



Robert P. Drozek
Brandon T. Unruh
Anthony W. Bateman

**MANUAL DE
TRATAMIENTO
BASADO EN LA
MENTALIZACIÓN
PARA EL
NARCISISMO
PATOLÓGICO**



biblioteca de psicología



DESLÉE DE BROUWER

**MANUAL DE TRATAMIENTO
BASADO EN LA MENTALIZACIÓN
PARA EL NARCISISMO PATOLÓGICO**

ROBERT P. DROZEK
BRANDON T. UNRUH
ANTHONY W. BATEMAN

**MANUAL DE TRATAMIENTO
BASADO EN LA MENTALIZACIÓN
PARA EL NARCISISMO PATOLÓGICO**

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:

MENTALIZATION-BASED TREATMENT FOR PATHOLOGICAL NARCISSISM

© Oxford University Press 2023

Oxford, United Kingdom

Mentalization-Based Treatment for Pathological Narcissism: A Handbook was originally published in English in 2023. This translation is published by arrangement with Oxford University Press. Editorial 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.

La obra *Mentalization-Based Treatment for Pathological Narcissism: A Handbook* se publicó originalmente en inglés en 2023. Esta traducción se publica por acuerdo con Oxford University Press. La Editorial Desclée De Brouwer S. A. es la única responsable de esta traducción de la obra original, y Oxford University Press no tendrá ninguna responsabilidad por posibles errores, omisiones, inexactitudes o ambigüedades en dicha traducción, ni por las pérdidas que pudieran derivarse de su uso.

Traducción: Fernando Mora Zahonero

Revisión Técnica: Nuria Tur Salamanca y Glòria Mateu i Vives

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER S. A., 2025

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com

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.

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

ISBN: 978-84-330-3958-3

Depósito Legal: BI-707-2025

Impresión: Grafo S. A. - Basauri

A Margareth Donnelly, por mostrarme otro camino

—R.P.D.

Índice

Prólogo.....	17
Agradecimientos	29
Acerca de los autores.....	35

Primera parte

Mentalización y narcisismo patológico

1. Introducción al narcisismo patológico y al Tratamiento basado en la mentalización.....	39
Fundamentos de la MBT para el narcisismo	44
Introducción al Tratamiento basado en la mentalización... ..	46
¿Qué es mentalizar?	48
El desarrollo sano de la mentalización.....	49
Modo-yo: focalizarse en los estados internos de uno mismo	50
Modo-mí: leer los estados mentales de los demás	52
Modo-mí personalizado: leer los estados mentales de los demás acerca de uno mismo.....	54
Modo-nosotros: co-mentalización y confianza epistémica	55

Procesos básicos de la MBT	57
Gestionar la ansiedad.	57
Validación empática.	58
Democracia, igualdad y colaboración.	58
Autenticidad y posición de no saber	60
Estimular la capacidad de reflexión de los pacientes acerca de sus estados mentales	61
Explorar los procesos relacionales	61
Conclusión: resumen del libro	62
 2. El modelo de narcisismo patológico basado en la mentalización.	69
Síntomas y características del narcisismo patológico.	69
La mentalización y el desarrollo del narcisismo patológico	73
Modelo de narcisismo patológico basado en la mentalización.	77
Inhibición de la mentalización relacionada con el apego .	77
Reemergencia de los modos no mentalizadores	79
El alien self narcisista	81
Conclusión.	83

Segunda parte

Inicio del tratamiento

3. Evaluación y diagnóstico del narcisismo patológico	87
La importancia del diagnóstico en la MBT-N para el narcisismo	87
Evaluación del narcisismo en la MBT-N.	89
Perspectiva de los pacientes sobre los problemas que presentan	91
Análisis del panorama psicosocial: funcionamiento y desencadenantes	92
Exploración de los procesos narcisistas	95
El diagnóstico de narcisismo patológico	101

4. Estructura y objetivos de la MBT para el narcisismo.	109
Concepción de la mentalización basada en dominios: contenido, contexto y proceso	109
Objetivos de la MBT para el narcisismo: “reflexionar en lugar de reflejar”	115
La etapa inicial del tratamiento	119
Establecer prioridades compartidas de tratamiento.	119
Evaluación de la mentalización.	124
Desarrollo y aplicación de la formulación basada en la mentalización	130
Orientar a los pacientes en las sesiones de terapia.	143

Tercera parte

El enfoque terapéutico

5. La posición terapéutica y los principios clínicos	147
Características centrales de la posición terapéutica en la MBT para el narcisismo	147
Trayectoria de las intervenciones mentalizadoras: contenido, contexto y proceso	152
Establecer y gestionar los contextos experienciales de la mentalización.	161
Estructura de las sesiones en la MBT para el narcisismo. . .	169
6. Intervenciones focalizadas en el contenido.	177
Clarificación	178
Elaboración de los afectos	182
Cuestiones en torno a la elaboración de los afectos.	185
Vía de intervención en la elaboración de los afectos	188
Elaboración de los afectos en los estados emocionales vulnerables	196
“Si todo lo demás falla”: qué hacer cuando no funciona la elaboración de los afectos	203
Elaboración de los estados mentales ajenos.	209
Validación empática	215
Principios técnicos de la validación empática	217

7. Intervenciones focalizadas en el contexto	225
El contexto de los eventos	228
El contexto del comportamiento	232
Contextualizar-mentalizar comportamientos pasados . . .	233
Contextualizar-mentalizar la experiencia actual de agencia de los pacientes	235
Contextualizar-mentalizar patrones conductuales e interpersonales más amplios	238
Contextualizar-mentalizar futuras posibilidades de comportamiento	243
Contextualizar-mentalizar los comportamientos y estados mentales de otras personas	247
Proporcionar feedback relativo a los problemas de los pacientes con la mentalización focalizada en la conducta en el comportamiento.	253
El contexto de las emociones.	256
Emociones consecutivas	257
Emociones simultáneas	259
Emociones emergentes.	261
Indagaciones focalizadas en el contexto de carácter general	268
El contexto de la historia	270
8. Intervenciones focalizadas en el proceso: modo simulado.	275
Introducción a las intervenciones focalizadas en el proceso	275
Manifestaciones clínicas del modo simulado en el narcisismo patológico	277
Intervenciones focalizadas en el proceso para el modo simulado.	280
“Si todo lo demás falla”: desafiando el modo simulado.	287
9. Intervenciones focalizadas en el proceso:	
modo de equivalencia psíquica	295
Introducción: manifestaciones clínicas de la equivalencia psíquica en el narcisismo patológico.	295
Intervenciones focalizadas en el proceso para el modo de equivalencia psíquica	300

“Si todo lo demás falla”: qué hacer cuando resultan ineficaces las intervenciones focalizadas en el proceso para la equivalencia psíquica.	305
Ejemplo clínico: intervenciones focalizadas en el proceso para la equivalencia psíquica.	309
10. Intervenciones focalizadas en el proceso: modo teleológico	315
Introducción: manifestaciones clínicas del modo teleológico en el narcisismo patológico	315
Intervenciones focalizadas en el proceso para el modo teleológico	321
“Si todo lo demás falla”: qué hacer si resultan ineficaces las intervenciones para el modo teleológico focalizadas en el proceso	329
Aplicaciones clínicas: intervenciones focalizadas en el proceso para la autoestima teleológica	332
11. Mentalizar la relación terapéutica: técnicas relacionales auxiliares.	341
Introducción a la mentalización de la relación en MBT para el narcisismo	341
Los “noes” a la hora de mentalizar la relación en la MBT para el narcisismo	343
Indicadores y rastreadores relacionales	349
Foco del afecto interpersonal	359
Autorrevelación afectiva.	366
12. Mentalizar la relación terapéutica: la vía de intervención .	383
Dirigir el foco al proceso relacional relevante	385
Exploración y elaboración colaborativas	387
Intervenciones focalizadas en el contexto	392
Resumen empático de la experiencia de los pacientes.	395
Exploración y aceptación de la contribución del terapeuta. .	397
Identificar la modalidad de no mentalización	400
Intervenciones sobre dominios específicos.	404
Intervenciones potenciales focalizadas en el contenido . .	404
Intervenciones potenciales focalizadas en el contexto . . .	407
Intervenciones potenciales focalizadas en el proceso	411

Revisión y reflexión relativas a la nueva comprensión.	419
Ilustración clínica: vía de intervención para mentalizar la relación	423

Cuarta parte

APLICACIONES CLÍNICAS

13. Avanzar en el tratamiento	441
Movimientos contrarios y polaridades mentalizadoras	441
Polaridades clásicas de la mentalización	442
Polaridades adicionales evaluadas en la MBT para el narcisismo	444
Movimientos contrarios: objetivos generales y técnicas . .	445
Movimientos contrarios de especial importancia para el narcisismo patológico	449
Sí mismo → Otro / Otro → Sí mismo.	450
Certeza → Duda	450
General → Específico.	452
Fantasía → Realidad	453
Comportamiento suicida en el narcisismo patológico.	454
Características empíricas únicas de la suicidalidad en el narcisismo patológico	455
Un modelo basado en la mentalización del comportamiento suicida en el narcisismo patológico	458
Mentalizar el análisis funcional: objetivos generales y técnicas.	459
Análisis funcional mentalizador del comportamiento suicida: técnicas específicas para el narcisismo patológico	464
Ilustración clínica: análisis funcional mentalizador de un intento de suicidio en el narcisismo patológico. . . .	467
Progreso terapéutico, pausas y conclusión.	476
14. Caso de ejemplo: después del “accidente”	481
Información general.	482
El inicio del tratamiento	484
Meses 6 a 12 de tratamiento	492

El segundo año de tratamiento	496
El tercer y cuarto año de tratamiento.	502
Terminación	508
15. Caso de ejemplo: modo-yo, modo-mí y modo-nosotros en el proceso clínico	511
El inicio del tratamiento	512
Sesiones iniciales	516
Abordar la fragilidad del narcisismo	516
Autorrevelación afectiva para abordar procesos narcisistas	519
Estrategias para abordar el modo simulado	521
Conclusión: el fundamento del modo-nosotros	523
16. Caso de ejemplo: William el bombero	525
Antecedentes	526
El inicio del tratamiento	529
Meses 6 a 12 de tratamiento	534
Segundo año de tratamiento	537
Tercer año de tratamiento	543
Referencias bibliográficas.	551
Índice de términos	567

Prólogo

Peter Fonagy

Es un auténtico, alentador y valioso privilegio que se me pida prologar el presente libro, el cual es un apasionante ejemplo de la continua expansión de la familia mentalizadora. Dedicaré a partes iguales el espacio asignado a reseñar brevemente los logros del tratamiento basado en la mentalización y a subrayar lo que, en concreto, aporta el presente libro de Bob Drozek, Brandon Unruh y Anthony Bateman.

Aunque relativamente novedosos, el modelo y la teoría del Tratamiento basado en la mentalización (MBT, por sus siglas en inglés) han adquirido cierto prestigio dentro de la comunidad de enfoques de terapia psicológica y modelos transdiagnósticos de trastorno mental. El origen de este trabajo se remonta (de manera admirable) a hace 35 años, cuando demostramos por primera vez que es posible predecir, a partir de entrevistas con los padres en torno a su propia historia de apego antes del nacimiento del niño, la seguridad del vínculo de apego paterno-filial al año de edad. Este trabajo, realizado con Miriam y Howard Steele, que ahora disfrutan de merecidos puestos de responsabilidad en la New School for Social Research de Nueva York, evidencia que la capacidad de los padres para conferir sentido a sus primeras experiencias y relaciones desde el punto de vista de sus estados mentales (pensamientos, sentimientos, creencias, emociones, intenciones), una capacidad que denominamos “función reflexiva”, constituye un factor crítico que determina la calidad de los cuidados que los padres proporcionan a sus hijos y la evolución de la seguridad

de las relaciones de apego (Fonagy *et al.*, 1991). Se trata de un trabajo que, según Google Scholar, ha sido citado en 2.800 publicaciones, subrayando que las relaciones inseguras se transmiten de manera intergeneracional. En el seguimiento posterior llevado a cabo por Miriam y Howard, descubrieron que la mentalización parental tiene un poder predictivo a largo plazo (Steele *et al.*, 2016). Y, en un trabajo de colaboración con Pasco Fearon en el que utilizamos métodos de genética del comportamiento, también se puso de manifiesto que el proceso transgeneracional se halla efectivamente mediado por la transmisión social (no genética), vinculándose claramente a la calidad de la atención recibida por el niño (Fearon *et al.*, 2006).

La noción de que los patrones de relación establecidos durante los primeros años de vida, no solo se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo, sino que se transmiten de una generación a otra no es original ni novedosa. Sin embargo, la especificidad con la que la mentalización explica este proceso es importante a la hora de determinar de qué modo se generan los trastornos mentales y en qué medida, con una intervención adaptada, estos pueden prevenirse, rompiendo así los ciclos intergeneracionales de problemas. Este libro, así como en general la tradición MBT, se basa en el trabajo, desde hace tres décadas, que vincula las experiencias tempranas, la mentalización y los patrones poco útiles de organización de las representaciones de apego que generan resultados clínicos. Buena parte del trabajo traslacional que siguió a los estudios originales del Anna Freud Centre (que celebró su 70 aniversario en 2022) adoptó el marco de desarrollo que considera que la capacidad de mentalización es un logro del desarrollo parcialmente garantizado por la habilidad de los cuidadores para proporcionar un entorno reflexivo capaz de cimentar una sólida disposición mentalizadora en el niño. El modelo fue explicado en un libro publicado hace veinte años y brillantemente editado por la doctora Elizabeth Allison. Con más de 8.500 citas, este libro se ha convertido en un texto sumamente influyente, desarrollando la hipótesis central de que los traumas relacionados con el apego perjudican el desarrollo de la mentalización, algo que aboca con posterioridad a los patrones de disregulación emocional y perturbación del self característicos del trastorno límite de la personalidad y otros problemas relacionados (Fonagy *et al.*, 2002).

La relación entre apego y mentalización no habría tenido verdadero impacto clínico de no ser por el trabajo del profesor Anthony Bateman, un clínico extraordinario y uno de los autores de la presente obra. El novedoso marco para la terapia psicológica, en el que tuve el privilegio de trabajar con Anthony, ha tenido una influencia decisiva en la práctica. En el Reino Unido y en el ámbito internacional, este enfoque sustenta el desarrollo, evaluación y aplicación profesional de terapias eficaces de salud mental para varios problemas psicológicos que perturban la salud y el bienestar de adultos, adolescentes, niños y familias (Bateman y Fonagy, 2010). La investigación, que evalúa la idoneidad y eficacia del enfoque mentalizador para el trastorno de la personalidad, así como otras poblaciones de clientes en las que las dificultades de apego y mentalización se consideran relevantes (por ejemplo, comportamientos autolesivos en adolescentes, niños en hogares de acogida, depresión), se basa en general en los principios de tratamiento establecidos por el trabajo de Anthony Bateman para individuos con Trastorno límite de la personalidad (TLP) (Bateman y Fonagy, 2006).

No obstante, los principios de la técnica MBT, brillantemente ilustrados en el presente libro, no son todo lo que Anthony ha aportado a esta tradición. Quizá lo más importante de ello sea la accesibilidad, que en parte se remonta a las limitaciones prácticas que impulsaron el desarrollo original de la intervención. En su papel prominente de liderazgo clínico, Anthony Bateman heredó un programa de hospitalización parcial de corte psicodinámico (el Halliwick Day Hospital), donde las posibilidades para una intervención especializada eran ampliamente superadas por las necesidades clínicas, una situación todavía frecuente en los entornos públicos de salud mental en el Reino Unido. Su tarea era aparentemente sencilla: crear una intervención teóricamente fundamentada para personas con trastornos de personalidad graves (casi exclusivamente borderline) que revistiese valor terapéutico y pudiera ser administrada con una formación mínima por quienes no habían recibido formación psicoterapéutica, pero tenían cierta experiencia en el tratamiento de problemas graves de salud mental debido a su formación en enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, psicología o psiquiatría.

Tal como fue establecida por Anthony Bateman, la MBT sigue destacando por adoptar un enfoque no estigmatizador hacia un grupo de clientes que quizá sufre más que ningún otro grupo el estigma

vinculado a su condición de salud mental, infundiendo esperanza a los pacientes al promover la amabilidad y la comprensión, conceptos que se ubican en el núcleo de la mentalización. Tal vez sea esta consideración la que hace que la MBT sea relativamente fácil de aplicar a grupos clínicos que a menudo se tornan desconfiados a consecuencia de las muchas decepciones que han experimentado con el apoyo recibido anteriormente.

El enfoque que, con cierto soporte por mi parte, desarrolló Anthony resultó tener un éxito masivo tanto en un sentido clínico como en términos de popularidad (Bateman y Fonagy, 2004). Dicho enfoque combina la comprensión psicoanalítica de los trastornos de personalidad con la comprensión alcanzada con el rápido progreso de la neurociencia de la cognición social (Frith y Frith, 2003). Así pues, inspirándose en la psicología del desarrollo y en la neurociencia, se creó un conjunto de intervenciones que facilitaban que los clínicos comprendiesen el pensamiento atípico de las personas con diagnóstico de trastorno de personalidad, proporcionando intervenciones sencillas y reguladas para abordarlas de un modo que se consideraba positivo para las personas afectadas (Bateman y Fonagy, 2006).

Media docena de ensayos controlados aleatorizados muestran beneficios sólidos de la MBT en relación con el tratamiento habitual para el TLP y problemas asociados (Bateman y Fonagy, 1999, 2001, 2009, 2013a, 2019b; Bateman *et al.*, 2016; Robinson *et al.*, 2014, 2016). Es fácil pasar por alto que el trabajo de Bateman estableció la MBT como la primera terapia que ofrecía pruebas claras de beneficios duraderos para los pacientes, incluso a los cinco y ocho años de seguimiento (Bateman *et al.*, 2021; Bateman y Fonagy, 2008). Las pruebas confirmaban que quienes recibían tratamiento disfrutaban de una calidad de vida más satisfactoria y gratificante, en términos de menor uso de servicios y mayor probabilidad de participar en los ámbitos de la educación o el empleo a tiempo completo.

El enfoque psicoterapéutico de la mentalización siguió creciendo bajo la dirección de Anthony Bateman (Bateman y Fonagy, 2012, 2019a), al igual que la neurociencia del desarrollo de la que recibió parte de su inspiración. Ambos campos continuaron evolucionando por separado para enriquecer nuestra comprensión del desarrollo, la cognición y la psicopatología. Hace relativamente poco tiempo que

la neurociencia ha tendido la mano a los investigadores de la mentalización clínica para establecer una comprensión compartida (Gilead y Ochsner, 2021). Mientras tanto, el enfoque de tratamiento propio de la MBT ha seguido creciendo. En colaboración con el Anna Freud Center, Anthony Bateman ha supervisado la provisión de formación profesional a profesionales de todo el mundo para incorporar esta intervención basada en la investigación a un conjunto de prácticas más amplio. Más de 15.000 profesionales de 36 países han recibido formación en alguna de las intervenciones de la familia MBT, y la demanda de plazas de formación sigue superando la oferta. Se han fundado centros de formación MBT en siete países europeos y tres americanos, y se han celebrado sesiones de formación en todo el Reino Unido, así como en Estados Unidos, Austria, Finlandia, Japón, Italia, Países Bajos, Alemania, Chile, España, Hong Kong, Suecia y Canadá. Aunque tanto Brandon Unruh como Bob Drozek han contribuido significativamente a este esfuerzo de formación, es la notable energía de Anthony Bateman la que ha garantizado que la difusión de la MBT haya sido muy amplia. En una reciente encuesta de seguimiento realizada a profesionales que recibieron formación en intervenciones MBT, el 87% de los casi 300 que respondieron afirmaban que la MBT es “muy útil” o “extremadamente útil” para su práctica, mientras que el 89% señalaba que la MBT era “muy beneficiosa” o “extremadamente beneficiosa” para sus pacientes.

La familia MBT sigue creciendo. El pensamiento en torno a la práctica clínica se ubica en el presente en una amplia y creciente comunidad de clínicos e investigadores que avanza en nuestra comprensión de la mentalización como proceso de desarrollo y de sus retos en los grupos de práctica clínica. El pensamiento de la comunidad MBT es notablemente coherente, vinculando el apego y la mentalización con el funcionamiento social y acoplándolos con los elementos centrales de la práctica MBT. El enfoque de la MBT también ha influido en el desarrollo de una serie de tratamientos psicológicos. La mentalización se ha convertido en una palabra utilizada por los clínicos que practican diferentes modalidades, y quizá no sorprenda que los desarrolladores de tratamientos clínicos masivos afirmen que la MBT es una subespecialidad dentro de su modalidad de trabajo favorita. Tanto Aaron Beck como Salvador Minuchin señalan que la MBT, en una inspección más cercana, es un desarrollo de la terapia cognitivo-conductual y del pensamiento sistémico respectivamente. Los creadores de la MBT

nunca pretendieron desarrollar una nueva “escuela” de psicoterapia. En ese sentido, consideramos que la MBT es un conjunto de técnicas que quizá encuentren mejor acomodo dentro del enfoque de otros factores compartidos que como miembro de una familia de psicoterapia diferenciada, o como una orientación especializada propia. Al afrontar problemas clínicos y utilizar las ideas básicas del modelo original, los clínicos e investigadores de la MBT desarrollan adaptaciones que terminan manualizándose. Estas adaptaciones han sido evaluadas en ensayos controlados aleatorios siempre que fue posible, se difundieron al mayor número de practicantes potenciales y fueron supervisadas por clínicos experimentados y formados en esta subespecialidad.

Y esto nos conduce a la más reciente incorporación a la familia: la MBT para el narcisismo patológico, o MBT-N. La MBT-N es una adaptación inteligente, creativa y brillante de los principios teóricos y prácticos de la MBT que realmente supone un avance en el valor y la relevancia del enfoque MBT. Resumiendo, los dos avances conceptuales que impulsan la MBT-N son: (1) el concepto del “alien self” narcisista; y (2) el novedoso concepto del modo-mí.

El enfoque propuesto por el libro de Drozek, Unruh y Bateman amplía de manera sustancial y útil el modelo clínico del alien self. Quienes estén familiarizados con este trabajo recordarán que la internalización de una figura que sirva de reflejo o espejo [*mirroring*] y que no se halle relacionada de manera contingente puede crear una vulnerabilidad e inestabilidad en la representación del self por parte del niño. Como señala la tradición filosófica dialéctica y los modelos psicológicos sociales interaccionales y psicoanalíticos, el self se constituye a partir de experiencias de interacción interpersonal con los otros. Si el reflejo especular está ausente o es inexacto, el niño busca una representación de sus experiencias subjetivas en el mundo exterior e interioriza una ausencia o, peor aún, una representación hostil en el self experimentado. El self incluye entonces una representación del otro, que sin embargo es sentida como una parte de sí mismo, aunque sea una parte incongruente. Dado que la mentalización contribuye a generar coherencia, el alien self no es tanto una patología como una vulnerabilidad. La propensión al desorden se torna evidente en los momentos en que se pierde la coherencia ilusoria del self, como probablemente ocurra cuando se produce un fallo en la mentaliza-