



Las polaridades de la Mentalización en la práctica clínica

Gustavo Lanza Castelli¹
www.mentalizacion.com.ar/

El concepto mentalización se refiere a una actividad mental, predominantemente preconsciente, muchas veces intuitiva y emocional, que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales. En un sentido más amplio, alude a una capacidad esencial para la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. Desde su creación por Peter Fonagy hace aproximadamente veinte años, su conceptualización se ha modificado y enriquecido.

En el presente trabajo se presenta la última versión del constructo, en el que se lo conceptualiza como **multidimensional**, ya que posee cuatro polaridades: 1ª) procesos automáticos y controlados; 2ª) cognitivos y afectivos; 3ª) basados en lo interno o en lo externo; 4ª) focalizados en el sí mismo o en los demás. Tomando como eje la polaridad procesos automáticos y controlados se realiza una articulación con las otras polaridades. A partir de una viñeta clínica se ilustra la utilidad que posee para la comprensión de los procesos mentalizadores en ella implicados. Por último se muestra la utilidad de este modelo de las cuatro polaridades para la evaluación de la mentalización.

Palabras clave: Mentalización, Polaridades, Evaluación de la mentalización

Mentalization refers to a mental activity, mostly preconscious, many times intuitive and emotional, that allows the understanding of own and other's behaviors in terms of mental states and processes. In a broader sense, it refers to an essential capacity for emotion regulation and for the satisfactory interpersonal relationships. From its creation by Peter Fonagy approximately twenty years ago, its conceptualization has become more complex and rich.

The present work presents the last version of the construct, conceptualized as multidimensional because it possesses four polarities: automatic and controlled processes, cognitive and affective, based in internal or external cues, focused in the self or in others. Considering the automatic and controlled processes polarity as focal point, an articulation with the others polarities is made. Based in a clinical vignette, its utility for the comprehension of the mentalizing processes in it included is showed. Finally the utility of this model for the evaluation of mentalization is showed.

Key Words: Mentalization, Polarities, Mentalization Assessment.

English Title: The polarities of Mentalization in clinical practice

Cita bibliográfica / Reference citation:

Lanza Castelli, G. (2011). Las polaridades de la Mentalización en la práctica clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (2): 295-315. [ISSN 1988-2939]

El concepto mentalización se refiere a una actividad mental, predominantemente preconsciente, muchas veces intuitiva y emocional, que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales.

En un sentido más amplio, alude a una capacidad esencial para la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias.

Mediante esta actividad logramos una captación de nosotros mismos y de los demás como poseedores de una mente, para lo cual se requiere contar con un sistema simbólico representacional para los estados mentales.

Este concepto es utilizado muchas veces como sinónimo de Función Reflexiva, la cual alude a la operacionalización de la primera, que ha sido llevada a cabo en el *Reflective Functioning Manual* (Fonagy et al., 1998).

En la literatura psicoanalítica se han propuesto diversos conceptos que coinciden en parte con el concepto *mentalización*, tal como es definido en el presente trabajo. Entre ellos encontramos el concepto de Bion de la “función alfa”, que produce la transformación de eventos internos experimentados como concretos (“elementos beta”) en experiencias tolerables y pensables. Este autor también consideró que la relación madre-hijo se halla en la raíz de la capacidad simbólica, tal como propone el enfoque en el que se basa el presente escrito (1962; Mantilla Lagos, 2007).

Desde una perspectiva distinta Pierre Marty desarrolló una noción de la mentalización conceptualizada desde el punto de vista económico y entendida como una barrera protectora en el sistema preconsciente, que impide la desorganización progresiva (Marty 1980, 1990).

Lecours y Bouchard, por su parte, consideran la mentalización como un proceso de elaboración mental que transforma y elabora las energías pulsionales primitivas en fenómenos y estructuras mentales de complejidad creciente (1997).

El constructo al que hago referencia en este escrito fue propuesto hace aproximadamente veinte años por Peter Fonagy y colaboradores, para dar cuenta de los aspectos centrales de la patología *borderline* y para diseñar un abordaje terapéutico eficaz (la terapia basada en la mentalización) a los efectos de trabajar con estos pacientes (Fonagy, 1991; Bateman, Fonagy, 2004, 2006).

Posteriormente, el ámbito de aplicación del mismo se fue ampliando hasta considerársele el factor común a todo enfoque psicoterapéutico (Allen, Fonagy, Bateman, 2008), capaz de informar, además, otras prácticas, que amplían el campo de aplicación de la terapia basada en la mentalización, como la terapia de parejas (Younger, 2006), de familias (Fearon et al., 2006), de grupos (Bateman, Fonagy, 2004), el entrenamiento de la pareja parental primeriza (Sadler, Slade, Mayers., 2006), los talleres de psicoeducación (Haslam-Hapwood et al. 2006), los grupos de profesionales en crisis (Bleiberg, 2006), la prevención de la violencia en las escuelas (Allen,

Fonagy, Bateman, 2008), etc.

En el plano teórico también hubo variaciones en la forma de entender este constructo, de modo tal que podríamos diferenciar tres momentos importantes en la conceptualización del mismo:

I.- el primero de ellos queda expresado en el Manual de 1998 (Fonagy et al., 1998) que retoma y amplía la teoría de Main (1991) sobre el monitoreo metacognitivo. En él se diferencian cuatro dominios en el ámbito de la mentalización:

- 1º).- conciencia de la naturaleza de los estados mentales;
- 2º).- esfuerzos explícitos por inferir los estados mentales que subyacen al comportamiento;
- 3º).- reconocimiento de aspectos del desarrollo de los estados mentales;
- 4º).- estados mentales en relación con el terapeuta o entrevistador.

II.- El segundo momento se encuentra en los libros de Fonagy et al. de 2002 y de Bateman y Fonagy de 2004, en los que la mentalización es considerada como parte de la Función Interpretativa Interpersonal (que incluye también el control atencional y la regulación de los afectos). En estos textos dicha función es considerada el producto de un sistema neural dominante, implicado en el procesamiento de todas las experiencias nuevas. Se la caracteriza como idéntica al modelo básico del pensamiento de Bion.

III.- Finalmente, a partir de 2009, tomando en cuenta los avances en la neurociencia, como así también los resultados de las investigaciones sobre el desarrollo social y cognitivo, junto a la experiencia clínica acumulada, Peter Fonagy y colaboradores proponen trazar un cuadro diferenciado de la Mentalización basado en cuatro polaridades, que deben estar equilibradas adecuadamente en cada situación para que el mentalizar funcione eficazmente (Fonagy, Luyten, 2009; Fonagy et al. 2010; Fonagy, Luyten, 2010). Conceptualizan así a la **Mentalización** como un *constructo multidimensional*, cuyas dimensiones o componentes dependen de distintos sistemas neuronales. Este constructo incluye cuatro polaridades:

- 1º).- Procesos automáticos y controlados;
- 2º).- cognitivos y afectivos;
- 3º).- basados en lo externo o en lo interno;
- 4º).- focalizados en sí mismo o en los demás.

Cabe señalar que en algunas condiciones clínicas y situaciones interpersonales podemos observar un eventual pasaje de un polo a otro dentro de cada polaridad y/o una interacción entre las mismas (cf. ejemplo clínico), que favorecen un desempeño fluido en las relaciones interpersonales, como así también una adecuada regulación emocional, o que, por el contrario, contribuyen a los más diversos desenlace problemáticos.

Por esta razón, y dado que esta diferenciación se muestra **operativa**, en el presente trabajo tomaré como eje la primera de ellas (procesos automáticos y controlados) y la articularé con el

resto de dichas polaridades, tratando de mostrar algunas de las utilidades de este modelo en la práctica clínica.

Dado que llevaré a cabo una descripción pormenorizada de la primera, deseo ahora hacer una breve caracterización de las otras tres:

En lo que hace a la **polaridad procesos cognitivos/procesos afectivos**, cabe señalar que si bien en algunos casos la mentalización puede implicar primordialmente creencias y reflexiones acerca de los estados mentales, en otros el foco puede consistir en los estados afectivos.

Los últimos desarrollos de Peter Fonagy y colaboradores respecto a esta polaridad toman como referencia el trabajo de Baron-Cohen (Baron-Cohen et al., 2008), quien distingue **dos sistemas** mentalizadores de alto nivel:

a) el ToMM (Theory of Mind Mechanism) o sistema de teoría de la mente, que permite tanto la representación del amplio ámbito de los estados mentales (incluyendo los estados mentales epistémicos), como el juego de simulación, la comprensión de las falsas creencias y la comprensión de las relaciones entre los estados mentales. Este sistema es importante porque permite la construcción de una teoría mediante cuya utilización se puede explicar y predecir el comportamiento. Las representaciones del mismo tienen el siguiente formato: Agente – Actitud – Proposición (ej. “Mamá – cree que – Juan tomó las galletitas”).

b) El TESS (The Empathizing System), o sistema de empatía, permite más que la predicción y explicación del comportamiento: permite la comprensión emocional y es la sede de las respuestas emocionales. Sus representaciones tienen un formato diferente al anterior: Self – Estado afectivo – Proposición (ej. “Lamento – que te sientas herido – por lo que dije”).

De todos modos, ambos sistemas suelen funcionar conjuntamente en la comprensión social habitual, si bien pueden disociarse en la patología. En trabajos anteriores, Fonagy y colaboradores denominaron “afectividad mentalizada” a la interacción efectiva entre los dos sistemas (Fonagy et al., 2002).

En cuanto a sus bases neurológicas, las proposiciones del sistema ToMM están posiblemente basadas en diversas áreas de la corteza prefrontal, mientras que las del sistema TESS son procesadas en la corteza ventro medial prefrontal (Fonagy, Luyten, 2010).

En lo que hace a la **polaridad focalizado en lo externo/focalizado en lo interno**, podríamos decir que esta diferenciación se encuentra también asociada a distintos sistemas neuronales. Así, los procesos focalizados en lo externo se asocian con la red frontotemporoparietal, mientras que los focalizados en lo interno lo hacen con la red medial frontoparietal (Lieberman, 2007).

Los procesos **focalizados en lo externo** son aquellos en los que la atención se centra en las características externas, físicas y a menudo visualmente perceptibles de los demás, de uno mismo o de la interacción. Entre las actividades cuya fuente se encuentra en lo exterior, podemos incluir la observación de las acciones, su imitación, el

reconocimiento visual de emociones e intenciones perceptibles en el rostro, gestos y posturas de los demás, la reevaluación basada en hechos perceptibles, la denominación de los afectos a partir de la expresión de las emociones, etc.

Los procesos **focalizados en lo interno**, en cambio, son aquellos que centran la atención en las características experienciales internas (mentales, emocionales) de uno mismo y de los demás. Incluye actividades tales como la empatía, la autorreflexión, la memoria autobiográfica, las reevaluaciones basadas en la relación personal con un objetivo.

En lo que hace a la **polaridad mentalización focalizada en el self/focalizada en el otro**, si tomamos en cuenta el punto de vista de la neurociencia (que es el que utilizan Fonagy y colaboradores en sus últimos trabajos), vemos que no es posible plantear acá una dicotomía self/otro, ya que hay una notable comunidad entre los procesos cerebrales que subyacen a ambos polos. Estudios de neuroimágenes han mostrado que cuando nos focalizamos sobre nuestra propia mente o sobre la de los demás, se activan los mismos circuitos cerebrales (Fonagy, Luyten, 2009), pertenecientes a dos redes neurales diferentes.

La primera de ellas es la frontoparietal de las neuronas espejo, mediante las cuales cuando observamos las acciones de los demás, se activan en nosotros las partes correspondientes de nuestra corteza motora y cuando percibimos la expresión de sus emociones se activan nuestros centros visceromotores.

La comprensión de la experiencia de los otros posibilitada por las neuronas espejo, tiene una cualidad inmediata e intuitiva. Por lo demás, es posible que la representación de dicha experiencia esté fuertemente fusionada con nuestra propia autorrepresentación.

La segunda red incluye la corteza media prefrontal y otras formaciones corticales y procesa información acerca del sí mismo y el otro de un modo más abstracto y simbólico.

Es este sistema el que inhibe las respuestas automáticas e imitativas y permite la diferenciación entre el sí mismo y el otro. A partir de esta diferenciación, la atención se podrá focalizar en uno u otro de estos polos.

En lo que sigue, caracterizo con cierto detalle la **polaridad procesos automáticos/procesos controlados** y hago referencia a ciertas relaciones posibles entre ambos polos, posteriormente transcribo una viñeta clínica que analizo desde las cuatro polaridades de la mentalización y, para concluir, realizo una breve aplicación de este modelo a la evaluación de la mentalización.

Mentalización automática o implícita - Mentalización controlada o explícita.

Para conceptualizar esta polaridad Fonagy y Luyten (2009, 2010) se apoyan en diversas hipótesis sobre los procesos automáticos y controlados que han sido propuestas en el campo de la cognición social, particularmente por Matthew D. Lieberman y Ajay B. Satpute (Lieberman, 2000; Satpute, Lieberman, 2006; Lieberman, 2007), quienes diferencian sistemas neuronales específicos para cada uno de dichos procesos².

Mentalización automática:

La mentalización implícita o automática es no consciente y no reflexiva. Tiene un tiempo de procesamiento rápido y procesa estímulos en paralelo, requiriendo poco esfuerzo, atención concentrada o intención.

Una manifestación habitual de la misma es la intuición, a la que Lieberman (2000) define como “un correlato fenomenológico y conductual del conocimiento obtenido a través del aprendizaje implícito” (pág.110) y que incluye sentimientos, juicios, pálpitos que experimentamos en ciertas situaciones sociales acerca de los estados mentales que subyacen al comportamiento propio y ajeno -y que nos llevan a adoptar determinadas actitudes interpersonales- sin que tengamos razones bien articuladas para justificarlos.

La mentalización automática supone la percepción en paralelo de diversos indicadores sensoriales (postura, tono de voz, gestos, modo de hablar y de mirar, etc.) que son procesados simultáneamente.

Asimismo, según ha sido puesto de manifiesto mediante diversas investigaciones, el ceder turnos en una conversación supone tener en mente el estado mental del otro de un modo implícito y sin tener que pensar deliberadamente sobre ello (Barker, Givon, 2005).

De igual forma, se ha demostrado que en todo intercambio interpersonal se produce un *espejamiento* automático de los estados emocionales del interlocutor, a los que se ajustan (de forma inconsciente) la propia postura, el tono de voz, las expresiones faciales, etc. (Bateman, Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

En las interacciones cotidianas habituales no tenemos tiempo de mentalizar explícitamente, sino que lo hacemos en forma implícita, espontánea, intuitiva y sin deliberación especial. Si un amigo nos relata un suceso doloroso que vivió, nos surge automática y espontáneamente una expresión de pesar y adoptamos una actitud de comprensión, cuidado o ayuda. Todo ello forma parte del empatizar espontáneo o automático.

Dado que la mentalización automática es “...en su mayor parte una reacción emocional intuitiva y rápida” (Bateman, Fonagy, 2006, pág. 3), a la vez que un mecanismo interpretativo especializado, cabe analizar con más detalle el modo en que se producen la reacción y la interpretación mencionadas.

Para ello resulta útil recurrir a la tercera polaridad referida más arriba (focalización en lo externo o en lo interno). Según fue comentado, el primer polo implica que la atención se centra en lo externo, implica la focalización en el aspecto exterior, fundamentalmente en las características visuales de los demás, de uno mismo o de la interacción entre el sí mismo y el otro.

En el otro polo, en cambio, la atención se centra en las características internas, mentales, emocionales y experienciales de los demás o de uno mismo (pensamientos, sentimientos, intenciones, experiencias, etc.) (Lieberman, 2007; Fonagy, Luyten, 2010).

A partir de esta diferenciación podemos decir que el origen de la reacción “intuitiva y rápida” y de la interpretación mencionadas, puede hallarse en un estímulo exterior del otro (aparición física, actitud, conducta, etc.) o en su mundo interno, esto es, en las atribuciones o interpretaciones que hacemos -automáticamente- acerca de sus intenciones, deseos, propósitos, etc.

Cuando estas reacciones basadas en lo externo, o las interpretaciones basadas en estados mentales atribuidos tienen un carácter disfuncional y consisten en la reedición de experiencias problemáticas vividas con las figuras de apego, posee la mayor importancia la medida en que pueden ser amortiguadas por un mentalizar explícito que permita crear hipótesis alternativas para explicar la conducta del otro. Caso contrario, tendrá lugar un desarrollo de afecto problemático y, eventualmente, una acción también disfuncional (cf. ejemplo clínico). Esto es lo que se observa en los pacientes con trastornos de la personalidad, en los que un elevado “arousal” emocional puede activar suposiciones y expectativas -acerca de las relaciones interpersonales- automáticas, rígidas y estereotipadas, mientras que su habilidad para reflexionar sobre estas suposiciones puede hallarse muy limitada debido a la pérdida de la capacidad para la mentalización explícita inducida por el mismo arousal (Fonagy, Luyten, 2010).

En el caso de las atribuciones que funcionan en forma automática (en especial si poseen un alto arousal emocional) es habitual que las mismas reciban pleno crédito por parte del self.

Para ampliar este punto cabe hacer mención de la caracterización que realizan Fonagy et al. (1991) del self prerreflexivo, como así también de los desarrollos de Adrian Wells en torno al *modo objeto*.

El **self prerreflexivo** es aquél que experimenta de modo inmediato la vida, que siente, percibe, cree, actúa, reacciona, etc. Puede relacionarse con lo que Adrián Wells denomina el **modo objeto**, en el cual “...no vemos a nuestros pensamientos y creencias como acontecimientos internos, sino que *los fusionamos con la realidad*” (2009, pág. 8). La expresión “fusionar con la realidad” alude al hecho mencionado de que damos crédito a los contenidos de la actividad mental, en la medida en que en este modo solemos equiparar nuestras creencias a la realidad misma.

Cabe suponer que a este desenlace contribuye el carácter intencional de nuestros actos mentales (Brentano, 1944), según el cual éstos implican siempre una referencia a algo distinto de ellos mismos, lo que es llamado su “**objeto intencional**”. Así, en el creer, algo es creído; en el representar, algo es representado; en el desear, algo es deseado, etc. En el funcionamiento prerreflexivo la atención recae sobre el objeto intencional (equiparado con el referente de la realidad) y no sobre la actividad mental misma, como tal. De ahí que aquél reciba crédito.

Otros autores han visto la importancia de esta característica, entre otros Fred Busch, quien plantea que “El pensamiento del paciente en el comienzo de un análisis es concreto. Los pacientes *piensan, pero no pueden pensar sobre su pensamiento*. En medio del conflicto los pacientes a menudo consideran sus pensamientos fundamentalmente como realidades”

(Busch, 2009).

Así, una paciente refería que cuando veía al novio ensimismado en sus cosas, se deprimía porque éste había dejado de quererla. Lo “dado” para ella -como significado del ensimismamiento del novio- era el desamor del mismo (como un *hecho*), sin que tuviera conciencia del acto psíquico mediante el cual interpretaba sesgadamente (y en forma automática) esa actitud ensimismada.

En este *modo objeto* son vividos los automatismos interpretativos, las diversas atribuciones que hacemos sobre los demás y sobre nosotros mismos, las evaluaciones que están en la base de los desarrollos de afecto, etc.

De ahí que Safran y Muran utilicen la expresión “inmersión en la experiencia” para aludir a este estado de cosas (Safran, Muran, 2000). Mientras nos movemos en el *modo objeto*, no tenemos distancia suficiente como para aprehender los diversos procesos y contenidos mentales *como tales* (como *representaciones* de la realidad, diferentes de la misma), advertir el carácter de interpretaciones, evaluaciones, atribuciones, etc. de dichos procesos y contenidos y cuestionar sus resultados, por lo que estamos inmersos en ellos, en los afectos que suscitan, los impulsos que despiertan y las conductas que motivan.

En relación a este punto en particular Allen, Fonagy y Bateman dicen que en el mentalizar hay al menos una conciencia implícita de que el mundo no es tal como nos lo representamos, pero que muchas veces debemos trabajar activamente para establecer la diferenciación entre el hecho y la representación del mismo (Allen, Fonagy, Bateman, 2008, pág. 37). Cabe agregar que cuanto mayor sea la carga de afecto o la implicación personal en la situación de que se trate, mayor será la tendencia a equiparar el pensamiento y el hecho y mayor la necesidad de pasar a la mentalización controlada o explícita para conquistar dicha diferenciación.

Mentalización controlada o explícita:

La mentalización controlada es consciente, verbal, deliberada y reflexiva. Implica un procesamiento serial y lento que requiere atención concentrada, intención, conciencia y esfuerzo.

La mentalización explícita es simbólica (por ejemplo, componer una canción para expresar un estado de ánimo, poner los sentimientos en palabras, etc.), el lenguaje es el medio electivo para ella y gran parte de la misma toma la forma de narrativas.

Cabe correlacionar esta polaridad con la caracterización que realizan Fonagy et al. (1991) del *self reflexivo* (como contrapuesto al *prerreflexivo*), como así también con los desarrollos de Adrian Wells en torno al *modo metacognitivo* (como contrapuesto al *modo objeto*) (Wells, 2009).

Si articulamos ahora la **mentalización controlada** con la polaridad mencionada en último término (focalización en sí mismo o en los demás), vemos que, en relación **con los demás** incluye procesos como el empatizar deliberado, que implica un imaginar voluntario y un

comprender las razones para el estado emocional del otro, como así también un descentramiento que permita aprehender el punto de vista ajeno sin homologarlo con la propia perspectiva, que debe ser inhibida mediante un trabajo que requiere esfuerzo para que no interfiera con la aprehensión del otro como tal.

De igual forma, al mentalizar explícitamente podemos intentar inferir deliberadamente las motivaciones y condicionamientos de las conductas de los otros, discernir qué comportamientos se vuelven esperables a partir de tal o cual situación, anticipar cómo reaccionará el otro al modo en que le comuniquemos determinada noticia, le expresemos determinado deseo, etc. Vale decir, nos encontramos aquí con un amplio conjunto de procesos interpretativos e inferenciales que son llevados a cabo de manera consciente y voluntaria con diversos objetivos, entre otros, anticipar y predecir el comportamiento ajeno.

En relación con **el sí mismo, la mentalización controlada** incluye las actividades reflexivas (focalización deliberada de la atención y automonitoreo, reflexión sobre la propia mente, etc.), que toman como objeto a los propios procesos y contenidos mentales, permitiendo con ello una distancia psicológica respecto de los mismos y propiciando el discernimiento de la diferencia entre el pensamiento y la realidad efectiva (discernimiento que implica la posibilidad de relativizar el propio punto de vista y considerar puntos de vista alternativos).

El logro de esta diferenciación equivaldría a lo que Fred Busch caracteriza como el surgimiento de un “pensador” en el paciente, capaz de escuchar el significado de sus pensamientos y de desarrollar una relación distinta con éstos y con sus sentimientos “...viéndolos como acontecimientos psicológicos que pueden ser observados, en los que se puede pensar y con los que se puede jugar” (Busch, 2009).

La posición reflexiva favorece la comprensión del funcionamiento de la propia mente, la reevaluación de los automatismos interpretativos y atribucionales que recaen sobre el otro y sobre el propio self, y la regulación emocional (cf. ejemplo clínico).

Si nos preguntamos ahora por la relación entre los dos polos de esta polaridad (procesos automáticos/controlados) vemos que la misma se revela de la mayor **importancia para la clínica y la práctica de la psicoterapia**.

a).- En primer término, podríamos hacer referencia a estudios que muestran que el impacto del arousal emocional es diferente en ambos polos (o en ambos sistemas del cerebro). Mientras que el estrés o el arousal elevado facilita los procesos automáticos, inhibe los sistemas neurales asociados con la mentalización controlada, lo que se revela importante particularmente en el trabajo con los pacientes borderline y con trastornos de la personalidad (Lieberman, 2007; Fonagy, Luyten, 2010). Fonagy y Luyten dicen al respecto: “...sugerimos que con el incremento del arousal hay un pasaje de los sistemas corticales a los subcorticales, del mentalizar controlado al automático y, subsecuentemente, hacia modos no mentalizadores” (Fonagy, Luyten, 2009, pág. 1367).

b).- Por otra parte, en lo que hace a la situación terapéutica, Allen, Bateman y Fonagy

dicen que en ella: “...empleamos los procesos explícitos (con mayor nivel de consciencia) para dirigir la atención hacia el dominio de lo implícito...” (2008, p. 28). **Uno de los objetivos de la psicoterapia es, entonces, activar la mentalización explícita** y llevar a cabo por su intermedio un control, inhibición o procesamiento de aquellos contenidos y procesos automáticos que se revelan disfuncionales, estimulando al paciente a adoptar una posición reflexiva y a traducir en palabras su experiencia subjetiva, como un modo de incrementar la mentalización (Lanza Castelli, 2010b). En cuanto a la regulación emocional, que es una de las metas de toda psicoterapia, estudios de neuroimágenes han mostrado que la reflexión sobre uno mismo (particularmente si se lleva a cabo mediante la puesta en palabras) implica la activación de la corteza prefrontal media, que inhibe la activación automática de la amígdala, responsable de desarrollos de afecto automáticos y displacenteros. De ahí que la autorreflexión deliberada favorezca la regulación emocional (Lieberman, 2007; Fonagy, Luyten, 2010).

La mentalización explícita, entonces, tiene que ver con mucho de lo que proponemos en la terapia, por ejemplo, verbalizar los afectos y pensamientos, tomar conciencia del modo en que funciona la propia mente, identificar una secuencia de pensamientos y reflexionar sobre ellos, inferir deliberadamente las razones de la acción de otra persona, etc. Implica un mayor nivel de conciencia que la mentalización implícita y una focalización deliberada de la atención.

Ejemplo clínico

Mediante el siguiente ejemplo deseo ilustrar la puesta en juego de las polaridades de la mentalización, poniendo el acento en el funcionamiento de la mentalización automática en la que se han activado suposiciones e interpretaciones disfuncionales y el efecto que sobre ella tiene la activación de la mentalización explícita, que toma dichas suposiciones como objeto. El ejemplo también intenta mostrar cómo, cuando en el trabajo clínico se ha ayudado al paciente a que éste active una y otra vez su mentalización explícita, se verifica en éste un incremento en la capacidad de mentalizar en forma deliberada, que puede luego utilizar en su vida cotidiana a los efectos de afrontar diversas situaciones problemáticas que puedan surgir en ella.

Por lo demás, este desarrollo en la capacidad mentalizadora puede proseguirse fuera ya del ámbito de la sesión a través de distintos caminos, entre los cuales considero que tiene un lugar preponderante la práctica de la escritura entre sesiones, que puede tomar diversas formas (Lanza Castelli, 2008).

Dado el objetivo tan circunscripto que deseo ilustrar mediante la viñeta clínica que presento a continuación, no me extenderé en mayores consideraciones acerca del curso de la terapia, ni de la historia y las vicisitudes vinculares del paciente y de su ex esposa, ni del motivo de consulta, trabajo entre sesiones, etc. Todas estas consideraciones (y otras que cabría agregar) serían insoslayables si el objetivo fuera el análisis del caso. Pero acá sólo se trata de tornar “visible” el funcionamiento de la mentalización automática y las modificaciones que se

producen cuando sobre ella actúa la mentalización controlada, todo ello en el contexto del interjuego concurrente de las otras polaridades de la mentalización.

En cuanto al ejemplo en sí, se trata de un paciente de 42 años -recientemente separado- que entra en estados de furia cuando su ex mujer, con quien viven los dos hijos pequeños de ambos, y que todavía depende económicamente de él por esa razón, realiza gastos que el paciente considera innecesarios con la tarjeta de crédito que aún conserva.

En una sesión relata que ha vuelto a producirse una de esas situaciones: hablando por teléfono con su ex esposa, ésta le refirió una serie de compras que había hecho con la tarjeta. El paciente se enfureció, le gritó algunas cosas y cortó. Durante largo rato trató de realizar actividades en su casa sin poder concentrarse ni calmarse, pues le seguía dando vueltas en la cabeza la conversación que había tenido.

Así las cosas, decidió poner por escrito lo que le estaba ocurriendo³:

“Otra discusión con Silvina por la plata, siento que lo hace para cagarme, que gasta de más porque sabe que es la forma que tiene de joderme. Me dice que es para los chicos porque con eso me tapa la boca y yo, como un boludo, termino pagando aunque me enfurezca. Me toma de boludo, eso es lo que me da bronca, se aprovecha y me aprieta con esto como una forma de vengarse. Ahí le asoma esa cosa vengativa que tiene que siempre me pareció tan jodida (...)

Me hace acordar a Susana [amiga de ambos] que lo jodió a Santiago [ex marido de Susana], le hizo juicio, lo persiguió y le arruinó la vida porque él la había dejado. No paró hasta verlo casi en la lona. Y todo porque estaba llena de odio y quería vengarse.

Cuando Silvina me jode con la plata por venganza...ahora que escribo esto creo darme cuenta que la estoy demonizando, como ya ha pasado otras veces cuando la siento vengativa. La comparación con Susana me parece excesiva...Silvina ha sido siempre buena conmigo aunque tenga cosas de vengarse, pero no hasta ese punto...sí, me parece que con este tema me enrosco demasiado y la miro con mala onda, y termino viéndola como una bruja...” [subrayado agregado].

En la primera parte, el paciente expresa su malestar por las actitudes de la ex mujer con el dinero, a las que les adjudica, de modo paranoide, una intencionalidad hostil [“lo hace para cagarme... es la forma que tiene de joderme”], en lo cual podemos ver la puesta en juego de atribuciones automáticas (predominio del polo de la mentalización automática) que focalizan en el mundo interno y la conducta de la misma.

Atribuye a los argumentos que ella le da la intención de impedirle todo cuestionamiento y dejarlo, de ese modo, sin la posibilidad de reaccionar [“Me dice que es para los chicos porque con eso me tapa la boca”] lo cual lo deja entrampado y lleno de furia impotente [y yo, como un boludo, termino pagando aunque me enfurezca”].

A renglón seguido, le adjudica una actitud en que lo menoscaba [“Me toma de boludo, eso es lo que me da bronca”] así como un deseo vengativo [“se aprovecha y me aprieta con esto como una forma de vengarse”]

Un incremento de la furia lo lleva a equipararla con esa amiga en común que, llena de odio, le arruinó la vida a su ex marido [“Me hace acordar a Susana que lo jodió a Santiago (...) lo

persiguió y le arruinó la vida (...) No paró hasta verlo casi en la lona. Y todo porque estaba llena de odio y quería vengarse”]

Tras esta equiparación, vuelve a hablar de la actitud vindicatoria de Silvina [”Cuando Silvina me jode con la plata por venganza...”].

Cabe señalar que mientras el paciente *piensa e interpreta* todo esto, no tiene conciencia de estos actos psíquicos *como tales*. Más bien, debido a la intencionalidad de los mismos es como si a través de ellos accediera directamente al mundo *tal como es*, a la *realidad*, por así decir, de su ex esposa y de sus intenciones y actitudes hostiles. De ahí que les dé crédito pleno y que le despierten la ira que consigna, la cual, a su vez, le impide pensar sobre sus propios pensamientos y sentimientos. Dentro de la polaridad focalizado en el self/focalizado en el otro, el paciente está centrado exclusivamente en este último polo.

Por otra parte, tal como fue mencionado con anterioridad, el arousal emocional facilita los procesos automáticos e inhibe los sistemas neurales asociados con la mentalización controlada, dificultando con ello la posibilidad de que aparezca un “pensador” (Busch, 2009) que reflexione sobre sus propios estados mentales. Advertimos entonces, en lo que hace a la polaridad procesos cognitivos/procesos afectivos, un predominio tan considerable de estos últimos que se vuelven no disponibles los primeros, por lo que no es posible la regulación emocional deliberada.

De igual forma, vemos también en juego lo que Safran y Muran (Safran, Muran, 2000) llaman “*inmersión en la experiencia*”: el sujeto está inmerso en esta experiencia intencional, en contacto -según vivencia- con un mundo que él supone objetivo y real y no configurado de algún modo por él mismo, en un mundo en el que “sabe” que su ex mujer hace lo que hace para “joderlo”, “vengarse”, etc. Y esto “es así”. Este estado de cosas tiene que ver con un desequilibrio en las polaridades mencionadas hasta acá, debido al neto predominio de ciertos polos en detrimento de otros (predominio de los procesos emocionales, de las atribuciones automáticas, de la focalización en el otro, que no permiten diferenciar el objeto de la representación del mismo).

No obstante, en un momento se produce un cambio fundamental en la relación del consultante con sus propios procesos psicológicos: el paciente cambia su foco atencional, centrado inicialmente en su ex esposa y lo dirige hacia su mundo interno, hacia sus propios procesos mentales (se mueve, dentro de la polaridad procesos focalizados en sí mismo/procesos centrados en los demás, hacia el primer polo) en los cuales puede encontrar una intención que da cuenta del modo en que aparece ante sus ojos su ex mujer, intención a la que caracteriza como “demonizante” [”ahora que escribo esto creo darme cuenta que la estoy demonizando”].

El paciente ha pasado a *otro modo de funcionamiento mental*, en el cual predomina la mentalización deliberada sobre la automática, la dirección hacia el propio self sobre la dirección hacia el otro y en el que se ha activado el sistema ToMM (procesos reflexivos) correlativamente a una aminoración del sistema TESS (disminución del arousal emocional).

Esto implica la aparición de un “*pensador*” (Busch, 2009) el cual puede tomar a la propia vida mental como objeto de su atención y de su reflexión -operación que le permite advertir su carácter representacional- y *diferenciar el objeto mismo de la representación que se tiene de él*, con lo cual deja de estar *inmerso en la experiencia* y a partir de lo cual puede -y este punto es absolutamente central- cuestionar dicha representación, (la cual ya no es confundida con el objeto mismo), descreer de ella, explorarla, indagar por sus razones, etc. Esto es lo que lleva a cabo el paciente en lo que sigue.

Es así, entonces, que desde esta nueva posición, surge en él el recuerdo de que esa operación mental de demonizarla ya ha tenido lugar en otras ocasiones [como ya ha pasado otras veces cuando la siento vengativa] y, acto seguido, cuestiona la equiparación que había hecho entre Silvina y Susana mientras funcionaba en el *modo objeto* [“La comparación con Susana me parece excesiva...”].

Lo logrado hasta ese punto mediante el discernimiento de su intención “demonizante” y su cuestionamiento de la *construcción* que había hecho de la imagen de su ex esposa (diferenciada ahora de su realidad), le permite integrar otros rasgos de la misma, que durante el momento de furia habían quedado disociados. Gracias a esta integración, la imagen de Silvina aparece más matizada y enriquecida [“Silvina ha sido siempre buena conmigo aunque tenga cosas de vengarse, pero no hasta ese punto”]. Esta integración, que supone un incremento importante en la mentalización, se hace posible por la previa disminución de la furia. Podemos ver acá un ejemplo de la relación inversa que hay entre alto arousal emocional y la capacidad de poner en juego los procesos cognitivo-representacionales.

Tras esto, se abre para el paciente la posibilidad de discernir en sí mismo una dimensión sintomática; en este caso, una sensibilidad excesiva y problemática en relación al tema del dinero y la venganza [“me parece que con este tema me enrosco demasiado”], de la cual surge la hostilidad hacia su ex esposa [“y la miro con mala onda”], hostilidad que ahora puede identificar como el motor que lo lleva a “construir” una imagen de ella distorsionada [“y termino viéndola como una bruja...”].

En síntesis, mediante el pasaje de la mentalización automática a la mentalización deliberada o explícita, de la centrada en el otro a la centrada en sí mismo, del deslizamiento hacia el polo de los procesos cognitivos desde el predominio de los procesos afectivos, el paciente logra:

- 1) discernir su propia intención “demonizante”.
- 2) diferenciar la representación de su ex esposa *aprehendida ahora en su carácter representacional*, de la realidad de la misma y cuestionar la primera.
- 3) cuestionar sus propios procesos atribucionales automáticos.
- 4) detectar un *pattern* recurrente en la aparición de dicha intencionalidad (“...como ya ha pasado otra veces cuando la siento vengativa...”).

Prosiguiendo su autoexploración el paciente -como fue dicho- da un paso más y discierne, además del carácter representacional de su propio pensamiento:

5) el *motivo* que lo llevó a hacer esa construcción de la imagen de su ex esposa: su propia hostilidad.

6) Discierne también el hecho mismo de haber llevado a cabo una “construcción”, por lo que toma conciencia de que él no *percibía* la realidad de Silvina, *la construyó*.

Todos estos procesos se encuentran en la base de la reducción de la furia que logra. Se trata, en este caso, de la mentalización de su experiencia emocional, lo cual significa que ha procesado dicha emoción mediante los lentes de la autorreflexividad (mentalización explícita), lo que lo habilitó para comprender el significado subjetivo de la misma y regularla (Fonagy et al., 2002).

Por último, podríamos agregar que la modificación en las tres polaridades mencionadas implicó los siguientes procesos:

- a).- el giro de la atención hacia los propios procesos mentales,
- b).- la reflexión sobre los mismos con la toma de distancia que conlleva,
- c).- la desidentificación con ellos, la regulación emocional.

Podríamos preguntarnos ahora por qué en determinado momento de su proceso de escritura el paciente fue capaz de producir esta modificación en el funcionamiento de las polaridades consignadas.

Conjeturo que ello se debió al hecho de haber *puesto por escrito sus pensamientos*. En efecto, tal como ha demostrado Lieberman, la puesta en palabras de los afectos amortigua la respuesta afectiva y produce un control *no deliberado* de la emoción (Lieberman, 2007). En este caso el resultado no fue inmediato sino que fue necesario que el paciente escribiera a lo largo de un cierto período de tiempo para que el arousal emocional descendiera. Este descenso fue lo que -conjeturo- permitió la activación de aquellos circuitos cerebrales que están en la base de la mentalización controlada (y que habían sido desactivados mientras el paciente estaba embargado por la furia), lo que posibilitó la activación de la mentalización deliberada o explícita, la focalización en sí mismo y no ya en su ex mujer, la activación de los procesos de pensamiento (sistema ToMM). A partir de dicha modificación, pudo operar sobre las atribuciones disfuncionales automáticas señaladas, con el resultado mencionado.

Este ejemplo puede ser ilustrativo de la necesidad de ayudar al paciente a que disminuya su arousal emocional (en situaciones similares a la acá descrita) para que pueda recuperar su capacidad de mentalizar, sea que esto se lleve a cabo en el interior del espacio de la sesión, o en el afuera de la misma (como en este caso).

Aplicación del modelo a la evaluación de la mentalización:

La **evaluación** de la mentalización puede realizarse con propósitos clínicos o de investigación. En lo que hace al primer objetivo, una evaluación adecuada provee al terapeuta de un conocimiento sobre las **perturbaciones y recursos** del paciente, lo que le ayudará a establecer

focos de trabajo. Por otro lado, la evaluación simultánea de los esquemas relacionales del consultante, así como de sus relaciones interpersonales significativas, permitirá situar los déficits y logros del mentalizar en ese contexto.

Cabe consignar que si bien no hay una técnica única para la evaluación de la mentalización, pueden proponerse algunas consideraciones generales al respecto.

- En primer término, el mero uso de términos referidos a estados mentales en el discurso del paciente, no ha de ser siempre tomado como indicio inequívoco de una posición mentalizadora, ya que pueden tratarse de clichés sociales, frases hechas o aprendidas, modos de hablar, etc. Lo que permite una apreciación fehaciente de la misma son las respuestas que el consultante dé a preguntas para cuya respuesta deba poner en juego sus capacidades de mentalizar (como en algunas de las preguntas de la Entrevista de Apego Adulto).
- En segundo lugar, ha de tenerse en cuenta que es importante diferenciar entre los déficits en la mentalización generalizados y aquellos parciales y contexto-dependientes.
 - En el primer caso se trata de una perturbación que se extiende a todas las relaciones y situaciones de la vida del paciente, como cuando éste apela habitualmente a explicaciones de orden físico para dar cuenta del comportamiento propio o ajeno (enfermedades, cuestiones económicas, etc.), o cuando carece de la posibilidad de registrar sus emociones o las malinterpreta sistemáticamente, o cuando la rigidez en la conducta y la comunicación impiden la adopción de un punto de vista alternativo, etc.
 - En el segundo caso vemos que el paciente puede mostrar un funcionamiento mentalizador adecuado en ciertas situaciones y déficits significativos en otras en las que se activan emociones intensas o esquemas interpersonales disfuncionales. Por esta razón, la evaluación debe tomar en cuenta estas diferencias y tratar de cotejar el desempeño en el mentalizar que el consultante logra en estas últimas con el que es capaz de conseguir en situaciones en las que el afecto despertado es menor, o en las que el esquema interpersonal activado no es particularmente problemático.

Por último, la **evaluación de la mentalización** debe identificar los distintos tipos de fallas en el mentalizar que se observan en el paciente, así como los desequilibrios específicos que se presentan en las cuatro polaridades de la misma.

El instrumento que Fonagy y colaboradores han utilizado en forma más habitual hasta la actualidad es la mencionada *Entrevista de Apego Adulto* (George, Kaplan, Main, 1996) con la que han evaluado los cuatro dominios de la mentalización caracterizados en el Manual de la Función Reflexiva (Fonagy et al., 1998):

- 1.- conciencia de la naturaleza de los estados mentales;

- 2.- esfuerzos explícitos por inferir los estados mentales que subyacen al comportamiento;
- 3.- reconocimiento de aspectos del desarrollo de los estados mentales;
- 4.- estados mentales en relación con el terapeuta o entrevistador.

En el libro publicado en 2006, Bateman y Fonagy plantean de modo diferente lo que denominan las “dimensiones de la mentalización” y llevan a cabo una actualización de lo consignado en el Manual. Sería interesante hacer un estudio comparativo de lo propuesto en 1998 con lo planteado en 2006 y con lo que aporta el modelo multidimensional que comento en este trabajo. No obstante, dicho estudio requeriría un trabajo en sí mismo, lo cual se encuentra más allá de los límites del presente escrito. Por esa razón, me limitaré a señalar algunas de las utilidades que posee la utilización de las polaridades de la mentalización para llevar a cabo la evaluación de la misma.

Si volvemos la atención al material clínico y reseñamos parcialmente lo ya comentado, vemos que si tomamos en cuenta:

- la **polaridad procesos cognitivos/procesos afectivos**, advertimos la proclividad del paciente a que el arousal emocional elevado, carente de adecuada regulación (incremento del sistema TESS), produzca la desactivación de los procesos cognitivos y reflexivos (sistema ToMM) que le hubieran permitido forjar de entrada explicaciones alternativas de la conducta de su ex esposa.
- Asimismo, vemos que por igual razón, en la **polaridad procesos automáticos/procesos controlados**, se produce el predominio de los procesos automáticos y la desactivación de los procesos controlados;
- en la **polaridad focalizado en el self/focalizado en el otro**, encontramos el predominio de la focalización en el otro (mediante la activación de esquemas disfuncionales de tinte paranoide) sin que le sea posible al paciente focalizar en sí mismo, sin que tenga la posibilidad de poner en perspectiva y cuestionar su propio funcionamiento mental y sin que pueda dejar de dar crédito al contenido de sus atribuciones automáticas.

Pero completando el panorama, advertimos también su capacidad para revertir este estado de cosas en un tiempo relativamente breve (en este caso, mediante el poner por escrito) y su posibilidad de recuperar los procesos controlados, reflexivos, centrados en sí mismo, mediante los cuales pudo reevaluar las atribuciones disfuncionales, reflexionar sobre la representación que había forjado de su ex esposa, matizarla, diferenciarla de la realidad de la misma y regular su emoción.

Cabe agregar que en el caso de este paciente las perturbaciones en la mentalización mencionadas no eran un **rasgo** generalizado, sino un **estado** en el que entraba en determinados vínculos y situaciones, mientras que en otros mantenía la posibilidad de pensar, tomarse como objeto de su reflexión y realizar una apreciación adecuada de las motivaciones del otro, apreciaciones que podía considerar como conjeturas refutables (en la medida en que le era dable diferenciar el pensamiento del hecho).

Este hecho nos muestra la utilidad de diferenciar las modalidades y perturbaciones de la mentalización según sea el esquema interpersonal activado, tal como acaba de ser señalado y tal como el mismo Fonagy propone en diversas oportunidades. Entre otros párrafos que podríamos citar al respecto, resulta ilustrativo el siguiente: “En términos de la teoría del apego, el self está organizado de modo tal que ciertos modelos internos de trabajo incluyen un grado elevado de reflectividad -expectativas acerca de los estados mentales propios y ajenos- mientras que otros parecen empobrecidos, con sólo mínimas habilidades mentalizadoras” (Fonagy, Target, 2003. pág. 277).

Por este motivo es importante -como fue dicho-, a los efectos de lograr una evaluación pormenorizada que sea de utilidad para el trabajo clínico, analizar las variaciones que se producen en el mentalizar según los distintos esquemas relacionales activados, como así también según la intensidad del arousal emocional que se desencadena en algunos de ellos.

Si enfocamos ahora el tema de la **evaluación de la mentalización en relación a distintos cuadros psicopatológicos**, podríamos decir que si consideramos en primer término la polaridad procesos controlados/procesos automáticos, cabe consignar que diversos estudios han mostrado que el impacto del arousal emocional es diferente en una y otra polaridad, ya que facilita la activación de los circuitos neurológicos relacionados con la mentalización automática, mientras que inhibe los que se encuentran en la base de la mentalización controlada (Lieberman, 2007).

Estos hallazgos arrojan cierta luz sobre la sensibilidad emocional incrementada que se encuentra en los pacientes borderline. Cuando estos pacientes se encuentran en un estado de arousal emocional elevado, pierden casi por completo su capacidad para la mentalización explícita, mientras que se mantienen particularmente sintonizados con los estados mentales de las personas significativas de su entorno. Esto parece deberse al bajo umbral que poseen para la activación de la polaridad procesos automáticos. No obstante, debido a la inhibición en la polaridad procesos controlados, carecen -en ese caso- de la posibilidad de reflexionar deliberadamente sobre los estados mentales propios y ajenos (Fonagy, Luyten, 2010).

En lo que hace a la **polaridad procesos cognitivos/procesos afectivos**, encontramos un predominio significativo del sistema TESS (procesos afectivos) sobre el sistema ToMM (procesos cognitivos) en los pacientes borderline, histriónicos y dependientes.

En todos ellos advertimos que debido a este desequilibrio son proclives al contagio emocional y a la hipersensibilidad ante ciertas claves emocionales. En todos estos casos, los pacientes son fácilmente desbordados por los afectos y encuentran muy difícil integrar el conocimiento afectivo acerca del self y del otro, con un conocimiento cognitivo y reflexivo.

Por el contrario, en pacientes con rasgos narcisistas o antisociales, vemos un desequilibrio de signo inverso en la misma polaridad, ya que en ellos podemos encontrar una comprensión cognitiva muy adecuada de los estados mentales, sin que les sea posible entrar en contacto con el núcleo emocional de la experiencia propia o ajena (Fonagy, Luyten, 2009).

En relación a la **polaridad procesos focalizados en lo interno/focalizados en lo externo**, cabe mencionar que los pacientes con trastorno borderline de la personalidad encuentran difícil evaluar las intenciones de los demás basándose en inferencias sobre sus estados internos, mientras que son muy sensibles a las expresiones faciales visualmente perceptibles (foco en lo externo).

Inversamente, los pacientes con desorden de la personalidad antisocial, parecen tener dificultad para apreciar las emociones que revelan temor a partir de las expresiones faciales, pero suelen ser muy hábiles para inferir los estados internos ajenos.

En lo que hace a la **diferenciación yo/otro**, dijimos que encontramos dos redes neuronales relacionadas con esta polaridad. En la primera de ellas, la de las neuronas espejo, la comprensión de la experiencia de los otros está fuertemente fusionada con la propia autorrepresentación. Por su parte, la segunda red, que incluye la corteza media prefrontal y otras formaciones corticales, procesa información acerca del sí mismo y el otro de un modo más abstracto y simbólico.

Es este sistema el que inhibe las respuestas automáticas e imitativas y permite la diferenciación entre el sí mismo y el otro. Parecería ser que cada vez que interpretamos las acciones de otro, se pone en juego una secuencia que comienza por el conato de una respuesta imitativa -determinada por las neuronas espejo- la cual es seguida por la activación del sistema neural mentalizador. Esta interacción inhibe el sistema anterior y permite el desacople yo/otro.

En el caso de los pacientes borderline encontramos limitaciones en esta capacidad de inhibición, lo cual puede explicar las fallas que padecen en la diferenciación yo/otro (difusión de identidad), la frecuente ausencia de un sentimiento de mismidad y la excepcional sensibilidad al contagio afectivo.

Cuando no son capaces de mentalizar, los pacientes borderline pueden sentirse en riesgo de perder su sentimiento del self en el intercambio interpersonal, ya que son incapaces de inhibir el estado mental alternativo que el contagio social les impone (Fonagy, Luyten, 2009, 2010).

Estas consideraciones generales y poco detalladas respecto a la evaluación en los distintos cuadros clínicos, pretenden solamente ilustrar someramente la utilidad del modelo de las cuatro polaridades para hacer la evaluación de las perturbaciones en la mentalización a partir del mismo. Para una evaluación más pormenorizada haría falta entrar en mayores detalles y considerar también otros procesos (incluidos en las polaridades) tal como hicimos al analizar el ejemplo clínico.

Por último, cabe añadir que una de las tareas de la psicoterapia basada en este modelo, consistirá en trabajar sobre los desequilibrios de las polaridades, buscando que el paciente pueda ir corrigiéndolos progresivamente con el objetivo de lograr un equilibrio más armonioso y flexible entre las mismas.

REFERENCIAS

- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing
- Barker, M, Givon, T (2005). Representation of the interlocutor's mind during conversation, in *Other Minds: How Humans bridge the Divide Between Self and Others*. Edited by Malle BF, Hodges SD. New York, Guilford.
- Baron-Cohen, S, Golan, O, Chakrabarti, B, Belmonte, MK (2008). Social cognition and autism spectrum conditions. en Sharp, C, Fonagy, P, Goodyer, I (eds) *Social Cognition and Developmental Psychopathology*. Oxford University Press.
- Bateman, A, Fonagy, P (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford. University Press
- Bateman, A, Fonagy, P (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bion, WR (1962). *Learning from Experience*. London, Heinemann
- Bleiberg, E (2006). Treating Professionals in Crisis: A Mentalization-Based Specialized Inpatient Program, en Allen, J.G., Fonagy, P. (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment* John Wiley & Sons Ltd.
- Brentano, F (1944). *Psychologie du point de vue empirique*. Aubier Éditions.
- Busch, F (2009). On creating a psychoanalytic mind: Psychoanalytic Knowledge as a Process. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 32: 85-92. Traducido al castellano en *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 36.
- Fearon, P, Target, M, Sargent, J, Williams, LL, McGregor, J., Bleiberg, E., Fonagy, P. (2006). Short-Term Mentalization and Relational Therapy: An Integrative Family Therapy for Children and Adolescents. En Allen, J.G., Fonagy, P. (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment* John Wiley & Sons Ltd.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis* 72, 1-18
- Fonagy, P, Steele, H, Steele, M, Moran, GS, Higgit, AC (1991). The Capacity for Understanding Mental States: The Reflective Self in Parents and Child and Its Significance for Security of Attachment. *Infant Mental Health Journal*, Vol XII, Nro. 3, 201-218
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0 for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self* Other Press.
- Fonagy, P, Target, M (2003). *Psychoanalytic Theories. Perspectives from Developmental Psychopathology*. Routledge. New York London.
- Fonagy, P; Luyten, P (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology* 21, 1355–1381
- Fonagy, P; Luyten, P (2010). Mentalization: Understanding Borderline Personality Disorder, en Fuchs,

- Sattel, Henningsen (eds) *The Embodied Self. Dimensions, Coherence and Disorders*. Schattauer
- Fonagy, P; Luyten, P; Bateman, A; Gergely, G; Strathearn, L; Target, M; Allison, E (2010). Attachment and Personality Pathology, en Clarkin, JF; Fonagy, P; Gabbard, GO (eds) *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A Clinical Handbook*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- George, C, Kaplan, N, Main, M (1996). Adult Attachment Interview. Universidad de Berkeley. 3ra ed. Manuscrito no publicado.
- Gergely, G (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Menninger*, Volume 67, Nro 3, pp. 113-131.
- Haslam-Hopwood, GTG, Allen, JG, Stein, A, Bleiberg, E, (2006). Enhancing Mentalizing through Psycho-Education, en Allen, JG, Fonagy, P (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment* John Wiley & Sons Ltd.
- Lanza Castelli, G (2008). Poner la sesión por escrito: una técnica para optimizar la psicoterapia. *Aperturas Psicoanalíticas*, abril 2008.
- Lanza Castelli, G (2010a). Mentalización y trabajo exploratorio en la psicoterapia.
<http://mentalizacion.com.ar/images/notas/Mentalizacion%20y%20trabajo%20exploratorio%20en%20la%20psicoterapia.pdf>
- Lanza Castelli, G (2010b) Poner en palabras, mentalización y psicoterapia. *Aperturas Psicoanalíticas*, nº. 36 <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000670&a=Poner-en-palabras-mentalizacion-y-psicoterapia>
- Lecours, S, Bouchard, MA (1997). Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78; 855-875.
- Lieberman, MD (2000). Intuition: A Social Cognitive Neuroscience Approach. *Psychological Bulletin*, Vol 126, No. 1, 109-137.
- Lieberman, MD (2007). Social Cognitive Neuroscience: A Review of Core Processes. *Annu.Rev.Psychol.* 58. 259-289.
- Main, M (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment, en Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J., Marris, P. *Attachment Across the Life Cycle*, London, Routledge, pp. 127-159.
- Mantilla Lagos, C (2007). The theory of thinking and the capacity to mentalize: a comparison of Fonagy's and Bion's models. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol 10, Nro 1, 189-198
- Marty, P (1980). *El Orden Psicósomático. Los movimientos individuales de vida y de muerte. Desorganizaciones y Regresiones*. Editorial Promolibro, 1995
- Marty, P (1990). *La Psicósomática del Adulto*. Editorial Amorrortu, 1992.
- Sadler, L.S., Slade, A., Mayers, L.C. (2006). Minding the Baby: A Mentalization-Based Parenting Program, en Allen, J.G., Fonagy, P. (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment* John Wiley & Sons Ltd.
- Safran, JD, Muran, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. The Guilford Press.
- Satpute, AB, Lieberman, MD (2006). Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. Research Report. University of California, Los Angeles, CA

90024, USA

Younger, D.B. (2006). The Development of a Dyadic Reflective Functioning Questionnaire (DRFQ) Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy. University College London

Wells, A (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* The Guilford Press.

Original recibido con fecha: 23-3-2011 Revisado: 23-5-2011 Aceptado para publicación: 30-5-2011

NOTAS

¹ Autor de numerosos trabajos sobre la escritura en psicoterapia y los procesos de mentalización. Contacto y documentación en: www.mentalizacion.com.ar/

² La mentalización automática incluye la amígdala, los ganglios basales, la corteza ventromedial prefrontal, la corteza lateral temporal y la corteza cingular dorsal anterior, que son circuitos cerebrales más antiguos que se basan primordialmente en la información sensorial. La mentalización controlada se basa en la corteza lateral prefrontal, la corteza prefrontal media, la corteza parietal lateral, la corteza parietal medial, el lóbulo temporal medial y la corteza cingular anterior rostral, que son circuitos cerebrales filogenéticamente más recientes implicados en el procesamiento de material lingüístico y simbólico.

³ Dada la extensión del texto del paciente, selecciono algunos fragmentos que ilustran el proceso