

PSICOTERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN.

Gustavo Lanza Castelli

RESUMEN:

El presente artículo, escrito por Gustavo Lanza Castelli, es una exposición sobre la Psicoterapia Basada en la Mentalización (PBM), desarrollada por Fonagy y Bateman, como un enfoque para mejorar la capacidad de mentalizar, esencial para la regulación emocional, la formación del “self” y las relaciones interpersonales. Lanza Castelli detalla cómo los déficits de mentalización, caracterizados por patrones como la equivalencia psíquica o el modo “hacer de cuenta”, afectan el funcionamiento psicológico. El autor resalta la necesidad de intervenciones ajustadas al nivel del paciente en un contexto de apego seguro, con el objetivo de fortalecer la simbolización emocional y el “self”. A través de viñetas clínicas, ilustra cómo la PBM ayuda a integrar experiencias y mejorar la capacidad de mentalización, ofreciendo un enfoque práctico y estructurado para tratar trastornos emocionales y de personalidad.

Palabras clave: mentalización, apego, regulación emocional, simbolización, desarrollo del self, psicoterapia, Fonagy, Bateman.

ABSTRACTS_

The present article, written by Gustavo Lanza Castelli, is an exposition on Mentalization-Based Therapy (MBT), developed by Fonagy and Bateman, as an approach to enhance mentalization capacity, essential for emotional regulation, self-formation, and interpersonal relationships. Lanza Castelli details how deficits in mentalization, characterized by patterns such as psychic equivalence or “pretend mode,” impact psychological functioning. The author emphasizes the need for interventions tailored to the patient’s level within a context of secure attachment, aiming to strengthen emotional symbolization and the self. Through clinical vignettes, he illustrates how MBT helps integrate experiences and improve mentalization capacity, offering a practical and structured approach to treating emotional and personality disorders.

Keywords: mentalization, attachment, emotional regulation, symbolization, self-development, psychotherapy, Fonagy, Bateman.

La psicoterapia basada en la mentalización, formalizada por Peter Fonagy y Anthony Bateman (2004, 2006), a partir de los desarrollos teóricos en torno a la función reflexiva o mentalización (Allen, Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, Bateman, 2008; Fonagy et al., 2002), se aplicó inicialmente al tratamiento de pacientes borderline, con muy buenos resultados evaluados en estudios de seguimiento rigurosos.

Posteriormente su ámbito de aplicación se amplió a pacientes con trastornos de la alimentación, depresivos, adictos, traumatizados, etc. y se utilizó en variados formatos: terapia individual, terapia de pareja, familia y grupo, terapia de niños y adolescentes (Bateman, Fonagy, 2012).

En los últimos años se ha expandido de manera notable en Estados Unidos, Europa, Australia y América Latina. En noviembre del 2013 tendrá lugar en Londres el primer congreso internacional dedicado a ese tema específico.

En el presente trabajo, deseo señalar ciertos aspectos claves de esta forma de psicoterapia. Para ello, realizo en primer término una puntuación de algunos conceptos fundamentales incluidos en el constructo mentalización. Tras ello caracterizo una serie de aspectos del abordaje psicoterapéutico. Concluyo ilustrando estas ideas con dos viñetas clínicas.

LA MENTALIZACIÓN:

Podemos caracterizar sucintamente a la mentalización diciendo que consiste en la capacidad para comprender el comportamiento propio y ajeno en términos de estados mentales. Esta capacidad es un determinante clave para la organización del self, la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. Su adquisición tiene lugar en el interior de las relaciones de apego tempranas.

Para trazar una semblanza de la misma resulta útil diferenciar en el marco teórico que la sustenta, tres teorías evolutivas y tres funciones o capacidades centrales.

Las teorías evolutivas, íntimamente interrelacionadas y basadas en gran parte en la psicología del desarrollo son: la teoría de los distintos estadios en la constitución del self, la teoría de la constitución de las representaciones secundarias para simbolizar la experiencia emocional, la teoría acerca de la naturaleza de la subjetividad previa al reconocimiento de la mente como agente representacional.

Las tres funciones son: la comprensión de la mente ajena, la comprensión de la mente propia (que incluye la mentalización de la afectividad) y los procesos de regulación atencional y emocional.

Dada la amplitud de estas conceptualizaciones, me ceñiré en este trabajo a algunas de ellas, sin pretender abarcar la totalidad de la teoría, la psicopatología y el abordaje clínico.

LA MENTE COMO AGENTE REPRESENTACIONAL (MENTALIZANTE) Y LOS ESTADIOS PREMENTALIZADOS DE LA SUBJETIVIDAD:

La mentalización adecuada supone la habilidad para diferenciar los propios pensamientos de la realidad efectiva, de modo tal que el sujeto aprehende (aunque sea de modo implícito) el carácter meramente representacional de aquéllos (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

De este modo, podemos decir que mediante el adecuado funcionamiento de la mentalización se discierne (de modo explícito o implícito) la vigencia de un territorio cualitativamente diferenciado: el territorio de lo mental, en el que se afirma la realidad psíquica (Freud), en tanto diferente de la realidad material, aunque relacionada con la misma.

Esta afirmación de la realidad psíquica implica la habilidad para considerar y tramitar los estados mentales en tanto eventos subjetivos, lo cual incluye el procesamiento simbólico de la experiencia personal, mediante el cual ésta adquiere un carácter “como-sí”, necesario para que sea tolerada y para que sea posible articularla cognitivamente (Lecours, 2007).

Esta modalidad mentalizada de funcionamiento es precedida en el desarrollo por modos prementalizados de experimentar la subjetividad. Distinguimos tres de ellos:

- 1) En el “modo de equivalencia psíquica” el niño considera que sus pensamientos no son representaciones de la realidad, sino copias de la misma, necesariamente verdaderos y compartidos por todos.
- 2) En el “modo hacer de cuenta” (pretend mode), el niño logra discernir —particularmente durante el juego— el carácter meramente representacional de sus pensamientos (por ejemplo, de sus fantasías) pero con la condición de que estén rígidamente disociados del mundo real.
- 3) En el “modo teleológico”, la acción se convierte en el criterio central. Así, el sujeto evalúa las acciones en función de sus resultados y no de las intenciones subyacentes (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

LA CONSTITUCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES PARA SIMBOLIZAR LOS AFECTOS:

Contradiendo teorías de cuño cartesiano, que afirman que conocemos inicialmente nuestros afectos por medio de la introspección, el enfoque basado en la mentalización postula que dichos afectos consisten inicialmente en una activación fisiológica y visceral que el niño no puede controlar ni significar (experiencia emocional primaria). Para ello hace falta la respuesta de la figura de apego a la exteriorización de dichos afectos. Esta respuesta, cuando es adecuada, consiste en un *reflejo* o *espejamiento* (mirroring) del afecto en

cuestión: la madre manifiesta su captación y empatía con expresiones faciales y verbales acordes al afecto experimentado por el niño, de forma exagerada o parcial y con el agregado de algún otro afecto combinado simultánea o secuencialmente (por ej. el *reflejo* de la frustración del niño, combinada con preocupación por él) y con claves conductuales, como las cejas levantadas que encuadran la expresión ofrecida a la atención del infans. La observación de este reflejo parental ayuda al niño a diferenciar los patrones de estimulación fisiológica y visceral que acompañan los distintos afectos y a desarrollar un sistema representacional de segundo orden para sus estados mentales, mediante la internalización de dicho reflejo. Estas representaciones secundarias que simbolizan la experiencia emocional, están en la base de la posibilidad de identificar, regular y expresar adecuadamente dicha emoción en un contexto interpersonal (mentalización de la afectividad) (Fonagy et al., 2002).

Cuando debido a traumas tempranos en el apego se ven perturbados los procesos mencionados, se producen diversos déficits en el mentalizar y en la simbolización de la experiencia emocional. Tienen lugar entonces una serie de manifestaciones clínicas que encontramos en los pacientes borderline y en diversos trastornos de la personalidad (experiencias confusas y difusas de su mundo mental, dificultad para identificar sus emociones o sus necesidades corporales, merma en la posibilidad de considerar sus pensamientos como meros pensamientos y para anticipar el efecto de las propias acciones en los demás, dificultad para construir un modelo adecuado de la mente del otro que sirva para entender y prever su conducta, desregulación emocional, inestabilidad básica del self e intento de remediarla por medio de diversas acciones, etc.) (Bateman, Fonagy, 2004; 2006; Fonagy Luyten, 2010).

LA PSICOTERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN:

Esta terapia se utiliza con aquellos pacientes que tienen déficits en su capacidad para alcanzar la dimensión representacional de la mente y funcionan en modos prementalizados de experimentar el mundo interno, que no logran construir un modelo adecuado de su propia mente ni de la ajena y que no están en contacto con su propia experiencia emocional, o tienen de la misma representaciones confusas y pobremente etiquetadas.

De ahí que sea necesario ayudarlos a que puedan, por ejemplo, identificar lo que sienten, regular sus emociones, construir un modelo de la mente del otro, etc.

En este trabajo hay una dificultad específica que posee la mayor importancia y que deseo expresar con claridad. Para ello se hace necesario previamente postular que para que los abordajes psicoterapéuticos habituales sean eficaces, es menester que el paciente pueda integrar el punto de vista propuesto por el terapeuta con *su propia experiencia de sus estados mentales*.

Así, un paciente que tiene esta capacidad y, por ejemplo, nos habla al comenzar la sesión de la rabia que siente hacia su jefe porque lo deja en segundo plano, podrá integrar nuestra interpretación en la que (supongamos) le decimos que conjeturamos que el enojo es con nosotros porque lo hicimos esperar, dado que nos demoramos con el paciente anterior.

Si estamos en lo cierto, la experiencia de su propia rabia, el registro y la identificación que tiene de la misma son la condición para que pueda integrar nuestra intervención y tomar conciencia de cuánto le había molestado esa espera. La base de esta integración, entonces, se encuentra en su capacidad para mentalizar (esto es, en su capacidad para representar su propia experiencia emocional, para enlazarla con una situación interpersonal y para advertir el “falso enlace” cuando éste le es señalado).

Por esta razón, los pacientes neuróticos, en quienes dicha capacidad suele tener un funcionamiento adecuado, pueden utilizar productivamente los puntos de vista alternativos presentados por el terapeuta por la vía de la interpretación.

Por el contrario, aquellos consultantes que tienen una reducida capacidad para identificar los estados mentales propios y ajenos, difícilmente podrán beneficiarse de una terapia que esté orientada al insight.

Podríamos decir que *cuanto más débil sea la percepción de la propia subjetividad* que tenga un paciente, más difícil le resultará integrar sus propias experiencias con la versión de aquellas que le presenta un “experto de la mente”.

Cuando el terapeuta le presenta a un paciente con estas características, una versión coherente y —supongamos— pertinente de sus estados mentales y de su funcionamiento mental, dicho *consultante no estará en condiciones de comparar la representación que le es ofrecida con un modelo autogenerado de su propia experiencia mental*, por lo que se verá perturbado y confundido, o aceptará sin mayores cuestionamientos lo que dice el terapeuta, o lo rechazará en bloque.

De este modo, un paciente narcisista que se hallara en la situación mencionada más arriba, podría ingresar al consultorio en un estado de repliegue, poniendo una distancia gélida desde una posición de superioridad. Si se le interpretara que está enojado porque se le hizo esperar, no sólo viviría (tal vez) como humillante dicha intervención, sino que carecería del registro necesario de su propia rabia, a partir del cual integrar lo que le dice el terapeuta, ya que el modelo de su propia mente que ha podido construir es frágil y precario, como lo son las representaciones secundarias para simbolizar su experiencia emocional, que están en la base de la posibilidad de identificarla.

Ésta es la dificultad que se nos presenta —a la que hice referencia más arriba— cuando intentamos trabajar con estos pacientes utilizando recursos que resultan fructíferos en consultantes con mayor capacidad de mentalizar.

Por esta razón, en el enfoque basado en la mentalización tenemos como objetivo ayudar al paciente a *fortalecer su percepción de su propia subjetividad*, mediante el expediente de favorecer que pueda tender puentes entre la experiencia emocional primaria y las representaciones simbólicas de la misma, que pueda alcanzar la dimensión representacional de la mente y desactivar los modos prementalizados, que logre construir un modelo adecuado de su propia mente y de la ajena, etc. En síntesis: que optimice su capacidad de mentalizar (Bateman, Fonagy, 2004, 2006).

Para ello, son necesarias una actitud específica por parte del terapeuta y una serie de estrategias y técnicas que paso a considerar.

METAS DEL TRATAMIENTO:

Podríamos comenzar este punto diciendo que en el enfoque clínico de la terapia basada en la mentalización, lo que fundamentalmente está en juego no es tanto una técnica (o una serie de ellas) cuanto una *actitud*. En este sentido, se considera la *promoción del mentalizar* como una aproximación genérica a la psicoterapia, presente en el quehacer de todo buen clínico, como un factor común a las diversas formas de psicoterapia, tal como lo es la necesidad de formar una buena alianza de trabajo.

Debido a ello, no cabe proponer —desde este punto de vista— que los distintos terapeutas que se interiorizan de este modo de ver las cosas, deban modificar su marco teórico de referencia, sino que se les propone más bien que reencuadren sus intervenciones en relación al mentalizar y a su promoción, ya que un tratamiento conducido con habilidad puede promover el proceso del mentalizar siempre y cuando sea llevado a cabo en concordancia con las capacidades mentalizadoras del paciente y busque la optimización de las mismas.

Cabe agregar, asimismo, que el formato actual de la terapia basada en la mentalización (que puede aplicarse a distintas modalidades de tratamiento y a diversas poblaciones de pacientes), tiene su origen en el trabajo con los pacientes borderline, por lo que el estilo general de las intervenciones que se proponen ha sido influenciado por la experiencia en el tratamiento de este tipo de consultantes.

Debido a ello se pone el acento principalmente en el mentalizar precario y se propone un enfoque relativamente estructurado y contenedor, que se centra primordialmente en el presente. De todos modos, esto no implica desconocer que las técnicas orientadas al insight —como las que enfatiza el psicoanálisis clásico— pueden promover el mentalizar en pacientes con capacidades mentalizadoras más robustas, como los neuróticos, en cuyo caso el abordaje se centrará más en el trabajo con los contenidos que en el trabajo con los procesos mentales. Este abordaje interpretativo también podrá utilizarse con posterioridad, esto es, una vez que algunas de las funciones de la mentalización se hayan restablecido (Lanza Castelli, 2013b).

Si consideramos, entonces, que *se trata de focalizar las metas del tratamiento en torno al mentalizar y a su promoción*, podemos agregar que para ello hace falta estabilizar la mentalización en el contexto de una relación de apego segura, restablecer la mentalización en cualquier punto en que se haya perdido, minimizar los efectos adversos asociados con intervenciones no mentalizadoras y poner en práctica una serie de principios y estrategias.

REQUISITOS DEL VÍNCULO Y DE LA POSICIÓN DEL TERAPEUTA:

Si consideramos que la psicoterapia activa invariablemente el sistema de apego, y que “...el apego seguro puede ser un elemento facilitador clave de la capacidad reflexiva” (Fonagy, 1999), la tarea primera y central del terapeuta ha de ser la de brindar al paciente una relación de apego seguro que le sirva como una base desde la cual pueda aventurarse a explorar su mundo mental.

El profesional proporciona al consultante la experiencia de no ser juzgado, de ser escuchado con un interés benevolente y cálido, de sentir al terapeuta genuinamente dispuesto a ayudarlo, de sentirse entendido por alguien a quien puede acreditar por su capacidad para estar a la altura de lo que se necesita de él. Todo esto genera una experiencia de seguridad que, a su turno, favorece la exploración mental. Esta exploración incluye también la exploración de la mente del terapeuta y el encontrarse a sí mismo en ella.

La capacidad de mentalizar es afectada por la intensidad emocional y la seguridad en la relación de apego, de modo tal que disminuye cuanto mayor es la primera y se incrementa con el aumento de la segunda, de ahí la importancia central que asume mantener una buena alianza terapéutica y un clima de cooperación en el trabajo conjunto.

Como dice Bowlby, la primera tarea del terapeuta ha de ser: “...proveer al paciente de una base segura, desde la cual pueda explorar los múltiples aspectos desdichados y dolorosos de su vida, pasados y presentes, en muchos de los cuales encuentra difícil o quizás imposible pensar y reconsiderarlos sin un compañero confiable que le provea apoyo, aliento, simpatía y, en ocasiones, orientación” (1988, p. 138).

En segundo lugar, se podría decir que posee la mayor importancia que el profesional se ubique en una postura mentalizante, esto es, interrogativa, exploratoria, interesada en el descubrimiento y basada más en el no saber que en el saber (pero buscando comprender) (Allen, Fonagy, Bateman, 2008). Para ello ha de atender constantemente a los estados mentales del consultante y se preguntará, desde esa postura, por ejemplo, “¿Por qué el paciente está diciendo esto ahora? ¿Por qué se está comportando así? ¿Por qué me siento de esta forma en este momento? ¿Qué ha pasado para que se esté dando esta situación?, etc”. (Bateman, Fonagy, 2004).

A la vez que el terapeuta se focaliza en los estados mentales actuales del paciente (pensamientos, sentimientos, deseos, etc.), conscientes o preconscientes, estimulará al consultante a que les preste atención y a que trate de verbalizarlos.

El profesional propiciará que el paciente lleve a cabo un monitoreo de su propia mente, poniendo atención en su experiencia actual, en los afectos activados y en los nexos interpersonales que los han gatillado. Para ello le hará preguntas al estilo de: “¿Qué sintió con esto que le dije? ¿A qué atribuye que él haya actuado como lo hizo? ¿Qué sintió y pensó en ese momento? ¿Sintió tal vez que lo estoy juzgando?”.

Estimular este monitoreo es preferible a pedir asociaciones libres, ya que en el trabajo con los pacientes borderline —en los que predomina el modo “hacer de cuenta” y se produce una escisión entre lo que es verbalizado y la experiencia emocional actual— la asociación libre (tan importante para el trabajo con los pacientes neuróticos) puede incrementar este modo disociado de experimentar el mundo interno. El terapeuta, por tanto, tratará de no perder contacto con la experiencia actual y concreta del paciente, y ayudará a éste a que proceda de igual forma.

A partir de la atención conjunta centrada en los estados mentales actuales del paciente, éste podrá registrar mejor, por ejemplo, algunas sensaciones, conatos de sentimientos e impulsos, fragmentos de imágenes, etc. a los que logrará — mediante su puesta en palabras y con ayuda del profesional— dar forma, discriminando en ellos matices cualitativamente distintos, reconociendo secuencias y nexos, etc. La traducción al código

verbal implicará *dar una forma* más definida a dicha experiencia, a la vez que externalizarla mediante el decir. Estas operaciones ayudan a *robustecer las representaciones secundarias* para simbolizar los sentimientos y pensamientos, lo cual favorece su identificación y regulación (Lanza Castelli, 2010).

Continuando con la actitud mentalizadora del terapeuta, cabe decir que es importante que éste no se ubique en el lugar del que “sabe” y le diga al paciente, por ejemplo, cómo éste se siente, sino que sea este último quien vaya pudiendo registrar sus propios sentimientos y las representaciones que los acompañan, gracias a la ayuda del profesional (cf. ejemplo clínico 2, más abajo), como así también los nexos interpersonales en los que surgen, con el objetivo de que pueda apropiárselos e incrementar el registro y la simbolización de su propia experiencia. Esta apropiación contribuirá a la construcción de representaciones más adecuadas, que le servirán para simbolizar y regular sus estados internos (Lanza Castelli, 2010).

De igual forma, cuando el terapeuta propone un punto de vista diferente al que manifiesta el paciente, no ha de hacerlo desde el lugar de un experto que “tiene razón”, sino que propiciará una exploración conjunta de ambas perspectivas, sin dar por sentado que la suya es la correcta. Se trata más bien de explorar cuáles son los procesos mentales que han llevado a tal o cual enfoque del asunto de que se trate, considerando ambas perspectivas en su mutua relación.

PRINCIPIOS QUE GUÍAN LAS INTERVENCIONES:

Las intervenciones deben estar guiadas por una serie de principios, que son de utilidad para orientarse en el momento de intervenir.

1.- El terapeuta debe evitar crear situaciones en las que el paciente se vea exigido más allá de sus capacidades mentalizadoras, o en las que no pueda conectar lo que se le dice con su experiencia vivida.

Este principio posee la mayor importancia en aquellos pacientes en los que predomina el “modo hacer de cuenta” (pretend mode), los cuales pueden hablar de sus problemas psicológicos, situaciones de su historia, vínculos con otras personas, etc., pero sin que ello esté sustentado en una conexión con la propia experiencia emocional. Más bien estas verbalizaciones permanecen disociadas y es habitual que se emplee abundante jerga psicológica que no llega a tener, sin embargo, un nexo real con la experiencia vivida.

Por tal razón, el terapeuta ha de evitar las intervenciones que favorezcan esta modalidad (disociada) de experimentar el mundo interno y buscará mantenerse en contacto vivo con la experiencia del consultante. Evitará, por tanto, el recurso excesivo a la asociación libre y privilegiará estimular un monitoreo sistemático por parte del paciente de la experiencia de su propia mente, particularmente de su experiencia emocional.

De igual forma, el profesional dejará de lado aquellas intervenciones que aludan a motivos inconscientes, a conflictos de ambivalencia o cualesquiera otros problemas psicológicos para cuya adecuada comprensión sería necesaria una robusta capacidad de mentalizar, como la que encontramos en los pacientes neuróticos. Cuando no es éste el caso, sino que nos hallamos en presencia de pacientes con inhibiciones en el mentalizar, intervenciones de esta índole podrán resultar perturbadoras, inductoras de confusión, estimuladoras del modo hacer de cuenta, o, en el mejor de los casos, el paciente simplemente no sabrá qué hacer con ellas. Por la misma razón, el profesional ha de evitar tomar en sentido simbólico o metafórico el discurso del paciente y realizar intervenciones que pretendan develar el significado de dichos (supuestos) símbolos o metáforas.

2.- Las intervenciones deben ser acordes a la capacidad mentalizadora del paciente. Por ese motivo han de ser simples y cortas, ya que una intervención larga y compleja será más difícil de comprender y estará —posiblemente— más allá de las capacidades mentalizadoras del consultante (cf. ejemplo 1, más abajo).

Dado que la capacidad mentalizadora del paciente borderline fluctúa de acuerdo al nivel de activación de su sistema de apego, cuanto más emocionalmente activado éste se encuentre, menor será su capacidad para mentalizar y para entender adecuadamente las intervenciones del profesional.

3.- Las intervenciones han de centrarse en el estado emocional del paciente, en el contexto de la relación paciente-terapeuta (pero no desde el comienzo del tratamiento). De este modo, se referirán preferentemente a las emociones que se juegan en dicha relación y no tanto al contenido de las verbalizaciones, si éstas se refieren a episodios interpersonales ajenos a la sesión. Esto permite que las intervenciones se realicen *sur le vif*, con lo cual tendrán una eficacia mayor que si se refieren a cuestiones que no son igualmente vivenciables [en el punto 6) se pondrá en contexto este principio].

4.- El foco ha de estar en la mente del paciente, no en su comportamiento. Con aquellos pacientes que llevan a cabo actuaciones (acciones de autodaño, vómitos, etc.) es necesario tener presente que si se les pregunta por las razones que los llevaron a actuar de esa manera, no podrán responder y se verán sometidos a una presión que los excede. Si hubieran sido conscientes de los motivos de sus actos, éstos no habrían sido necesarios.

Por esta razón, lo adecuado en estos casos es rastrear, en primer término, el impacto que esa conducta tuvo en el paciente mismo (si se sintió sorprendido por lo que hizo, desilusionado porque no pudo controlarse, etc.). Una vez que el paciente ha comenzado a reflexionar de esa forma acerca de su acción, se puede intentar reconstruir el estado mental que tenía en los momentos previos al desencadenamiento de la misma (que no es lo mismo que preguntar por las razones de la acción).

La conjetura del terapeuta será que en estos casos el acto se ha producido debido a la conjunción de dos factores:

- a) la activación de una emoción debida a la puesta en juego del sistema de apego en un contexto interpersonal determinado (por ej. sentirse abandonado por una persona amada);
- b) la falla en la capacidad mentalizadora necesaria para procesar dicha emoción.

A partir de esta conjetura, el profesional tratará de reconstruir —junto con el paciente— los estados mentales que precedieron a la acción, para tratar de entender de esta forma sus determinantes y el consiguiente colapso en la mentalización.

5.- Centrarse en los hechos o actividades actuales. El centrarse en el pasado puede ser un refugio respecto a poner el acento en el presente, ya que las intervenciones que se centran en lo actual son más movilizantes afectivamente que las que lo hacen en el pasado.

También puede ser una forma de estimular el modo hacer de cuenta en el paciente.

Por esta razón, las intervenciones han de referirse a sucesos actuales, sea los que ocurren en el interior de la sesión, sea otros que han acontecido en el afuera de la misma, pero que se revelan de alto significado emocional para el consultante.

6.- Progresión de las intervenciones. Debe haber una secuencia, desde las intervenciones menos movilizantes a las más movilizantes, cuidando siempre que la intervención del profesional no sobrepase las capacidades mentalizadoras del paciente.

Teniendo este recaudo, las intervenciones comenzarán por centrarse en los afectos vinculados a situaciones actuales extraterapéuticas, para continuar con intervenciones referidas a eventos vinculados con el tratamiento (por ej. la terapia grupal que se lleva a cabo como parte del programa de tratamiento institucional), para llegar a focalizar en los afectos activado por los hechos que tienen lugar en la relación actual con el terapeuta.

Cuando se exploran los afectos que han tenido lugar en las situaciones en el afuera de la sesión, lo esperable es que la activación emocional no sea demasiado intensa, por lo que la capacidad mentalizadora del paciente no se verá menoscabada.

Este tipo de trabajo, además de brindar información referida a los estados mentales presentes en tal o cual situación, sirve para incrementar progresivamente la habilidad de mentalizar las emociones mientras éstas están teniendo lugar. Sin la práctica de esta reflexión retrospectiva es difícil conquistar dicha habilidad.

Por ese motivo, la focalización en los afectos despertados en la relación transferencial deberá ser llevada a cabo en forma paulatina y cuidadosa, para no enfrentar al consultante con tareas que están más allá de su capacidad de mentalizar y que tendrían un efecto más bien perturbador sobre él.

De este modo, podemos establecer un gradiente en las intervenciones, que va de aquellas centradas en la empatía y el sostén, a las que se centran en la intervención sobre la transferencia. En todos los casos el tipo de intervención elegido será inversamente proporcional al grado de activación emocional. Así, cuando el paciente está inundado por las emociones, será necesario apelar a la empatía y la contención. Sólo cuando el nivel de activación emocional sea tolerable y la capacidad para mentalizar esté funcionando adecuadamente, podrá recurrirse a las intervenciones centradas en la transferencia.

Ésta es la idea que subyace a todos estos principios: hay una relación inversa entre la activación emocional y la capacidad para mentalizar. El terapeuta ha de estar atento, en el momento a momento de la sesión, al grado de activación emocional presente y al nivel del funcionamiento mentalizador del paciente (por ejemplo, su capacidad para monitorear su propia mente y la ajena), a los efectos de guiarse en sus intervenciones por la articulación de estas dos variables, siguiendo los pasos referidos en la secuencia mencionada más arriba. Las intervenciones que no tienen en cuenta esta correlación, o saltan pasos en la secuencia, pueden resultar perturbadoras y iatrogénicas, más que útiles para favorecer el incremento del mentalizar.

Podemos sintetizar de la siguiente forma los pasos de la secuencia que estamos considerando:

En el nivel más superficial, se brindará apoyo desde una actitud empática. Esto hará que el paciente, al sentir que el terapeuta se interesa por sus estados emocionales y trata de entenderlos desde su propio (del paciente) punto de vista, adquiera la seguridad suficiente como para llevar a cabo una exploración de su propia mente y para dar su propio punto de vista acerca de lo que le está ocurriendo.

En un nivel intermedio de intervención, el terapeuta propone con cuidado un punto de vista alternativo a aquél del paciente. Esto supone una dificultad mayor para este último, ya que lo insta a la autoexploración y a tomar en cuenta que la mente del profesional puede tener una perspectiva diferente a la suya, que ha de ser tomada en consideración y eventualmente integrada.

También en este nivel se encuentra el mentalizar interpretativo, que supone favorecer que el paciente se conecte con los aspectos implícitos de su experiencia (por ejemplo, si el consultante ha logrado identificar un sentimiento de rabia hacia un compañero, se buscará la motivación del mismo y así surgirá, por así decir, que se ha sentido previamente criticado por dicho compañero de un modo que sintió burlón y despectivo, sin haberlo registrado con claridad en su momento). Esta experiencia implícita puede tener distintos grados de profundidad, yendo de un nivel preconscious a niveles propiamente inconscientes.

En un nivel más complejo se encuentra el trabajo sobre los impulsos y emociones que se activan en la relación transferencial.

Es importante respetar esta secuencia y moverse a un nivel más profundo sólo cuando se haya transitado el anterior y se considere que el paciente se encuentra en condiciones de llevar a cabo dicho avance.

El tipo de intervención ha de estar inversamente relacionada con la intensidad de la emoción (apoyo y empatía cuando el paciente está abrumado por la emoción; mentalización de la transferencia sólo cuando el paciente puede continuar mentalizando a pesar de estar conmovido por la emoción).

Las intervenciones deben ser acordes al nivel de la capacidad de mentalizar. El riesgo más habitual es creer que el paciente tiene una capacidad mayor de la que realmente posee, en particular cuando hay una activación emocional importante (Bateman, Fonagy, 2006).

ESTRATEGIAS DEL TRATAMIENTO:

“El objetivo general de nuestro tratamiento es ayudar al paciente a establecer un sentido más robusto del self, de modo tal que pueda desarrollar relaciones interpersonales más seguras” (Bateman, Fonagy, 2004, p. 203).

Vemos cómo los autores centran el objetivo del tratamiento en el self y en las relaciones interpersonales.

Esto se debe a que en la patología borderline (como así también en los trastornos narcisistas y en otros trastornos de la personalidad) la problemática central no tiene que ver con los deseos y sus conflictos, sino con la organización del self, su desorganización, su inestabilidad, etc.

Son interesantes en este sentido, las expresiones de Killingmo: “...en los estados relacionados con el déficit el objetivo es mantener una experiencia de identidad. La calidad de la ansiedad también es diferente. En el contexto del conflicto, la ansiedad se asocia con el contenido de un deseo inconsciente, mientras que en el contexto del déficit, la ansiedad está ligada a la pérdida del propio sí mismo. Por lo tanto, debemos distinguir entre la ansiedad relacionada con el sentido y la ansiedad relacionada con el ser” (2005, p. 173).

Por lo demás, en la medida en que la organización del self está íntimamente unida con el desarrollo del mentalizar, podemos decir que van de la mano ambos objetivos: robustecer el self, promover la mentalización.

Esto implica favorecer que el paciente desarrolle la capacidad de amortiguar los sentimientos y de establecer mediaciones entre ellos y la acción, que pueda controlar sus impulsos antes que lo desborden, que pueda construir un modelo adecuado del propio mundo mental y del ajeno, etc.

A los efectos de lograr estos objetivos, se recomiendan cuatro estrategias centrales:

- a) Promover la mentalización
- b) Tender un puente entre los afectos y su representación.
- c) Trabajar básicamente con los estados mentales actuales.
- d) Tener en mente los déficits del paciente

Razones de espacio me impiden desarrollar detenidamente estas cuatro estrategias en su aspecto teórico, por lo que prefiero citar ahora —para concluir este trabajo— dos fragmentos clínicos en los que pueden visualizarse.

A) El primero de ellos consiste en un fragmento de una sesión de una paciente, a la que llamaré Ana, que me consultó hace ya tiempo. Tenía 23 años y padecía, entre otras cosas, de un trastorno de la alimentación.

Las dificultades que se me presentaron en el trabajo con ella fueron una poderosa motivación que me llevó a profundizar en la teoría de Fonagy, que conocía muy parcialmente en esa época. En efecto, Ana funcionaba muchas veces en el modo de “equivalencia psíquica” y tenía una marcada dificultad para identificar sus afectos. Pronto me di cuenta de que la interpretación no era eficaz para ninguno de estos déficits en el mentalizar y comencé a poner en práctica intervenciones centradas en la promoción de la mentalización, lo cual no me resultó fácil en un comienzo. La breve viñeta que transcribo a continuación puede resultar útil para mostrar algunas de estas dificultades, en el contexto del tema de los afectos y de las representaciones secundarias para simbolizarlos.

Esta viñeta es parte de una sesión que tuvo lugar un año después que la paciente cortara su relación conflictiva con un novio con el que había tenido una intensa ligazón amorosa. Como parte del atractivo de dicho novio, se encontraba la familia del mismo en la que Ana fue recibida con mucho afecto, lo que contrastaba con el clima desapegado que imperaba en su propio hogar.

La paciente habla de otras cosas durante el primer tramo de la sesión y después de un rato comenta que el día anterior había sido el cumpleaños del padre de su ex novio, razón por la cual le envió un mensaje de texto felicitándolo. Por respuesta recibió otro mensaje que decía: “nosotros te queremos mucho”.

Al mencionar el contenido del mensaje que recibió, se le humedecieron los ojos.

T1: para vos es muy importante que te quieran, y ellos te querían. También tu novio decía que eras su gran amor...y ahora debe ser triste no tener a ninguno de ellos...

P1: Me siento mal, me siento, sí, triste, pero no siento que sea por lo que vos me decís...es como que yo no siento mis sentimientos, o cuando los siento no sé por qué son y no los puedo relacionar con nada

T2: fue significativo que hablando del mensaje que recibiste se te humedecieron los ojos...

P2: Sí, me doy cuenta, pero no lo puedo sentir. Me pasa que no siento las cosas, o que cuando siento algo no sé por qué lo siento, con qué tiene que ver. Y esto es algo de lo que me estoy dando cuenta ahora

La manifestación de la paciente referida a que no siente sus sentimientos y el hecho que no puede relacionarlos con aquello que les dio origen, muestra con elocuencia sus déficits en el mentalizar.

Por mi parte, cuando se le humedecen los ojos, conjeturo que el mail del padre del ex novio le recordó el amor que encontraba en ellos, e hizo que surgiera en ella un sentimiento de tristeza (poco identificado) debido a la ausencia en lo actual de dicho amor.

Pero en lugar de simplemente decirle que creo que está triste, prefiero contextualizar dicho sentimiento intentando favorecer que la paciente pueda contextualizarlo a su vez, *y suponiendo que estaría en condiciones de hacerlo*.

Es interesante que lo primero que dice la paciente es que se siente “mal”, para agregar enseguida que sí, que se siente “triste”. Parecería que ella había llegado a detectar un “malestar”, consistente en un sentimiento poco especificado. La denominación que realizó de su estado como consistiendo en “tristeza”, la ayuda a identificar con mayor claridad dicho malestar, de un modo cualitativamente más diferenciado y a poder denominarlo también.

Vemos, entonces, que en ese momento ha tenido lugar un pequeño avance en la construcción o fortalecimiento de las representaciones secundarias para etiquetar y denominar los afectos (cf. estrategia b) de las cuatro mencionadas en p. 13).

No obstante, la paciente no logra conectar la tristeza —que ahora reconoce que siente— con el contexto que le he propuesto.

Conjeturo que esto se debe a que mi intervención en T1 fue *demasiado compleja* para ella, ya que *articula demasiadas variables* (su necesidad de ser querida; la satisfacción que había logrado de esta necesidad en la relación con su novio y la familia del mismo; la ausencia de estos vínculos; la tristeza como resultado) y se mueve del presente (mail que recibió) al pasado, y nuevamente al presente (Podríamos decir que no tuve en cuenta los principios 1 y 2, referidos en la p. 9).

Para colmo, en T2 insisto en la misma línea, tratando de fundamentar lo adecuado de mi comentario anterior, sin darme cuenta de que Ana no podía aprehender la complejidad de lo que yo le estaba diciendo.

Como me ocurrió más de una vez en ese entonces, me resultaba difícil no atribuirle a la paciente mayor capacidad mentalizadora que la que realmente poseía, y suponía que dado que la articulación que le proponía era evidente para mí, también habría de serlo para ella.

Con este supuesto nos manejamos habitualmente en el trabajo con pacientes neuróticos, ya que suelen poseer una buena capacidad de mentalizar (como se supone que debemos tener nosotros para poder ser terapeutas!), por lo que los problemas que se presentan con las interpretaciones tienen muchas veces relación con las resistencias, pero no con un déficit en su mentalización.

Pero en el trabajo con los pacientes que poseen tales déficits, el riesgo de no aprehenderlos suficientemente, o no tenerlos en cuenta en nuestras intervenciones, suele ser alto. De ahí que Bateman y Fonagy alerten continuamente contra esta posibilidad y que varios de sus principios, estrategias y técnicas estén enderezadas a ayudarnos en este punto.

Vale la pena reiterar aquí una frase escrita en la página 4 de este trabajo: “Podríamos decir que *cuanto más débil sea la percepción de la propia subjetividad que tenga un paciente*, más difícil le resultará integrar sus propias experiencias con la versión de aquellas que le presenta un “experto de la mente””.

Esto es lo que vemos con claridad en el caso de Ana cuando, ante mi propuesta en T1 (para vos es muy importante que te quieran, y ellos te querían. También tu novio decía que eras su gran amor...y ahora debe ser triste no tener a ninguno de ellos...), responde haciendo referencia, justamente, a esa dificultad para comparar lo que le digo con una representación de sus emociones autogenerada, ya que carece de ella, o la percepción que tiene de la misma es muy débil y carente de nexos con lo que sucede en las relaciones interpersonales: “...no siento que sea por lo que vos me decís... es como que yo **no siento mis sentimientos**, o cuando los siento **no sé por qué son y no los puedo relacionar** con nada”.

Por esta razón, creo que en ese caso hubiera sido más útil decirle algo como:

T: se te humedecieron los ojos, me pregunto si estás triste [intervención simple, que plantea de modo conjetural una sola variable, pretendiendo, por tanto, avanzar un solo paso, consistente en ayudar a la paciente a identificar mejor su sentimiento, a incrementar esta débil percepción que tiene del mismo, a diferenciarlo mejor].

En vistas de lo que respondió en la sesión, es seguro que la paciente habría dicho que se sentía mal y triste. Vale decir que la intervención habría servido para el objetivo propuesto (incremento en la débil percepción de sus estados mentales).

Ante esa respuesta de Ana, se podría haber preguntado:

T: ¿tendrá que ver con el mensaje que recibiste? [Con esta pregunta se intentaría establecer *un solo nexo*, y no varios a la vez como en la intervención ya comentada. Por otra parte, se buscaría estimular a que sea la paciente misma la que lleve a cabo dicho enlace]

Si la paciente respondiera que posiblemente sí, se le podría preguntar qué de ese mensaje la pone triste.

Procediendo de esta forma habría habido más posibilidades de avanzar un poco más y, en todo caso, no se hubiera presionado a la paciente, como lo hice con las dos intervenciones que realicé.

No obstante, y a pesar de lo inadecuado de mis comentarios, la paciente pudo sacar algún provecho de lo ocurrido, ya que le ayudó a tomar conciencia de su dificultad (“Y esto es algo de lo que me estoy dando cuenta ahora”).

Creo que este ejemplo ilustra con claridad los riesgos que corremos cuando dejamos de tener en cuenta los déficits en el mentalizar de los pacientes con trastornos en la personalidad y los abordamos con el supuesto de que tienen la capacidad para metabolizar y sacar provecho de intervenciones complejas o interpretativas.

B) Se trata de una paciente de 35 años de edad, a la que llamaremos Laura, con marcados problemas para simbolizar e identificar sus sentimientos hostiles, que somatizaba (en la época del fragmento de sesión que voy a transcribir) de la siguiente forma: tenía erupciones cutáneas súbitas en lugar de estallidos de ira, sin que pudiera tener registro alguno de su experiencia emocional.

En la época de la sesión que referiré se encuentra a punto de hacer un viaje a Europa con unas amigas. Un mes antes de dicha sesión se ha comprado, con mucho esfuerzo, una máquina de fotos digital que le costó más de u\$ 1.000. Como no entiende de máquinas y no es hábil para manejarlas, no le colocó inicialmente la batería ni la probó. Pensaba hacerlo días antes de salir de viaje.

En dicha sesión comienza hablando del tema y de una amiga, Cristina, quien le dice que no podía ser que no hubiera probado la máquina ni puesto la batería, ya que faltaba poco para que se fuera de viaje. Le dice también que tiene una máquina igual y que le va a poner ella la batería. Como ese día era viernes y habían quedado en ir al teatro con otras amigas, Cristina le dice que va a ir a su casa —de Laura— más temprano, antes de ir al teatro y que le va a enseñar cómo es, ya que ella entiende mucho del tema.

Cristina va a la casa de Laura, toma la máquina e intenta ponerle la batería. Laura advierte que la está forzando y que no calza bien. También ve cómo quiere cerrar la tapita, pero sin lograrlo. Ve que hace fuerza para conseguirlo. En ese momento se va a la cocina a preparar el té.

Relata que cuando volvió con el té, la amiga le dijo que no cerraba bien y que fuera a donde la compró para que le expliquen cómo era. Sin decir nada, Laura tomó la máquina y la guardó y luego de tomar el té salieron para el teatro.

Al día siguiente va al negocio donde la había comprado y allí le informan que la máquina estaba seriamente dañada y que era posible que tuviera que comprar una nueva. Le dicen que tienen que ver con más tiempo qué es lo que tiene y que tardarán una semana en darle el diagnóstico y decirle si se puede arreglar, o no. Como Laura salía de viaje en menos de una semana, eso implicaba que no iba a poder llevarla, siendo que la había comprado con ese fin. Cuando la paciente relata estas escenas en sesión, advierto que me surge enojo hacia su amiga y, a la vez, me llama la atención el modo desafectivizado en que refiere lo que sucedió (contrastante con mi propio estado afectivo).

T1: Le pido entonces que se retrotraiga al momento en que estaba viendo cómo Cristina le forzaba la máquina.

P1: Dice que fue en ese momento que se fue a la cocina.

T2: ¿Qué pensaste y sentiste antes de irte a la cocina?

P2: “Me surgió el impulso a hacer así [estira los brazos] para sacarle la máquina. Y sentí que *algo* me subía [se señala el pecho y hace un gesto ascendente con la mano]...y me fui a la cocina”

T3: ¿Qué era lo que sentías que te subía?

P3: “En ese momento no me di cuenta...ahora creo que era como una ira...”

T4: ¿Y qué te frenó de sacársela?

P4: En lugar de responder directamente, la paciente recuerda una escena en la casa de Cristina en la que habían comido junto con otras tres amigas más. En un momento Laura se pone a lavar los platos —se habían repartido las tareas— y en eso escucha un grito de Cristina que le dice “¡pará!”, porque estaba usando mucho detergente. Comenta que la atemorizó la violencia que vio en la cara de su amiga.

T5: En el momento de frenarte, ¿sentiste que estabas por gritarle así?

P5a: Laura dice que sí, que ahora se da cuenta que sintió algo que no iba a poder controlar.

P5b: Recuerda en este momento varias escenas vividas con una hermana, en las que tuvo que frenarse para no matarla a golpes.

P5c: Después de estos relatos vuelve —por sí misma— a la escena con Cristina y ahora, *con mayor conexión emocional*, dice que le dio miedo gritarle “¡pará, bestia!, (cosa que a su amiga le habría afectado mucho por sus complejos sociales) y pegarle de un modo descontrolado en que “la habría matado”. *Entiende ahora* que por eso se quedó paralizada y se fue a la cocina, como una forma de huir de la realización de ese impulso.

Cuando volvió estaba alelada y así, en ese estado, fue al teatro.

Comentario: la exploración del estado mental de la paciente parte de dos factores: el sentimiento de ira que experimento, en el que adquiere forma una experiencia emocional no simbolizada en la mente de Laura, y la desafectivización con la que la misma relata el hecho, como si no le importara que le hayan arruinado la máquina de fotos.

T1: La sugerencia de que se retrotraiga al momento en que veía cómo la amiga le estaba forzando la máquina tiene como objetivo que la paciente pueda recuperar el estado mental que tenía en ese momento, diferente del que tiene en el momento de la sesión. Mediante esta propuesta intento que ésta pueda reconstruir dicho estado, con la intención de explorarlo de un modo que resulte para ella más vivencial.

La pregunta en T2 (¿qué pensaste y sentiste antes de irte a la cocina?) busca estimular esta exploración por parte de Laura.

Dicha exploración —focalizada sobre su estado mental en la situación interpersonal en la que Cristina fuerza su máquina— favorece la aparición de representaciones motrices y cenestésicas (gesto de los brazos, referencia a que algo le subía por el pecho), así como la explicitación verbal de su deseo de sacarle la máquina (P2).

La pregunta T3 (¿qué era lo que sentías que te subía?) la ayuda a simbolizar el sentimiento que experimentó —denominado inicialmente como “algo” que le subía—, que *ahora* rotula como “ira” (P3). Vemos en este logro un reforzamiento de las representaciones secundarias para simbolizar la experiencia emocional, a la vez que un incremento en el discernimiento de la misma (mentalización de la afectividad).

Ante la pregunta T4 (¿y qué te frenó de sacársela?) la paciente no puede responder directamente, ya que no ha tomado —aún— conciencia plena de qué la atemorizaba en esa ira, por lo cual no puede dar cuenta del motivo por el cual inhibió su acción. La respuesta aparece de modo indirecto, mediante el relato de un episodio acontecido en casa de Cristina (P4).

Durante el mismo, su amiga le había gritado para que detenga su acción (¡pará!) con una violencia que atemorizó a la paciente al verla reflejada en el rostro de aquélla. Este relato permite conjeturar que se trata en él, en realidad, del modo desfigurado (inversión de roles) en que llega a su conciencia la furia que le surgió al ver a su amiga forzar la máquina, así como el temor ante dicha furia, que aparece proyectada en el rostro de Cristina.

A renglón seguido le hago una pregunta (T5), basada en esta conjetura acerca de su relato (“en el momento de frenarte, ¿sentiste que estabas por gritarle así?”), que tiene la intención de ayudarla a conectarse con esa furia que no ha podido hasta ese momento reconocer como propia, debido al temor que le suscita.

La respuesta de la paciente (P5a) muestra que ha recuperado en ese momento (*ahora* se da cuenta) otro aspecto de la vivencia que tuvo en la escena que estamos focalizando, que hasta ahora no había podido registrar: el sentimiento de que era algo (una ira) *que no iba a poder controlar*.

La recuperación de este aspecto, unido a la conexión que había ya logrado con la ira que sintiera ante la situación del forzamiento de la máquina por parte de su amiga, la habilita para recordar una serie de escenas vividas con una hermana, en las que debió hacer un esfuerzo para evitar el descontrol que la habría llevado a “matarla a golpes” (P5b). Dichos recuerdos parecen ser representaciones intermediarias (en donde la agresión ya está simbolizada) en su camino hacia la plena conexión con sus deseos de matar a Cristina quien, por otra parte, parece estar ubicada para Laura en un lugar fraterno.

Y es ahora (P5c), después de la mediación de estos recuerdos y la aparición de la expresión —en un primer momento referido a la hermana— “matar a golpes”, que da un contenido representacional y motriz más preciso a su ira, que puede volver mentalmente a la escena con su amiga y —con mayor conexión emocional— completar el relato mediante el agregado del impulso que tuvo de llevar a cabo una violencia verbal que habría afectado mucho a la misma (“¡pará, bestia!”) y una violencia motriz consistente en pegarle de un modo descontrolado, de forma tal que la habría matado a golpes.

Cabe subrayar que, después del camino recorrido con mi ayuda, la paciente dio este nuevo paso enteramente *por sí misma*, logrando este último (y fundamental) discernimiento en base a sus propia capacidad de mentalizar, que se había reforzado en el transcurso de nuestro diálogo estimulada por mis intervenciones, realizadas en un contexto relacional empático (la “base segura” favorece el incremento en el mentalizar).

Por lo demás, la conexión emocional con la intensidad de su ira y la comprensión del deseo de matar a golpes a Cristina, más el registro del miedo que le daba el ceder a este impulso descontroladamente, le permiten entender —nuevamente por sí misma— por qué se quedó paralizada y huyó hacia la cocina.

La exploración del estado mental de la paciente le permitió a ésta:

- a) simbolizar, registrar y vivenciar el sentimiento de ira (que apareció en su sentir durante nuestro diálogo),
- b) conectarse con el miedo que la misma le suscitó, en primer término por vía de proyección en el rostro de su amiga,
- c) entender este miedo como motivado por la intensidad de su emoción, que implicaba el impulso a matar a golpes a Cristina, sumado al sentimiento de que no podría controlarla,
- d) identificar su alelamiento como una parálisis defensiva debida al miedo y su irse a la cocina como una huida producto de la misma causa.

Esta serie de rendimientos puede considerarse como un incremento en la mentalización de la emoción que fue activada en esa situación.

El procedimiento exploratorio reseñado resultó preferible —en mi opinión— respecto de la opción de “interpretarle” que si hablaba de esa forma (desafectivizada) era porque estaba sofocando el enojo hacia su amiga. Por más que Laura hubiera aceptado esta interpretación y se hubiera conectado con su ira, el saber sobre la misma habría venido desde afuera (desde mi “saber”) y no desde sus propios recuerdos y vivencias. Por lo demás, la actividad que llevó a cabo, ayudada por mis preguntas, le permitió transitar un camino a través del cual pudo simbolizar y adueñarse más plenamente de su propia experiencia, y pensar mejor sobre sus estados y su modo de funcionamiento mental (la parálisis, la huida, el miedo ante la intensidad de la furia y el descontrol, etc.).

Logró, de este modo, una conexión vivencial —paso a paso— con los distintos aspectos que fueron surgiendo, así como una mayor participación en el descubrimiento y registro de los mismos. La paciente ha sido coprotagonista de una tarea de exploración y descubrimiento vivencial, por lo cual conjeturo que la apropiación que pudo realizar de lo discernido por esta vía, fue mayor que la que hubiera podido lograr a partir de una interpretación realizada por mí, desde mi “saber”.

Entiendo, por tanto, que este modo de trabajar favorece el desarrollo de las capacidades mentalizadoras del paciente y lo estimula a ser protagonista de su propio proceso de cambio.

En estas dos viñetas me he detenido sobre problemas en el mentalizar relacionados con las experiencias emocionales (Lanza Castelli, 2013a). No he hecho referencia, en cambio, a otros déficits en el mentalizar, a la reactivación de modos prementalizados de experimentar la subjetividad (cf. p. 2), a desorganizaciones en el self, etc. Todos estos son problemas que también encontramos habitualmente en los trastornos de la personalidad. De todos modos, a pesar de lo acotado de lo que sí he tomado en consideración, espero que lo comentado en estas páginas resulte suficientemente elocuente como para advertir la importancia de utilizar un enfoque centrado en la promoción del mentalizar, en el trabajo con aquellos pacientes que presentan déficits importantes en dicha función.

REFERENCIAS.

- 1.- Allen, J.G., Fonagy, P. (Eds.) (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons Ltd.
- 2.- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- 3.- Bateman, A., Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford University Press.
- 4.- Bateman, A., Fonagy, P. (2006a). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- 5.- Bateman, A., Fonagy, P. (2006b). *Mentalizing and Borderline Personality Disorder*. En Allen, J.G.,

Fonagy, P. (Eds.), Handbook of Mentalization-Based Treatment.

- 6.- Bateman, A., Fonagy, P. (Eds.) (2012). Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. American Psychiatric Publishing, Inc.
- 7.- Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. New York: Basic Books.
- 8.- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Trabajo presentado en el “Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo”, reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de mayo de 1999. Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis, Nro. 3.
- 9.- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York: Other Press.
- 10.- Fonagy, P., Luyten, P. (2010). Mentalization: Understanding borderline personality disorder. En T. Fuchs, H. C. Sattel & P. Henningsen (Eds.), The Embodied Self. Dimensions, Coherence, and Disorders (pp. 260-277). Stuttgart: Schattauer.
- 11.- Killingmo, B. (2005). Una defensa de la afirmación en relación con los estados de afectos no mentalizados. En Alfredo Maladesky, Marcela B. López & Zulema López Ozores (Eds.), Psicósomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI. Lugar Editorial.
- 12.- Lanza Castelli, G. (2010). Poner en palabras, mentalización y psicoterapia. Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis, Nro. 36. En: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=670&a=Poner-en-palabras-mentalizacion-y-psicoterapia>.
- 13.- Lanza Castelli, G. (2013a). La mentalización de la afectividad. Sus perturbaciones y su abordaje clínico. Temas de Psicoanálisis. Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis, Nro. 5. En: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/hemeroteca/numero—5—enero—2013>
- 14.- Lanza Castelli, G. (2013b). Trabajando con pacientes en los que falla la capacidad de mentalizar. (Presentado para su publicación).
- 15.- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. International Journal of Psychoanalysis, 88: 895-915.

(*) Gustavo Lanza Castelli es Psicoterapeuta acreditado por la Federación Latinoamericana de Psicoterapia y el World Council for Psychotherapy, además de Psicoanalista y Presidente de la Asociación Internacional para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización (AIEDEM). Ha sido profesor en diversas universidades y programas de postgrado en Argentina, y actualmente forma parte del cuerpo docente del Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao. Fue vicepresidente de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina y profesor titular en la materia “Patologías del Narcisismo” en el postgrado de especialización en Psicoanálisis de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (UBA). Es autor de más de 70 publicaciones en revistas nacionales e internacionales, abordando temas de psicoanálisis, psicopatología, mentalización y psicoterapia. Dirige ‘Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia’ [<https://revistamentalizacion.com>] y ha desarrollado herramientas innovadoras para la evaluación de la mentalización, como el Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI) y el Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización (TESEM). Su trayectoria combina la práctica clínica, la investigación y la enseñanza, consolidándolo como un referente en el campo de la psicoterapia y la mentalización.

Publicado en: https://www.academia.edu/69112303/Psicoterapia_basada_en_la_mentalizaci%C3%B3n

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 28-ex-82