

---

# APORTACIONES DEL TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN (MBT-A) PARA ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO ADVERSIDADES EN LA INFANCIA\*

## MENTALIZATION-BASED TREATMENT (MBT-A) CONTRIBUTIONS FOR ADOLESCENTS WHO HAVE SUFFERED ADVERSITY IN CHILDHOOD

Mark Dangerfield\*\*

---

### RESUMEN

El artículo se ocupa del tratamiento basado en la mentalización para adolescentes que han sufrido grandes adversidades en la infancia. Aborda el concepto de mentalización según el modelo desarrollado por Anthony Bateman, Peter Fonagy y otros autores del Centro Anna Freud de Londres. Se ilustra el abordaje basado en la mentalización con una viñeta clínica para ejemplificar algunos de los aspectos técnicos descritos.

**Palabras clave:** Adversidades en la infancia, adolescencia, mentalización.

### ABSTRACT

The article deals with treatment based on mentalization for adolescents who have suffered great adversities in childhood. It addresses the concept of mentalization according to the model developed by Anthony Bateman, Peter Fonagy and other authors of the Anna Freud Center in London. The approach based on mentalization is illustrated with a clinical vignette to exemplify some of the technical aspects described.

**Key words:** Adversities in childhood, adolescence, mentalization.

### INTRODUCCIÓN

Existe una sólida evidencia que demuestra que las adversidades en la infancia son experiencias extremadamente comunes en aquellas personas que desarrollan trastornos mentales graves (Goff, Brotman, Kindlon, Waites y Amico, 1991; Mullen, Martin, Anderson, Roamns y Herbison, 1993; Read y Fraser, 1998; Kendler et al. 2000; Janssen, Krabbendam, Bak, Hanssen, Vollebergh, de Graaf y Van Os, 2004; Read, Van Os, Morrison y Ross, 2005; Bendall, Jackson, Hulbert y McGorry, 2008; Shevlin et al., 2008; Cutajar et al. 2010; Sorensen et al., 2010; Ashcroft et al. 2012; Dangerfield, 2012; Varese et al., 2012; Cater et al. 2014; Watson et al. 2014; Boyda et al. 2015; Fuller-Thomson y Lewis 2015). Hay también evidencia clara sobre el hecho que las personas que han sufrido adversidades en la infancia suelen ser reticentes a revelar sus historias de abuso y/o maltrato, así como que los profesionales de salud mental solemos ser reticentes a explorarlas (Jacobson et al, 1987; Craine et al, 1988; Mills, 1993; Muenzenmaier et al, 1993; Wurr y Partridge, 1996; Read, Hammersley y Rudegear, 2007; Dangerfield, 2012).

---

\* Ponencia presentada en el XXVIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “La técnica en psicoterapia en sus diversas aplicaciones” tuvo lugar en Burlada (Navarra) los días 15 y 16 de abril de 2016. Acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones Sanitarias de Navarra. Este artículo es una versión revisada de un artículo titulado “Sense un lloc a la teva ment, sense un lloc al món. Aspectes tècnics del treball amb adolescents negligits” publicado en el número 2 del año 2016 de la Revista Catalana de Psicoanàlisi.

\*\* Psicólogo clínico y psicoterapeuta del Hospital de Día para Adolescentes de Badalona (Fundación Vidal y Barraquer). Psicoanalista (SEP-IPA). Profesor del Instituto Universitario de Salud Mental (Universidad Ramón Llull). Supervisor MBT-A acreditado por el Anna Freud Centre de Londres. AMBIT Associate Trainer en el Anna Freud Centre de Londres. Email: markdangerfield@hotmail.com

En el Hospital de Día de Adolescentes de Badalona (Fundación Vidal y Barraquer) trabajamos con adolescentes que presentan cuadros compatibles con trastornos mentales graves. A la vez, se ponen de manifiesto dinámicas familiares disfuncionales en un porcentaje muy elevado de los casos. Los datos que hemos recogido en los últimos años, que detallaré brevemente en este trabajo, apoyan la evidencia existente que demuestra la relación entre el hecho de sufrir adversidades en la infancia y un mayor riesgo psicopatológico, así como la relación entre las adversidades sufridas en la infancia de los adolescentes atendidos con el hecho de que sus progenitores también sufrieran adversidades en su propia infancia. Este hecho nos ayuda a entender la transmisión transgeneracional del trauma relacional y sus repercusiones a nivel conductual, psicosocial y psicológico-relacional.

En términos muy generales e independientemente de las manifestaciones a nivel clínico-fenomenológico, podemos entender las adversidades sufridas durante la infancia como experiencias traumáticas a menudo pre-conceptuales (Grimalt, 2012; López-Corvo, 2014), que han causado importantes daños en la organización de la esfera emocional, afectando la capacidad de modular las emociones, la capacidad de dar sentido a la propia experiencia emocional y las capacidades de mentalización.

Las complejidades del trabajo clínico con este perfil de jóvenes y la necesidad de implementar cambios técnicos en el abordaje psicoterapéutico me llevaron hace unos años a formarme en el Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres en el modelo del Tratamiento Basado en la Mentalización – MBT– y el Tratamiento Basado en la Mentalización para Adolescentes –MBT-A–. Mi formación previa como psicoterapeuta de orientación psicoanalítica y como psicoanalista son de gran valor de cara a la comprensión del funcionamiento mental, de la dinámica relacional y de los aspectos predominantes de psiquismo primitivo en este tipo de perfil de jóvenes. Sin embargo, las aportaciones a nivel técnico del MBT-A contribuyen de forma muy valiosa al establecimiento de una alianza terapéutica y al desarrollo del proceso terapéutico, como trataré de mostrar en este trabajo. A la vez, hay evidencia que apoya el modelo basado en la mentalización para el tratamiento de pacientes jóvenes con trastornos de personalidad así como de adolescentes con conductas autodestructivas (Bateman & Fonagy, 2008 y 2009; Rossouw & Fonagy, 2012).

Para concluir esta introducción, considero importante

mencionar las dificultades del trabajo psicoterapéutico con este perfil de jóvenes. Es una tarea dura y compleja, sobre todo por lo que implica de tener que hacernos cargo de las intensas ansiedades no mentalizadas y del predominio de los vacíos emocionales en la vida psíquica de estos jóvenes: un muy intenso sufrimiento sin palabras que predomina en su mundo interno. Necesitan ayuda de forma desesperada, pero es frecuente ver que el contacto con sus necesidades emocionales es algo muy amenazador, por como desestabiliza su frágil sistema de supervivencia. Tolerar la dependencia y la necesidad de afecto es algo vivido a menudo como catastrófico, por la falta de confianza en una relación suficientemente disponible y fiable, siendo muy frecuente observar el hecho que viven el contacto con otro ser humano como algo que implica el miedo a una repetición traumática de la vivencia de abandono, de desprecio y de maltrato. Una vivencia de no existir para los demás o de una profunda desconfianza en las relaciones humanas que les ha acompañado casi siempre y que, a su vez, les hace vivir mucha rabia hacia el mundo, algo que comprensiblemente también les causa terror. Por todo ello, en la relación terapéutica hay que ser muy activos para tratar de construir una relación de confianza, que es la única vía para poder ayudar a estos jóvenes. La actitud técnica del psicoterapeuta de permanecer en una posición más neutral o distante tiene importantes contraindicaciones, ya que muy probablemente aumentará la ansiedad persecutoria del joven o bien será vivido como algo que confirma la vivencia de desprecio y falta de interés del adulto hacia él.

Fonagy, en una entrevista que publicamos en la revista *Temas de Psicoanálisis* en 2013 –tuve la suerte de poder formar parte del consejo editorial de la revista a lo largo de los seis primeros números– explica cómo llegó a entender la necesidad de repensar el modelo terapéutico para trabajar con pacientes tan dañados: “Yo trabajaba en ese momento con pacientes graves (...) les ofrecía interpretaciones y esperaba que mis insights de alguna manera transformaran sus vidas (...) No sucedía. El tratamiento clásico simplemente no tenía efecto. Mis interpretaciones eran irrelevantes para ellos (...) no importaba lo que yo dijera. Yo podía sentir en una sesión que había entendido especialmente bien e interpretado exitosa y copiosamente, pero eso no era lo importante. Entonces empecé a preguntarme qué era lo importante. Así fue como mis ideas cristalizaron en torno al concepto de mentalización: el pensar sobre los pensamientos y sentimientos era lo importante; lo fundamental no

era el contenido de la interpretación, sino el trabajo de orientarse hacia este contenido”.

Como dice Fonagy, es importante implementar medidas terapéuticas adaptadas a las características de estos jóvenes, con modificaciones técnicas considerables del psicoanálisis o de la psicoterapia psicoanalítica. Pienso que muchos compañeros psicoanalistas o psicoterapeutas de orientación dinámica ya introducen modificaciones técnicas al trabajar con este perfil de jóvenes, aunque quizás sin una sistematización o manualización de esta intervención, algo que sí se ha hecho desde el Tratamiento Basado en la Mentalización para Adolescentes –MBT-A en sus siglas en inglés–.

Presentaré primero un resumen de algunos de los datos que ilustran la dramática realidad de las adversidades sufridas en la infancia, así como el grave problema de la falta de detección de las mismas por parte de los profesionales de salud mental, para luego abordar el concepto de mentalización según el modelo desarrollado por Anthony Bateman, Peter Fonagy y otros autores del Centro Anna Freud de Londres. Seguidamente plantearé algunas características del abordaje terapéutico basado en la mentalización, y lo ilustraré con una viñeta clínica para ejemplificar algunos de los aspectos técnicos descritos.

## DATOS SOBRE LAS ADVERSIDADES EN LA INFANCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en 2014 unos datos alarmantes sobre las estimaciones que hacen del maltrato que sufren los menores en Europa. La OMS dice que de los 190 millones de menores de edad censados en Europa en 2014, 18 millones sufren abuso sexual, 44 millones maltrato físico y 55 millones maltrato psicológico. Esto representa que un 30% de los menores en Europa sufre algún tipo de maltrato, sin contabilizar la negligencia parental que es siempre más elevada (Dangerfield, 2012; Varese et al., 2012) y que también conlleva graves consecuencias en el desarrollo emocional de los niños. Son datos muy preocupantes, pero lo más alarmante es que la misma OMS dice que el 90% de los casos de maltrato nunca son detectados.

Una historia de trauma o abuso ha sido claramente identificada como un factor de riesgo de trastornos mentales graves así como un factor de riesgo de suicidio en la adolescencia (OMS, 2013, 2014). Zsuzsanna Jakab, directora regional para Europa de la OMS afirmó en 2013: “Ha llegado el momento de que se reconozca el maltrato infantil como un problema de salud pública y no sólo como un problema de justicia penal o social”.

Desgraciadamente todavía estamos lejos de ese momento, aunque es complejo o quizás debería decir preocupante entender los motivos por los que no está sucediendo este cambio.

En el año 2012 se publicó un artículo sobre el primer meta-análisis llevado a cabo sobre trabajos de investigación realizados entre 1980 y noviembre de 2011, con la idea de examinar la relación entre la psicosis y las adversidades sufridas en la infancia (Varese, Smeets, Drukker, Lieverese, Lataster, Viechtbauer, Read, Van Os y Bentall, 2012). El título del trabajo es concluyente: “Las adversidades en la infancia aumentan el riesgo de psicosis”. Los autores explican que se demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre las adversidades sufridas en la infancia y un aumento del riesgo de desarrollar algún trastorno psicótico.

Hay muchos otros trabajos de investigación –que por cuestiones de espacio no citaré en este trabajo– que demuestran la relación entre diferentes tipos de adversidades sufridas y el riesgo aumentado de padecer diferentes trastornos psicopatológicos, así como un riesgo aumentado de conductas autodestructivas que se manifiestan habitualmente a partir de la adolescencia.

También hay evidencia de que los acontecimientos adversos en la infancia son insuficientemente explorados en el ámbito de la salud mental. Las historias de abuso no se tienen en cuenta o muchas veces ni siquiera se exploran (Cavanagh, Read y New, 2004). Estudios realizados en Estados Unidos y el Reino Unido han descubierto que los profesionales de salud mental identifican menos de la mitad de los casos de abuso reportados a los investigadores. La proporción identificada por los clínicos varía de 48% a 0% (Jacobson y Richardson, 1987; Craine et al, 1988; Mills, 1993; Muenzenmaier et al, 1993; Read, Hammersley y Rudegeair, 2007).

Quisiera citar brevemente algunos datos del proyecto de investigación que estamos llevando a cabo en el Hospital de Día de Badalona donde, habiendo estudiado los casos atendidos entre 2008 y 2015 (N = 182), encontramos que un 95% cumple criterios de inclusión en una o diversas categorías de adversidades en la infancia –abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental, muerte parental y bullying–, con un 12% de los menores que han sufrido abuso sexual, un 13% maltrato físico, un 44% maltrato psicológico, un 28% negligencia parental y un 3% bullying. Estos datos se refieren al indicador principal detectado, pero entendiendo que si un menor sufre abuso sexual en el entorno familiar más cercano –que según todos los estudios son la mayoría

de los casos de abuso sexual— también está sufriendo maltrato físico, psicológico y negligencia parental. Esto implica que las cifras absolutas en cada categoría sean en realidad las siguientes: un 12% de los pacientes ha sufrido abuso sexual, un 25% maltrato físico, un 69% maltrato psicológico y un 97% de los adolescentes negligencia parental.

Un dato muy preocupante en nuestro estudio es la falta de detección de las adversidades, encontrando por ejemplo en el caso de los abusos sexuales que sólo el 22% habían sido detectados antes del ingreso en nuestro centro, mientras que el 78% de los casos fue detectado durante el ingreso. En el 22% de casos detectados antes del ingreso no había ningún caso de intento de suicidio, mientras que en el 78% de los casos donde los abusos no habían sido detectados a pesar de estar siendo atendidos por diferentes servicios de salud mental, nos encontramos que un 47% de los jóvenes nos llegan después de haber hecho un intento de suicidio. Los datos hablan por sí mismos, aunque no es la intención de este trabajo profundizar en esta cuestión. Sólo quisiera citar a Read (Read, Hammersley y Rudegeair, 2007) cuando nos recuerda que los profesionales de la salud mental no tenemos que estar convencidos de la relación causal de las adversidades sufridas con las diferentes categorías diagnósticas —relación causal sobre la que existe mucha evidencia científica— para entender la importancia de preguntar a la gente que estamos tratando de ayudar sobre lo que ha sucedido en sus vidas. Creo que es muy grave que a día de hoy no se exploren sistemáticamente las adversidades en la infancia de forma activa en todos los pacientes atendidos en los diferentes servicios de salud mental. También es muy preocupante que no se forme a los profesionales de salud mental sobre esta cuestión.

Otro dato que quisiera subrayar de nuestro estudio es que de la totalidad de los casos (N = 182), un 84% de los progenitores había sufrido adversidades en su propia infancia, mientras que sólo en un 11% de los casos no se pudo confirmar que las hubieran sufrido y en un 5% de los casos no fue posible recoger los datos. Estos datos confirman la hipótesis de la transmisión transgeneracional del trauma relacional, que he mencionado en la introducción y que tampoco tengo intención de desarrollar en este trabajo. Lo que sí que vale la pena mencionar es que hay estudios que demuestran que la capacidad de mentalización no se hereda biológicamente, sino que se desarrolla en el contexto de relaciones de apego o de vínculo temprano (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). La capacidad de mentalización se desarrolla de manera

óptima en el contexto de un vínculo seguro (Allen, 2013; Allen y Fonagy, 2008; Bleiberg, Rossouw, y Fonagy, 2012) y de la misma manera la experiencia clínica nos muestra que las peores capacidades de mentalización se dan en las relaciones donde ha predominado un vínculo desorganizado. Esto se ve en las personas que presentan trastornos graves de personalidad, donde también se ha demostrado que han crecido en entornos relacionales donde ha predominado el estilo de apego desorganizado.

Este es el drama de la transmisión transgeneracional del trauma relacional, ya que si una persona ha sufrido adversidades severas en su infancia sin haber recibido ayuda adecuada y suficiente, muy probablemente no tendrá los recursos internos necesarios como para poder ofrecer una relación emocional mínimamente segura a sus hijos, con el consecuente impacto sobre el desarrollo de las capacidades de mentalización en los hijos. Para ser capaz de proteger y cuidar hay que tener experiencias relacionales fiables internalizadas, hay que sentir la esperanza en las relaciones humanas como algo fiable, es decir, la posibilidad de confiar en alguien que nos pueda ayudar. Si no es así, la historia se repite: para un adulto que no haya conocido otra opción en esta vida, el mundo no es fiable y se convierte en un lugar inhóspito, un lugar en el que se sobrevive organizando un “falso self” que lo sostenga, pero que esconde una enorme fragilidad y déficits a nivel emocional. Los déficits en las capacidades de mentalización de los progenitores hacen que se muestren torpes en las relaciones afectivas profundas, con importantes dificultades en la capacidad de gestionar su propia vida emocional y, en consecuencia, la relación con los demás.

Antes de entrar en aspectos del abordaje terapéutico desde el tratamiento basado en la mentalización, que considero muy indicado para adolescentes que han sufrido adversidades durante su infancia, quisiera detenerme brevemente para exponer algunas ideas que ayuden a aclarar de qué estamos hablando cuando hablamos de mentalización.

## ¿QUÉ ES LA MENTALIZACIÓN?

Combinando el marco de la teoría psicoanalítica, la teoría del apego y aspectos de la investigación sobre el desarrollo social-cognitivo, un grupo de profesionales de salud mental liderados por Peter Fonagy han propuesto un marco de referencia para la psicopatología y la psicoterapia. El propio Fonagy dice que en realidad es un modelo poco innovador, ya que más bien se trata de un

intento consciente de agrupar conocimientos de diferentes disciplinas académicas y prácticas clínicas, creando una terminología común y dando una importancia capital a la investigación y la evaluación de la intervención terapéutica.

Estos autores entienden la mentalización como la capacidad de comprender las acciones propias y ajenas en términos de pensamientos, sentimientos, esperanzas y deseos. Es una función que permite comprender y comunicar sobre la conducta propia y ajena en términos de estados mentales intencionales.

Me gusta particularmente una definición sencilla que dice así: la mentalización es la capacidad de vernos a nosotros mismos desde fuera y a los otros desde dentro. Es la capacidad para entender que las ideas y las emociones, tanto propias como ajenas, son representaciones mentales y no copias fieles de la realidad externa (Fonagy y Target, 1997). En este sentido, la mentalización es un proceso y no un contenido. Un proceso según el cual el individuo trata de dar un sentido al mundo que le rodea, atribuyéndose a sí mismo y a los demás estados mentales. Esto le permite prever y comprender su propio comportamiento, el de los demás y las relaciones interpersonales.

Mentalizar, la representación de nuestros estados mentales, es la columna vertebral de nuestro sentido de sí mismo y de nuestra identidad (Fonagy y Target, 1997). Vernos a nosotros mismos y a los demás como seres agentivos e intencionales conducidos por estados mentales que son significativos y comprensibles, crea la coherencia psicológica sobre uno mismo y los demás que es esencial para manejarse en el complejo mundo social (Bateman y Fonagy, 2016).

Implica también la capacidad de diferenciarnos psicológicamente de los demás y, además, está fuera de toda duda que los estados mentales influyen la conducta: creencias, deseos, sentimientos y pensamientos, tanto si somos conscientes de ellos como si no, siempre influyen lo que hacemos (Bateman y Fonagy, 2016).

Una mentalización efectiva implica tener curiosidad sobre los estados mentales propios y ajenos, conciencia del impacto emocional que pueden tener las cosas que decimos y que hacemos sobre los demás, conciencia de que los estados mentales son opacos –una obvedad, aunque vale la pena recordar que por mucha experiencia que tenga un profesional de salud mental nunca será, afortunadamente, un “lector de mentes”–, capacidad de tomar diferentes perspectivas sobre una misma realidad, una actitud no-paranoide y poder tener confianza en los demás.

La mentalización tiene una naturaleza multidimensional, ya que desde la neurociencia han identificado 4 dimensiones diferentes (Lieberman, 2007) que son muy útiles en contextos clínicos: 1. La mentalización automática vs controlada o mentalización implícita vs explícita. Es imposible estar mentalizando todo el tiempo, pero eso no quiere decir que en ciertos momentos no esté en marcha a pesar de que no seamos conscientes de ello. El trabajo terapéutico siempre va encaminado a estimular la mentalización explícita del paciente. 2. Mentalización de uno mismo vs de los demás. 3. Mentalización en relación a las características internas vs externas. 4. Mentalización cognitiva vs afectiva: mentalizar lo que tanto nosotros como la otra persona podemos estar pensando, o bien mentalizar lo que podemos estar sintiendo.

La mentalización será efectiva si el individuo puede mantener un equilibrio a través de estas dimensiones y si las aplica de manera apropiada en función del contexto. Si lo pensamos, podremos ver como diferentes tipos de trastornos psicopatológicos pueden distinguirse en base a diferentes combinaciones de alteraciones a lo largo de las 4 dimensiones.

Debemos recordar que la mentalización es frágil y que el ser humano no es demasiado bueno en mentalizar, ya que estamos diseñados para perder esta capacidad de forma continuada. Es una capacidad que se ve muy fácilmente desbordada y nunca es enteramente estable, consistente o unidimensional. Cuando recibimos un impacto emocional que perturba nuestra capacidad de mentalización recurrimos a una figura de apego que nos dé tranquilidad y confianza, para recuperarnos, o bien a los objetos internos fiables –experiencias de relación suficientemente buenas que hemos internalizado– que nos acompañan desde dentro y nos permiten reencontrar cierta calma para recuperar las capacidades de mentalización mermadas por la ansiedad vivida. Todos tenemos más dificultades para mentalizar en situaciones de ansiedad elevada, mientras que la capacidad de recuperar la mentalización en estas situaciones nos hace más resilientes. En este sentido, el proceso terapéutico tiene como objetivo principal que los adolescentes desarrollen mejores capacidades de mentalización en situaciones potencialmente desestabilizantes que les llevan a actuaciones de riesgo.

Cuando se pierde la capacidad de mentalización se da una re-emergencia de unos modos de experimentarse a uno mismo y a los demás que tienen paralelismos con las formas en las que se comportan los niños pequeños

antes de que hayan desarrollado plenas capacidades de mentalización. Son los modos de “no mentalización”, que se denominan equivalencia psíquica, el modo teleológico y el modo de simulación. Son el resultado de desequilibrios entre las dimensiones de la mentalización mencionadas anteriormente. Es importante para el clínico poder reconocer y entender estos modos de “no mentalización” para tratarlos cuando aparezcan ya que suelen ser causa de importantes dificultades interpersonales y resultar en conductas destructivas (Bateman y Fonagy, 2016).

La equivalencia psíquica implica tratar la propia mente y los contenidos de la misma como si fueran hechos concretos de la realidad externa, es decir, estados donde la realidad mental es vivida como la realidad externa, sin posibilidad de tomar una perspectiva diferente. Es lo que a menudo se llama un pensamiento muy concreto en los jóvenes que atendemos (Bateman y Fonagy, 2016).

En el modo de simulación, se observa una tendencia a llenar el discurso de palabras o teorías que están muy desconectadas de la emoción y de la realidad que estamos viviendo. El discurso del paciente suena vacío, sin sentido, inconsecuente y circular. Son estados donde predomina la disociación y en casos extremos la desrealización. En este estado el paciente puede hipermentalizar o pseudomentalizar, que son estados en los que hay mucho discurso sobre supuestos estados mentales pero con muy poca conexión con la realidad (Bateman y Fonagy, 2016). Este estado es también observable en ciertos momentos de reuniones de equipos o sesiones clínicas donde se entra en grandes discusiones teóricas sobre un caso, pero alejándonos del contacto con la realidad del estado emocional y sufrimiento del paciente.

En el modo teleológico, o pensamiento tipo “quick fix thinking”, de soluciones concretas rápidas y mágicas, se comprenden las acciones en términos de lo físico en lugar de lo que sucede a nivel mental, buscando el alivio rápido del malestar a través de acciones sin pensamiento. En este modo de funcionamiento hay mucha actuación y los estados mentales son reconocidos sólo si sus resultados son físicamente observables (Bateman y Fonagy, 2016). También se observan con cierta frecuencia en equipos cuando la ansiedad de un determinado caso que nos ocupa nos mueve a una actuación precipitada.

## **DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN Y EL CONCEPTO DE “ALIEN SELF”**

En el momento de nacer, el bebé es incapaz de regular sus emociones. Para ello, necesita un vínculo seguro con alguien que entienda y responda a los cambios momento-a-momento en su estado emocional. La mentalización se da por el retorno al bebé de su experiencia emocional de manera marcada –marked mirroring–, algo que etiqueta la emoción y comunica que es controlable. Esto va formando lo que se conoce como “representación secundaria” de la experiencia del niño en su mente (Bateman y Fonagy, 2004). Esta experiencia repetida gradualmente formará el “sí mismo” nuclear del niño (Fonagy, 2000), que es una representación basada en la comprensión de los sentimientos del niño por parte del cuidador en el contexto de un vínculo seguro, así como la percepción del niño por parte del adulto como un ser intencional. Esto lleva a una representación interna de sí mismo como ser intencional y como agente, que se generaliza a la representación de los otros dando lugar al desarrollo de un modelo de mentalización del mundo (Fonagy, 2000). Este modelo ayuda al niño a percibir el mundo relacional con sentido y en cierto modo predecible, así como responder a las complejidades de la realidad social con resiliencia (Fonagy, 2000).

En el caso en que este proceso no se desarrolle de forma mínimamente adecuada, lo que sobre todo sucede en las relaciones donde predomina un tipo de vínculo desorganizado, puede dar lugar a la constitución de lo que Fonagy ha llamado “alien self” (Fonagy, 2000). Para definir este concepto, propondría hacer un ejercicio de imaginación de ponernos en el lugar de un niño muy pequeño, poniendo palabras –que este niño aún no tiene– a cómo nos explicaría lo que representa este proceso desajustado y de falta de contingencia del adulto desde su perspectiva. Podríamos imaginar que podría decirnos algo como: “si quien me cuida percibe mal mi estado interno, si se asusta o se enfada por mi malestar, lo que yo veré y experimentaré es el miedo o rabia en el otro. Entonces, la experiencia que internalizo es la experiencia que mi malestar asusta o enfada al otro a quien necesito mucho, lo que me lleva a la experiencia interna que yo doy miedo o hago rabiar al otro, cuando lo que realmente me ocurre

es que estoy solo y aterrorizado”. Sería como si ese niño fuese incorporando esta experiencia negligente como un aspecto nuclear de su sentido de “sí mismo”, cuando en realidad es un estado de quien le cuida que se convierte en un “estado alien” del niño, mientras que su estado real es que está solo y muy asustado por ansiedades que le desbordan y no puede procesar.

Este concepto de “alien self” se refiere al proceso en el que las representaciones del cuidador sobre el niño están basadas en atribuciones erróneas, algo que promoverá que el niño internalice representaciones desajustadas de sí mismo. La representación secundaria en la mente del niño será ajena, extraña al estado mental e intencionalidad auténtica del niño. Esta representación extraña se convierte en parte del concepto interno del self: “alien self” (Fonagy, 2000). Si la relación con los cuidadores está predominantemente marcada por experiencias repetidas de este tipo, se dará una situación donde la mente del niño esté dominada por un “alien self”.

La experiencia interna del “alien self” es similar a la experiencia de un atormentador interno: constante autocrítica, odio a sí mismo, ausencia de validación interna y expectativa de fracaso. El self es odiado y, a través de las lentes proyectadas del “alien self”, el mundo externo puede ser percibido como potencialmente hostil, humillante y persecutorio. A la vez, las representaciones internas son incongruentes con las propias experiencias y las representaciones de los otros serán también desajustadas y llevarán a la experiencia que el mundo relacional no tiene sentido ni es predecible o manejable. De todo ello se desprende que el “alien self” impide el desarrollo de la mentalización (Rossouw y Fonagy, 2012) y es un elemento importante para comprender aspectos del funcionamiento de los adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia.

Estas adversidades vividas por los jóvenes en su niñez hacen que hayan sido poco capaces de internalizar e integrar una “presencia de mente” (Mitrani, 2007) capaz de recibir, digerir y transformar las experiencias emocionales desde las etapas más tempranas de la su vida. Por este motivo, tal como describe Mitrani, se pueden sentir empujados a utilizar su propio cuerpo y las sensaciones de su cuerpo como continente para los hechos no mentalizados, algo que desde el modelo de la mentalización se explica también como una necesidad de recuperar un cierto control frente las ansiedades de fragmentación. Unas ansiedades que tienen una fuerte relación con la vivencia primitiva del abismo catastrófico

delante del objeto impermeable o el objeto ausente, que forman parte de sus experiencias relacionales tempranas.

## **NEGLIGENCIAS EN LA INFANCIA Y FALLAS EN LA CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN EN LA ADOLESCENCIA**

Tal como hemos visto, es en las relaciones de vínculo temprano donde los niños aprenden a mentalizar. Todos hemos tenido experiencias de falta de sintonía con nuestros cuidadores, incluso hay datos que dicen que la media de veces en las que la percepción de la madre está en sintonía con el estado mental de su hijo pequeño es de un 30% (Fonagy, comunicación personal). Entonces, ¿cómo podemos entender el hecho de que no todos tenemos un “alien self” similar? La respuesta es bien sencilla, ya que tiene que ver con la cantidad de experiencias de falta de sintonía, con la calidad de la relación cuando hay sintonía y con la presencia de la reparación que nos valida. Todos los cuidadores se equivocan o leen mal los estados mentales de los niños, pero la posibilidad de que esta falta de sintonía sea reconocida y reparada es también una experiencia valiosa de cara a favorecer la mentalización. Este es un aspecto importante a tener en cuenta en la relación terapéutica, como expondré más adelante.

El problema aparece cuando la falta de sintonía se convierte en una negligencia: cuando el cuidador es consistentemente desajustado o ausente. El niño no desarrollará la representación secundaria del mundo interno que le ayuda a darle sentido y tendrá mucha más probabilidad de actuar las experiencias internas –sobre todo las que implican malestar– en lugar de ser capaz de regularlas por sí mismo. En estos casos nos encontramos con niños con un mundo interno dominado por una prevalencia de experiencias emocionales no integradas, en el contexto de dinámicas patológicas de los objetos tempranos que han sido internalizadas. Esto incidirá en diferentes esferas fundamentales de la organización de su vida emocional y relacional, aumentando a la vez considerablemente el riesgo psicopatológico. La capacidad de mentalización queda seriamente dañada.

En la adolescencia, estas mermadas capacidades de mentalización tienen una incidencia directa en una mayor dificultad para encontrar sentido a la conducta de los demás, una mayor dificultad para saber o entender nuestros propios sentimientos, mayor ansiedad, sensación de pérdida, rabia y desesperación. También hay más

presencia de sentimientos paranoides y de miedo a perder a las personas más cercanas. Pero uno de los sentimientos que es fuente un sufrimiento más intenso y de un mayor riesgo de actuaciones tanto auto como heterodestructivas es el sentirse malo, el sentirse destruido desde dentro. Es muy frecuente encontrarnos con jóvenes que se sienten desbordados por un intenso odio hacia sí mismos y pensamientos tipo: “soy horrible, me odio, debería estar muerto/a, nadie me echará de menos...”. Como consecuencia, el joven tiene la necesidad de recuperar el control sobre la espiral de ansiedades confusionales y catastróficas que le invaden, por lo que recurre a la actuación como forma desesperada de sentir que vuelve a tener cierto sentimiento de agencia sobre su propia vida.

Al perder capacidad de mentalización hay un sentimiento de fragmentación, de pérdida de coherencia y pérdida del sentimiento de agencia sobre la propia vida. La búsqueda de la figura de apego no contiene, por la negligencia severa imperante en la relación o sencillamente por ausencia. Las experiencias internalizadas de relación a los que uno recorre para buscar contención desde el mundo interno tampoco sirven, ya que no hay una presencia suficiente de objetos internos mínimamente continentes, sino más bien un predominio del “alien self” que aumenta la desesperación. Esta situación estimula la actuación violenta, tanto auto como heterodestructiva, una violencia que podemos entender como escudo ante estas ansiedades catastróficas, como una especie de ilusión de recuperar un control ante la vivencia catastrófica y no sólo como una evacuación de un malestar que no puede ser procesado de otra manera.

Una experiencia violenta intensa crea un foco y contiene la fragmentación, ya que hace sentir que se recupera un control frente al caos y el vacío. Estas actuaciones son claros síntomas de los déficits en la capacidad de mentalización (Bateman y Fonagy, 2004) así como también desesperados intentos de liberar al self del “alien self” (Fonagy et al., 2002).

En las autolesiones encontramos un dramático ejemplo de este desesperado mecanismo de supervivencia, ya que además de toda la lectura que podemos hacer desde la dimensión sensorial del acto auto-lesivo, es valioso pensarlo también desde la sensación de recuperar un cierto control sobre un dolor psíquico insoportable para el adolescente.

Cualquier mecanismo que haga sentir que se detiene la fragmentación es valioso, como el moverse hacia proyecciones masivas sobre objetos externos estimulando vivencias altamente persecutorias. Una ansiedad persecutoria es algo mentalizable ya que hay

un perseguidor, mientras que la vivencia más primitiva y catastrófica de la ausencia sería el vacío no mentalizable, el dolor no mentalizable del que se puede huir volviendo a la esfera sensorial, aferrándose a las sensaciones como forma de supervivencia psíquica (Coromines, 1991, 1994). Es el agujero negro, el abismo, un área mucho más terrorífica y primitiva que la del objeto malo perseguidor, que permite recuperar un cierto control sobre la amenaza catastrófica de la des-mentalización.

En la necesidad de recuperar un cierto control vemos como las acciones y las asunciones reemplazan al pensamiento. Esto es algo que nos pasa a todos cuando perdemos nuestra capacidad de mentalización: nos sentimos seguros de que tenemos la razón; aumentan las certezas que tenemos sobre los demás y sobre nosotros mismos; hacemos más generalizaciones, etiquetamos y actuamos; nos sentimos seguros sobre lo que alguien está sintiendo y/o pensando; asumimos que los demás se sienten exactamente como nosotros. Todo queda al servicio de tratar de controlar lo que sentimos como fuera de control.

El adolescente con déficits de mentalización que no se siente entendido, puede sentir el mundo en contra de él, lo que ataca y destruye su sentido de “sí mismo” que, además, está en proceso de formación. Esto destruye lo que él es y desata ansiedades de fragmentación, lo que conforma una realidad insoportable que le empuja a la actuación.

## ASPECTOS TÉCNICOS: ALGUNAS APORTACIONES DE LA MBT-A

Un concepto desarrollado Fonagy que considero fundamental para entender el trabajo terapéutico es el concepto de confianza epistémica (Fonagy y Allison, 2014) –de la palabra griega episteme: conocimiento o las raíces del conocimiento–, que se refiere al tipo específico de confianza requerida para permitir una disponibilidad a aprender del otro, sobre todo el aprendizaje de competencias sociales. La confianza epistémica es un tipo de confianza particular en la que predomina un sentimiento de que el conocimiento humano y la información humana comunicada por otros seres humanos es fiable.

Fonagy describe como en la relación terapéutica esta confianza se basa en –o se estimula por– el conocimiento que el paciente tiene sobre el hecho de que el terapeuta ha conectado con autenticidad y empatía con él, entendiendo fundamentalmente su sufrimiento. Esta conexión empática, que podemos entender como el hecho de que el paciente se ha sentido adecuadamente mentalizado, es lo



que permite sentir al paciente que puede confiar en lo que el terapeuta ofrecerá en términos de conocimiento. Es lo que permitirá que el paciente pueda aprender sobre sí mismo a través de la mente de alguien en quien confía. A la vez, cuando el paciente tenga experiencias de falta de contingencia por parte del terapeuta, las probabilidades de una apertura hacia recibir aprendizaje del mismo disminuirán. Esta teoría deriva del trabajo experimental de Gergely y Csibra (Gergely y Csibra, 2005) sobre la construcción social del yo subjetivo.

Si pensamos en el perfil de adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia, siguiendo lo descrito Fonagy en relación a la confianza epistémica, podemos entender que en su historia relacional las experiencias relacionales adversas les han llevado a un cierre de esta vía de aprendizaje, quedando dañada su capacidad de aprender a través de la experiencia emocional con otros, mostrándose más inflexibles y rígidos ante el cambio. Este es un obstáculo fundamental que enfrentamos en el trabajo terapéutico, ya que configura un escenario inicial de la relación donde el joven muy a menudo no pide ayuda, sino que más bien la puede rechazar activamente. En estos casos puede ser frecuente que el clínico o el equipo que trabaja con el joven trate de encontrar la manera de introducir algún cambio en esta forma de pensar o de sentirse del joven, cuando desde la intervención centrada en la mentalización lo primero que deberíamos preguntarnos es qué debemos cambiar en nuestra propia mente para poder llegar a este joven que no espera nada bueno de una relación con un adulto.

Nuestra tarea principal es tratar de ofrecer una relación donde puedan tener la experiencia de alguien que está genuinamente interesado en ellos, alguien que tiene su mente en mente, que les hace sentir que ellos importan como seres humanos y que tratamos responder de forma contingente en un amplio abanico de situaciones diferentes. En diferentes trabajos Fonagy describe cómo esta experiencia relacional puede tener un efecto terapéutico porque favorece un cambio en su disponibilidad y actitud mental hacia las relaciones, de tal manera que puedan estar más abiertos a ser influenciados por posibles relaciones benignas y benévolas que ya podían tener en su entorno, pero que eran incapaces de ver y aprovechar. Esto es lo que les ayuda a mejorar: el poder abrir la puerta a la confianza epistémica, que había sido cerrada dando lugar a unas muy dañadas capacidades de aprender por la experiencia emocional, lo que ha hecho vivir a estos jóvenes dominados por una hipervigilancia epistémica y una desconfianza epistémica, en lugar de la confianza que les permita recibir lo valioso que las

relaciones humanas afortunadamente pueden ofrecer.

Por todo lo mencionado, el objetivo general de este modelo es “desarrollar un proceso terapéutico en el que la mente del paciente se convierta en el foco del tratamiento” (Bateman y Fonagy, 2016), es decir, estimular la mentalización explícita del paciente y ayudarlo a desarrollar una mejor comprensión de lo que él siente y piensa sobre sí mismo y sobre los demás, sobre cómo esto afecta directamente a la forma en que responde a sí mismo y a los demás, así como el poder entender que los errores en la comprensión de sí mismo y de los otros pueden conducir a actuaciones para mantener una cierta estabilidad mental y para amortiguar el impacto de emociones incomprensibles (Bateman y Fonagy, 2016). El terapeuta deberá recordar este objetivo al paciente en todo momento, ya que un aspecto esencial del trabajo es ayudar a ver que el proceso terapéutico no es algo misterioso que sucede sin que el paciente se dé cuenta, sino que el joven ha de entender el foco que siempre tendremos presente (Bateman y Fonagy, 2016).

Para muchos de estos jóvenes, acercarnos a pensar sobre aspectos centrales de su historia pasada y presente es insostenible, así como el contacto con las emociones y con la necesidad es catastrófico, debido a tener un mundo interno poblado de objetos abandonados, negligentes y/o maltratadores, que les lleva a esperar lo mismo de la relación terapéutica. Por este motivo, lo que nos planteamos como objetivo principal es la necesidad de darnos tiempo para intentar desarrollar el pensamiento en áreas que sean más tolerables. Esto se puede conseguir más fácilmente si los acompañamos desde el nivel más primitivo: desde el nivel sensorial a partir del cual comenzar a construir juntos el pensamiento, es decir, desde la mentalización de la nueva experiencia emocional compartida con nosotros. Es más importante estimular la mentalización sobre el nivel sensorial de lo que estamos compartiendo –que se ponga en marcha el proceso de mentalización– que el contenido concreto del discurso.

Un problema central para muchos pacientes es su vulnerabilidad a la pérdida de la capacidad de mentalización. Esta vulnerabilidad se asocia con una sensibilidad interpersonal que dispara la desregulación emocional y la impulsividad. Hay evidencia que demuestra que las mejores capacidades de mentalización son resilientes, por lo que nuestro objetivo principal es abordar esta vulnerabilidad, tratando de mejorar la capacidad de mentalización del adolescente y su familia, dejando como algo secundario al abordaje de las realidades insostenibles que a menudo presentan estos casos. El tratamiento está basado en la relación y el terapeuta

es visto como un participante activo y contribuidor al impacto emocional sobre el paciente, con el objetivo de crear una experiencia de relación nueva donde ayudar al desarrollo de la capacidad de mentalización.

Siguiendo esta idea, un principio de la MBT-A es que no podemos abordar los estados en los que predomina la no mentalización con mentalización. Cuando alguien no está mentalizando no debemos forzarlo a mentalizar, porque no nos podrá escuchar. Habrá que indicar que estamos a su lado, validar su estado emocional aunque sea por vías no verbales, pero mostrando que estamos a su lado, que estamos con ellos y que los apoyamos. A medida que pase la tormenta emocional, podremos tratar de recuperar la capacidad de mentalización en áreas menos sobrecargadas emocionalmente, con el foco puesto en estimular y ayudar a desarrollar la mentalización explícita del paciente.

Se ha definido la posición o actitud del terapeuta –“mentalizing stance”– como una mesa con cuatro firmes patas que la sostienen y facilitan el proceso terapéutico. Estos cuatro principios que sostienen la actitud del terapeuta son: la curiosidad hecha explícita, interrumpir los momentos en los que el paciente no mentaliza, mantener el equilibrio entre las diferentes dimensiones de la mentalización y destacar los momentos en los que el paciente mentaliza. Explicaré a continuación un poco más en detalle estos principios.

## CURIOSIDAD

No es una idea muy nueva, pero sí muy útil, porque no hay nada peor para un adolescente que pretender que sabemos lo que es estar en su piel. Es la vía directa para que el joven nos diga que no nos quiere ver más. Debemos mostrar la humildad necesaria de no saber qué es realmente estar en el lugar del otro, aunque sí podemos hacer un trabajo de imaginación. Es importante poder decir a los chicos que no sabemos leer el pensamiento y que los necesitamos mucho a ellos para que nos ayuden a nosotros a entenderlos. Hay que hacer explícita nuestra curiosidad, haciendo explícita nuestra posición del no saber, diciendo por ejemplo: “estoy un poco confundido, ¿me puedes ayudar a entender lo que pasa?”. “No sé qué es estar en tu piel, pero tengo imaginación y la puedo utilizar para hacer algunas hipótesis”; “no sé si te servirá lo que te diré, pero ...”; “En el trabajo que haremos juntos te ofreceré ideas, hipótesis y te preguntaré qué te parece, si crees que encaja con algo de lo que te pasa o si no”. Nunca se dirá nada a un joven sin pedir la confirmación

de si cree que lo que les hemos dicho es pertinente para él en ese momento o no. Si no entendemos algo de lo que nos dice, o vemos que está perdido en un discurso donde no está mentalizando, podemos decir algo del tipo: “mira, es que aquí me he perdido... no sé si porque estoy un poco espeso hoy, pero antes has dicho algo que sí me ha ayudado a entender...”, poniendo en nosotros la dificultad de seguir el discurso, algo que resultará menos persecutorio y que facilitará el acompañarles a recuperar la capacidad de mentalización perdida. En el siguiente apartado veremos en más detalle la intervención para detener la no mentalización, pero adelanto que un aspecto técnico valioso es detenerles y pedir que rebobinen a un momento anterior donde sí estaban mentalizando.

Los adolescentes descritos llegan a nuestras consultas muy desconfiados y a menudo perseguidos, aún más por el hecho de tener que ver a un profesional de salud mental, por lo que esta explicitación de la curiosidad e interés sincero en ellos es muy importante. También está bien hacerles saber que no sabemos leer el pensamiento, ya que tratar de leer el pensamiento o imponer ideas sobre lo que pensamos de los demás es precisamente lo contrario de una buena mentalización. Les diremos que no tenemos respuestas, pero sí mucha curiosidad por encontrarlas juntos. Esta posición implica diferenciarse del terapeuta que se mantiene en una posición más neutral y distante, algo que sólo les hará sentir más perseguidos de lo que ya están. Además, es muy irritante para un joven entrar en un despacho y ver a un adulto silencioso que lo mira y se supone que ya sabe lo que le pasa.

El tratamiento basado en la mentalización se basa mucho en ofrecernos como modelo que hace explícitos sus procesos implícitos de pensamiento. De esta manera, ofrecemos un modelo de alguien que no es perfecto, de alguien que es consciente sobre el hecho de que hay límites en nuestro conocimiento: “soy curioso porque sé que no sé”. También ofrecemos un modelo de interés sobre los estados mentales propios y ajenos, haciendo reflexiones sobre cómo nos podríamos sentir o lo que pensamos nosotros sobre una determinada situación y preguntándonos en voz alta cómo debe sentirse y qué debe pensar la otra persona.

## INTERRUMPIR LA NO MENTALIZACIÓN

Tiene que ver con mantener el equilibrio. No se hace siempre que el joven y/o la familia no mentaliza, porque hay que dejar desplegar un poco el discurso, aunque

no demasiado. Podemos permitir que se despliegue un poco, pero interrumpirlo cuando vemos que se convierte en algo inútil que no nos lleva a ninguna parte. Hay un papel activo del clínico cuando lo detecta, especialmente si es un patrón conocido del joven o de la familia. Hay diferentes maneras de hacerlo, pero con este perfil de pacientes es muy recomendable ponerlo en uno mismo, porque aparte de ser mucho menos persecutorio también es comunicar un estado mental nuestro de este preciso momento. Lo podemos decir de diferentes maneras, como por ejemplo: “perdona, podemos parar un momento? Es que me siento un poco confundido o perdido...”. Si no sabemos qué decir al paciente, muy probablemente no está mentalizando, lo que será a la vez un indicio de que hay que detener el discurso para tratar de llevarlos a mentalizar de nuevo: “mira, es que ahora no sé qué decir, pero si volvemos a cuando decías tal cosa...”. “Mira, yo no estoy entendiendo nada ahora, no sé si estoy un poco dormido o confundido, pero la última parte que he entendido era...”. También sería adecuado decir algo como: “Si ahora digo algo sobre lo que explicas estaría haciendo ver que te estaba entendiendo, pero no es así. Lo último que he entendido ha sido... por favor, ¿podemos volver y tratar de ver si puedo entender mejor lo que me estás contando?”. Es nuevamente la técnica de parar y rebobinar a un momento anterior donde había algo que tenía sentido. Si hacemos ver que entendemos o nos mantenemos en silencio es mucho peor, porque el paciente no está entendiendo nada de lo que le pasa y nosotros podemos estar en un modo de simulación, con lo que la situación puede resultar verdaderamente caótica.

En situaciones de desregulación emocional y desbordamiento –como veremos en la viñeta clínica– buscamos la manera de detener y activamente tratar de focalizar en áreas menos conflictivas para recuperar una cierta mentalización efectiva. A la vez, debemos ayudarles a entender por qué este estado no les ayuda, así como a entender e identificar qué es lo que estimula la no mentalización, o como se ha llegado a este estilo de funcionamiento.

## **MANTENER EL EQUILIBRIO**

Entre las diferentes dimensiones de la mentalización: entre el mundo interno y el mundo externo, entre uno mismo y los demás, entre lo que ocurre aquí y ahora y lo que ocurre en otros momentos, entre lo que piensa el adolescente y lo que siente, entre lo que imagina que piensa el otro y lo que imagina que siente el otro, etc. Cuando estamos trabajando con la familia hay que buscar

también un equilibrio entre intervenciones de diferentes miembros, entre lo que piensan que sienten uno u otro miembro, etc. También requiere un papel muy activo del clínico que interviene en todo momento en que la mentalización desaparece debido a que se descompensa este equilibrio y el joven puede estar por ejemplo muy centrado en hablar de algún adulto con quien ha tenido un conflicto. En este caso podemos buscar el equilibrio que lo devuelve a un estado de mejor mentalización haciendo una pregunta como: “y tú ¿cómo te sentiste en ese momento?”.

## **DESTACAR LA MENTALIZACIÓN**

Lo hacemos trabajando centrados en el aquí y ahora, describiendo lo que entendemos de las capacidades de mentalización que está desplegando el joven con el que estamos trabajando. El objetivo es detectar, destacar y valorar cuando vemos que aparece una mentalización efectiva, reforzando positivamente los momentos en que aparece la mentalización: “me gusta mucho tu forma de pensar que estás siendo capaz de mostrar ahora. Fíjate en lo diferente que es de la manera en que estabas pensando hace tan sólo 5 minutos cuando parecías tan seguro, con tanta certeza sobre esto que decías sobre tal persona... en cambio, ahora te estás preguntando sobre cómo se puede sentir esa persona cuando tú haces algo como lo que habías hecho... ¿Te das cuenta de la diferencia?”.

El tratamiento basado en la mentalización se focaliza mucho en esta calidad particular de la mente cuando aparece, tomando el clínico una actitud activa en modo psicopedagógico: “esto es de lo que te hablo que buscamos, lo que acabas de hacer ahora mismo, este tipo de pensamiento que acabas de ser capaz de hacer es lo que nos interesa potenciar”.

## **SÍNTESIS DE ASPECTOS IMPORTANTES DE NUESTRA INTERVENCIÓN**

Por razones de espacio no puedo pretender abordar de forma detallada en este trabajo las diferentes fases y estructura del proceso terapéutico, pero sí quisiera nombrar algunos de los aspectos que considero bastante valiosos para trabajar con este perfil de adolescentes.

En primer lugar, como todos sabemos, destacar la importancia capital de los primeros contactos con el adolescente y de cómo son decisivos para el resto del proceso. He descrito las dificultades de vinculación de los jóvenes y la persecución aumentada por el hecho de ir a un servicio de salud mental o a un lugar con un

nombre tan poco atractivo como “Hospital de Día”. Desde el modelo basado en la mentalización se plantea ir a encontrar al adolescente donde sea, es decir, en el lugar que él sienta como seguro. Implica un vuelco del planteamiento asistencial, ya que no se trata de seguir pidiendo a los jóvenes que se adapten a lo que nosotros podemos –o queremos– ofrecer en nuestros servicios de salud mental, sino pensar cómo nos tenemos que adaptar y acercar nosotros a ellos para que se pueda empezar a establecer una relación. Esto resulta inquietante para el clínico, puesto que implica plantearnos salir del despacho e ir a encontrar al joven a su casa, al instituto o en el parque. Pero también hay que recordar que, en principio, nosotros contamos con mejores recursos internos para hacer frente a estas nuevas situaciones relacionales mientras que, para los jóvenes que han sufrido adversidades, el hecho de pedirles que tomen un papel activo para establecer una relación con un adulto desconocido que dice que le quiere ayudar, es bastante más complicado. Pero no se trata de que el clínico se lance a la calle solo a buscar al joven, sino de repensar ciertos aspectos del trabajo en equipo y en la red para facilitarlos.

A menudo lo que vemos es que los profesionales de salud mental se las ingenian muy comprensiblemente en tratar de desarrollar mejores maneras de intervenir y mejores maneras de estar con el paciente, pero dando demasiado poco énfasis a lo que tenemos que hacer para darnos apoyo a nosotros como clínicos y para mejorar la relación con otros que nos ayuden en esta tarea. En este sentido, en el centro Anna Freud de Londres han desarrollado el proyecto AMBIT (Bevington et al., 2012) –inicialmente era “Adolescent Mentalization Based Integrative Treatment”, aunque ahora amplía las franjas de edad y han cambiado “Adolescent” por “Adaptive”–, que es un modelo asistencial basado en la mentalización para equipos que trabajan con jóvenes que presentan múltiples y graves dificultades. Fue desarrollado por profesionales del Anna Freud Centre de Londres, destacando entre ellos Peter Fonagy, Dickon Bevington y Peter Fuggle, en respuesta a la necesidad de una intervención bien estructurada y basada en la evidencia que pueda ser implementada de forma realista para atender estos adolescentes de alto riesgo. AMBIT amplía el campo de intervención proporcionando herramientas para estimular la mentalización aplicando principios y prácticas basadas en la mentalización en cuatro niveles diferentes: en el trabajo con los jóvenes y sus familias –lo que habitualmente predomina en todos los equipos o consultas privadas de salud mental–, entre los compañeros

del equipo, en las redes inter-institucionales más amplias y en el apoyo a los equipos a fin de adoptar una posición de aprendizaje respecto a su propia práctica.

Desde AMBIT se entiende que hay que dar la misma importancia a cada uno de estos aspectos –algo que nunca ocurre en los servicios de salud mental– ya que, de no ser así, no tendremos éxito en el trabajo con el joven. En este artículo no me puedo dedicar a explicar este modelo de intervención para equipos pero, en la línea de lo que estaba exponiendo en relación al papel activo del clínico fuera del despacho para tratar de favorecer la relación con el joven, a fin de proporcionar ayuda accesible, asequible y sobre todo inmediata para las situaciones de crisis, lo que AMBIT proporciona es un abordaje diferente desde el equipo que da un apoyo activo a las capacidades de mentalización del clínico, para que en esta nueva tarea esté más acompañado y seguido por sus compañeros. Es un abordaje terapéutico que se lleva a los jóvenes estén donde estén. Es altamente flexible ya que se puede llevar a cabo en la calle, en un parque o en casa. AMBIT busca trabajar en cualquier marco de trabajo que el joven sienta como seguro. Un objetivo clave en AMBIT es mejorar la relación de los jóvenes con la “ayuda”, para incrementar la probabilidad de una actitud de búsqueda de ayuda por parte del joven en el futuro, así como afrontar las dificultades actuales en múltiples dominios.

En los encuentros iniciales con los jóvenes y su familia es necesario que pasemos de las intenciones implícitas en las explícitas. Debemos reconocer que a menudo no somos nada fáciles de entender para los adolescentes, por lo que hay que abrir espacios de intenciones explícitas compartidas entre nosotros y el paciente, con acuerdos sobre dónde tenemos que ir, sobre la que hay que trabajar, definiendo objetivos y planes. Las ideas de los jóvenes sobre por qué hacemos lo que hacemos pueden ser muy diferentes a las nuestras. Debemos ayudarles a que nos mentalicen a nosotros, tomando una actitud activa y decidida para explicar por qué estamos haciendo lo que estamos haciendo o intentando hacer. Debemos devolverles una imagen de sí mismos que ayude a que se sientan entendidos, así como un planteamiento del camino de tratamiento y objetivos, lo que puede ayudar a que mejore el sentimiento de control del adolescente y su familia respecto al proceso terapéutico.

Las visitas domiciliarias tienen un alto valor de cara a facilitar la vinculación con el joven y también en el proceso diagnóstico, ya que a menudo podemos obtener información que no obtendríamos nunca desde nuestro servicio de salud mental. Mi experiencia en este tipo de

relación asistencial muestra también que una muy buena manera de hacer explícita nuestra curiosidad e interés sincero por el adolescente que funciona a un nivel muy concreto, es pedirles si nos quieren enseñar su habitación y lo que les gusta hacer cuando tienen tiempo para ellos: videojuegos, música, etc.

La clave para estimular, reparar y mantener la función de mentalización en una persona joven es el desarrollo de algo parecido a un vínculo seguro con una figura de confianza. Esto puede ser experimentado por el joven como que el profesional tiene su mente “en mente”. El adolescente con daños severos no puede ir hacia la persona que le puede ofrecer ayuda, es el profesional quien tiene que ir hacia él. Por eso hay que insistir mucho en el papel activo del clínico en este momento inicial para conseguir esta meta, así como en la necesidad de ser auténticos con los adolescentes: explícitamente auténticos y cálidos. Hemos de explicitar lo que pensamos y sentimos en relación a él: “estoy aquí porque me gustaría poder hablar contigo, tratar de entender un poco más lo que te pasa, cómo te sientes...”. No podemos ser silenciosos, aunque hay que tener cuidado con la distancia y no mostrarnos demasiado próximos o “colegas”, algo que podría generar confusión.

El tratamiento basado en la mentalización no es tanto un conjunto de técnicas, sino sobre todo una manera de estar del clínico con el adolescente. El papel del clínico no es tanto la capacidad de leer siempre con precisión los estados internos propios o ajenos, sino más bien una forma de aproximarse a las relaciones que refleja la expectativa de que el propio pensamiento y sentimientos serán iluminados, enriquecidos y modificados por el hecho de aprender sobre los estados mentales de los demás. Al mismo tiempo vamos haciendo explícita nuestra curiosidad, conciencia del impacto de la emoción, conciencia de que la mente del paciente es opaca y moldeando la capacidad de tomar diferentes perspectivas. Bateman y Fonagy (2012) describen esta actitud del clínico diciendo que implica la curiosidad y un foco explícito puesto en identificar y explorar las rupturas en la mentalización y patrones comunes de respuesta en estos estados, enfatizando una comunicación coloquial.

Las intervenciones más frecuentes del clínico serán las de validación de la experiencia emocional del joven, seguidas por las de clarificación, elaboración y desafío de posiciones del paciente –una valiosa recomendación de Fonagy: utilizar “¿qué crees que...?”, en lugar de preguntas que se inician con un “¿por qué?”, ya que estas últimas son más persecutorias–. Serán menos frecuentes

las intervenciones centradas en la mentalización básica de las emociones que se expresen y todavía menos frecuentes las intervenciones centradas en mentalizar la relación o transferencia. Se habla de mentalizar la transferencia y no de interpretar la transferencia. Este tipo de intervención sirve para hacer pensar a los pacientes sobre la relación en la que están aquí y ahora, con el objetivo de hacerles poner la atención en otra mente, acompañándolos en el proceso de contrastar la propia percepción de sí mismos con la percepción del otro sobre ellos. De esta manera les llevamos a mentalizar sobre aspectos de la relación (Bateman y Fonagy, 2016), siguiendo unos pasos donde primero validamos la experiencia vivida en el aquí y ahora, explorando la reacción actual del paciente, aceptando y explorando nuestra contribución a lo que está sintiendo él, con la idea de colaborar en llegar a una comprensión. También presentaremos una perspectiva alternativa a la situación vivida, explorando la reacción del paciente a la nueva comprensión (Bateman y Fonagy, 2016).

Hay que hacer intervenciones cortas y simples. Nada largo porque los perdemos. Centrarnos en lo que pueden sentir, pero no sólo eso. Hay que explorar hechos, detalles de las cosas que han pasado, ya que sólo podremos entender lo que sienten de verdad si exploramos juntos los detalles de su vida. Así también tenemos más información para imaginarnos cómo nos sentiríamos nosotros en esta situación. Es valioso utilizar el sentido del humor, un lenguaje ordinario, evitando cualquier tipo de jerga profesional, tratando de mantener el clima de la sesión en tono calmado –mantener el equilibrio– para no generar emociones intensas que disminuyan la capacidad de mentalización. Evitar hacerles sentir que lo que hacemos es algo raro o estresante, porque esto aumenta el clima de ansiedad. Tener presente también que después de cualquier cosa que les decimos sobre lo que creemos entender sobre ellos, siempre lo acompañaremos con una pregunta para comprobar si lo sienten como algo pertinente o no. En este sentido, Bateman y Fonagy (2016) nos recuerdan que NO debemos hacer intervenciones tipo: “lo que realmente sientes es...”, “creo que lo que realmente me estás diciendo es...”, “creo que tus expectativas sobre esta situación están distorsionadas...”, “lo que quisiste decir es que...”, ya que nos ponen en una actitud donde tenemos certezas y hacemos atribuciones sobre estados mentales del paciente, algo típico de un funcionamiento donde no se está mentalizando.

Haciendo una síntesis de nuestra intervención,

diríamos que hay que identificar las rupturas o fallas en la capacidad de mentalización; rebobinar al momento antes de esta ruptura; explorar el contexto emocional antes de la ruptura; intentar mentalizar lo que no ha podido ser mentalizado, tratando de identificar nuestra contribución a la ruptura de la mentalización en el caso de que hayamos contribuido.

## TRABAJO CON PADRES

Muy brevemente, decir que el objetivo es ayudar a los padres a desarrollar habilidades que les ayuden a entender mejor a sus hijos, de manera que puedan mejorar la forma que tengan de hacerse cargo de sus necesidades. Si podemos ver el mundo desde la perspectiva de nuestro hijo, podremos entender mejor sus necesidades. A la vez, esto puede llevar a los padres a pensar sobre lo que pasa en sus propias mentes y lo que interfiere en que puedan ver más claramente a su hijo, o en el modo en que piensan sobre las necesidades de su hijo. El objetivo es tratar de que un padre o una madre pueda tener a su hijo en mente, que es una de las experiencias más importantes que un hijo puede tener.

En las entrevistas familiares dominadas típicamente por proyecciones masivas entre los diferentes miembros, donde lo habitual es que se activen dinámicas donde se acusan mutuamente de todas las dificultades familiares, hay que intervenir invitando a mentalizarse los unos a los otros. De esta manera detenemos activamente el caos que sólo estimula los modos de no mentalización y les invitamos a que tengan a su hijo en mente, o al menos que lo intentan ante nosotros y el joven. También pedimos al adolescente que haga lo mismo con sus padres, todo ello facilitado por una serie de técnicas y juegos que no tendré espacio de exponer aquí –desarrollados desde la MBT-F (tratamiento basado en la mentalización para familias)–, aunque, a modo de ejemplo, expongo una de ellas: es cierto que si preguntamos a un miembro de la familia qué cree que piensa o siente otro miembro de la familia allí presente, lo más probable es que nos diga que no lo sabe. Pero la situación es muy diferente si hacemos uso de la técnica de los “globos de texto”, donde dibujamos en un folio un globo de pensamiento típico de los cómics, pidiendo al miembro de la familia al que estamos invitando a mentalizar al otro, que en este juego se trata de imaginarse que él es ese otro miembro de la familia y que ahora debe llenar lo que está pensando y/o sintiendo en este momento, sobre lo que está pasando o sobre lo que se está diciendo en este momento de la sesión. Los resultados son valiosamente sorprendentes.

### *Viñeta clínica*

Para concluir, presentaré una viñeta de un chico de 16 años al que llamaré Juan, que atendí en el Hospital de Día y que provenía de un entorno relacional muy dañado, donde había sufrido severas negligencias durante su niñez. El chico había sido expulsado de varios institutos y presentaba trastornos de conducta graves, caracterizados por explosiones verbales muy violentas hacia los otros y conductas autodestructivas. La situación que describiré tiene lugar seis meses después del ingreso del chico, por lo que ya hacía tiempo que habíamos podido establecer una relación bastante buena, algo que entiendo se vio facilitado por una actitud muy activa hacia él, así como por ofrecer mucha contención de las intensas ansiedades persecutorias que vive. Se muestra fácilmente desbordado por estas ansiedades, perdiendo sus capacidades de mentalización que por otra parte puede ir desarrollando en los momentos en los que está más tranquilo.

La sesión que transcribiré tuvo lugar en el mes de septiembre, coincidiendo con el primer día del espacio de aula con la profesora del Hospital de Día, en la que cada chico trabaja durante unos 50 minutos temas relacionados con el nivel académico en el que se encuentran. Pasados menos de 5 minutos del inicio del espacio de aula, escucho golpes y fuertes gritos procedentes del pasillo. Me dirijo rápidamente hacia allí al reconocer la voz de Juan. Cuando me encuentro con él está completamente fuera de sí, en medio de un estallido explosivo –un buen ejemplo de un estado donde no hay mentalización–, gritando con ira todo tipo de insultos contra la profesora y pegando patadas y puñetazos a una puerta y la pared. Tengo miedo de que se haga daño, ya que se ha roto la mano varias veces en episodios similares –sólo una vez durante el tiempo que ha estado con nosotros–. Cuando me acerco dice en tono amenazador:

*Paciente- ¡Déjame Mark! ¡No me toques, no me toques hostia!*

Yo le digo que no le tocaré y él sigue dando patadas y puñetazos a la pared e insultando a la profesora. Yo le digo entonces que tengo miedo de que se haga daño y no quiero que esto suceda. Él sigue insultando a la profesora y dando puñetazos a la pared y yo insisto:

*Terapeuta- estoy preocupado porque creo que te puedes hacer mucho daño a las manos si sigues golpeando la pared.*

*Paciente- ¡A la mierda, no me importa una puta mierda!*  
*Terapeuta- A mí sí Juan. A mí me importa. No quiero que te hagas daño.*

Juan tolera que yo me acerque cada vez más. Entonces,

con la idea puesta en tratar de mover su foco de atención hacia un lugar donde pueda ser más factible recuperar la capacidad de mentalización, a la vez que alejarnos del foco de persecución, le digo:

Terapeuta- Oye, ¿Qué te parece si salimos de aquí? ¿Por qué no nos vamos ahora? Sólo tú y yo.

Paciente- ¡Vale! ¡Vámonos de esta mierda de sitio!

Continúa golpeando puertas y pared mientras caminamos hacia la puerta principal. También soltando insultos. Salimos del edificio y vamos caminando por el patio. Yo lo sigo, caminando a su lado. Se dirige hacia un rincón agradable del patio donde hay un banco con árboles que ofrecen una valiosa sombra en este aún muy caluroso día de verano. Se sienta con bastante rapidez en el banco y yo me siento a su lado. Sigue profiriendo insultos con mucha rabia hacia la profesora y yo trato de validar su estado emocional diciendo:

Terapeuta- Ya veo. Hoy no ha sido fácil con ella ...

Paciente- No es nada fácil, joder! Te digo Mark que la quiero matar!

Sigue desbordado, acusando a la profesora de todos sus males e insultándola. Yo sigo a su lado, diciendo algo más en la línea de validar y acompañarlo en su estado. Al cabo de un rato paso a tratar de estimular la mentalización en otro ámbito que creo que será mucho más tolerable, y opto por el nivel sensorial que estamos ambos sintiendo:

Terapeuta- Ostras, aunque hace bastante calor, ¿verdad? Este verano hace mucho calor, no? Suerte que ahora tenemos esta buena sombra.

Él me escucha y parece que va rebajando la desesperación y la rabia.

Terapeuta- Escucha Juan, como la llevas tú este calor? Porque yo siento que ya he tenido más que suficiente para este año.

Aquí lo invito activamente a mentalizarse sobre cómo vive esta sensación de calor, mostrando primero mi propio proceso de pensamiento sobre el mismo.

Paciente- No me gusta... a mí tampoco... ¡tan jodidamente pegajoso!

Aquí vemos como él añade otro calidad sensorial sobre lo que está sintiendo: el efecto pegajoso de la intensa humedad. Entonces ve un mosquito, que se convertirá en un valioso co-terapeuta.

Paciente- ¡Joder, mira! Y también mosquitos... ¡mira este puto mosquito que ahora nos quiere picar!

Terapeuta- ¡Ostras, tienes razón! Y es un mosquito tigre, no? ¿Qué piensas?

Aprovecho para invitarle a mentalizar sobre el mosquito.

Paciente- Sí tío, ¡joder sí lo es! Estos son los peores...

Juan se empieza a calmar, centrado en el mosquito. Yo sigo con la idea de desarrollar la mentalización en esta experiencia que ahora compartimos.

Terapeuta- ¿Te ha picado alguna vez uno de estos?

Paciente- Sí tío... más de una vez... y es una mierda tío, ¡hace un daño de cojones!... Peor que los normales, mucho peor... pero espera... ¡Voy a matar este hijo de puta!

El valioso co-terapeuta está volando a nuestro alrededor y yo trato de estimular la mentalización que va desplegando en Juan en diferentes dimensiones:

Terapeuta- Hay gente que tiene mucho miedo de éstos. ¿Cómo te sientes con este mosquito a nuestro alrededor?

Paciente- No me mola nada... ¡Pero yo voy a por ellos! No me voy corriendo como una maricon... Siempre intento matarlos... y sobre todo si encuentro uno en mi habitación, porque eso lo odio...

Terapeuta- Ostras, tienes razón. Es realmente molesto. Yo también lo odio.

Paciente- Cuando quieres dormir y se siente el puto ruido "bzzzz... bzzzz". ¡Un puto mosquito que te quiere picar! ¡Es que lo odio esto!

Terapeuta- Sí, es realmente pesado querer dormir y tener un mosquito allí que te quiere picar. Oye, ¿y este? ¿Qué crees que hará?

Paciente- Nos quiere picar el hijo de puta... pero nos estamos moviendo demasiado... así que mejor no nos movemos... no te muevas ahora Mark... deja que se acerque, porque entonces irá por nosotros, porque si nos movemos no se quedará quieto encima nuestro... porque el asustamos si nos movemos...

Terapeuta- Sí, buena idea Juan. Está bien pensado.

Vemos como Juan ha pasado de un momento en el que estaba desbordado y totalmente incapaz de mentalizar, a un estado donde ha recuperado la capacidad de mentalización, algo que valoro con la idea de destacar la mentalización.

Paciente- Ves... ya viene... el hijo de puta se acerca...

El mosquito va a por Juan, que después de un par de intentos consigue matarlo. Se pone muy contento cuando lo consigue y yo valoro que lo haya conseguido. Siguiendo con el objetivo principal del tratamiento basado en la mentalización, lo que me interesa en este momento es este proceso en el que Juan está siendo capaz de recuperar su capacidad de mentalización, sin ninguna otra intención que ésta. Como veo que lo estamos consiguiendo, disminuyendo en consecuencia el estado de desbordamiento emocional, trato de abrir más el foco

de atención interesándome por lo que ha hecho durante el fin de semana, ya que hoy es lunes. Me dice que no ha hecho gran cosa y yo le pregunto si ha visto con alguien.

*Paciente- Bueno... ya sabes... había quedado con María y Anna (nombres ficticios de dos chicas que ha conocido recientemente y con las que está haciendo una buena relación) pero Anna dijo que no...*

*Terapeuta- Vaya. Y ¿como te sentiste con eso?*

*Paciente- No mola...*

*Terapeuta- Ya veo. Pero oye, ¿me podrías ayudar a ver qué significa para ti eso de no mola? Para ver si te puedo entender mejor.*

*Paciente- Pues no mola es que no mola Mark... ¡Qué coño!... Pues que me cabreó bastante, pero bastante eh... esto es no mola: muy cabreado... porque tenía ganas de verla el sábado y la tía y me escribe un mensaje para decirme que no...*

A pesar de la reticencia inicial puede desarrollar la emoción que acompaña el episodio que me cuenta. Yo intervengo validando y devolviendo lo que estoy entendiendo de lo que me cuenta.

*Terapeuta- Ya veo, es decepcionante, sí. Así que, si te entiendo bien, estabas esperando verla sábado y recibes un mensaje de ella diciendo que no.*

*Paciente- Sí, eso es lo que pasó... ella dijo que no... y sí... quería verla, pero entonces ella dice que no... (se inquieta un poco).*

*Terapeuta- Oye Juan, ¿qué opinas al respecto? Quiero decir, ¿qué crees que hizo que Ana dijera que no?*

*Paciente- Ella dijo que estaba enfadada conmigo... y que no me quería ver por esto... ¡Joder! ¡Enfadada conmigo! ¿Y por qué cojones estaba enfadada conmigo?*

*Terapeuta- Bueno, esta es una buena pregunta Juan. ¿Que pasó? ¿Qué piensas?*

*Paciente- Pues... lo que pasó fue que ella dijo que estaba enfadada porque dijo algo sobre un tipo que ella también está viendo... Es que este tío es muy "chungo"... ¡Es un puto "chungo"! (Chungo queriendo decir indeseable y peligroso). Es que yo lo conozco a este hijo de puta... vive en mi barrio... es un desgraciado y sé que este hijo de puta siempre va jugando con las chicas, las provoca y se aprovecha de ellas... y yo no quiero que Ana se meta en líos con este tío porque te digo que es muy chungo... y eso pasó, que se lo dije a Ana...*

*Terapeuta- Vale, está muy bien. Así que si te entiendo bien lo que tú querías era advertir a Ana sobre este tío, ¿verdad?*

*Paciente- Pues sí cojones... eso es lo que hice...*

*Terapeuta- Escucha y ¿qué es lo que le dijiste a Ana?*

*Paciente- Pues estábamos en el whatsapp y le escribí un mensaje... mira... Tengo la conversación aquí... (me la enseña)... ella dice que tiene que va a ver a este tío y yo le digo: "cuidado que te estás arrastrando como una perra con este tío que es un chungo hijo de puta".*

*Debo decir que este es un lenguaje habitual de Juan, que suele utilizar una gran cantidad de palabras groseras e insultos en su discurso.*

*Terapeuta- Ya veo. Entonces ella lee esto que le escribes tú y enfada.*

*Paciente- ¡Sí tío! Va y me dice "se ha acabado, ya no hablo más contigo... hoy no nos vemos", y cierra la conversación y no me abre más... ¡cojones!*

*Terapeuta- Vale, se enfadó. Pero, ¿entiendes qué es lo que la hizo enfadar de lo que le dijiste?*

*Paciente- ¡Joder Mark tío!... Pero es que ella ya sabe que yo hablo así... pero ya sé por donde vas...*

*Terapeuta- ¿Qué piensas?*

*Paciente- Pues eso de cómo se dicen las cosas y como lo siente la gente...*

Aquí Juan muestra que tiene presente los objetivos de lo que vamos trabajando, respecto a tratar de mentalizarnos a nosotros, a los demás y el impacto emocional que tenemos sobre los otros, aspectos sobre los que a menudo le recuerdo bien explícitamente que debemos ir pensando juntos. Yo le digo:

*Terapeuta- Claro, porque escucha, yo supongo que tú no le querías hacer daño a Ana. ¿Es así?*

*Paciente- Joder, claro que no le quiero hacer daño a Ana... si ella es colega.*

*Terapeuta- Pero entonces, con lo que has pensado sobre cómo se dicen las cosas, eso que sabes que vamos trabajando tú y yo de cómo impactan en las otras personas las cosas que dices o haces, como les hacen sentir, tal vez podemos pensar en otra forma de decir lo mismo.*

*Paciente- Si... si...*

*Terapeuta- Esto imaginarnos estando en el lugar del otro, pensar cómo se puede sentir. Decirlo de otra manera. ¿Qué piensas?*

*Paciente- Si que es verdad que no mola mucho como se lo dije... si... pero escucha Mark, ¿como se lo dirías tú? ¿Como la aviso de que este tío es un chungo?*

*Terapeuta- ¿Por qué no pruebas tú ahora?*

*Paciente- No, no... hazlo tú Mark venga... ¿como se lo dirías tú?*

*Pienso que muestra un interés sincero sobre lo que yo puedo pensar como alternativa y decido decirlo.*

*Terapeuta- Pues a ver, algo así como: mira Ana, me*



caes muy bien y no quiero que este tío te haga daño, así que ten cuidado por favor porque le conozco y sé que ha hecho daño a otras chicas.

Paciente- ¡Qué cabrón tío! ¡Está de puta madre!... Joder, es que así claro que suena diferente... así seguro que no se cabrea... tío... qué cabrón, ¡qué buena frase!

En este momento hace un giro, mostrando que ha pensado algo y diciendo en tono de sorpresa:

Paciente- ¡Ostia puta! ¡Ostia puta!... ¡Pero es que es lo mismo que me acaba de pasar con la profesora Mark! ¡Es que ahora he pensado que es justo lo mismo que me acaba de pasar con la profe!

Terapeuta- ¡Pues está muy bien pensado Juan! Me parece que lo que haces ahora es lo que siempre decimos que es nuestro objetivo, que puedas pensar de una manera que te ayude a entender lo que sientes y lo que te pasa con la gente. ¡Muy bien!

Paciente- Pues sí tío... porque hoy lo que ha pasado es que la profe va y me pone una hoja delante con un montón de texto para leer, que era muy largo tío, además, ¡el primer día de clase! ¡Que hoy es el primer día coño! Y me he cruzado mucho... ya me he cruzado y me ha pasado que lo he visto y le he dicho que se lo lleve y que se lo meta por el culo...

Terapeuta- Vaya, entonces quizá podemos entender cómo se ha sentido ella con eso que le has dicho.

Paciente- Sí, si... claro... se ha enfadado mucho conmigo... con razón claro...

Terapeuta- Oye, y ahora ¿puedes pensar en una forma diferente de decirle eso mismo a la profesora?

Paciente- Si... le podría decir: mira profe, que hace dos meses que no leo nada, ¿no puedes ponerme algo un poco más corto para leer?

Terapeuta- Está muy bien Juan, muy bien. ¿Y como te imaginas que se puede sentir ella si le dices así?

Paciente- Pues bien, no se cabrea como ha ocurrido, seguro... y todo hubiera ido mejor... no se hubiera disparado todo como ha pasado.

Terapeuta- Vale, escucha, y ¿qué crees que es lo que hace que se disparen las cosas?

Paciente- Cuando yo salto... cuando me cabreo yo por algo es que ya me cruzo y empiezo a decir de todo... es eso... eso es lo que hace que se dispare todo... porque joder, es que la he liado bastante hoy eh...

Terapeuta- Y ¿como te sientes ahora?

Paciente- Bien... mucho mejor... ya no estoy cabreado...

Terapeuta- Y ¿qué piensas de lo que hemos hablado este rato?

Esta última intervención mía es un recurso técnico que se recomienda utilizar cuando se termina una sesión, a fin de hacer que el paciente se vaya mentalizando sobre la misma.

Paciente- Que está bien... mola esto... lo probaré... tengo que pensarlo, tengo que controlar este momento cuando me cruzo... lo probaré, seguro...

Terapeuta- Pues, ¿te parece si volvemos dentro? ¿Quieres volver a entrar?

Paciente- Sí, ¡vamos!

Terapeuta- Y ¿sabes qué taller te toca ahora?

Paciente- Pues creo que música...

Terapeuta- ¿Cómo te ves ahora haciendo música?

Paciente- Bien, bien... me gusta la música...

Volvemos hacia dentro y Juan puede reanudar las actividades con normalidad. Como creo que se puede observar, lo que me guía todo el tiempo es el objetivo de ayudar a recuperar la capacidad de mentalización del chico en un intenso momento de desregulación emocional que le ha llevado a la actuación. Este es el objetivo principal del abordaje terapéutico que he tratado de sintetizar en este trabajo. Para profundizar en la modalidad de intervención terapéutica basada en la mentalización recomiendo dirigirse a las publicaciones sobre el tema de Fonagy, Bateman y otros autores que detallo en las referencias bibliográficas, aunque espero haber podido aclarar un poco algunos aspectos de este modelo, así como la utilidad y pertinencia para trabajar con adolescentes con daños importantes en la organización del pensamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J. G., Fonagy, P., y Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Allen, J. G. (2013). *Restoring Mentalizing in Attachment Relationships: Treating Trauma With Plain Old Therapy*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ashcroft, K., Kingdon, D. y Chadwick, P. (2012). Persecutory delusions and childhood emotional abuse in people with a diagnosis of schizophrenia. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 4, 168–71.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as

- usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient Mentalization-Based Treatment versus Structured Clinical Management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166 (12), 1355-1364.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. y McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 568-579.
- Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P., Target, M., y Asen, E. (2012). Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) - a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(1), 46-51.
- Bion, W.R. (1957). Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38:266-275.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*, London, Tavistock.
- Bleiberg, E., Rossouw, T., y Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder, in Eds. Bateman y Fonagy, *Handbook of mentalizing in mental health practice*. 463 – 510. *American Psychiatric publishing*, Washington DC.
- Boyda, D., McFeeters, D. y Shevlin, M. (2015). Intimate partner violence, sexual abuse, and the mediating role of loneliness on psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 7, 1–13.
- Cater, A., Andershed, A.K. y Andershed, H. (2014). Youth victimization in Sweden: Prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioural problems in young adulthood. *Child Abuse y Neglect*, 38, 1290–302.
- Cavanagh, M.R., Read, J. y New, B. (2004). Sexual abuse inquiry and response: a New Zealand training programme. *New Zealand Journal of Psychology*, 33(3), 137-144.
- Coromines, J. (1991). *Psicopatologia i desenvolupaments arcaics, Assaig psicoanalític*. Barcelona Espaxs.
- Coromines, J. (1994). Possibles vinculacions entre organitzacions patològiques de l'adult i problemes del desenvolupament mental primari. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XI, núm. 1-2.
- Craine, L.S., Henson, C.E., Colliver, J.A. y MacLean, D.G., (1988). Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 3, 300–304.
- Cutajar, M., Mullen, P., Ogloff, J., Thomas, S., Wells, D. y Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse y Neglect*, 34, 81–822.
- Dangerfield, M. (2012). Negligencia y violencia sobre el adolescente: abordaje desde un Hospital de Día. *Temas de Psicoanálisis*, nº 4, Junio 2012. ([www.temasdepsicoanalisis.org](http://www.temasdepsicoanalisis.org))
- Fuller-Thomson, E. y Lewis, D. (2015). The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse y Neglect*, 47, 94–101.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, August 2000, vol. 48, 4: 1129-1146.
- Fonagy, P., y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Gregely, G., y Csibra, G. (2005). The social construction of the cultural mind. Imitative learning as a mechanism of human pedagogy. *Interaction Studies*, 6:3, 463-481.
- Grimalt, A. (2012). Traumes preconceptuals: l'assassinat de la menti el self oblidat. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XXIX, 2:69-88.
- Goff, D., Brotman, A., Kindlon, D., Waites, M. y Amico, E. (1991). Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research*, 37, 73-80.
- Jacobson, A. y Richardson, B. (1987). Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence

- of the Need for Routine Inquiry. *American Journal of Psychiatry*, 144, 908-913.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R. y Van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38-45.
- Kendler, K., Bulik, S., Silberg, J., Hettema, L., Myers, J. y Prescott, C. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-9.
- Lieberman, M.D. (2007). Social Cognitive Neuroscience: A Review of Core Processes. *Annual Review of Psychology*, 58:259-89.
- López-Corvo, R.E. (2014). Traumatized and Non-Traumatized States of the Personality: *A Clinical Understanding Using Bion's Approach*. London, Karnac Books.
- Mills, A. (1993). *Helping male victims of sexual abuse. Nursing Standard*, 7, 36-9.
- Mitrani, J.L. (1992). On the Survival Function of Autistic Manoeuvres in Adult Patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 73:549-559.
- Mitrani, J.L. (2007). Bodily Centred Protections in Adolescence: An Extension of the work of Frances Tustin. *International Journal of Psychoanalysis*, 88:1153-1169.
- Muenzenmaier, K. et al. (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 666-670.
- Mullen, P., Martin, J., Anderson, J., Roamns, S. y Herbison, G. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.
- Read, J. y Fraser, A. (1998). Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask? *Psychiatric Services*, 49(3), 355-359.
- Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P. y Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.
- Read, J., Hammersley, P. y Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 101-110.
- Rossouw, T. I., y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 51 (12), 1304-1313.
- Rossouw, T., (2012). Self-harm and young people: Is MBT the answer?, in Eds. *Midgely y Vrouva, Minding the child: Mentalization based interventions with children, young people and their families*. 131- 144, Routledge, London.
- Shevlin, M., Houston, J., Dorahy, M. y Adamson, G. (2008). Cumulative Traumas and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 193-199.
- Sorensen, H., Mortensen, E., Schiffman, J., Reinisch, J., Maeda, J. y Mednick, S. A. (2010). Early developmental milestones and risk of schizophrenia: a 45-year follow-up of Copenhagen Perinatal Cohort. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 41-47.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverese, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J. y Bentall, R.P.
- Watson, S., Gallagher, P., Dougall, D., et al. (2014). Childhood trauma in bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 564-70.
- Wurr, C. y Partridge, I. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse y Neglect*, 20, 867-72.

