



Anthony Bateman
Peter Fonagy

TRATAMIENTO BASADO EN
LA MENTALIZACIÓN
PARA TRASTORNOS
DE LA PERSONALIDAD

Una guía práctica

2^a edición



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

ANTHONY BATEMAN
PETER FONAGY

**TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN
PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Una guía práctica

2ª edición

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer**

Título de la edición original:
MENTALIZATION-BASED TREATMENT FOR PERSONALITY DISORDERS
A Practical Guide
© 2016 Oxford University Press
Great Clarendon Street, United Kingdom

Traducción: Fernando Mora
Corrección técnica a cargo de Pedro Sanz-Correcher y
Nuria Tur Salamanca

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

1ª edición: octubre 2016

2ª edición: abril 2018

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2016

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com



EditorialDesclee



@EdDesclee

Mentalization-Based Treatment For Personality Disorders. A Practical Guide was originally published in English in 2016. This translation is published by arrangement with Oxford University Press. Desclée De Brouwer, S.A. is solely responsible for this translation from the original work and Oxford University Press shall have no liability for any errors, omissions or inaccuracies or ambiguities in such translation or for any losses caused by reliance thereon.

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2875-4

Depósito Legal: BI-1256-2016

Índice

Prefacio	9
----------------	---

PARTE I

El marco de la mentalización

1. ¿Qué es mentalizar?	27
2. Utilizar el modelo de la mentalización para entender el trastorno de la personalidad	75
3. Comorbilidad	133
4. Evaluación de la mentalización.	165

PARTE II

La práctica de la mentalización

5. La estructura de la terapia basada en la mentalización	223
6. Posición del terapeuta	273
7. Principios para el terapeuta mentalizador.	307
8. El foco de la mentalización: apoyo, empatía y validación. . .	345

9. El foco de la mentalización: clarificación, elaboración del afecto, foco afectivo y desafío 365
10. El foco relacional de la mentalización: indicadores transferenciales y mentalización de la relación. 395

PARTE III

Grupos de mentalización

11. Grupo de Introducción a la MBT (MBT-I) 417
12. Terapia de grupo basada en la mentalización (MBT-G) 489
13. El trastorno antisocial de la personalidad: mentalización, MBT-G y problemas clínicos comunes 541

PARTE IV

Mentalización de los sistemas

14. Mentalización y familias: el programa de apoyo y entrenamiento para familias y cuidadores (FACTS) 589
15. Mentalizar el sistema. 615
- Lecturas adicionales recomendadas 647
- Índice de términos 651

Prefacio

El objetivo de nuestra primera «guía práctica» la Terapia basada en la mentalización (de ahora en adelante MBT, por sus siglas en inglés) aspiraba a proporcionar un relato completo, accesible y comprensible de la MBT tal como se aplica en la práctica clínica diaria. Esperábamos que el libro, en conjunción con un entrenamiento adicional limitado, consiguiese que los terapeutas se sintiesen más seguros de que lo que administraban en su práctica clínica era MBT o, cuanto menos, lo pareciese. Sin embargo, a lo largo de los últimos años, se ha puesto de manifiesto que no habíamos sido suficientemente específicos acerca de algunos componentes del modelo, tal vez porque nosotros mismos aún no teníamos claro cuáles eran los aspectos más o menos esenciales de la MBT; y, de ahí, la necesidad de un libro completamente nuevo. Asimismo, los fundamentos teóricos de la MBT, la estructura del tratamiento y algunas de las intervenciones recomendadas para promover la mentalización, necesitaban ser aclarados. Esperamos que esta nueva guía práctica esclarezca algunos de los elementos más confusos de la MBT.

Más importante incluso, para justificar la necesidad urgente de una nueva guía práctica, es que la MBT ha cambiado a lo largo de la última década, y el modelo y su aplicación clínica están siendo actualizados continuamente por la nueva comprensión derivada de la investigación. De hecho, la MBT «parece» claramente diferente ahora, si lo

comparamos con hace una década y, sin duda, será diferente de nuevo dentro de otra década. No obstante, albergamos la esperanza de que los componentes básicos aquí descritos se mantengan como pilares fundamentales de la evolución futura. En nuestro intento de exponer el modelo con mayor precisión, el libro ha aumentado su tamaño, pero esperamos que esto no desanime a los lectores interesados.

La MBT ha tenido más éxito de lo que nunca hubiéramos esperado, y quizá más del que merece. Aunque fue desarrollado inicialmente para el trastorno límite de la personalidad, se utiliza ahora para tratar a pacientes con una amplia gama de trastornos. Sin embargo, con la excepción de la MBT para el trastorno antisocial de la personalidad, en el presente libro no abordamos las adaptaciones para otros trastornos. Este libro contiene un esbozo del manual utilizado en la actualidad como base para un ensayo de investigación acerca de la MBT aplicado al trastorno antisocial de la personalidad. En lo que respecta a otras adaptaciones –como, por ejemplo, el MBT para las personas con TCA, abuso de sustancias, depresión y las autolesiones en adolescentes–, estas se describen en una publicación anterior (Bateman y Fonagy, 2012).

La popularidad de la MBT exige una mínima explicación. En primer lugar, los terapeutas entienden fácilmente las ideas que sustentan el modelo y reconocen que la promoción de la mentalización es algo que ya ponen en práctica en su trabajo clínico, brindándoles, por consiguiente, un marco más claro para sus intervenciones clínicas. En segundo lugar, tiene una amplia aplicación enraizada en la psicología del desarrollo y la cognición social. En consecuencia, las intervenciones mentalizadoras han pasado a formar parte de una amplia gama de tratamientos utilizados en diferentes etapas de la vida, desde la relación madre-bebé, la adolescencia, pasando por la edad adulta, hasta la vejez. En tercer lugar, la MBT fue desarrollado como un tratamiento psicológico para ser administrado por profesionales de la salud mental no superespecializados, haciendo factible que personas sin una formación terapéutica especializada lo pudiesen aprender de un modo relativamente fácil. En cuarto lugar, la MBT se solapa considerablemente con otros tratamientos para el

trastorno de la personalidad y encaja cómodamente en el campo de acción de psicoanalistas y terapeutas de conducta radical, todos los cuales lo han adoptado en mayor o menor medida. Por último, la MBT empezó, y así ha continuado, como un tratamiento firmemente arraigado en la investigación, lo que nos ha proporcionado pruebas muy necesarias de su eficacia, aumentando el interés de los investigadores y haciendo que los profesionales interesados argumenten a favor de su aplicación en los complicados servicios clínicos.

Introducción y resumen de la Terapia basada en la mentalización

La siguiente sección del prefacio introduce al lector a la MBT. Nuestra recomendación es que se lea antes de embarcarse en el estudio de los capítulos subsiguientes. Su objetivo es orientar al lector en el método terapéutico global, con la esperanza de que posibilite una lectura crítica de la información más detallada contenida en los capítulos posteriores.

La MBT es un tratamiento estructurado con una trayectoria cuidadosamente gestionada en términos del periodo de tratamiento –que abarca de 12 a 18 meses– y del marco de las sesiones. El tratamiento, cuyo objetivo es incrementar la resiliencia de la capacidad de mentalización individual, se administra en formato individual y grupal.

Son muchas las técnicas que incrementan la capacidad de mentalización de los pacientes, y existe una amplia gama de procesos psicoterapéuticos que facilitan la mentalización. En consecuencia, la MBT se superpone con una serie de «denominadas» terapias, que van desde las terapias manifiestamente cognitivas a los tratamientos explícitamente psicoanalíticos. La diferencia clave entre ellos reside en el mayor o menor énfasis en la mentalización como objetivo del tratamiento.

El núcleo de la MBT consiste en reactivar la mentalización cuando esta se ha perdido, mantenerla cuando se halla presente y aumentar la resiliencia de la capacidad individual para preservarla cuando,

de otro modo, se perdería. En el caso de las personas con trastorno límite de la personalidad, el área clave de vulnerabilidad a la pérdida de mentalización es el dominio interpersonal y, por tanto, la relación paciente-terapeuta constituye un área importante de escrutinio.

En resumen, en ocasiones, el paciente experimenta un poderoso afecto mientras se focaliza en los problemas identificados durante las sesiones individuales o grupales, y su mentalización parece verse restringida o suspendida, siendo inadecuada la comprensión del paciente del modo en que los estados mentales se vinculan con la conducta. El terapeuta se ocupa de esto a través de un proceso estructurado (la trayectoria de la intervención durante la sesión) de (a) empatía y validación, (b) clarificación, exploración y, en su caso, desafío, y (c) seguimiento de un proceso estructurado para expandir gradualmente la mentalización y animar al paciente a identificar los estados mentales hasta ese momento fuera de su conciencia. El proceso se atiende, principalmente, al aquí y ahora de la sesión, pero cada vez más, en la medida en que mejora la mentalización del paciente, aborda las relaciones nucleares de apego, incluyendo la forma en que estas se activan con el terapeuta y las figuras clave en la vida del paciente y el modo en que influyen en la mentalización en sí. La mejora de la mentalización permite que el paciente afronte, poco a poco, las representaciones distorsionadas de sus relaciones personales.

Ante todo, la MBT es colaborativa. Nada puede ocurrir sin un diálogo conjunto que tenga en cuenta las experiencias mentales y las ideas tanto del paciente como del terapeuta. El proceso de mentalización requiere un auténtico deseo de entender los procesos mentales de los demás y de uno mismo, y eso se aplica igualmente a paciente y terapeuta. Así pues, el terapeuta MBT se centra en la mente del paciente e intenta comprender la experiencia de este. De igual modo, se pide al paciente que trate de hacer lo mismo en relación con el terapeuta como, por ejemplo, «¿por qué quiere mi terapeuta que ahora me centre en esto?», lo que es equiparable a «¿por qué, en este momento, no quiere mi paciente centrarse en esto?» El proceso terapéutico tiene que convertirse en un esfuerzo compartido. Los objetivos iniciales en

el camino hacia una mejor mentalización se desarrollan y se enfocan de manera conjunta. Los objetivos no pueden ser solamente los del paciente, a pesar de que sus metas tengan prioridad siempre que no se opongan al proceso global de tratamiento.

El proceso de evaluación y de preparación al tratamiento dispone al paciente para el tratamiento en sí. La evaluación conlleva la delimitación de las vulnerabilidades de mentalización del paciente y una formulación compartida que incluya detalles específicos acerca de sus patrones de apego y de las áreas de vulnerabilidad a la disregulación emocional. Aunque eso es algo que debe ser entendido por el paciente, atañe tanto al paciente como al terapeuta. No es bueno que lo entienda únicamente el terapeuta –quien puede tener una considerable capacidad para dar sentido a los problemas del paciente– porque eso supondría que la no mentalización del paciente está siendo sustituida por la mentalización del terapeuta, lo que va en contra de un principio evidente de la MTB. La no mentalización del paciente no puede satisfacerse con la mentalización del terapeuta, sino que solo puede ser puesta en marcha mediante la «activación» de la mentalización en el paciente. La formulación es un trabajo continuo que puede cambiar en cualquier momento. Un Grupo de Introducción a la MBT, de entre 10 y 12 sesiones, ayuda al desarrollo de la formulación, cubriendo todas las áreas de la mentalización, es decir, los procesos de apego, el trastorno de la personalidad, la gestión de las emociones y el tratamiento en sí. Este trabajo preparatorio supone que el paciente sabe a qué se enfrenta al tratar de abordar su problema y es plenamente consciente del método y el enfoque del tratamiento.

Después del trabajo preparatorio, se ofrece al paciente la MBT individual y/o grupal. Al principio, esto se organizaba en torno a un programa de 18 meses con sesiones grupales y sesiones individuales cada semana. Sin embargo, no disponemos de evidencias de que esta sea la configuración óptima o la duración más adecuada. En consecuencia, la MBT se administra en la actualidad en periodos más breves y también como terapia individual o terapia grupal independiente. Deberíamos considerar, no obstante, que estas modificaciones en el modelo de investigación tienen un carácter experimental.

Al principio del tratamiento, se establecen con el paciente unos objetivos claros. El objetivo inicial es participar y comprometerse con el tratamiento, lo que va acompañado de un acuerdo para tratar de reducir las actividades nocivas y las conductas autodestructivas y, siempre que sea posible, estabilizar las circunstancias sociales. La mejora de las relaciones personales y sociales, aunque es un objetivo a largo plazo, también se detalla en la formulación de la evaluación y se trabaja durante todo el tratamiento. Con el fin de desarrollar la formulación, el terapeuta identifica los temores relacionales más comunes, como el abandono, por ejemplo, que estimula el sistema de apego del paciente y desemboca, en sus interacciones interpersonales, en el uso de estrategias desadaptativas de apego. La identificación y el reconocimiento de estas estrategias y patrones se llevan a cabo al principio del tratamiento para que puedan, cuando resulte apropiado, convertirse en el foco relacional del tratamiento. Tanto paciente como terapeuta tienen que ser sensibles a estas estrategias de apego cuando se pongan de manifiesto en el marco del tratamiento, de manera que sean cuidadosamente examinadas. En resumen, el patrón de las relaciones que mantiene el paciente aporta información para la comprensión de la relación durante el tratamiento, mientras que la relación en el tratamiento se utiliza para reevaluar sus relaciones en la vida exterior al tratamiento. Por último, es importante que paciente y terapeuta consideren establecer el objetivo de la mejora de la función social, la cual incluye trabajo, actividad social, voluntariado, educación y otras actividades constructivas de afirmación vital. Estas no constituyen un «complemento» para el momento en que se acerque el final del tratamiento, sino que deben ser abordadas desde el principio del mismo.

Los terapeutas se atienen a una serie de principios cuando tratan a pacientes con MBT. Principalmente, deben estar alerta a la no mentalización, no solo desde el punto de vista de los diferentes modos de no mentalización –a saber, *modo equivalencia psíquica*, *modo simulado* y *modo teleológico*–, sino también en términos del paciente que se adhiere a alguno de los polos de las diferentes dimensiones de la mentalización (estas dimensiones relacionadas con los modos de mentalización y no mentalización son abordadas en el capítulo 1). En

general, la mentalización es óptima cuando las dimensiones –como, por ejemplo, de la emoción y la cognición o de la representación del otro y de uno mismo– están equilibradas y permanecen inactivos los modos no mentalizadores. La clave para el terapeuta es permanecer siempre alerta al desequilibrio y la falta de flexibilidad desde el punto de vista de estas dimensiones para ver si hay alguna de ellas operando en un modo no mentalizador. La presencia de una dimensión o un modo no mentalizador es un indicador de que la intervención es imperativa. En segundo lugar, el terapeuta monitoriza cuidadosamente los niveles de arousal, asegurándose de que la ansiedad no es ni demasiado baja ni demasiado alta, ya que ambas interfieren con la mentalización. En tercer lugar, se mantiene el foco de la sesión mientras el terapeuta siga advirtiendo puntos vulnerables de la mentalización, bien en relación con los eventos de la vida del paciente o con la sesión en sí. En cuarto lugar, el terapeuta debe asegurarse de mantener su propia mentalización. No es posible administrar un tratamiento eficaz si se ve comprometida la mentalización del terapeuta. Así pues, el terapeuta MBT siempre monitoriza sus propias capacidades y puede incluso confesar, por ejemplo, que su mente se siente confusa y no puede pensar. Este tipo de autorrevelación del estado mental del terapeuta no debe confundirse con compartir información personal. Compartir el efecto que tienen en el terapeuta las acciones y el estado mental del paciente solo pretende facilitar a este que, además de la suya propia, tenga en cuenta la otra mente porque, en ausencia de ello, no puede darse un diálogo constructivo ni una comprensión íntima. Así pues, es importante que el efecto que tiene el paciente en el terapeuta, y lo que está en la mente de este, sean accesibles al paciente. Por último, las intervenciones se armonizan cuidadosamente con la capacidad de mentalización del paciente. ¡No es recomendable ofrecer intervenciones complejas que exijan una atención considerable y una evaluación del funcionamiento individual cuando el paciente se halla en el modo de equivalencia psíquica! Y es que esto solo lograría sustraerle su mentalización, en lugar de facilitarla. Como hemos mencionado, la no mentalización del paciente no puede ser sustituida por la mentalización del terapeuta, sino solo por la reactivación de la mentalización en el paciente. La mentalización del paciente debe

ser puesta «a punto», algo que se lleva a cabo a través de una serie de pasos que sustentan la trayectoria de cada sesión.

El primer paso de la sesión es escuchar la narrativa del paciente. A veces, el terapeuta puede iniciar la narrativa si hay una razón imperiosa para ello, por ejemplo, cuando está preocupado por el riesgo o el abandono del tratamiento, si el paciente corre el peligro de actuar impulsivamente, o bien cuando el terapeuta experimenta una emoción insostenible, como tener miedo del paciente. Escuchar la historia del paciente permite al terapeuta empezar a trabajar en la validación empática. La validación empática requiere que el terapeuta encuentre algo en la historia del paciente con lo que pueda identificarse. Eso no equivale a empatizar o decir cosas que repitan la historia de este. El objetivo de la validación empática es suscitar en el paciente la sensación de que el terapeuta ha comprendido su estado interno, y que «entiende» realmente al paciente y el problema del que le está hablando. A menudo, el terapeuta busca la emoción básica del paciente, y es esa la experiencia que se valida y no las emociones sociales o secundarias acompañantes. La validación es una intervención basada en el contenido afectivo, cuyo componente clave es la contingencia con el estado emocional interno del paciente. Es probable que, en este punto, la capacidad de respuesta no contingente por parte del terapeuta dispare en el paciente la no mentalización o genere estrategias de apego evitativo. Una vez que la capacidad de respuesta contingente ha aumentado la colaboración, e incluso reducido el arousal manteniendo las emociones en un nivel manejable, el terapeuta puede sopesar respuestas afectivas no contingentes, para tratar de estimular la mentalización de la «historia» aportada por el paciente. Las sesiones tienen un objetivo claro. No consisten en un diálogo libre asociativo que trate de iluminar el proceso inconsciente, sino que su objetivo se circunscribe al área de la memoria de trabajo o la experiencia sostenida a nivel preconscious. Se supone que, en una sesión dada, el foco de esta se alcanzará en un plazo de entre 10 y 15 minutos desde el principio de la sesión, y que este foco se convertirá en el punto cardinal en torno al cual tanto terapeuta como paciente se orientarán, retornando a él siempre que la no mentalización amenace con dominar la interacción.

La «historia» aportada por el paciente es entonces clarificada. No se trata, pese a ello, de una clarificación de los eventos sucedidos, aunque esta también debe llevarse a cabo. Se supone que el terapeuta aclarará los eventos y los hechos tan rápidamente como le sea posible. Por ejemplo, si el paciente habla de un acto de autolesión, un intento de suicidio, una pelea estando borracho o un arrebato emocional, el terapeuta clarificará rápidamente cuándo ocurrió, quién estaba presente, cuáles fueron las circunstancias, etcétera. Esto le revelará el nivel de riesgo y le proporcionará otras informaciones importantes. Pero, además de eso, lo que quiere el terapeuta MBT es abarcar los eventos con la mentalización. La aclaración muestra de qué modo reflexiona el paciente sobre los eventos, es decir, cuál era su estado mental «premoribundo», cuáles eran sus expectativas, cuál fue su experiencia mientras esperaba, por ejemplo, que su pareja volviese a casa, qué pensamientos se inmiscuyeron en su mente, qué sentimientos fue capaz de identificar y si puede ahora reflexionar en ello de manera diferente. Este proceso de clarificación, al servicio de la mentalización, se vincula estrechamente con la identificación y exploración de los afectos.

Los afectos y las relaciones interpersonales interactúan recíprocamente y son fundamentales en los problemas característicos del trastorno límite de la personalidad. Las emociones ingobernables inciden en las relaciones, mientras que las propias relaciones estimulan, a su vez, sentimientos intensos. El paciente puede ser incapaz de identificar con precisión sus sentimientos, si bien los experimenta principalmente como experiencias corporales incipientes. Trabajar con el paciente para que llegue a identificar una gama definida de sentimientos es parte del componente de la clarificación y la exploración del MBT. En ocasiones, las emociones en contextos específicos tienen que ser normalizadas. Con mucha frecuencia, los pacientes sienten que su experiencia es «mala» y, de hecho, invalidan sus propias percepciones internas y sienten vergüenza de ellas. Tal vez su sentimiento sea adecuado, pero excesivo, o se halle en otras ocasiones inexplicablemente ausente.

Si paciente y terapeuta mantienen la capacidad de mentalizar en torno al foco de la sesión, el siguiente paso es clarificar el afecto actual durante la sesión. Esto, más que preguntar al paciente cómo se siente

en ese momento –aunque este pueda ser un abordaje inicial–, se refiere a la identificación del afecto *actual relacionado con la sesión* y no al afecto relacionado con el foco. Así, por ejemplo, una paciente puede sentirse triste durante la sesión porque la noche anterior su novio se sentía menos comprometido que ella con la relación, y eso la llevó a enfadarse con él. Esto es la identificación del afecto relacionado con el foco. Pero, al mismo tiempo, puede tener la sensación de que, tal vez, ocurra algo no deseable si habla de ello en la sesión, porque quizá teme que el terapeuta la juzgue o la vea como la persona culpable de la situación que describe. Esta es la identificación del afecto actual que está siendo compartido entre paciente y terapeuta durante la sesión, lo cual se denomina el *foco afectivo* de la sesión y es un componente interpersonal –por lo general, implícito– del afecto. En la MBT, el terapeuta intenta que el proceso implícito se vuelva cada vez más explícito, lo que reequilibra la dimensión implícita-explicita de la mentalización. Muy a menudo, la relación se queda atascada en el polo implícito en el que las personas llegan a un callejón sin salida y no hablan acerca de algo, a pesar de que influya, bajo la superficie, en sus interacciones. Es tarea del terapeuta MBT llevar a la superficie los componentes importantes de la interacción. Por ejemplo, un paciente puede sentir que no le gusta hablar de algo. A medida que progresa la interacción, se torna evidente que el terapeuta piensa que el paciente necesita hablar del tema pero, cuando le plantea preguntas para conseguir que el paciente se explice al respecto, este se inhibe. No tarda en establecerse una interacción recíproca, cargada afectivamente, en la que paciente y terapeuta se sienten cada vez más frustrados, aunque los intentos amables del terapeuta y las retiradas sutiles del paciente camuflan la situación. El foco en el afecto se propone conseguir que los afectos de paciente y terapeuta se tornen más explícitos en relación con el proceso de interacción. En este caso, el terapeuta podría decir: «Veo que hemos establecido un diálogo en el que yo intento empujarte a hablar, pero tú sigues rechazándome o eludiéndome. Supongo que te sientes un poco frustrado porque no te dejo en paz. Por mi parte, me doy cuenta que yo también me siento un poco frustrado. Puedo ver que, de hecho, no nos ponemos de acuerdo en que esta es una cuestión de la que tenemos que hablar. ¿Qué piensas tú al respecto?».

Cuando es adecuado, el foco en el afecto –es decir, la identificación de la interacción interpersonal en la sesión y el afecto asociado a dicha interacción– sirve para realzar el foco en la interacción entre paciente y terapeuta durante la sesión. Inevitablemente, esto suele indicar que se están activando las estrategias de apego y los patrones relacionales del paciente, y posiblemente también los del terapeuta. Así pues, permite avanzar hacia la *mentalización de la relación*. Los cimientos para mentalizar la relación se afianzan mediante el uso a lo largo del tiempo de lo que denominamos *indicadores de transferencia*. Estos indicadores transferenciales son enlaces directos entre los patrones de relación a lo largo del tiempo, o bien declaraciones que establecen paralelismos entre las actitudes y conductas del paciente hacia las personas de su vida y la forma en que se relaciona con el terapeuta: «Es comprensible que sientas desconfianza hacia los demás, pero entonces ¿por qué confiar en mí? Sería un poco extraño si lo hicieses». Los indicadores transferenciales no son seguidos necesariamente por una exploración detallada, sino indicadores conversacionales sobre los vínculos. El foco de la sesión no se ve perturbado por su utilización. En cambio, cuando se mentaliza la relación, el foco recae en el desarrollo de un punto de vista alternativo acerca de un aspecto importante de la relación paciente-terapeuta. ¿Ha surgido esto debido a la sensibilidad del paciente hacia determinadas interacciones? ¿Indica un área de vulnerabilidad en las relaciones del paciente, que socava su autoestima y su capacidad de disfrutar de las relaciones?

Mentalizar la relación durante la sesión es un campo de entrenamiento para gestionar los sentimientos difíciles en las situaciones interpersonales de la vida cotidiana y ser capaz de mantener la mentalización en una interacción emocional. Identificamos, en este sentido, una serie de pasos a tener en cuenta por parte del terapeuta. En primer lugar, debe validar empáticamente la percepción que tiene el paciente de sí mismo. Si el paciente afirma que experimenta al terapeuta de una manera particular, entonces, este debe localizar una parte de esa experiencia que pueda validar, evitando activamente rechazar la experiencia del paciente. En segundo lugar, tiene que entender su aportación a la experiencia que tiene el paciente de él. El terapeuta hace esto de manera explícita, reflexionando en voz

alta acerca de la relación y pidiendo al paciente que explique cómo ha llegado a esa conclusión. Este cuestionamiento no debe derivarse de una perspectiva que implique que la experiencia del paciente está distorsionada o es inexacta, sino que debe ser sincero y genuinamente curioso. Una actitud no validadora abocaría al desastre porque la invalidación –una respuesta no contingente– propicia el exceso de arousal y la consiguiente reducción de la mentalización. Mentalizar la relación solo puede tener lugar, de una manera significativa, en un contexto mentalizador. Una vez que el terapeuta ha asumido su papel en el proceso relacional, puede tener lugar el siguiente paso, esto es, la exploración más detallada. Aquí el objetivo es generar una comprensión más compleja de la relación para percibirla desde un ángulo diferente y ver cuál es su importancia para la vida del paciente. Sin embargo, eso no equivale a generar comprensión profunda en el sentido de entender, en el presente, el funcionamiento del pasado.

Mentalizar la *contrarrelación*, o la vivencia afectiva que se produce en el terapeuta, es el contrapeso de mentalizar la relación. Los sentimientos y el estado mental del terapeuta tienen un peso considerable en la MBT, no como representación del sentimiento proyectado del paciente, sino como un aspecto importante de una relación interactiva, que se utiliza para demostrar de qué modo las mentes influyen en otras mentes. Esta interacción se convierte en objeto de interés y escrutinio. Por ejemplo, si el terapeuta teme a su paciente con trastorno antisocial de la personalidad, no se considera, desde el punto de vista de la intervención clínica, que eso se deriva del paciente, sino que es un sentimiento poderoso en el terapeuta, que interfiere con el tratamiento y que puede ser importante en la manera en que el paciente desarrolla sus relaciones. El terapeuta debe encontrar la manera de expresar su experiencia al paciente, haciéndosela reconocible y atractiva, como algo que merece la pena explorar. Recomendamos que esto se lleve a cabo a través de una serie de pasos. En primer lugar, el terapeuta formula exactamente cuál es su sentimiento y cómo se relaciona con la interacción entre su paciente y él. En segundo lugar, debe considerar la probable respuesta del paciente a la declaración explícita de su estado actual, y lo hace antes

de hablar acerca de su sentimiento actual. En tercer lugar, identifica a través del diálogo la experiencia como propia, la delimita y, finalmente, monitoriza la reacción del paciente a su declaración.

Es posible que lo que voy a decirte te haga sentir que estoy regañándote o criticándote, pero te aseguro que no se trata de eso [anticipando la respuesta del paciente].

El problema es que, cuando te inclinas hacia delante en la silla de ese modo, blandiendo tu dedo en el aire y elevando la voz, empiezo a sentirme ansioso y amenazado [identificando las pruebas conductuales y el foco externo de la mentalización, presentando su propio afecto y el efecto que tiene sobre él].

Soy consciente de que esto solo tiene que ver conmigo [señalando el sentimiento], pero se me hace difícil concentrarme en lo que estás diciendo [efecto adicional que interfiere en la relación].

A partir de aquí, puede ser tenida en cuenta la reacción del paciente y la sesión puede continuar. Pero, si la actitud amenazadora y enojada sigue impregnando las relaciones del paciente, será imprescindible una mayor exploración.

Con esto concluye nuestro breve resumen de los aspectos esenciales del modelo de tratamiento básico. La adhesión al modelo MBT se evalúa mediante la escala de adherencia (Karterud *et al.*, 2013). Esta escala, disponible en la página web del Centro de Anna Freud en <http://Annafreud.org/training-research/mentalization-based-treatment-training/mbt-adherence-scale/>, puede ser utilizada para centrar el debate en la supervisión clínica.

No olvidemos que la clave consiste en desarrollar una narrativa focalizada específica e imbuida de mentalización, y que esta se refiere, simultáneamente, al proceso interno en la mente del paciente, el proceso interpersonal entre la mente del paciente y la del terapeuta y al proceso interno en la mente de este último, en la medida en que todos ellos se relacionan con un foco común. Mentalizar a los demás constituye la base de unas relaciones personales y sociales satisfactorias que, seguramente, son el objetivo que todos perseguimos.

Este libro no habría sido posible sin el trabajo de numerosas personas. Estamos agradecidos a los terapeutas e investigadores de

todo el mundo interesados en la MBT y en su base experimental. Sin ellos, este nuevo libro no hubiera visto la luz y la MBT no habría perdurado hasta el presente. Siempre parece injusto citar a personas y, sin duda, nos puede ofender la ausencia de algunas de ellas, por lo que debemos agradecer a todos los equipos que nos han hecho reflexionar cada vez más, sumándose al modelo clínico y poniendo de manera entusiasta en tela de juicio todo nuestro esfuerzo. Los grupos en Australia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Nueva Zelanda, Suecia, Estados Unidos y Reino Unido han sido muy influyentes. Pero en especial, agradecemos a Sigmund Karterud y el equipo de la clínica de psiquiatría de la personalidad, en Oslo, por sus investigaciones y trabajos sobre el apego, la mentalización y los grupos; a Finn Skårderud, Bente Sommerfeldt y Paul Robinson por su trabajo sobre los trastornos de la conducta alimentaria; a Dawn Bales y colegas en Holanda por su firme adhesión al modelo y sus programas de investigación y capacitación suministrados desde el MBT Netherlands; a John Gunderson, Lois Choi-Kain y Brandon Unruh del McLean Hospital, en Boston, Estados Unidos, por su enfoque integrador de la MBT y por desarrollar con éxito un programa clínico y de formación en MBT; a Robin Kissell y su equipo por tratar de llevar la MBT a la costa oeste de los Estados Unidos, y a Jon Allen, John Oldham, Efrain Bleiberg y Carla Sharp por dar cobijo a la MBT en la Menninger Clinic, en Texas, Estados Unidos; a Robert Green, Dave Carlyle y Robin Farmar por su investigación sobre la MBT en los servicios de salud mental general y su entusiasmo por desarrollar el modelo en Nueva Zelanda; a Linda Mayes, Arietta Slade, Norka Malberg y Nancy Suchman, de la Yale University, Estados Unidos, por su trabajo sobre la MBT y parentalidad; a Morten Kjølbbye, Henning Jordet, Sebastien Simonsen y Erik Simonsen, en Dinamarca, por su investigación y desarrollo clínico; y a Michael Daubney, Lynn Priddis, Clara Bookless y Margie Stuchbery, en Australia, por sus adaptaciones y sabiduría clínica. Hay muchos otros, demasiado numerosos para ser citados, pero gracias también a todos ellos. Por último, pero no menos importante, debemos dar las gracias a nuestros colegas en Londres, Reino Unido, quienes han trabajado con nosotros durante la última década para

desarrollar tanto la teoría como la práctica de la MBT: Liz Allison, Eia Asen, Dickon Bevington, Martin Debbané, Pasco Fearon, Peter Fuggle, George Gergely, Alessandra Lemma, Patrick Luyten, Nick Midgley, Trudie Rossouw y Mary Target.

Finalmente, si al lector le parece que este libro se «lee» bien, ello se debe al celo constante de Chloe Campbell y Clare Farrar, quienes invirtieron un esfuerzo considerable tratando de dar sentido a nuestro trabajo, insistiendo en que eliminásemos contradicciones y errores evidentes y aclarásemos nuestras abundantes frases confusas. Si hay algunas partes que no se leen tan bien, se trata de los párrafos que, por descuido, no les hicimos llegar. También agradecemos a nuestros editores su paciente espera hasta la conclusión del manuscrito.

Pero, sobre todo, queremos dar las gracias a los pacientes y sus familias, quienes nos han enseñado todo lo que sabemos acerca de esta cruel condición.

Anthony Bateman y Peter Fonagy,
Londres, Reino Unido,
diciembre de 2015

Referencias

- Bateman, A.W. y Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Johansen, M.S., Johansson, P.N., Schluter, C., Bateman, A.W. (2013). «The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): Development, Structure and Reliability», *Psychotherapy Research*, 23, págs. 705-717.