

La mentalización en los trastornos de la personalidad

Gustavo Lanza Castelli (*)

En una serie de trabajos publicados a partir de la década del 70 y reunidos después en un libro notable, André Green (1990) plantea que así como en la época de Freud los pacientes prototípicos eran los neuróticos, en nuestra época lo son los pacientes denominados fronterizos, esquizoides, personalidades “como si”, psicósomáticos, anoréxicos, depresivos, alexitímicos, narcisistas, etc. que constituyen lo que se ha dado en llamar “la nueva clínica”.

Para la comprensión de los neuróticos y para el trabajo terapéutico con ellos, resultó de la mayor utilidad el “modelo representacional”, que pone el acento en las representaciones que han devenido inconscientes por obra de una defensa que se les opone y que propone como objetivo la remoción de esta última y la recuperación de dichas representaciones, junto con los sentimientos e impulsos que conllevan (Fonagy et al., 1993).

Según este modelo, los cambios se logran en la organización interna de los contenidos mentales (sentimientos, creencias, ideas) por medio del trabajo interpretativo y de la relación paciente-terapeuta. A través de estos dos factores se busca integrar y reorganizar las estructuras mentales inconscientes rechazadas (Fonagy et al. 1993).

En cambio, en relación a los pacientes esquizoides, narcisistas, etc., que son los que vemos más a menudo hoy en día en nuestros consultorios, distintos autores pusieron de manifiesto que en estos casos el problema central no se hallaba tanto (o no solamente) en las vicisitudes de determinados contenidos mentales (pulsiones y defensas arcaicas, por ejemplo), sino también, y de un modo relevante, en su *modo de funcionamiento mental*. En estos casos es este modo de funcionamiento, diferente al modo de funcionamiento propio de la neurosis, el que determina en gran parte las perturbaciones y los problemas en el vivir de dichos pacientes y es sobre él que debe trabajar el terapeuta, a los efectos de lograr una modificación en el mismo (Marty 1980; Green, 1990; Fonagy et al., 1993).

Suscribiendo este enfoque, los representantes de la Escuela Psicósomática de París, por ejemplo, pusieron el énfasis en un modo propio de los pacientes psicósomáticos caracterizado por la inhibición de aquellos aspectos del funcionamiento mental responsables de la elaboración de las excitaciones. Se produce en estos casos -según su planteo- una desorganización de los fundamentos mismos del aparato mental, con lo que se empobrece el Preconsciente, desaparecen prácticamente los sueños y en el plano relacional tienen lugar vínculos desprovistos de afecto y marcados por el peso de la necesidad. Los déficits en la capacidad de simbolización hacen que en lugar de los síntomas neuróticos, con alto valor simbólico, aparezcan las somatizaciones, privadas de dicho valor (Marty, 1980).

Por su parte, Peter Fonagy y colaboradores postularon que en los pacientes con desórdenes de la personalidad severos se inhibe un aspecto particular del desarrollo de los procesos mentales: la función reflexiva o mentalización (Fonagy et al. 1993; Fonagy et al., 2002; Bateman, Fonagy, 2004, 2006) y se reactiva un *modo de funcionamiento mental prementalizado*, que tiene una serie de características específicas diferentes al modo “mentalizado”. La diferenciación precisa entre ambos

modos y la evaluación pormenorizada de aquellos aspectos en los que el paciente funciona ya en un modo, ya en el otro (Lanza Castelli, 2011b), adquiere la mayor importancia, debido a que el abordaje clínico deberá variar según cuál sea el modo que predomine en cada caso.

Cabe entonces hacer algunas consideraciones acerca de ambos modos de funcionamiento mental (mentalizado/prementalizado), a los efectos de mostrar la utilidad clínica de esta diferenciación, por más que en este breve espacio dichas consideraciones han de ser, por razones de fuerza mayor, harto esquemáticas.

I) El modo mentalizado: está caracterizado por una serie de variables. Una de ellas consiste en que en él las diversas capacidades que componen la mentalización han logrado un desarrollo y un funcionamiento adecuados, gracias a una serie de circunstancias favorables vividas con las figuras de apego temprano. Para dar una visión más ilustrativa de este modo, resultará útil realizar algunas consideraciones sobre el constructo “mentalización” y sobre algunas de las capacidades que lo integran, para poder después contraponerlas con lo que ocurre cuando predomina el modo de funcionamiento mental prementalizado, propio, como dijimos, de los pacientes de “la nueva clínica” (esquizoides, narcisistas, borderline, etc.).

Si partimos de una primera definición de mentalización, diríamos que el concepto mentalización se refiere a una actividad mental, predominantemente preconsciente, muchas veces intuitiva y emocional, que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales.

En un sentido más amplio, alude a una capacidad esencial para la comprensión de la mente (propia y ajena), la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias.

La caracterización de la mentalización no es sencilla, ya que la misma ha de entenderse como un constructo *multidimensional* que implica una serie de habilidades cognitivas, un conjunto de conocimientos, un sistema representacional para los estados mentales y cuatro polaridades (procesos automáticos y controlados; cognitivos y afectivos; basados en lo interno o en lo externo; focalizados en sí mismo o en los demás). A su vez, la articulación de este conjunto de variables da lugar a las distintas capacidades de la mentalización, las cuales no son estáticas, sino que son procesos dinámicos cuya puesta en juego varía dependiendo del nivel de activación, el stress, el tipo de relación interpersonal de que se trate, etc. (Lanza Castelli, 2011a).

Por lo demás, para una cabal comprensión de la mentalización haría falta puntualizar los hitos fundamentales de su desarrollo, que tiene lugar en el interior del intercambio intersubjetivo con las figuras de apego, categorizar detalladamente los modos prementalizados de experimentar el mundo interno, establecer su participación esencial en la constitución y desarrollo del self y mostrar su relación con la regulación emocional y el control atencional.

Dado que un desarrollo pormenorizado de estos temas excede largamente los objetivos de este trabajo, en lo que sigue haré un listado, incompleto y esquemático, de las capacidades principales de la mentalización, que en el modo de funcionamiento mental mentalizado trabajan adecuadamente.

CAPACIDADES QUE FORMAN PARTE DE LA MENTALIZACIÓN:

a) Discernimiento de la naturaleza de los estados mentales: comprende la capacidad 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 y puede considerar la propia

opinión como sólo un punto de vista, una perspectiva que es relativa, limitada y eventualmente equivocada. Asimismo, abarca la posibilidad de reconocer la opacidad de los estados mentales propios y ajenos, lo cual implica tomar conciencia de la dificultad para aprehenderlos y lo conjetural de toda afirmación acerca de los mismos. De igual forma, incluye el reconocimiento de que los estados mentales pueden disfrazarse o no expresarse, la conciencia de la naturaleza defensiva de ciertos estados mentales, etc.

b) Comprensión de la mente ajena: el buen desempeño de esta función permite la comprensión del comportamiento ajeno en términos de estados mentales, e implica la aptitud para aprehender los estados mentales que subyacen al comportamiento del otro de un modo diferenciado, plausible, descentrado y no egocéntrico.

Esta comprensión puede ser intuitiva, automática y rápida, o reflexiva y basada en inferencias y deliberaciones. Asimismo, dicha comprensión permite anticipar el comportamiento del otro y prever su reacción ante una acción o verbalización de nuestra parte.

c) Comprensión de la mente propia: supone la capacidad para adoptar una postura reflexiva que implique una focalización de la atención en los contenidos de la propia mente, a la vez que una toma de distancia que favorezca una reflexión sobre la misma.

Su adecuado funcionamiento permite el registro, identificación y diferenciación de los propios sentimientos, así como el discernimiento de aquello que les dio origen. De igual forma, habilita para la detección de los propios pensamientos y motivaciones, y para la reflexión sobre los mismos.

d) Descentramiento: consiste en la capacidad para advertir que los demás poseen pensamientos y puntos de vista diferentes a los propios. Implica también la posibilidad de reconocer que los pensamientos y sentimientos de los otros no nos tienen como el centro de su atención, sino que poseen motivos y objetivos por fuera de nuestra propia persona.

e) Regulación emocional: permite interpolar un proceso de elaboración mental entre el estímulo y la reacción emocional, que evalúe, procese y simbolice el propio sentir, modulando su expresión de acuerdo a las posibilidades de la situación y a la captación empática del otro, y propiciando una selección de respuesta acorde.

Si bien esta enumeración es incompleta y he agrupado procesos que deberían diferenciarse detalladamente para mayor precisión, ya que ponen en juego habilidades mentales distintas, creo, no obstante, que da una idea aproximada de algunas de las capacidades que quedan englobadas en la denominación “mentalización”, las que funcionan adecuadamente cuando predomina el *modo de funcionamiento mental* mentalizado.

En los pacientes mencionados al comienzo, que también podríamos denominar “trastornos de la personalidad”, vemos, en cambio, el predominio de un modo de funcionamiento mental prementalizado.

II) El modo de funcionamiento mental prementalizado. Está caracterizado por:

1) La inhibición de algunas de las capacidades de la mentalización.

- 2) La reactivación de algunos de los modos prementalizados de experimentar el mundo interno (equivalencia psíquica, hacer de cuenta, teleológico).
- 3) La constitución deficitaria del sistema representacional para simbolizar los afectos.
- 4) La inestabilidad en la estructura del self, junto con las medidas que se ponen en juego para protegerlo (inhibición del mentalizar, actos de agresión preventivos para neutralizar las amenazas percibidas, mecanismos proyectivos, representaciones inadecuadas y esquemáticas de las interacciones vinculares, etc.)
- 5) Fallas en la regulación emocional.

En la medida en que son diversas las capacidades mentalizadoras que pueden estar afectadas, varios los modos prementalizados de experimentar el mundo interno que pueden reactivarse, variable el grado del déficit en el sistema representacional mencionado, en la inestabilidad de la estructura del self y en la regulación emocional, las variantes en cuanto a los desenlaces clínicos han de ser múltiples, como así también los modos de abordaje pertinentes para trabajar con ellos.

Entre otros desenlaces, podemos citar: el pensamiento concreto, la dificultad para construir un modelo complejo de la mente propia y ajena, el carácter de “realidad” que adquieren determinados pensamientos o creencias por lo que desencadenan afectos intensos y difíciles de regular, el carácter de “irrealidad” que tienen ciertos pensamientos y fantasías al estar disociados de la experiencia vivencial concreta, la prevalencia de esquemas de atribución rígidos y estereotipados en las relaciones interpersonales, las dificultades para identificar y denominar adecuadamente los propios afectos, la desregulación emocional, la impulsividad, etc.

Por lo tanto, estos desenlaces clínicos (y las variables que están en su base) que determinan (o co-determinan) los padecimientos del consultante, deben ser tomados como focos del trabajo terapéutico con el objetivo de revertir el proceso: favorecer la reactivación de las funciones mentales inhibidas, desactivar los modos prementalizados de experimentar el mundo interno, construir puentes entre las experiencias afectivas primarias y su representación simbólica, favorecer la formación de un sentido coherente del self, propiciar la regulación emocional, etc.

Debido a la complejidad y variedad de los desenlaces clínicos posibles, como también al espacio acotado de este escrito, se vuelve imperioso hacer una elección entre tantas posibilidades, por lo que en esta ocasión me centraré en una sola variable: la reactivación del modo de “equivalencia psíquica” y la simultánea inhibición de la capacidad para diferenciar los hechos de las representaciones, y propondré un procedimiento técnico útil para favorecer la transformación de la equivalencia psíquica en representación mental y para propiciar la reactivación de la capacidad de diferenciar las representaciones de los hechos.

Cabe comenzar diciendo que este modo prementalizado (la “equivalencia psíquica”) consiste en la reactivación de un modo de experimentar el mundo interno que es normal en la temprana infancia.

Hasta los tres años de edad, aproximadamente, el pensamiento del niño es muy diferente de lo que es para el adulto promedio, ya que no ha adquirido todavía una teoría representacional de la mente y, por tanto, no considera que sus ideas sean *representaciones* de la realidad, sino más bien *réplicas directas* de la misma, reflejos o copias de ésta que son siempre verdaderas y compartidas por todos.

Cuando tiene vigencia este modo de experimentar el propio pensamiento, no es posible que haya distintos puntos de vista sobre el mismo hecho, ya que pensamiento y realidad no se diferencian y, por tanto, hay sólo una única forma de ver a esta última (Target, Fonagy, 1996) y basta la existencia de una idea para que sea considerada como “real”. Lo que existe en la mente ha de existir en el exterior, y lo que existe afuera ha de existir también en la mente.

En los pacientes mencionados al comienzo de este trabajo (fronterizos, esquizoides, como-si, etc.) vemos que en ciertas situaciones padecen una inhibición de la capacidad que permite “diferenciar los pensamientos de la realidad efectiva”, junto con una reactivación de los modos prementalizados, lo que configura entonces un modo de funcionamiento mental diferente al normal o al neurótico, ya que en este último caso no se pierde la capacidad de tomar a la representación como “mera representación”.

Estos pacientes funcionan (de modo habitual o episódico) en el modo de “equivalencia psíquica”, por lo que sus propios pensamientos son tomados por ellos como “reales”. Así, en ciertos casos encontramos que las autocríticas que un paciente depresivo se dirige no son tan diferentes de las de otras personas no depresivas, sólo que en estas ocasiones el sentimiento de maldad y las autoacusaciones referidas a haber actuado incorrectamente, por ejemplo, se transforman en la realidad plena e irrefutable de ser efectivamente malo, con las diversas consecuencias que este estado de cosas acarrea.

En los pacientes con trastorno borderline de la personalidad es habitual encontrar una serie de manifestaciones del predominio de la equivalencia psíquica. Entre otras, encontramos procesos de pensamiento rígidos e inflexibles, la convicción inquebrantable e inapropiada de tener razón, sentimientos de grandiosidad incuestionable (derivados del hecho de que el deseo de perfección se transforma en perfección efectiva), etc.

Esta diferenciación entre “mera representación” y “equivalencia psíquica” posee la mayor importancia, no sólo en cuanto a las manifestaciones que produce la vigencia de la segunda, sino también en lo que hace al enfoque clínico que debemos adoptar en un caso y en el otro. Cuando lo que predomina es un modo de experimentar el mundo interno en el que la representación es reconocida como tal (un modo “mentalizado”), cabe trabajar mediante un abordaje interpretativo que busque develar lo latente de dicha representación, sea que ésta aparezca como síntoma, fantasía, sueño, idea obsesiva, etc. En tanto el paciente reconoce este carácter “representacional” de sus fantasías, sueños y creencias, se predispone a trabajar sobre ellas en la búsqueda de los determinantes que las subtienden.

Pero si en él predomina el modo de experimentar el mundo interno de equivalencia psíquica, el intento del terapeuta por “interpretar” dicha manifestación confundirá al paciente (¿cómo “interpretar” algo que es “real”?), lo perturbará, o no tendrá el menor efecto sobre él.

Intentaré ilustrar esta diferencia con dos breves viñetas clínicas, de dos pacientes diferentes.

La primera se refiere a una paciente con rasgos histéricos y fóbicos, con un funcionamiento mental mentalizado, que presentó, como uno de sus motivos de consulta, la angustia que le despertaban las relaciones sexuales y el dolor que sentía en las mismas. En el curso del trabajo analítico fuimos descubriendo que poseía una imagen de su novio como agresivo y de su pene como un arma que podría dañarla (como resultado de la proyección en él de su propia hostilidad hacia los hombres).

En los comienzos del trabajo sobre esta temática la paciente seguía viviendo de esta forma a su novio y sintiendo angustia pero, a la vez, podía identificar conscientemente que se trataba de una imagen suya y no de una “realidad”, aunque este saber no implicara en el primer momento mayores cambios en su sentir. Más allá de cómo prosiguió el análisis de esa situación -que no es el asunto objeto de este escrito- lo esencial para nuestro tema es que el “carácter representacional” que la imagen mencionada del novio tenía para la consultante, posibilitaba que la misma se volviera “analizable” y que pudiera ser abordada mediante un trabajo interpretativo, con la colaboración de la paciente, en la medida que sus resistencias se lo permitían.

Como dicen Target y Fonagy: “El analista y el paciente discuten fantasías, sentimientos e ideas que “saben”, al mismo tiempo, que son falsas” (Target, Fonagy, 1996, pág. 66).

Distinta fue la situación en el caso de una paciente esquizoide con rasgos paranoides y evitativos. La consultante comenzó una relación de pareja a poco de iniciado el análisis y al poco tiempo relató una situación en la que su novio se había mostrado algo agresivo, lo que desencadenó en ella una intensa angustia.

A la semana siguiente relató que su pareja se había rapado el pelo, lo que la angustió porque lo vio transformado en un “milico” (un militar la había violado en su adolescencia).

A partir de ese momento interpretaba diversos estados de malhumor y actitudes algo bruscas de su novio como signos de una violencia que ella suponía intensa y contenida, pero pasible de emerger en cualquier momento de una manera brutal, lo que le daba mucho miedo y era origen de múltiples dificultades en la relación. Hablaba de esto con la mayor seguridad y sin que asomara en su decir un atisbo de duda o crítica respecto de sus propias afirmaciones (lo que hubiera indicado la activación de la capacidad de mentalizar).

Intenté entonces una aproximación similar a la mencionada en la viñeta anterior, ya que conjeturaba también en este caso (a raíz de una serie de indicadores) una proyección de la propia hostilidad en la persona de su pareja. Comencé interpretando que suponía que lo que ella veía en su novio era una “imagen” que había construido de él como tan violento, cuya razón de ser sería cuestión de investigar. Pero esta intervención desató una reacción levemente paranoide y una fuerte angustia en la paciente: si ella creía (o yo le hacía creer) que se trataba de una “fantasía” suya, esto haría que bajara la guardia y que quedara inerte frente a la “realidad” de la agresión de él.

Si mi intervención resultó tan perturbadora fue porque en aquél entonces no advertí con suficiente claridad que en la paciente se había reactivado un modo de experimentar el mundo interno, consistente en la “equivalencia psíquica”, por lo que sus pensamientos eran para ella equiparables a la realidad: era “real” la violencia del novio, y constituía un elevado riesgo que “le hicieran creer” que la misma era sólo una fantasía suya.

La comprensión de esta situación me llevó a realizar un abordaje diferente, centrado no ya en la interpretación, sino en estrategias y técnicas que buscaban favorecer la reactivación de las capacidades mentalizadoras inhibidas, de modo tal que la equivalencia psíquica fuera reemplazada por el mentalizar (esto es, por la dimensión “representacional” de la mente) y se recuperara paulatinamente la capacidad reflexiva. Y fue sólo en la medida en que se iba logrando este objetivo y que la paciente recuperaba de a poco dicha dimensión representacional, así como la capacidad de interrogarse y de reflexionar sobre su propia mente, que comenzaba a ser posible inquirir por las razones de esa construcción mental (el hombre como violento).

Deseo ahora caracterizar ese abordaje diferente, partiendo de la siguiente pregunta: ¿cómo favorecemos el pasaje de la “equivalencia psíquica”, en donde los pensamientos tienen valor de realidad, a la dimensión representacional de la mente, en donde se puede advertir que los pensamientos son una “representación” de la realidad, un punto de vista sobre la misma, relativo, modificable y subjetivo?

Pero antes de adentrarnos en una de las técnicas específicas que puede utilizarse en estos casos, hace falta mencionar, aunque sea muy brevemente, el contexto en el que ha de situarse dicha técnica, esto es, la estrategia general del tratamiento basado en la mentalización, que reseño en lo que sigue de un modo incompleto y esquemático, con la intención de dar aunque sea una somera idea de la misma.

Cabe mencionar en primer término que la psicoterapia activa invariablemente el sistema de apego y que es esencial que el terapeuta provea al paciente la experiencia de una base segura. El profesional proporciona al consultante la vivencia de sentirse entendido, la cual genera una experiencia de seguridad que, a su turno, favorece la exploración mental. Esta exploración mental incluye también la exploración de la mente del terapeuta, y el encontrarse a sí mismo del consultante en el proceso.

Al conducir la psicoterapia, el profesional implica al paciente en un proceso de atención conjunta cuyo foco son los procesos mentales de este último. “Desde nuestro punto de vista, los procesos de atención compartida implicados por todas las terapias psicológicas, refuerzan la función interpretativa interpersonal del mentalizar” (Allen, Fonagy, Bateman, 2008, pág. 168). “Si bien su mente se focalizará probablemente en el contenido, el valor terapéutico último del intercambio proviene de la focalización conjunta en la experiencia subjetiva del paciente en el contexto de un contenido mental después del otro. Tal como ocurre en la infancia, este proceso de atención conjunta optimiza la capacidad mentalizadora y, concomitantemente, refuerza el sentido del self del paciente” (Ibid).

Para promover la capacidad de mentalizar se hace necesario estabilizar la mentalización en el contexto de una relación de apego seguro, restablecer la mentalización en cualquier punto en que se haya perdido, minimizar los efectos adversos asociados con intervenciones no mentalizadoras (como por ejemplo, ubicarse en la posición de “experto”).

El objetivo de incrementar la mentalización requiere identificar las capacidades mentalizadoras del paciente y trabajar con ellas, focalizar en los estados internos propios (del terapeuta) y del consultante, representar estos estados internos al paciente, sostener este foco en medio de los diversos desafíos emocionales presentados por este último.

Si bien el terapeuta posee un marco teórico, ha de tener cuidado de no imponerlo al paciente, para no disminuir la exploración y el descubrimiento que éste pueda realizar.

Es esencial que el terapeuta adopte y mantenga una posición mentalizadora, que implica una actitud interrogativa, curiosa, de no saber y de querer saber más, y que requiere tolerancia hacia la ambigüedad y la incertidumbre. Asimismo, supone poner el foco en la mente del paciente, adaptar las intervenciones a sus posibilidades de mentalizar, generar perspectivas alternativas y tener autenticidad.

Por lo demás, dada la variación en las capacidades mentalizadoras de cada paciente, en la misma o en distintas sesiones, el terapeuta debe estar atento a dicha variación e intervenir en consecuencia.

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.

Cuanto más perturbada esté la capacidad de mentalizar, más predominante deberá ser el elemento de apoyo, cuanto menos perturbada, mayor habrá de ser el elemento interpretativo (que busca habilitar al paciente a cambiar su perspectiva).

En cuanto a mentalizar la transferencia, esto significa focalizar en la relación actual paciente-terapeuta, pero no con el objetivo de proporcionar una explicación del comportamiento actual en base a repeticiones del pasado, sino buscando estimular al consultante a pensar en la relación que está viviendo, mientras se encuentra en ella, con la intención de que pueda considerar que hay modos alternativos de entenderla (para que abandone así el modo de equivalencia psíquica, donde las cosas son de una sola manera).

En el trabajo en sesión resulta de utilidad elicitación episodios autobiográficos detallados, elaborarlos y clarificarlos buscando ahondar en ellos, a los efectos de que se vuelvan perceptibles para el paciente los pensamientos, sentimientos y motivaciones incluidos en los mismos. He denominado “trabajo exploratorio” a este modo de abordar al paciente (Lanza Castelli, 2010).

Por último, antes de entrar a considerar en detalle la técnica que propongo, resultará útil citar una caracterización de la psicoterapia que brindan Bateman y Fonagy:

“Los enfoques terapéuticos tradicionales dependen, para su efectividad, de la capacidad del individuo para considerar su experiencia de sus propios estados mentales, junto a la representación de los mismos por parte del terapeuta.

La apreciación de la diferencia entre la propia experiencia de la propia mente y aquella presentada por otra persona es un elemento clave. Es la integración de la propia experiencia habitual de la propia mente con la visión alternativa presentada por el terapeuta la que ha de estar en el fundamento del proceso de cambio” (Bateman, Fonagy, 2006, pp. 190-191).

El trabajo con la “equivalencia psíquica” tiene un objetivo consistente en que el paciente pueda “jugar con la realidad”, esto es, que conquiste la dimensión representacional de su creencia (equiparada por él con la realidad).

En estos casos la interpretación es contraproducente (como lo ilustra la viñeta clínica), como así también el cuestionamiento directo de la creencia. Es importante sintonizar con la posición del paciente e introducir, simultáneamente, una diferencia, como se verá en lo que sigue.

Lo que hace falta es: empatía y sintonía, validación, reflejo marcado gradual y sucesivo, entendiendo por “reflejo” la presentación que el terapeuta hace al paciente de la representación que ha construido acerca de su mente (del paciente).

Para ilustrar las características y fundamentos de esta técnica, me valdré nuevamente de la viñeta mencionada, si bien no pretendo llevar a cabo un relato de cómo transcurrió en los hechos el tramo del análisis de la paciente en el que la puse en práctica (lo que requeriría de un trabajo en sí mismo), sino solamente utilizar dicha viñeta para graficar en un ejemplo concreto la razón de ser y las características de la técnica mencionada.

Para mayor claridad, partamos de un momento de una sesión en el que la paciente narró nuevamente una escena que incluía otra actitud violenta del novio y en la que hizo referencia a la fuerte angustia que sintió.

Si el terapeuta dijera ante dicho relato: “Entiendo que te angustiaras tanto, ante su actitud violenta” estaría empatizando con la paciente, validando su experiencia, pero reflejando su relato en el mismo registro, esto es, en el modo de equivalencia psíquica, con lo cual la misma quedaría convalidada, ya que -al expresarse de esa forma- también él estaría considerando la violencia del novio como un “hecho”.

Para que la intervención se oriente en el sentido del objetivo que buscamos (reemplazar la equivalencia psíquica por la dimensión representacional), el reflejo que el terapeuta lleva a cabo tiene que ser “marcado”, esto es, debe empatizar con la paciente, validar su sentir, pero reflejar *introduciendo una diferencia*. Esto es un reflejo “marcado”, el que introduce una diferencia.

Por lo demás, es factible diferenciar una serie de pasos de complejidad creciente en este reflejo marcado, que no implican necesariamente una secuencia temporal, sino que expresan un modo de

abordaje paulatino, que incluye diversas variables significativas. Asimismo, cabe subrayar que lo que nos da la pauta de la pertinencia de tal o cual paso y de la posibilidad de avanzar en ese sentido son las respuestas del consultante a nuestras intervenciones, que muestran que es posible seguir complejizando las mismas o, por el contrario, que es necesario insistir más detenidamente en tal o cual aspecto de nuestro abordaje.

En todos los casos, cada uno de los pasos ha de ser reiterado una y otra vez, cada vez que la situación clínica lo permita o favorezca.

-- El primer paso: "Entiendo que te angustiabas tanto, si estabas tan convencida de su violencia"

Este comentario busca, como fue dicho, sintonizar con la paciente de un modo empático ("entiendo que te angustiabas tanto") y validar su experiencia.

Pero, a la vez, introduce una diferencia ya que modifica el foco, que en el relato de la consultante estaba puesto en el novio violento, y lo lleva hacia la paciente, a la vez que comienza a poner el acento en la dimensión subjetiva de la misma ("estar convencida"). De este modo, la versión que da el terapeuta de la misma escena, queda diferenciada de la experiencia tal como fue relatada por la consultante, según la cual tuvo una reacción (angustia) producida por una percepción consistente en una mera "réplica" del "hecho" (el novio violento).

Se intenta con ello introducir una primera e incipiente fisura en la "realidad" del "hecho", en la equivalencia psíquica.

Antes de formular esta intervención, el terapeuta ha construido en su mente una representación de la experiencia de la paciente, según la cual dicha experiencia no consiste en una "copia" de la "realidad" del novio, sino que posee una dimensión subjetiva: su estar "convencida" (de la violencia del novio). Y es esta representación la que le ofrece a la consultante mediante un reflejo marcado con *la subjetividad* de ésta.

Por su parte, la paciente recibe del terapeuta la representación de su experiencia (que ella vivió como "real") como consistiendo en un "estar convencida", esto es, con una dimensión en la que queda implicada su propia subjetividad en la categorización del "hecho" (lo que llamamos dimensión representacional).

Es esta imagen de sí ("marcada" con la dimensión de su propia subjetividad) la que encuentra en la mente del terapeuta, expresada en lo que éste le dice. Su propia implicación subjetiva en la situación, como estando "convencida", le viene desde el profesional.

Y es a partir de esta imagen de sí que encuentra en la mente del terapeuta, que podrá comenzar a internalizar dicha representación para representarse su propia experiencia como subjetiva y no ya como "réplica de la realidad", y para poder comenzar a pensar sobre la misma.

Todo el movimiento de intervenciones posteriores deberá ir en este sentido, incrementando progresivamente en las mismas (a medida que haya respuesta favorable de la paciente) el grado de reflejo marcado y el grado de dimensión subjetiva implicada en ellas -que está en juego en la experiencia de la consultante, por más que ella no pueda reconocerlo como tal. O sea, la paciente podrá encontrar en la mente del terapeuta, en forma reiterada, nuevos aspectos de su dimensión subjetiva, a medida que avanza la terapia.

A medida que la paciente pueda ir viéndose, cada vez más, como una "interpretante" del evento, y pueda ver sus creencias como tales, operando para interpretar el evento, más se estará recuperando la dimensión subjetiva y mentalizadora de la misma (la mente "representacional").

-- Segundo paso: “Creo entender que en esos momentos tu angustia es tan grande y la convicción es tan fuerte, que no es posible verlo de otra manera”

Mediante esta intervención se intenta un avance un poco mayor. Se incluye el paso anterior que da cabida a la dimensión de la subjetividad (“la convicción es tan fuerte”), pero se agrega una referencia a un posible modo diferente de ver las cosas, que no es mencionado en forma directa, sino sólo sugerido.

La importancia de este segundo aspecto de la intervención radica en que, así como la equivalencia psíquica inhibe la posibilidad de ver las cosas de un modo diferente (ya que lo que supuestamente está en juego es una “copia” de la realidad “tal como es”), en el mentalizar, por el contrario, el discernimiento del carácter representacional de todo estado mental, trae consigo la comprensión de que en ellos está en juego siempre *un* punto de vista, por lo que cabe la posibilidad de que haya otras maneras de ver la misma situación. Es este aspecto el que trata de introducir la segunda parte de la intervención.

-- Tercer paso: “Cuando ahora hablamos de cómo lo sentís de violento, ¿hay alguna diferencia respecto de cómo lo ves cuando estás con él?”

Con la referencia directa al intercambio en sesión se busca avanzar un paso más, ya que la relación terapéutica con un terapeuta empático, vivido como una base segura, favorece el incremento de la mentalización.

Se inquiere entonces directamente por la diferencia en la apreciación del “hecho”, con lo cual se está aludiendo a que la percepción de la paciente puede variar y, si tal cosa ocurre, se ve conmovida la equivalencia entre la apreciación y el hecho, la consideración de que aquella es una “copia” de este último.

Por otra parte, en la formulación misma se habla de que ella “lo siente” violento. Nueva remisión a la subjetividad de la consultante.

Esta pregunta avanza también en el sentido de favorecer la toma de distancia respecto a la idea (el novio como violento) y estimular un comienzo de des-identificación con la misma.

-- Cuarto paso: “En tal y tal caso tuviste la misma convicción. ¿Será que todos eran violentos o lo podríamos pensar de otra manera?”

Esta intervención remite a la historia de situaciones vividas de modo similar (en caso de que las haya). Busca cuestionar la realidad de la creencia, apelando a lo poco plausible de que todos los hombres con los que tuvo alguna relación hayan sido violentos. De esta forma, al entrar dicha creencia a formar parte de un contexto mayor, que ayuda a relativizar su supuesta “verdad” (entendida como copia de la realidad), se favorece también un cuestionamiento de la “equivalencia psíquica”.

-- Quinto paso: “¿Será posible que esta forma de verlo sea como un molde que, a pesar tuyo, condiciona tu percepción? (acá se puede hacer referencia a diversas experiencias con otras personas, donde la vivencia fue similar).

Cuando se logra un acuerdo acerca del “molde”, se puede plantear la pregunta respecto a cómo llegó a formarse y explorar sus múltiples determinaciones en la vida anímica de la paciente y en su historia.

A partir de este punto, el análisis puede proseguir por caminos más clásicos, en la medida en que se ha conmovido el modo de equivalencia psíquica y se ha alcanzado el nivel representacional.

Cabe agregar que la forma en que he referido estos pasos es esquemática, que los mismos están consignados de un modo demasiado prescriptivo y que falta en ellos toda referencia al intercambio ocurrido en sesión. Tampoco han sido mencionadas las modificaciones que tuvieron lugar en el modo de ver las cosas de la consultante, en su forma de regular sus emociones y de comportarse en la relación con los demás, que se produjeron a partir de intervenciones de la índole de aquellas contenidas en los pasos mencionados y de otras que tuvieron que ver más bien con sus estados afectivos y motivaciones.

Asimismo, faltan las referencias que podrían hacerse a la fragilidad del self de la paciente y a las medidas que puso en juego para defenderlo, a ciertas perturbaciones en la constitución de las representaciones para simbolizar sus afectos, a la sobrerregulación emocional. Con estos agregados se lograría una caracterización más completa del modo de funcionamiento mental prementalizado de esta paciente, de acuerdo a los cinco ítems mencionados al comienzo del punto II. De este conjunto, sólo he considerado en este trabajo la inhibición de algunas capacidades de la mentalización y la reactivación de uno de los modos de experimentar el mundo interno, ya que mi interés ha sido simplemente ilustrar una de las vías mediante las cuales es posible remover el modo de equivalencia psíquica y favorecer que el paciente alcance la dimensión representacional, objetivo que posee la mayor importancia en el trabajo con este tipo de consultantes.

Por lo demás, es importante consignar también que es posible alcanzar la misma meta con otras técnicas y que en la medida que la terapia basada en la mentalización tiene como finalidad la reactivación de las capacidades mentales inhibidas, no ha de restringirse a un grupo de técnicas específicas y excluyentes, ya que la experiencia muestra que desde distintos enfoques teóricos han sido propuestas técnicas que resultan útiles para el logro del objetivo mencionado (Fonagy, Bateman, Bateman, 2011).

Referencias:

- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A. (2008) *Mentalizing in Clinical Practice*
American Psychiatric Publishing
- Bateman, A, Fonagy, P (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford. University Press
- Bateman, A., Fonagy, P. (2006) *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Fonagy, P., Moran, G.S., Edgcombe, R., Kennedy, H., Target, M. (1993) The Roles of Mental Representations and Mental Processes in Therapeutic Action
The Psychoanalytic Study of the Child, 48:9-48
- Fonagy, P, Gergely, G, Jurist, E, Target, M (2002) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press.
- Fonagy, P, Bateman, A, Bateman, A (2011) *The widening scope of mentalizing: a discussion*.

- Psychology and Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 84, 98-110.
- Green, A (1990) *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*. Éditions Gallimard
- Lanza Castelli, G (2010) Mentalización y trabajo exploratorio en la psicoterapia.
Revista Persona, Vol 11, Nro 2, mayo 2011.
- Lanza Castelli, G (2011a) La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*, Nro 39
<http://www.aperturas.org/revistas.php?n=actual>
- Lanza Castelli, G (2011b) El Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, Año IV, Nro. 2 <http://www.revistadeapra.org.ar/ultimo.htm>
- Marty, P (1980) *El Orden Psicosomático. Los movimientos individuales de vida y de muerte. Desorganizaciones y Regresiones*. Editorial Promolibro, 1995
- Target, M, Fonagy, P (1996) Jugando con la realidad II. El desarrollo de la realidad psíquica desde una perspectiva teórica. *Libro Anual de Psicoanálisis* (1996) XII, 65

(*)

Gustavo Lanza Castelli

Psicoanalista

Psicoterapeuta acreditado por la Federación Latinoamericana de Psicoterapia y el World Council for Psychotherapy.

Vicepresidente de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina.

Presidente de la Asociación Internacional para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización.

Ex profesor titular de la materia *Clínica Psicológica y Psicoterapias* en la carrera de Psicología de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).

Ex profesor titular de la materia *Patologías del Narcisismo* del postgrado de especialización en Psicoanálisis, de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires.

Fue Secretario del Congreso Mundial de Psicoterapia que tuvo lugar en Buenos Aires, en 2005.

Es miembro de la Red de Investigadores de la Federación Internacional de Sociedades Psicoanalíticas.

Es director de *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*.

Es director de la *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*.

Es autor de múltiples trabajos, publicados en revistas nacionales y extranjeras, sobre psicopatología, análisis del discurso, escritura y psicoterapia, mentalización y psicoterapia.

Es compilador y coautor del libro *La escritura como herramienta en la psicoterapia*, en coautoría con Héctor Fernández Álvarez y Héctor Forini, editado en 2011 por Psimática (España).

Ha diseñado dos pruebas para evaluar la mentalización:

a) El Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI) que será publicado próximamente en el *Journal of the European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy*.

b) El Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización (TESEM).

Publicado en la *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*. Año IV, Nro 2

<http://www.revistadeapra.org.ar/ultimo.htm>

Ambos se encuentran en proceso de validación.

Página web: www.mentalizacion.com.ar

