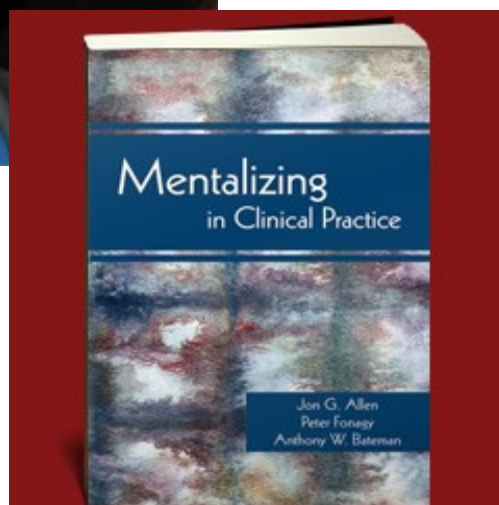
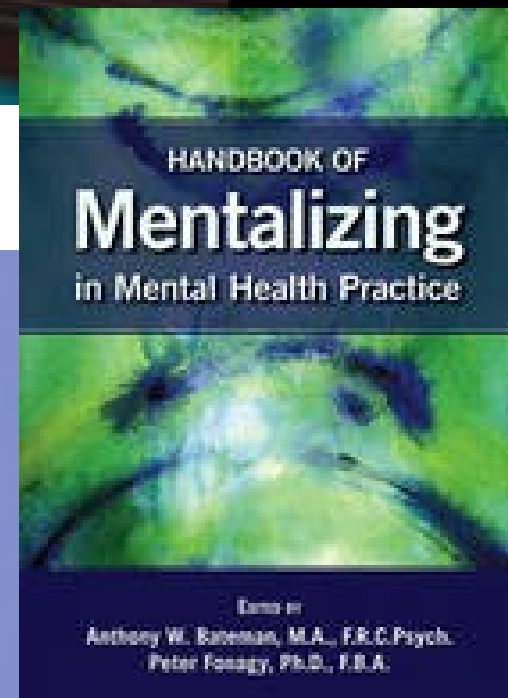
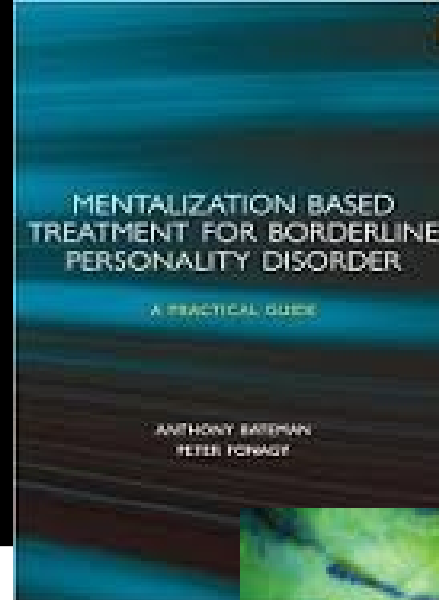
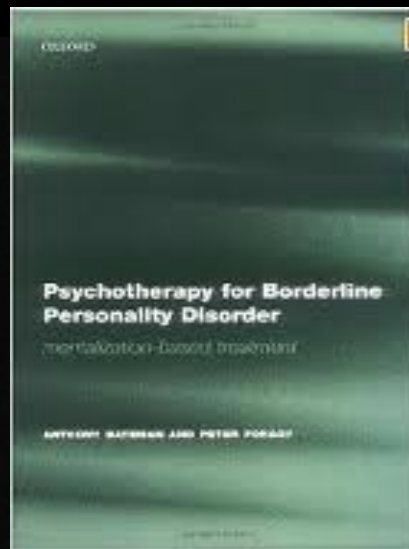
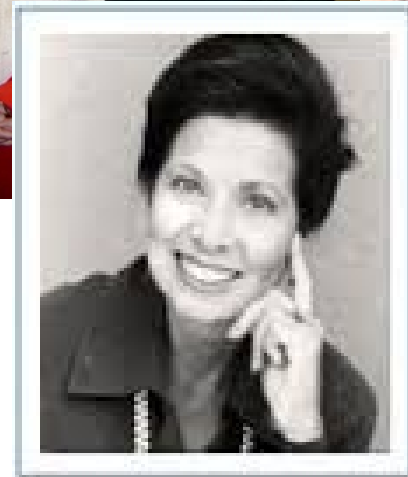
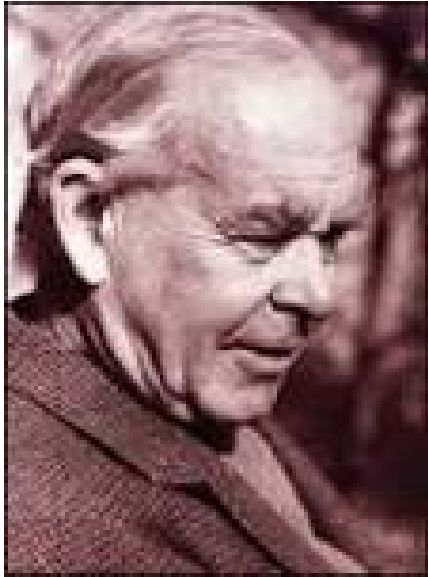


Josefina Mas Hesse
Alberto Fernández Liria
Málaga junio de 2014

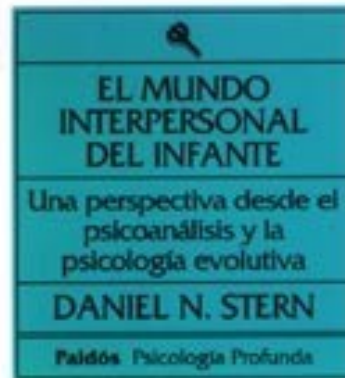
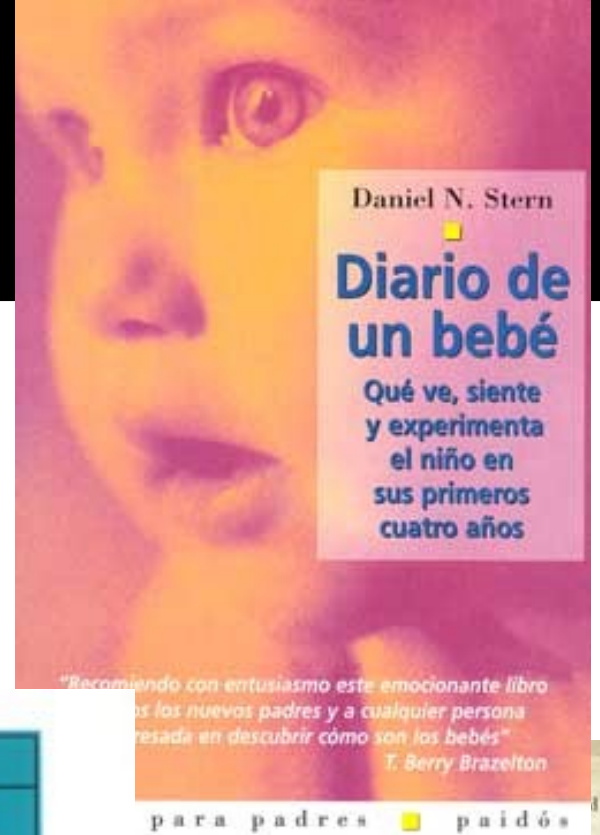
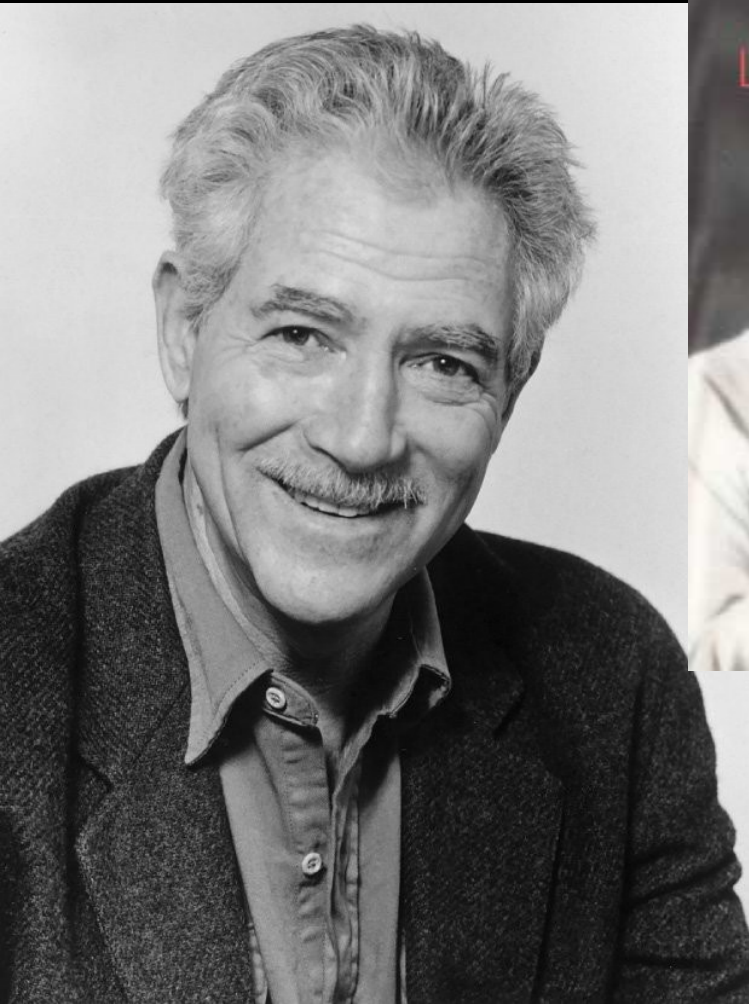
**MBT en el tratamiento de pacientes
límite**



Teoría del apego



Intersubjetividad



Del apego a la intersubjetividad (I)

- La intersubjetividad está presente desde el nacimiento (**biológicamente programados** para ella)
- **Daniel Stern** (1985) señala que el niño se vuelve hacia la madre para averiguar cosas sobre el, pero también sobre el mundo y sobre los otros. A los **12 meses descubre que él tiene una mente, su madre otra**, y que el contenido de esa mente (la experiencia interna) **puede ser compartido**

Del apego a la intersubjetividad (IV)

- Stern llama *sintonía afectiva* al doble proceso de resonancia emocional y comunicación que nos permite sentir que sentimos algo próximo a lo que siente otro y acordar con el otro que estamos **compartiendo una experiencia**.
- Stern cree que el apego y la intersubjetividad son **dos sistemas motivacionales separados y complementarios**.

CAPACIDAD DE MENTALIZAR

- Fonagy y cols definen en 1991 la **FUNCIÓN REFLEXIVA**, en el contexto de investigar transmisión intergeneracional del vínculo de apego con EAA, a partir de **si los entrevistados se referían o no a estados mentales** cuando se les pedía que hablaran de experiencias relacionales de su infancia.
- La capacidad de los padres de mentalizar se asocia con apego seguro en los niños.
- Y, a la inversa, con bajos niveles de mentalización se encuentra apego inseguro

Definición de Mentalizar

- *Constructo que se refiere a una serie variada de operaciones psicológicas que tienen como elemento común focalizar en los estados mentales. Incluyen una serie de capacidades representacionales y de habilidades inferenciales, las cuales forman un mecanismo interpretativo especializado, dedicado a la tarea de explicar y predecir el comportamiento propio y ajeno mediante el inferir y atribuir al sujeto de la acción determinados estados mentales intencionales que den cuenta de su conducta (Gergely, 2003).*

Definición de Mentalizar

- Puede entenderse como la capacidad de crear historias sobre lo que pasa en nuestra mente y en la de los demás.
- Necesario entender que se trata una actividad imaginativa, representacional.
- Lo que permite tomar una cierta distancia de los procesos mentales y reflexionar sobre ellos.
- Al mentalizar comprendemos que los seres humanos poseemos mentes separadas, con diferentes modelos de la realidad subyacentes a nuestras acciones

Mentalizar es un concepto complejo

Es una capacidad **dinámica y dependiente del contexto** interpersonal

Es **multidimensional**, e incluye:

1. el contenido de los estados mentales (desde fenómenos ordinarios - como necesidades, deseos, sentimientos, pensamientos, creencias, fantasías y sueños - a procesos patológicos, como estado disociativos, alucinaciones o delirios)
2. el aspecto temporal (presente, pasado, futuro)
3. el alcance (estado de la mente en una situación actual, que puede expandirse articulando razones para creencias, sentimientos y acciones, explorando otros sentimientos más ocultos, hasta contexto autobiográfico)
4. las polaridades de la mentalización

Neuronas

TLP

inibitorio

Mentalización de la afectividad

- Al llevar la mente a lo que se siente, se transforma: si se interpreta la propia respuesta como justa indignación o como irritación, se constituyen distintos estados de la mente



- De esta integración resulta la “mentalización de la afectividad”, que supone reconocer, modular, expresar emociones, diferenciando entre estar en un estado emocional y tener consciencia del mismo y de su significado, lo que permite manejarlo.
- La lógica de lo afectivo es la de la certeza: sé algo porque lo estoy sintiendo, la de la cognición es la de la reflexión y permite la duda

Desarrollo de la capacidad de mentalizar

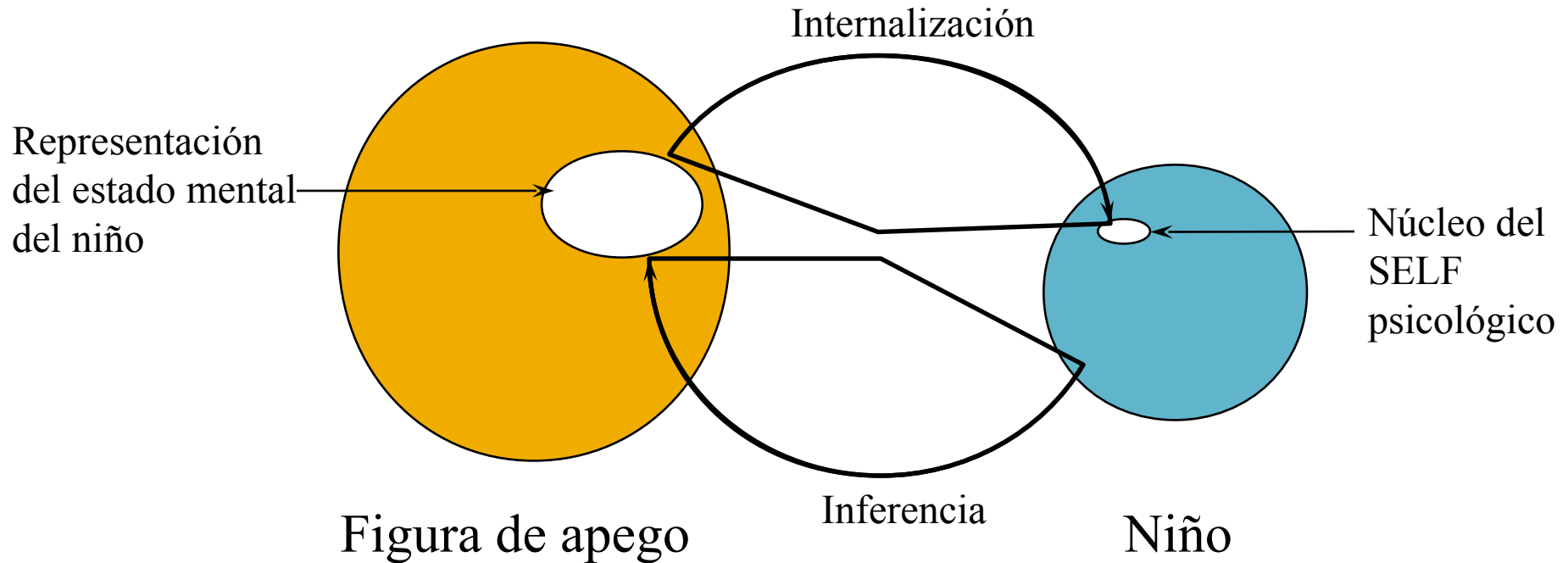
- La *cara de la madre* es el espejo en el que empieza a reconocerse el niño (Winnicott, 1967).
- Gergely y Watson han estudiado este fenómeno, en detalle y encontrado que la madre se implica en él haciendo dos cosas al reflejar sus estados:
 - A través del “**marcado**” (marking) por el que la madre exagera y amplifica las expresiones, permitiendo así que se diferencien de sus expresiones cotidianas
 - A través de la “**contingencia**” por la que, en estos breves intercambios, sólo recoge las impresiones del niño, dejando totalmente al margen las suyas propias.

Desarrollo de la capacidad de mentalizar

- La *cara de la madre* es el espejo en el que empieza a reconocerse el niño (Winnicott, 1967).
- Gergely y Watson han estudiado este fenómeno, en detalle y encontrado que la madre se implica en él haciendo dos cosas al reflejar sus estados:
 - A través del “**marcado**” (marking) por el que la madre exagera y amplifica las expresiones, permitiendo así que se diferencien de sus expresiones cotidianas
 - A través de la “**contingencia**” por la que, en estos breves intercambios, sólo recoge las impresiones del niño, dejando totalmente al margen las suyas propias.

MGergely, G. and Watson J.

(1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy



*El niño internaliza la representación del cuidador para configurar su self.
El juego y la interacción con el cuidador lleva a la integración de modos
primitivos de experimentar la realidad interna*

◆ *mentalization*

MGergely, G. and Watson J. (1996).

The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy

- Biológicamente preparado para recibir una respuesta contingente y marcada en un contexto de apego, a partir de ella se generan en el niño patrones de desarrollo fundamentales para él:

empieza a tener capacidad de **representar mentalmente los afectos y experiencias subjetivas**, se inicia en él una forma de procesamiento **emocional** determinada, mediante el **acceso a la propia experiencia interna** y, al dirigir la mamá y el niño conjuntamente su atención hacia lo que le ocurre al niño, se entrena el **control voluntario de la atención**.

Funciones interrelacionadas a lo largo del ciclo vital

Modos de experiencia subjetiva (Fonagy)

■ Modo de **equivalencia psíquica**

- No hay diferencia entre los pensamientos y los hechos. Lo que sentimos ES lo que pasa y al revés

“¡Quieto, que viene la bruja!”

■ Modo de **simulación** (*Pretend, "como si"*)

- El mundo interno se separa del externo

■ Modo **mentalizador** (o reflexivo)

A los 4 años

- Somos capaces de darnos cuenta de que el mundo interno está separado, pero en relación con el externo.



Espequearización contingente y marcada:

desarrollo de representaciones de segundo orden
Mediante interiorización

Seguridad del niño para **explorar la mente del cuidador**. Que tiene su mente en mente

Juego etc : integrar en mentalización los modos previos de equivalencia psíquica y modo "como si"

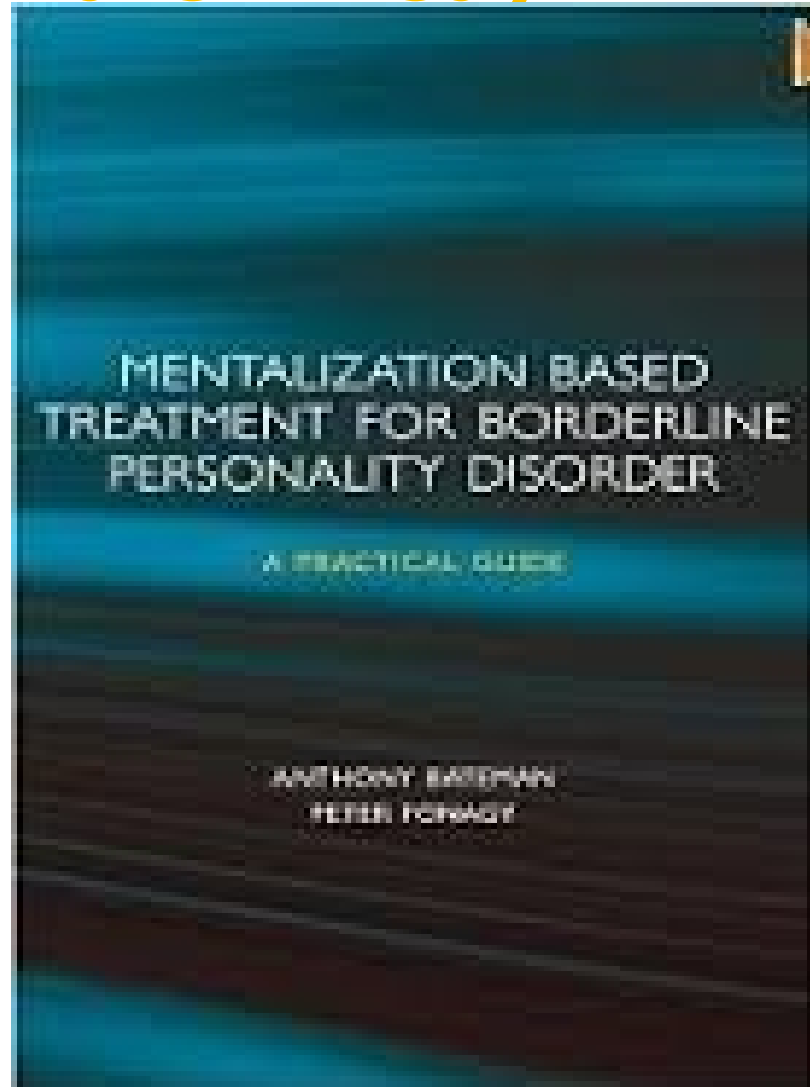
**M
E
N
T
A
L
I
Z
A
C
I
Ó
N**

Neurobiología Interpersonal

- La mente surge dentro del organismo y entre organismos
- La mente (flujo de energía e información) surge en la interfase de los procesos neurofisiológicos y las relaciones interpersonales.
- El desarrollo de la mente es el producto de la maduración programada genéticamente del organismo en respuesta al ambiente.

Evaluación de la capacidad de mentalizar (en la clínica)

- Bateman A,
- Fonagy P 2006



Evaluación de la capacidad de mentalizar

- En el contexto de relaciones interpersonales estrechas de la vida del paciente.
- No es válida la descripción espontánea (discursos “aprendidos”, “superficiales”).
- Explorar las respuestas a preguntas no previstas, hechas por el terapeuta, sobre situaciones interpersonales.
- Se recomienda empezar con situaciones de carga emocional media, con inicio, medio y fin.
- Explorar como se relacionan sus vicisitudes con lo problemas del paciente

Evaluación de la capacidad de mentalizar

En situaciones interpersonales concretas.

Pedirle **que analice**, respecto a una situación de conflicto:

- 1.- Sus **sentimientos**.
- 2.- Su **idea sobre los estados mentales** del otro en los momentos clave.
- 3.- Su comprensión de sus acciones desde **su idea de sus propios estados mentales** (que pensó o sintió que le llevó a hacer X)
- 4.- Invitarle a contemplar una **idea opuesta** a la suya (pseudo cambia rápido, concreto no cambia)

Explorar modos de experiencia subjetiva prementalizadora y polaridades

- **Modo teleológico**
- **Modo de equivalencia psíquica. Pensamiento concreto**

- No hay diferencia entre los pensamientos y los

hechos. Lo que sentimos es lo que pasa y al revés

- **Modo de simulación: pseudomentalización**
- El mundo interno se separa del externo

- Implícita/explicita
- Cognitiva/emocional
Mentalización de la afectividad.
- Interno/externo
- Sobre sí/sobre otros

Identificar pseudomentalización 1

1. Refieren sentimientos que no parecen verdaderamente sentidos. Sin relación con nada verdadero
2. El pensar sobre sí mismos (o sobre otros) tiene un carácter compulsivo. Las afirmaciones son improbables y basadas en evidencias muy pobres.
3. Es habitual que la explicación que dan acerca de algo que les ocurre, o las creencias que forjan al respecto, cambien de un día para el otro, superficialidad. No se dan cuenta espontáneamente de esto
4. Suelen aceptar rápidamente las interpretaciones del

Identificar pseudomentalización 2

1. Contratransferencia: “fantasmas”, hablan por hablar, aburren, falta de resonancia emocional con lo que cuentan, sensaciones de desconexión... pueden seducir/equivocar
2. Diferente de mentiroso (que sí mentaliza)
3. En terapia: no hay cambios, no avanzan
4. Como terapeutas podemos funcionar en este modo (por ej, si nos metemos a responder preguntas imposibles sobre pronóstico...)

Identificar pensamiento concreto 1

- El más común en TLP.
- Relacionado con la equivalencia psíquica: isomorfismo entre pensamiento y realidad física.
- Escasa o nula atención a los estados mentales de los demás.
- Generalización masiva, uso de términos absolutos, prejuicios (siempre, nunca, blanco o negro, simplemente/sólo)
- Inflexible y rígido. No se cuestiona
- Ausencia de autoreflexión: la acción se dispara

Identificar pensamiento concreto 2

1. Malinterpretan con frecuencia intenciones y pensamientos
2. Tendencia a la suspicacia, paranoia e interpretación errónea de la realidad.
3. Culpan a otros
4. Comprensión de conductas superficial o concreta
5. Incapacidad para reconocer emociones y estados mentales propios y ajenos.
6. Los terapeutas también podemos actuar en este modo "solo tienes que pasar página" o hablar de la experiencia del paciente "como realmente es", perdiendo el foco en la exploración

Modo teleológico

- Puede superponerse a los dos anteriores
- Solo se contempla el resultado de las acciones para valorar intenciones, pensamientos o emociones.

Uso inadecuado de la mentalización

- Usa su capacidad de mentalizar con el fin de controlar la conducta de los demás.
- Pueden conocer los sentimientos o emociones de los demás.

**Desarrollo, capacidad de
mentalizar y TLP**

TLP y fallos en capacidad de mentalizar

Fonagy propone que la **fenomenología del TLP puede entenderse como consecuencia de la** inhibición de la mentalización en las relaciones de apego:

- Desequilibrio en los polos de la mentalización
- Reemergencia de modos de experiencia de la realidad interna previos a la mentalización.
- Self fragmentado.

Desarrollo y TLP: Apego inseguro

- Estudios retrospectivos de TLP: apego inseguro
- Frecuentes patrones de negligencia, escasa implicación emocional, e invalidación de la experiencia del niño.
 - Lo más frecuente es que haya habido problemas con ambos padres.
 - Altas tasas de abuso físico, emocional y sexual.
 - Respuesta invalidante de los padres si se enteran.
 - Negligencia emocional, física y de supervisión.
 - Falta de conversaciones sobre estados mentales.
 - Falta de juego entre padres e hijos.

Desarrollo y TLP: Apego inseguro

- TLP muestran patrón de apego inseguro en AAI

- Estudios longitudinales prospectivos:

1.- Johnson et al 2006

Entrevista a edad: 6 -14 y 16- 22-33 relacionaron conducta parental problemática (negligencia y maltrato) con mayor riesgo de TLP (no sólo) mantenido .

No predicen TLP ni las conductas infantiles ni trastornos psiquiátricos de los padres.

2.- Lyons-Ruth et als 2005:

Hijos de madres con conductas maternas disruptivas desarrollaron en un alto porcentaje TLP.

- Distanciamiento del niño
- Maltrato

Desarrollo y TLP: Reflejo no marcado

El niño atribuye su propio afecto al adulto, experimentándolo como ajeno. No se establece la representación secundaria de su estado emocional

- escalada del estado negativo del niño, traumatización más que contención
 - sistema representacional alterado
 - capacidad de mentalizar poco robusta

Desarrollo y TLP. Trauma en la relación de apego (por omisión o comisión) y capacidad de mentalización

Toxicidad:
alteración desarrollo corteza orbito-frontal, que requiere relaciones de apego para su desarrollo

Disociación:

- De la identidad del cuidador-agresor.
- Del self

Evitación de explorar la mente del cuidador (intención de dañarle)

Hiperactivación sistema de Apego (en círculo vicioso)

Inhibición de la mentalización por aumento de arousal emocional

Sistema dual de arousal de Arnsten

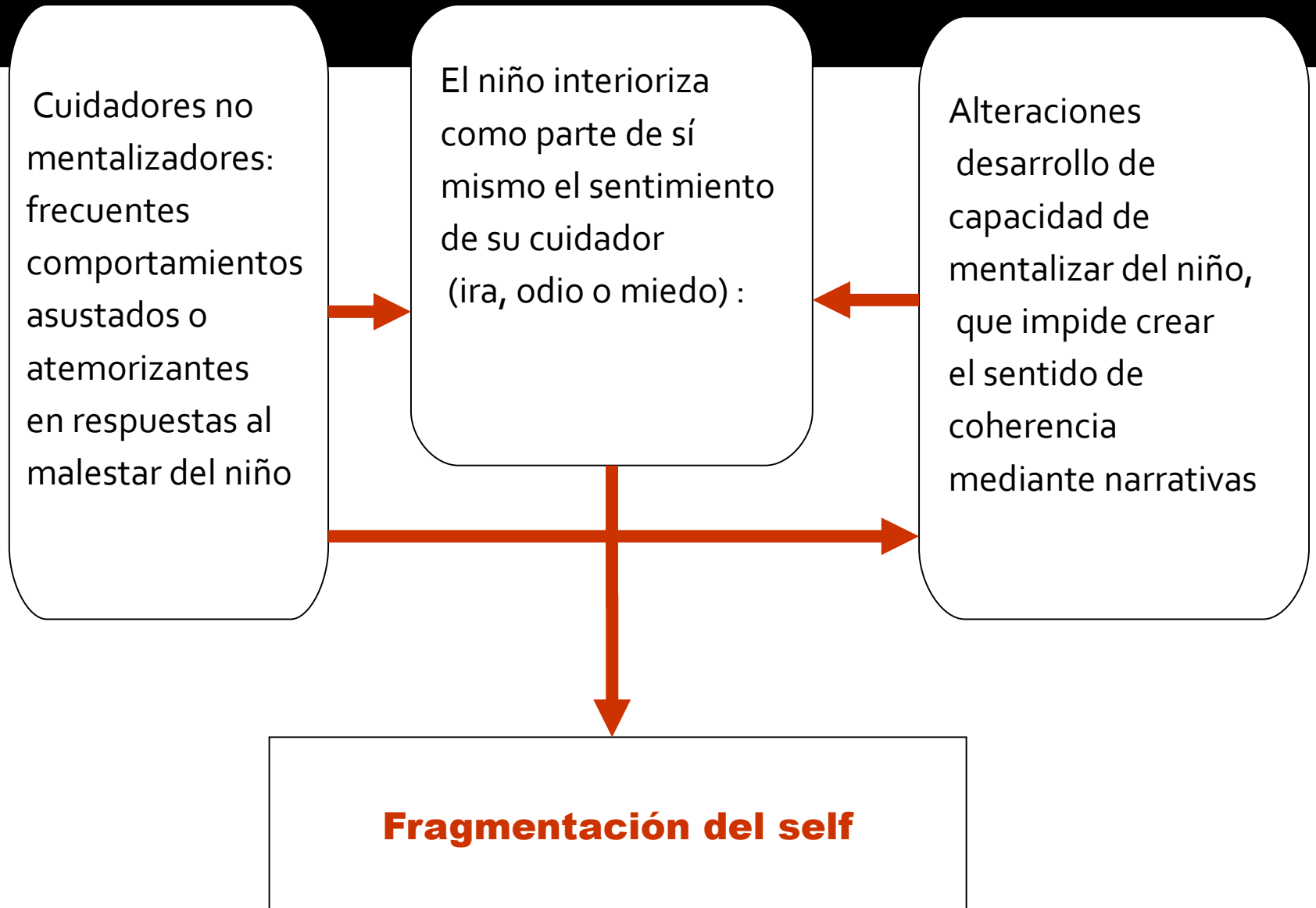
Desarrollo y TLP. Pérdida de coherencia interna

El sentido de agencia que experimentamos en condiciones normales, al atribuir estados mentales, da coherencia y significado psicológico a nuestras acciones, nuestro sentido del self y nuestras vidas.

Permite la narrativa autobiográfica.

En TLP desarrollo insuficiente

Desarrollo y TLP: self fragmentado



Sintomatología TLP .

Ejemplo

Autolesiones y suicidio.

Existe un continuum entre ambas.

Pueden estar relacionados con una experiencia de **pérdida** del otro. Como reacción anticipada a la pérdida de cohesión del self.

Autolesiones y suicidio.

En un modo de **equivalencia psíquica**, el malestar por una autovaloración negativa (o emergencia de alien self) puede sentirse como aniquilador, con una aplastante experiencia negativa.

Externalización del alien self a una parte o a la totalidad del cuerpo: isomorfismo en equivalencia psíquica:

Autolesión como forma de erradicarlo.

El gesto de suicidio puede ser un intento de destruir no al self sino al alien self.

Autolesiones y suicidio.

En modo "como si" el sentido de experiencia subjetiva se separa momentáneamente de la realidad, y piensan que van a sobrevivir al intento de suicidio.

La mayor parte de los gestos e intentos de suicidio se comenten en este estado.

Perciben sus intentos de suicidio como menos letales, con mayor posibilidad de rescate y menor certidumbre de muerte.

Con frecuencia lo viven como una búsqueda de un estado de disminución del miedo existencial, una "base segura"

Autolesiones y suicidio.

En el **modo teleológico** se puede creer que sólo los actos físicos pueden cambiar los estados subjetivos, tras autolesionarse, los individuos TLP se sienten con mayor coherencia.

En este modo puede darse también seudomanipulación, forzar el reestablecimiento de una relación.

Terapia basada en la mentalización

ACTITUD MENTALIZADORA

- Crear un **vínculo seguro**: curiosidad, interés, mentalización explícita
- Atención conjunta de paciente y terapeuta en los aspectos mentales de la conducta del paciente
- Actitud de **no saber** (preguntar, si aseveraciones, con lenguaje que muestre que hipotetizamos)
- **Curiosidad por subjetividad y cambios en estados mentales**
- **Foco en los afectos** en relaciones interpersonales y los compartidos en sesión, “mentalizarlos”
- **Estimulación óptima** del apego, manteniendo al paciente dentro de su umbral de tolerancia
- **Flexible** y adecuado a las **capacidades del paciente**

ACTITUD MENTALIZADORA

- Terapeuta muestra su **actitud mentalizadora**. Modelado
- Reconocer y validar **perspectiva del paciente**.
- Generar **perspectivas** alternativas que incluyan los estados mentales en juego.
- **Autenticidad**.

No dañar

1) **Pérdida** en los profesionales de la **capacidad de mentalizar**, con funcionamiento **prementalístico**:

- no ver al paciente como “otro”, con un mundo interno diferente
- no tener en cuenta la “opacidad de la mente” del otro, al la que nos podemos acercar con hipótesis, no con certezas
- juzgar sus conductas por sus resultados sin tener en cuenta su experiencia interna, adjudicándoles sentimientos o intenciones que poco tienen que ver con ellos.

2) **No valorar déficits** paciente.

3) **Perder y no restaurar la franja de seguridad emocional.**

- **Hiperactivación de sistema de apego** con terapeuta
- **Discursos entretenidos no útiles** en pseudomentalización.
- No adecuarse a **fracasos en capacidad de mentalizar del paciente** (restaurarla mediante regulación emocional y reflexión sobre lo vivido)

Relación paciente-terapeuta

TRANSFERENCIA:

- se reflexiona sobre la relación paciente terapeuta
 - NO interpretaciones ni explicaciones basadas en pasado
 - Mentalizar la transferencia. Autenticidad y transparencia.

Relación paciente-terapeuta

CONTRATRANSFERENCIA: (observación y autoconsciencia de conductas y aspectos emocionales en la relación terapéutica)

- Si se pierde, recuperar mentalización: autoregulación, preguntar...
- Contener emociones: respuesta, no reacción
- Detectar estados mentales que se producen en la relación con el paciente: resonancia, complementariedad (identificación proyectiva)
- Expresarla si es al servicio de promover mentalización en paciente.
- Reflexionar sobre como se ha producido, contexto relacional, que ha pasado, ¿el paciente ha evocado un estado de la mente en el terapeuta?, ¿como?
- Siempre “marcada”

Contratransferencia. Pérdida de capacidad de mentalizar el terapeuta

Funcionamiento mental **teleológico**.

- Necesitar hacer algo
- Ofrecer soluciones
- Interpretar mente del paciente por resultados de sus actos

Funcionamiento mental en **equivalencia**:

- Sentirse enfadado

Funcionamiento mental **“como sí”**:

- Sentirse aburrido
- Percibir como trivial lo que ocurre al paciente
- Funcionamiento en piloto automático
- Falta de modulación de sentimientos
- Sentirse fragmentado o confuso
- No estar seguro de lo que se ha dicho

Atención a fallos de la mentalización y cambios de estado mental

Reconocer el fallo en la mentalización, sus características (polaridades, tipo prementalístico)

Balancear si extremos en polaridades

Reestablecer capacidad de mentalizar.

Jerarquía intervenciones



Jerarquía intervenciones



Mentalización de la transferencia

Mentalización interpretativa.

Indicios de transferencia.

Mentalización básica (parar, escuchar y mirar), (parar, rebobinar y explorar)

Detenerse y “retar” al paciente.

Clarificación y elaboración del afecto.

Identificación de la mentalización positiva.

Seguridad, soporte y empatía.

Jerarquía intervenciones

- En caso de duda volver soporte y empatía
- Avanzar de escalón en escalón.
- Ante excesiva intensidad emocional, ir a niveles más bajos.
- Cada intervención debe ajustarse al nivel de mentalización que presenta el paciente en ese momento.

Intervenciones Básicas

Técnicas

- Objetivo: Estimular en el paciente la capacidad de entender los estados mentales
- Técnicas conocidas.
- Pero insistiendo en focalizar en la mentalización.

Seguridad, soporte y empatía

- *“Es que nadie me escucha, otra vez me pasan al psiquiatra...”*

Seguridad, Soporte y Empatía

- Componentes necesarios de todas las terapias.
- Escuchar sin hacer juicios , evitar las críticas y no pensar que sabemos como se siente el paciente.
- Con preguntas abiertas, mostrar deseo de conocer los problemas del paciente.
- Intentar entender desde su punto de vista
- Testar con él continuamente nuestra comprensión de sus emociones y pensamientos.
- Evitar dar consejos o decir al paciente como se siente basándonos en nuestros conocimientos teóricos

Clarificación y elaboración del afecto

- *“Ayer monté un pollo...”*

Clarificación

- Explorar el contexto en que se dio la conducta problema.
- Conectar los actos con las emociones y pensamientos del paciente al cometerlos, explorando momento a momento desde el contexto previo.
- Entendiendo como se ha dado un fallo en la capacidad de mentalización y en qué ha consistido

Elaboración del Afecto

- Exploración del afecto en el momento de la sesión
- Detectarlo y nombrarlo, con frecuencia a los TLP les cuesta.
- *Como te encuentras al contar esto?*

“Reflejo Marcado”

- Cuando entendemos o creemos entender algo identificarlo como nuestro
- Como una idea: “Me pregunto si...”
- Una hipótesis
- Y preguntar qué le parece al paciente
- Si distintas perspectivas: su perspectiva es tan válida como la nuestra
- Contratransferencia: si se habla de ella, no atribuirla al paciente

Identificación de la mentalización positiva

- *“Mi hijo cuando le tocan se cree que le van a agredir, se asusta mucho y se defiende atacando”*

Identificación de la Mentalización Positiva

- Reconocer y reforzar la capacidad de mentalizar del paciente.
- Provocarle curiosidad por entender sus motivaciones
- Mostrar que comprender los estados mentales ayuda a manejarnos con la emoción.

Detenerse y “retar” al paciente.

- *“Sí, pero la culpa fue mía...”*

“Retar”

- Maniobra terapéutica, poco frecuente, ante una pérdida mantenida de la capacidad de mentalizar
- Confrontación al pensamiento concreto del paciente, ofreciendo una perspectiva diferente.
- Factor sorpresa (no es predecible), repentino, creativa

Mentalización básica

- parar, escuchar y mirar: "*se descojonó todo*",
- parar, rebobinar y explorar: "*¡Nada, no me entiendes!*"

Parar, Escuchar y Mirar

- Cuando el terapeuta no entiende al paciente. Generar un proceso para entender *puedes volver a explicarme esto?, no lo entiendo...; ¿porqué dices esto?*
- Ante indicadores de mentalización pobre del paciente como la actitudes evitativas, ausencia de continuidad en el diálogo, falta de respuesta ante sentimientos de los demás (GT) ... el terapeuta puede usar esta técnica para restablecer el proceso de mentalización.
- Exploración activa sobre lo que piensan y sienten los pacientes durante la sesión que está teniendo lugar.

Parar, Rebobinar y Explorar

- Cuando se pierde el control de la sesión como consecuencia de un fallo marcado de mentalización, el terapeuta puede **parar la sesión, rebobinar hasta el último momento de la sesión en que el diálogo era constructivo y explorar** con los pacientes a “cámara lenta” como han ido cambiando a partir de ese punto sus estados mentales.

Indicios de transferencia

- *Todos los terapeutas anteriores se aburrían al cabo de dos minutos...”*

Indicios de Transferencia

- Hacer conexiones entre el proceso o el contenido de la sesión y las pautas relacionales del paciente “eso parece similar a lo de antes” ...
- identificar patrones y expresarlo: *“parece que cuando te sientes herido te entran ganas de golpear y te metes en problemas. Tal vez tengamos que investigar lo que te pasa en esos momentos”*
- Dar sugerencias de transferencia: *“eso podría pasar si algo le parece hiriente”*
- Indicar lo importante que es para terapia ir detectando el modo de interactuar del paciente. Desde anamnesis, señalar pautas que pueden repetirse en el futuro con terapeuta (s)

Mentalización interpretativa

- *“Lo hizo para joderme”*

Mentalización Interpretativa

- Asociar de manera causal los comportamientos del paciente con sus estados mentales, e introducir una visión alternativa. Tres pasos:

- Clarificación y elaboración de la emoción y la experiencia.

- Identificar junto al paciente la pérdida de mentalización.

- Introducir una visión alternativa.**

Mentalización de la transferencia

- *"No te interesa lo que te cuento"*

Mentalización de la Transferencia

1. Validación de los sentimientos transferenciales.
2. Exploración de los sentimientos transferenciales.
3. Aceptar nuestra responsabilidad
4. Colaboración en llegar a una interpretación
5. Terapeuta presenta una perspectiva alternativa
6. Contrastar percepción del paciente con la de la terapeuta
7. Monitorizar la reacción emocional del paciente tras esta intervención.