir en ejercicios de bioenergética, la práctica de diversas expresiones artísticas (pintura, música, escultura, etc.), la realización de ejercicios que forman parte del entrenamiento autógeno (Hoffmann, 1977; Schultz, 1959), etc.

La razón de ser de esta propuesta consiste en que, en líneas generales, favorece la implicación del paciente en el trabajo terapéutico, así como su protagonismo y su posición activa en el proceso de cambio. A la vez, cada una de estas actividades tiene beneficios específicos que no es posible considerar al detalle en este artículo para todas ellas. Baste decir que la pintura suele ser un medio de la mayor utilidad para la simbolización de vivencias y experiencias traumáticas correspondientes al período preverbal, así como para dotar de figurabilidad a movimientos anímicos (afectos,

pulsiones, etc.) que carecen de una definición tal que los vuelva verbalizables. Por su parte, el entrenamiento autógeno resulta de mucha ayuda para aquellos pacientes que tienen trastornos del sueño, que están hiperactivados o que tienen problemas con la regulación emocional, etc. (Hoffmann, 1977).

La elección de la actividad de que se trate se hará de común acuerdo con el paciente tras haberle explicado las razones de nuestra propuesta y se verá también, en cada caso, de qué manera se articula e integra dicha actividad con el trabajo llevado a cabo en la sesión.

Por último y para concluir este trabajo querría hacer explícita mi opinión de que en casos como el de Camila, en los que encontramos fallas en el funcionamiento mentalizador (reflexivo y transformacional), así como diversos tipos de conflictos y problemas, en gran parte de índole inconsciente, el enfoque basado exclusivamente en la teoría de la mentalización reflexiva, esto es, la MBT, sólo podría dar respuesta a una parte de las perturbaciones que aquejan al/la paciente, mientras que el resto quedaría fuera de su alcance. Asimismo, un enfoque puramente psicoanalítico fallaría posiblemente en abordar el caso en la medida que propondría de entrada la asociación libre, con los riesgos ya mencionados cuando el paciente tiene tendencia a funcionar en el modo simulado (como era el caso de Camila). Por otra parte, las perturbaciones y fallas en la mentalización reflexiva y transformacional, que es habitual encontrar en estos casos, haría que las interpretaciones no pudieran ser aprovechadas por el paciente, tal como le ocurrió a Camila en el último tramo de su primer análisis.

Por esa razón es que considero que un enfoque integrativo como el que propongo, que articula ambos enfoques, puede brindarnos mayores beneficios clínicos, en tanto posee un punto de vista más abarcativo y un repertorio de técnicas y modalidades de intervención que pueden operar sobre las dimensiones mencionadas, con el mayor provecho.



Referencias:

- 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, 2006.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2016) Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 2016.
- Bion, W.R. (1961). Experiences in Groups and Other Papers. London:Tavistock, pp. 139-189.
- Bion, W.R. (1962) Learning from experience. London: Karnac Books.
- Bohleber, W. (2007) Recuerdo, trauma y memoria colectiva: la batalla por la memoria en psicoanálisis. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXIX - No 1 – 2007.
- Debbané, M. (2016) Mentaliser. De la théorie à la pratique clinique. Livain-la-Neuve : de boeck supérieur
- Dornes, M. (2006) Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung. Frankfurt am Main : Fischer Taschenbuch Verlag, 4 Auflage, mai 2013.
- Duparc, F. (1998) L'élaboration en Psychanalyse. Paris : L'Esprit du Temps.
- Fonagy, P., Target, M. (1995). Understanding The Violent Patient: The Use Of The Body And The Role Of The Father. International Journal of Psychoanalysis 76:487-501
- Fonagy, P. and Target, M. (1996). Playing With Reality: I. Theory Of Mind And The Normal Development Of Psychic Reality. International Journal of Psychoanalysis. 77:217-233
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self- organization. Devel. Psychol., 9: 679-700.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. Psychotherapy, 51, 372-380.
- Fonagy, P.; Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002) Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. New York : Other Press.
- Freud, S. (1900) La interpretación de los sueños. Buenos Aires : Amorrortu editores, tomos IV y V.
- Freud, S. (1911) Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico. Buenos Aires : Amorrortu editores, tomo XII
- Freud, S. (1937) Construcciones en el análisis. Buenos Aires : Amorrortu editores, tomo XXIII
- Gergely, G (2003) The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. Menninger, Volume 67, Nro 3, pp. 113-131.
- Green, A. (1974) L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique, en La folie privée. Psychanalyse des cas-limites. Paris : Éditions Gallimard, 1990.
- Green, A. (1987) La representación de cosa entre pulsión y lenguaje, en La metapsicología revisitada. Buenos Aires : Eudeba, 1996.
- Green, A. (1997) El encuadre psicoanalítico. Su interiorización en el analista y su aplicación en la práctica, incluido en Green, A. La clínica psicoanalítica contemporánea. Amorrortu editores, 2017,
- Green, A. (2003) Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente. Buenos Aires : Amorrortu editores, 2005.
- Green, A. (2012) La clínica psicoanalítica contemporánea. Buenos Aires : Amorrortu editores, 2017.
- Hoffman, B. (1977) Handbuch Autogenes Training. Herausgegeben von Claus Derra, Sven Olaf Hoffmann, Siegfried Stephan, Friedhelm Stetter. 20 Auflage, 2017. München : Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG.
- Kohut, H. (1977) La restauración del sí mismo. Buenos Aires : Paidós, 1980
- Lanza-Castelli, G. (2010) (Comp.) La escritura como herramienta en la psicoterapia. Madrid : Editorial Psimática.
- Lanza-Castelli, G. (2013) Mentalización reflexiva y mentalización transformacional: Una propuesta complementaria al enfoque de Peter Fonagy. Clínica



- e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia, Vol 7 (1).
- Lanza Castelli, G. (2014) Mentalización y transformación de la experiencia emocional. Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia. Año I, Nro. 2.
- Lanza-Castelli, G. (2016a) Un modelo integrativo para la mentalización. Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis, Nro. 53.
- Lanza-Castelli, G. (2016b) La formulación del caso desde un modelo integrativo entre Mentalización y Psicoanálisis. Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia, Año IV, Nro 1.
- Lanza-Castelli, G. (2017) Un modelo integrativo entre mentalización y psicoanálisis. Aplicaciones clínicas. Temas de Psicoanálisis. Nro. 13.
- Lanza-Castelli, G. (2020) La autodestructividad silenciosa en los pacientes no neuróticos. Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis, Nro. 64
- Lanza-Castelli, G., Bilbao Bilbao, I. (2017) Mentalización y conflicto. La determinación de psicoterapia mediante la utilización de un instrumento para evaluar la mentalización (MEMCI) Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis, Nro. 55
- Lanza-Castelli, G., Bilbao Bilbao, I., Padrón Padrón, J. (2019) La formulación del caso como guía para la psicoterapia, desde un modelo integrativo entre Mentalización y Psicoanálisis. Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia, Año VII, Nro 1.
- Lanza-Castelli, G., Bilbao Bilbao, I., Ramos, J., Rodrigo, I. (2020) Un modelo integrativo entre Mentalización y Psicoanálisis y su utilización en el trabajo clínico. Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia, Año VIII, Nro 1.
- Müller-Braunschweig, H. (2006) Traumatische Verletzungen des Selbst. Der Versuch ihrer Bewältigung in pathologischen und kreativen Prozessen. psychosozial 106, 49-63.
- Parat, C. (1993). L'ordinaire du psychosomaticien. Revue Française de Psychosomatique, 1993/1 (Nro 3) pp. 5-20.
- Roussillon, R. (2001) Le plaisir et la répétition. Théorie du processus psychique. Paris : Dunod.
- Roussillon, R. (2011) Déconstruction du narcissisme primaire L'Anée psychanalytique internationale, 2011/1 Volume 2011, 177-193
- Schultz, J.H. (1959) El entrenamiento autógeno. Autorrelajación concentrativa. Barcelona : Editorial Científico-Médica, 3ra edición, 1969.
- Winnicott, D. (1974) Fear of Breakdown. International Review of Psycho-Analysis, Vol. 1, pp. 103-107.

