

Málaga mayo 2015

Terapia Basada en la Mentalización

Características de los tipos de apego

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| Evitador Tipo A | Distanciamiento, evita al cuidador; No signos externos de ansiedad ante la separación | Conductas de rechazo; rigidez; aversión al contacto |
| Seguro Tipo B | Exploración activa; disgusto ante la separación; respuesta positiva frente al cuidador | Disponibilidad; receptividad; calidez |
| Ansioso-ambivalente Tipo C | Conductas de protesta; Ansiedad frente a la separación; enfado-ambivalencia frente al cuidador | Insensibilidad; intrusividad; inconsistencia |

Otros subtipos

- Desorganizado (Tipo D) (Main y Salomon, 1986)
- Mixto A/C (Crittenden, 1985) en niños con abuso y/o negligencia

Conducta de Apego Desorganizado-Desorientado en el niño

1. Despliegue secuencial de patrones conductuales contradictorios, tales como una conducta de apego muy fuerte seguida repentinamente por la evitación, la congelación o conductas absortas.
2. Despliegue simultáneo de conductas contradictorias, tales como una fuerte evitación junto con una fuerte búsqueda de contacto, angustia o enfado.
3. Movimientos y expresiones indirectos, mal encauzados, incompletos e interrumpidos, por ejemplo grandes expresiones de angustia acompañadas de movimientos tendentes a alejarse de la madre, en lugar de acercarse.
4. Estereotipos, movimientos asimétricos, movimientos descoordinados y posturas anómalas, tales como tropezar sin razón aparente y sólo cuando una figura parental está presente.
5. Movimientos y expresiones de congelación, inmovilidad y ralentizados “como debajo del agua”.
6. Indicaciones indirectas de aprensión con respecto a la figura parental, tales como la espalda encorvada o expresiones faciales de miedo.
7. Indicaciones indirectas de desorganización y desorientación, tales como deambulación desorientada, expresiones confusas o absortas o cambios rápidos y múltiples del afecto.

Conceptos

- Capacidad de mentalizar

Definiciones

- **CAPACIDAD DE MENTALIZAR:**
 - Percibir o interpretar imaginativamente la conducta en conjunto con estados mentales intencionales.
 - **Capacidad** de comprender y predecir el propio comportamiento y el de otros a través de la identificación y atribución de estados mentales: intenciones, los deseos, sentimientos y creencias, propias y ajenas .

Postura intencional

- Definición de intencional en Diccionario
 1. Pertenciente o relativo a la intención
 2. Deliberado, hecho a sabiendas.
 3. Dícese de los **actos referidos a un objeto y de los objetos en cuanto son término de esa referencia.**
- Dennet: **postura intencional** es aquella con la que el comportamiento se deduce a partir de los deseos y creencias que adscribimos el sistema (de uno mismo o de los otros)

Mentalizar es una capacidad dinámica y dependiente del contexto

Dinámica y dependiente del contexto:

- Varía en función de nuestro estado emocional, siendo menos si es muy bajo o elevado.
- Depende de la capacidad de mentalizar de nuestro(s) interlocutores.
- Depende de la activación del sistema de apego, disminuyendo al aumentar ésta

La complejidad del mentalizar

- **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)
- **el aspecto temporal** (presente, pasado, futuro)
- **el alcance** (entender estado de la mente en una situación dada, puede expandirse articulando razones para creencias, sentimientos y acciones, explorando otros sentimientos más ocultos, hasta contexto autobiográfico)
- **las polaridades de la mentalización**
 1. Controlado / automático
 2. Cognitivo /afectivo
 3. Externo / interno
 4. Sí mismo / otros

Polaridades de la mentalización

- Cuando nos referimos a mentalizar hablamos del equilibrio entre distintos aspectos de ésta, que se da en un contexto determinado.
- Una buena mentalización implica una flexibilidad en el balance entre ellas que permita funcionar de manera óptima en cada situación.

Exposición de los tipos de la mentalización (2/10) (la más frecuente)

- Consciente
- Verbal/ simbólica.
- Resolver problemas inter e intrapersonales.
- Narrativa autobiográfica
- Requiere:
 - Reflexión
 - Atención
 - Intención
 - Consciencia
 - Esfuerzo
- Automática
- Fundamentalmente no verbal.
- No reflexiva, no necesariamente consciente
- Incluye prejuicios. E intuición.
- No se cuestiona
- Nos permite responder adecuadamente a comunicaciones no verbales, emocionales

Buena mentalización implica poder cambiar de automática a controlada de manera flexible: cuestionar asunciones automáticas (+ problemas si + distorsionadas)
Estrés aumenta automática e inhibe controlada

Damasio: emociones y sentimientos

- **1.- EMOCIÓN:** cambios en el cuerpo que forman un patrón distintivo, a ellos se sigue una (tendencia) a una acción.
- **2.- SENSACIÓN:** representaciones mentales de estas transformaciones corporales.
- **3.- SENTIMIENTOS:** idea del cuerpo, del estado del cuerpo, junto con la percepción de un determinado modo de pensar, y de pensamientos con determinados temas.

Polaridades de la mentalización: polo afectivo

- La señal emocional puede operar **enteramente fuera de la conciencia**. Puede producir alteraciones en la memoria funcional, la atención y el razonamiento, de forma que el proceso de toma de decisiones resulte sesgado hacia la selección de la acción que con más probabilidad conducirá a la mejor consecuencia posible, dada la experiencia previa, sin que el individuo se de cuenta de esta operación.

Polaridades de la mentalización

Polo Cognitivo

- Comprensión cognitiva, sin contacto con lo afectivo de experiencia afectiva.
- Pueden ser superactivos en ToM pero insuficientes en empatía.
(Hipermentalizadores)

Polo Afectivo

- Captan lo afectivo pero no pueden reflexionar sobre la experiencia: Sobre pasados por afecto no mentalizado.
- Dificultades para empatía, cuando confrontan dolor de otros se sienten mal ellos.

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

Mentalizar la afectividad

- La señal emocional puede operar con una activación de una emoción, seguida del **sentimiento consciente de dicha emoción**.
- De su integración resulta la “mentalización de la afectividad”, que supone reconocer, nombrar, entender el significado personal de las emociones, modularlas, expresarlas de manera eficaz, diferenciando entre estar en un estado emocional y tener consciencia del mismo y de su significado, lo que permite manejarlo.

Polaridades de la mentalización:

Mentalización de la afectividad

- “La función reflexiva incluye pensar acerca de los sentimientos y sentir acerca de los pensamientos”. (Target)
- “Mentalizar es una forma de conocimiento emocional” (Allen, 2006).

Polaridades de la mentalización

Interno

- “leer la mente” en relación con pensamientos, sentimientos, experiencia interna, memoria autobiográfica
- De sí mismo o de otro
Autoconocimiento desde la perspectiva subjetiva, trabajo mental

Externo

- sensibilidad a lo no verbal: expresión facial, corporal, tono, cambios fisiológicos etc. de otros o de uno mismo



reading the mind in the eyes

BROMISTA

AGITADA



DESEO

CONVENCIDA

Polaridades de la mentalización .

Sujeto vs otros

- La adaptación y las relaciones interpersonales requieren tanto consciencia de sí mismo como consciencia de otros.
- El concepto de mentalizar incluye ambas.
- Los patrones de activación cerebral son los mismos para ambas.

Polaridades de la mentalización

Sujeto vs otros

DESEQUILIBRIOS:

1. déficits tanto para mentalizar en relación a sí mismo como en relación a los demás
2. capacidad desigual de mentalizar en ambos polos.
3. dificultad de diferenciar entre la experiencia propia y ajena y contagio emocional:.

Contagio emocional

TLP

Diferenciación

Cognitivo

TLP

Afectivo

Interno

TLP

Externo

Implícita Automática

TLP

Explícita Controlada

Polaridades mentalización

- Generalmente, cuando aumenta el arousal tendemos a inclinarnos hacia los polos de mentalización automática, centrada en lo externo y en lo afectivo, lo que permite respuestas rápidas.

Polaridades mentalización en general

- Generalmente, cuando aumenta el arousal tendemos a inclinarnos hacia los polos de mentalización automática, centrada en lo externo y en lo afectivo, lo que permite respuestas rápidas.

Desarrollo de la capacidad de mentalizar

Desarrollo de Capacidad de Mentalizar

- La capacidad de mentalizar **no está presente desde el inicio** de la vida.
- Nacemos biológica y genéticamente preparados para desarrollar la capacidad de mentalizar.
- Esta se adquiere en contextos de apego **mediante:**
 - **Apego seguro.** Asociación entre la cualidad de las relaciones de apego y la función reflexiva en padres e hijo: transmisión transgeneracional.
 - **Evolución de estructuras cerebrales**

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

M E N T A L I Z A C I Ó N

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, conversaciones... : integrar en mentalización los modos previos de equivalencia psíquica y modo "como si"

DESARROLLO y TLP

Apego inseguro en TLP

Estudios retrospectivos de TLP:

- Frecuente apego inseguro.
- Frecuentes patrones de negligencia, escasa implicación emocional, e invalidación de la experiencia del niño en los antecedentes de límites.
 - 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.

Apego inseguro en TLP

TLP tienen con frecuencia patrón de apego inseguro en EAA. Fonagy 1995:

- Entre TLP predominan apego preocupado y desorganizado.

Apego inseguro en TLP

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.

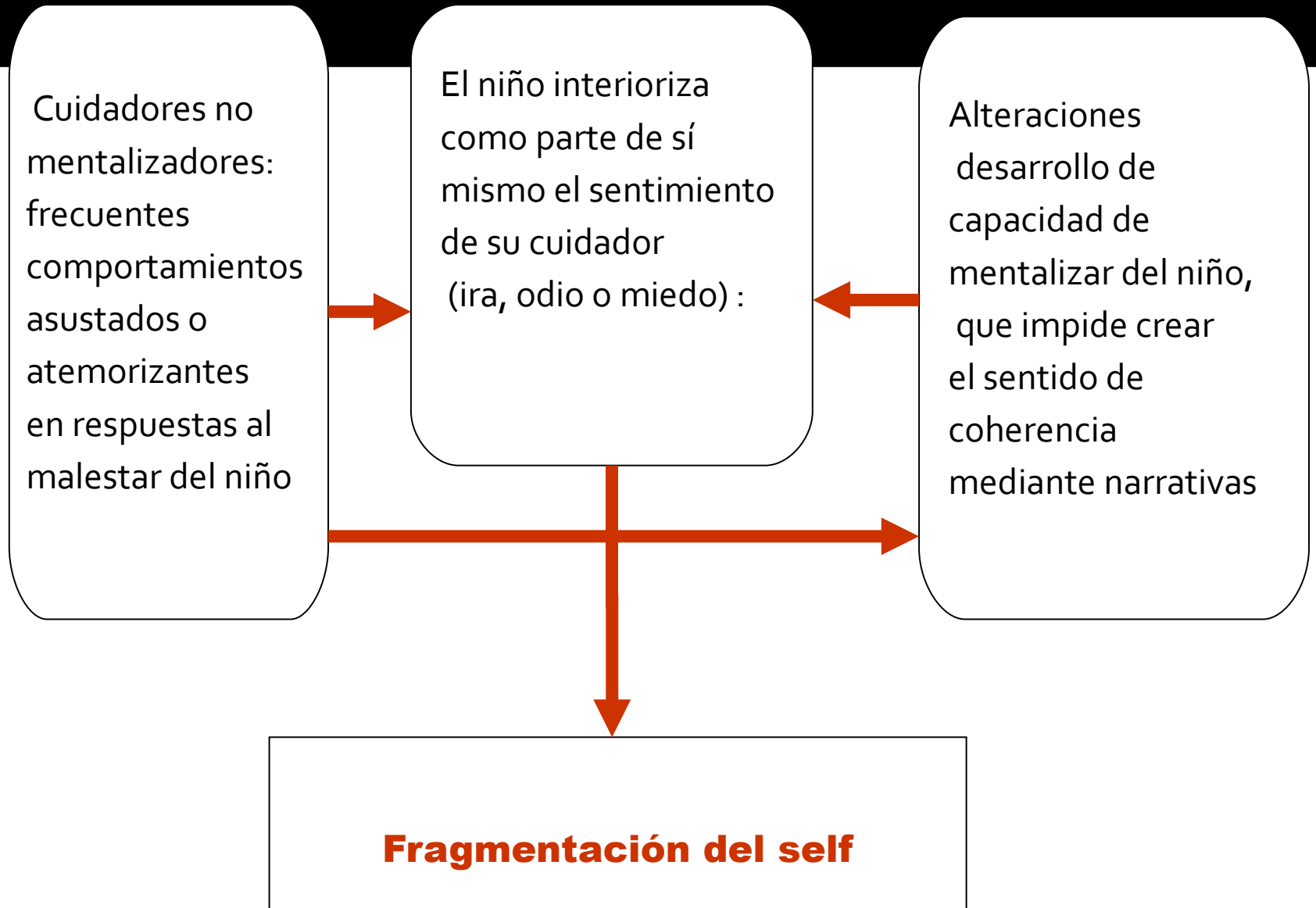
- Distanciamiento del niño
- Maltrato

Reflejo no marcado y desarrollo

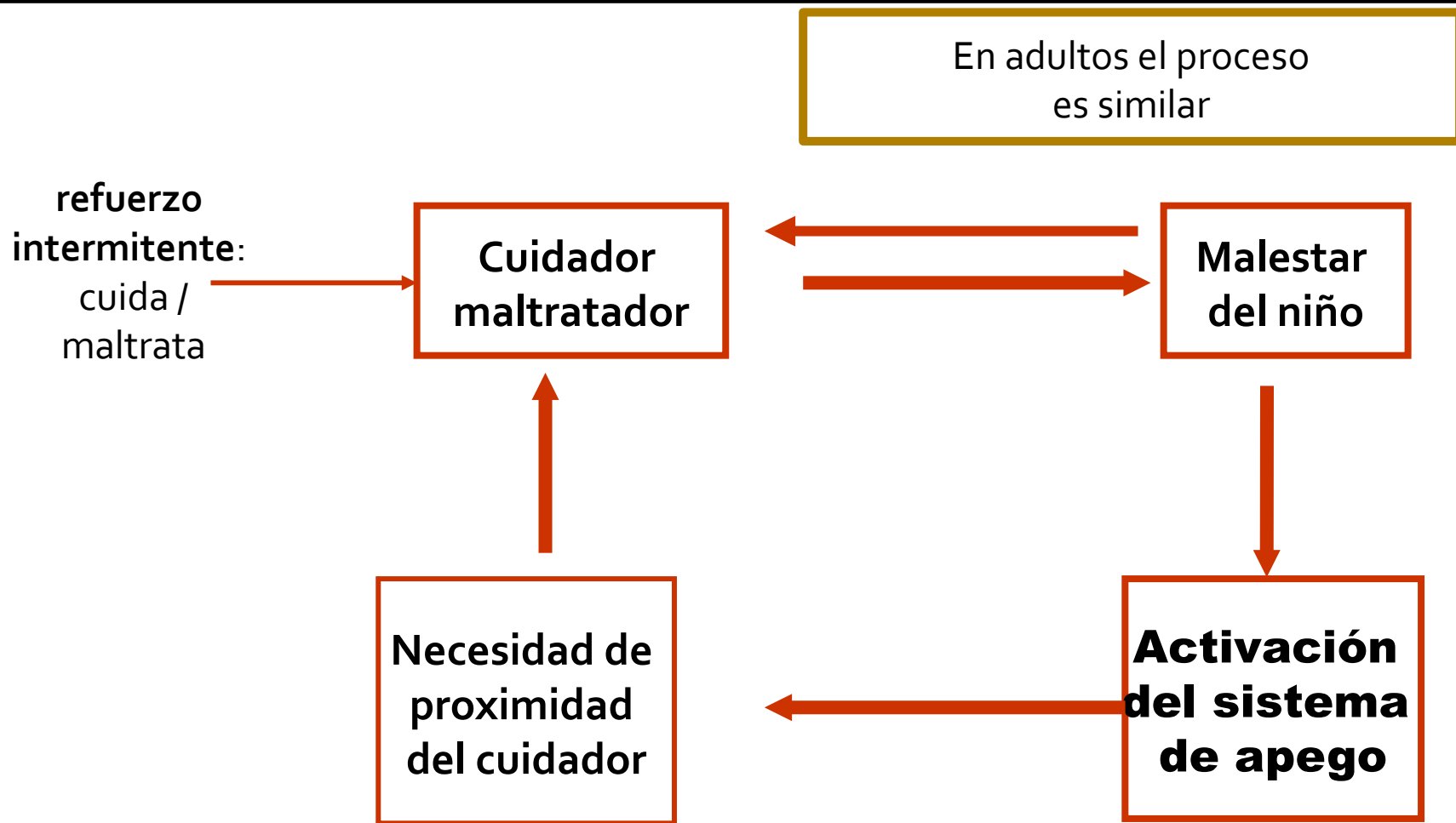
El niño atribuye su propio afecto al adulto, experimentándolo como ajeno. Si es predominante:

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

Reflejo no marcado y self



Traumas tempranos en apego e hiperactivación sistema de apego

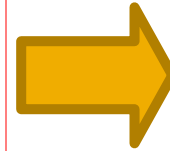


Trauma temprano en apego y capacidad de mentalización

- El niño evita explorar la mente del cuidador (su intención de dañarle)
- Disociación de la identidad del cuidador/maltratador

Trauma en relación de apego aumenta vulnerabilidad al trauma

- Dificultad para reflexionar sobre motivaciones, pensamientos e intenciones propias y del perpetrador.
- Disminución del umbral para iniciar funcionamiento automático
- Hiperactivación del sistema de apego
- Tendencia a disociación






Dificultad para afrontar situaciones traumáticas.
Trauma psicológico

CONTEXTOS FAMILIARES
PERPETRADORES DE
MALTRATO



La fenomenología del TLP, consecuencia de:

Inhibición de la mentalización en 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. Presión para la re-externalización del (autodestructivo) alien self.

Modos prementalizadores

- **Modo teleológico**

Entender las acciones en términos de resultados físicos y no de procesos mentales

Llega tarde:
no le
intereso

- **Modo de equivalencia psíquica**

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

Todos los
hombres son
iguales
(potenciales
maltratadores)

- **Modo de simulación** (*Pretensión, "falsificación"*)

- El mundo interno se separa del externo

Quiero morir para
irme con mi madre
(pero se aterroriza
ante un riesgo real)

**Ejemplo de comprensión
de la sintomatología con
este modelo**

Autolesiones y suicidio .

1.- Pueden estar relacionados con una experiencia de **pérdida** del otro. Como reacción anticipada a la pérdida de cohesión del self que se maneja con identificación proyectiva

Autolesiones y suicidio .



No valgo nada. No merezco
vivir

2.- En un modo de **equivalencia psíquica**, el malestar por una autovaloración negativa (o emergencia de alienación) puede sentirse como aniquilador, con una abrumadora experiencia negativa.

Autolesiones y suicidio



Odio mis manos

3.- Externalización del *ego* en self a una parte o a la totalidad del cuerpo somorfismo 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

Matarme
Para
descansar

4.- 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"

Evaluar la capacidad de mentalizar

Principios Básicos de la Evaluación

- Debe evaluarse en el contexto de relaciones interpersonales estrechas de la vida del paciente.
- Acoplado a evaluación de relaciones interpersonales

Principios Básicos de la Evaluación

- 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.

Fonagy y cols. Principios Básicos de la Evaluación

- Exploración intensa de relaciones interpersonales pasadas y presentes
- Explorar como se relacionan con los problemas que tiene el paciente: autolesiones, intentos de suicidio, abuso de drogas....
- Entendiendo como se representa el contexto interpersonal previo a estos síntomas: su nivel de mentalización y sus cambios en función de emoción, proximidad...

Principios Básicos de la Evaluación

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)

Evaluación de la capacidad de mentalizar

- Analizar si las dificultades de mentalización son parciales o generales.
- Rapidez en recuperar la capacidad de mentalizar tras perderla
- Determinar si predomina la pseudo-mentalización, el pensamiento concreto, el funcionamiento teleológico.
- Balance o desequilibrio en polaridades de la mentalización

Adecuada mentalización . En relación a los estados mentales de otros

- Opacidad de la mente
- Observación y reflexión
- Abierto al descubrimiento, a cambiar
- Capacidad de predecir conductas futuras

Adecuada mentalización . Percepción de su propio funcionamiento mental

- Reconoce que cambia en función de sus estados mentales
- Consciencia del impacto de la emoción y de la relación con otros
- Sabe que su percepción de otros se ha ido complejizando con su desarrollo
- Consciencia de conflictos

Adecuada mentalización . Auto-representación

- Valoración de diferentes perspectivas.
- Interés por pensamientos y sentimientos de los demás
- Escepticismo, sabe que puede confundirse
- Sabe que puede no ser consciente de todos sus sentimientos
- Relativismo y complejidad. Moderación al valorar los estados mentales propios y de los demás, puede reconocer errores

Adecuada mentalización . Actitudes y valores generales

- Curiosidad por sus pensamientos y sentimientos
- Interés por las mentes de otros diferentes.
- Vida interior rica
- Continuidad autobiográfica (recuerdos, continuidad de experiencias)

Los pacientes que mentalizan:

- Pueden dar una historia de sus síntomas, como han llegado a ellos. Articular las bases de su malestar.
- Pueden describir el punto de vista de otros respecto a sus problemas actuales: su pareja, sus hijos, y la repercusión sobre ellos.
- Consideran el impacto de las relaciones en la familia de origen sobre sus relaciones actuales.
- Son capaces de evaluar la adecuación de las observaciones clínicas, corregir posibles equivocaciones

Características de la falta de mentalización

- Excesivos detalles sin hacer mención a motivaciones, pensamientos o sentimientos.
- Focalizan en factores sociales externos
- Focalizan en etiquetas físicas o estructurales.
- Preocupados acerca de reglas, deberes y responsabilidades.
- Negación de su implicación en el problema.
- Buscan continuas faltas en los demás.
- Certeza acerca de sentimientos o pensamientos propios y ajenos

Tipos de funcionamiento mental no mentalizador

- Pensamiento Teleológico
- Pseudomentalización
- Pensamiento concreto
- Uso inadecuado de la mentalización

Pseudomentalización

- 1) Refieren sentimientos que no parecen verdaderamente sentidos
- 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 profesional, camaleónicos más que reflexivos, no integran lo que se les dice

Pseudomentalización

Contratransferencia: "fantasmas", hablan por hablar, aburren, falta de resonancia emocional con lo que cuentan, sensaciones de desconexión...

Cambian lo que cuentan, no lo recuerdan entre sesiones. Superficialidad.

O repiten discursos "enlatados", sin resonancia

Diferente de mentiroso (que sí mentaliza)

OJO, pueden seducir/equivocar

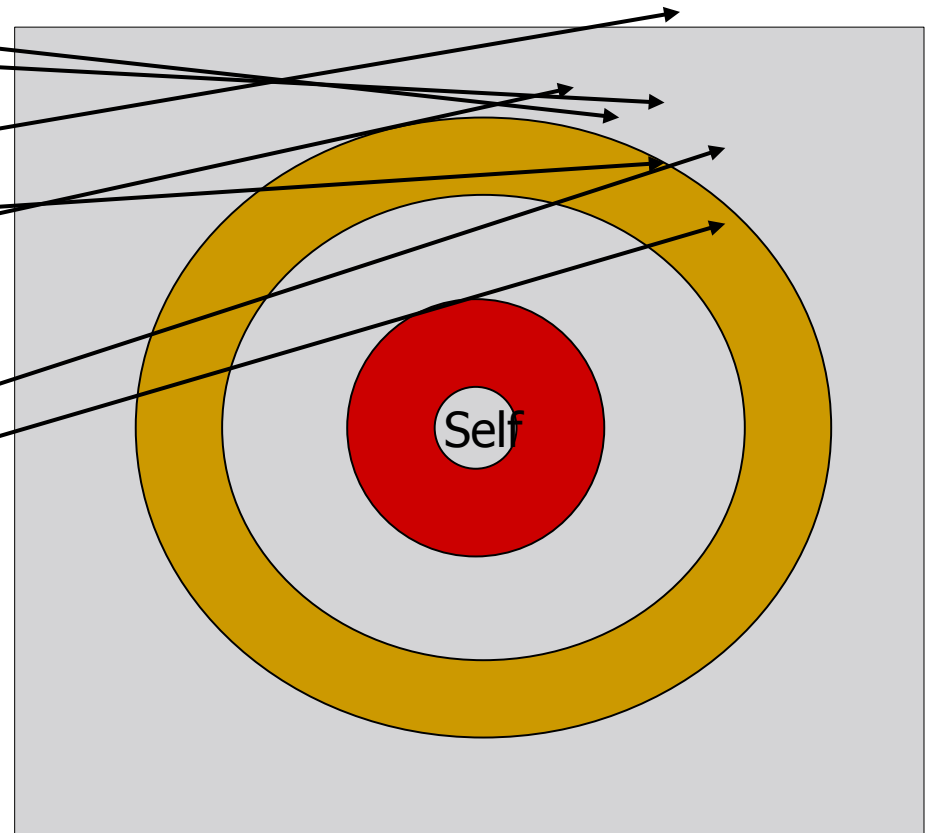
En terapia: no hay cambios, no avanzan

Pseudomentalización

- Frecuente pauta relacional distante
 - Tendencia al aislamiento
 - Separados de sí mismos y de los demás.
 - El cambio es lento
 - Dificultades cuando se relacionan
 - Posible falsa competencia

Pseudomentalización. Frecuente Pauta relacional distante

- Compañeros, conocidos
- Amigos
- Mejores amigos
- Hermanos
- Padre
- Madre
- Pareja



Pensamiento Concreto

- El más común en TLP.
- Generalización masiva, uso de términos absolutos, prejuicios (siempre, nunca, blanco o negro)
- Inflexible y rígido. No se cuestiona.
- Tendencia a culpar al otro.
- Malinterpretan con frecuencia intenciones y pensamientos

Pensamiento Concreto

- Comprensión de conductas superficial o concreta.
- Escasa o nula atención a los estados mentales propios o de los demás.
- Incapacidad para reconocer emociones y estados mentales propios y ajenos.
- Ausencia de autoreflexión: la acción se dispara

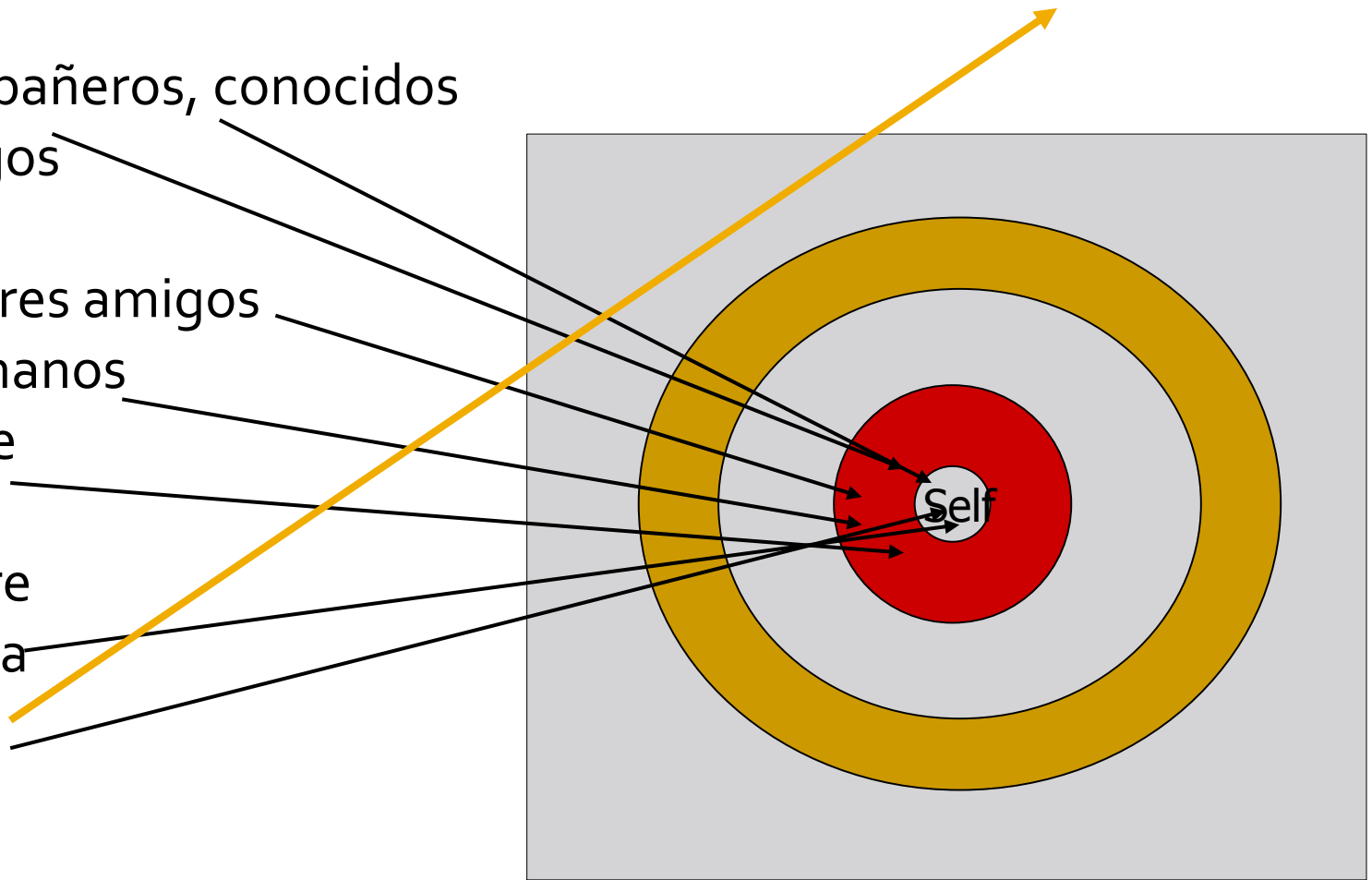
Pensamiento concreto

- *Lo que piensa es lo que es. Consideran verdadero y no discutible lo que atribuyen a sí o a otros*
- *Rígidos, no abiertos al cambio en la conversación, no consideran otros puntos de vista*
- *Síntomas como flashbaks o funcionamiento paranoide:*

Pensamiento concreto

Frecuentemente pauta relacional centralizada

- Compañeros, conocidos
- Amigos
- Mejores amigos
- Hermanos
- Padre
- Madre
- Pareja



Modo teleológico

- Puede superponerse a los dos anteriores
- Para deducir intenciones, pensamientos o emociones solo se tiene en cuenta el resultado de las acciones. Lo que les digan no tiene valor

Propias

Soy valiosa porque uso ropa cara

Lo hace para joderme

O ajenas

Pérdida de coherencia interna

Síndrome de difusión de la identidad Kernerg 1984

- Concepto pobremente integrado de sí mismo y de otros significativos. Disociación estados yoicos
- Autopercepciones contradictorias, conductas contradictorias que no pueden integrarse en una forma emocionalmente significativa, percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás .
- Las imágenes de sí mismo y de los demás “buenas” y “malas” no están integradas

HABILIDADES DEL TERAPEUTA

Mentalizar es más un arte que una ciencia. Su esencia se refleja en la actitud del clínico hacia el proceso más que en la técnica.

La estructura formal de la terapia provee las bases para que el terapeuta puede mantener la postura mentalizadora durante el proceso.

Bateman et als 2006

HABILIDADES DEL TERAPEUTA

1.- Crear un **vínculo seguro**.

Evitar hiperactivación del apego.

En su ventana de tolerancia.

Centrar la relación terapéutica en la exploración del **proceso mental** del paciente, del terapeuta y de sus influencias en la sesión

Flexible y adecuado a las **capacidades del paciente**.

Intervenciones relacionadas con sucesos o actividades recientes.

Intervenciones cortas y simples.

Trabajando contenidos **conscientes o preconscientes** pero no inconscientes.

ACTITUD MENTALIZADORA

- 2.-Que el terapeuta practique la mentalización en terapia influenciará al paciente en **un proceso de identificación: progresivamente puede internalizar la habilidad del terapeuta de usar la mente**, de disfrutar cambiando puntos de vista ante visiones alternativas o mejores comprensiones de algo.
- **Aprendizaje implícito mientras se practica mentalización explícita:**
 - De mentalización
 - De mantener apego seguro

HABILIDADES DEL TERAPEUTA

3.-Focalizar en los afectos. Mentalizarlos

- Explorar los afectos. Identificar estados mentales, conjuntamente con el paciente, sin etiquetarlos unilateralmente

HABILIDADES DEL TERAPEUTA

4.-Posición de no saber, inquisitiva y genuina

- Actitud de no saber: transmitir interés por entender su experiencia mental. Con curiosidad por subjetividad y cambios en estados mentales.
- Mantener una actitud activa, sin juzgar, mentalizadora, que priorice la exploración conjunta de los estados mentales del paciente.
- Capacidad de darse cuenta de cambios de estado mental y fallos en la mentalización.

HABILIDADES DEL TERAPEUTA

5.-Generar perspectivas alternativas

- Reconocer y validar perspectiva del paciente. Debe sentirse comprendido.
- Preguntar activamente al paciente, que nos detalle su experiencia.
- Compartir perspectiva del terapeuta con el paciente para ayudarlo a considerar experiencias alternativas en una situación. Experiencias que incluyan estados mentales: *“en esta situación yo sentiría...”*
- Al hacerlo, relativizar, son puntos de vista. Se recomienda unir lo que se dice a lo que ha dicho o hecho el paciente : *“cuando has dicho eso he empezado a pensar...”, “a sentir...”*

HABILIDADES DEL TERAPEUTA: TRANSFERENCIA

- La transferencia es una oportunidad para ver como la mente del paciente trabaja con nosotros.
- Se entiende desde intersubjetividad: intervienen paciente y terapeuta
 - Se reflexiona sobre la relación paciente terapeuta
 - No interpretaciones ni explicaciones basadas en pasado
 - Mentalizar la transferencia. Animar a los pacientes a pensar sobre las relaciones que se están dando en el momento actual.

HABILIDADES DEL TERAPEUTA. CONTRATRANSFERENCIA

Observación y autoconsciencia de conductas y aspectos emocionales en la relación terapéutica

- Atención a pérdidas de la mentalización propias: si se pierde, recuperar mentalización: autoregulación, preguntar...
- Contener emociones: respuesta, no reacción
- Detectar estados mentales que se producen en la relación con el paciente.
- 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?

No dañar

- 1) Pérdida en los profesionales de la capacidad de mentalizar, con funcionamiento **prementalístico**:
 - **Pseudomentalización**: “solo tienes que pasar página”.
 - **Equivalencia psíquica**. Responder preguntas imposibles sobre pronóstico. Interpretaciones de lo que ocurre en el mundo interno del paciente que consideramos realidades.
 - **Modo teleológico**: “lo hace para manipular”

- 2) **No valorar déficits** paciente.

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

“Áreas de competencia”



Psychotherapy Research

Publication details, including instructions for authors and subscription information:

<http://www.tandfonline.com/loi/tpsr20>

The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): Development, structure and reliability

Sigmund Karterud^{a,c}, Geir Pedersen^a, Magnus Engen^b, Merete Selsbakk Johansen^a, Paul Niklas Johansson^a, Christian Schlüter^a, Øyvind Urnes^a, Theresa Wilberg^c & Anthony W. Bateman^d

^a Department of Personality Psychiatry, Oslo University Hospital, Ullevaal, PB 4956 Nydalen, 0424 Oslo, Norway

^b Josefinegate District Psychiatric Centre, Oslo University Hospital, Josefinegaten 30, 0351 Oslo, Norway

^c University of Oslo, Institute of Clinical Medicine, PB 1039 Blindern, 0315 Oslo, Norway

^d Barnet, Enfield and Haringey Mental Health NHS Trust, Halliwick Unit, St Ann's Hospital, London, UK

Published online: 24 Aug 2012.

Jerarquía intervenciones

Identificar el afecto, no sólo la conducta

Explorar el contexto interpersonal
fuera del tratamiento

Explorar el contexto interpersonal
dentro del tratamiento

Explorar emociones ligadas a
La relación terapeuta paciente



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.

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

Apoyo y empatía

- Capacidad de establecer y mantener una relación con el paciente en la que le apoye y reconforte
 - Sin disminuir la autonomía del paciente
 - Capacidad de considerar lo apropiado o no de intervenciones de apoyo que pueden implicar acciones dentro de los límites de lo terapéutico
- Karterud et al 2012

Clarificación

- Explorar el contexto en que se dio la conducta problema.
- Conectar los actos con las emociones y pensamientos del paciente, explorando momento a momento desde el contexto previo. Para lograr una descripción detallada de la secuencia conductual y de los sentimientos asociados.
- Ayudar al paciente a conectar acciones y sentimientos
- Entendiendo como se ha dado un fallo en la capacidad de mentalización y en qué ha consistido
- Elaborar y devolver de manera clara y abierta su comprensión de pensamientos, sentimientos, creencias y otros estados mentales descritos por el paciente.

Bateman 2006, Karterud 2012

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

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.

“Retar”

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

Mentalización básica

- Parar, escuchar y mirar
- Parar, rebobinar y explorar

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 (se empieza a perder) 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

- Hacer conexiones entre el proceso o el contenido de la sesión y las pautas relacionales del paciente
- identificar patrones y expresarlo:
- Dar sugerencias de transferencia:
- 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

- 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 en la experiencia que el paciente describe.

- Identificar junto al paciente la pérdida de mentalización.

- Introducir una visión alternativa.**

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.