

Traumatización en el Apego, Mentalización y Psicoanálisis

Por Sergio Cánovas 21/1/2017

Teoría del Apego Mentalización y Psicoanálisis

Con estos conceptos, apego, trauma, mentalización y psicoanálisis nos vamos a referir a la traumatización en la infancia por personas de apego o en contextos de apego. Y muy particularmente nos vamos a referir al apego desorganizado.

Peter Fonagy, Bateman y otros con el concepto de mentalización y con las adaptaciones técnicas que conlleva tratan problemáticas que estaban en el límite de lo que sabíamos hacer con el psicoanálisis hace 35 años, como son los trastornos borderline, y lo hacen con conceptos y modificaciones técnicas que se inspiran principalmente en las Teorías del Apego y en la investigación empírica. Al basarse en experimentos se saltan ese principio *sagrado* del psicoanálisis que exigía que la teorización se hiciera a partir de la experiencia clínica exclusivamente, es decir, a partir de lo que ocurre con los pacientes pero a renglón seguido hay que añadir que, desde mi punto de vista, este enfoque que toma la observación y la experimentación como elemento propiciador de la elaboración de teoría se encuentra en el propio Freud como cuando se refiere al episodio del carrito que le permite pensar en el desarrollo del simbolismo y existen además otros autores como Winnicott.

Hay autores como Mario Marrone, discípulo de Bowlby, con el que supervisaba casos y como Luis J. Juri que piensan que las Teorías del Apego son un paradigma del Psicoanálisis, es decir, que nació en el seno del Psicoanálisis y que es una teoría que se desarrolló y ha permanecido dentro del psicoanálisis durante todo este tiempo pero los autores citados, Peter Fonagy y Bateman y sus colegas de la Clínica Meninger de Houston creen haber trabajado en pro de conseguir **devolver a las teorías del apego al campo psicoanalítico**, disciplina que ellos creían abandonada como la mayor parte de la comunidad psicoanalítica.

Ellos encuentran en el marco de las experiencias de relación vividas del apego temprano lo que otros situaban exclusivamente en las problemáticas inconscientes tempranas en el espacio interno del sujeto, o sea, en sus fantasías principalmente y en sus relaciones objetales, es decir, en el dinamismo y carga libidinal de las representaciones de las personas significativas con las representaciones del self.

Dicho de otra manera estos autores psicoanalíticos han ido a buscar en las conceptualizaciones de la infancia **hechas con los conceptos del apego y con los conocimientos de la neurociencia** ese pasado infantil en la vida de las personas en el que los primeros **modelos internos de apego** surgían a partir de las relaciones con los otros.

Ellos parten de la base de que la traumatización en el apego tiene unas consecuencias terribles que conducen al arrasamiento de la capacidad de pensar, de imaginar, de representarse simbólicamente la realidad, fenómenos todos ellos que ya fueron estudiados en los 60 y en los 80 y que a menudo hemos venido llamando **fallas simbólicas** y que fue

denominado por los autores que lo estudiaron con una expresión que se les acerca como es ***fracaso en la mentalización***.

A lo largo del texto vamos a hacer un recorrido **desde la mentalización a la traumatización** y es importante que esto lo tengamos presente para no perdernos mientras lo estamos haciendo.

Vamos a profundizar en primer lugar, exhaustivamente en el concepto de mentalización, en su desarrollo en el niño, a sugerir una perspectiva terapéutica desde la mentalización y finalmente nos vamos a centrar en aquella opaca problemática que por excelencia produce los mayores déficits y que están en la base de las problemáticas clínicas más difíciles y que son responsables de los cambios clínicos que hemos presenciado en los últimos treinta años: la traumatización como responsable de problemáticas como los trastornos borderline pero no sólo.

La traumatización es una problemática humana que está presente en muchos de los cuadros clínicos que se nos presentan a los profesionales de la salud mental.

Al parecer la inclusión por vez primera de la traumatización en las clasificación internacional de enfermedades fue en el año 1980 en el DSMIII.

A lo largo de la historia la traumatización siempre ha sido reconocida y ya en los textos de la Grecia Clásica puede rastrearse su presencia. Además puede decirse con seguridad que la industrialización puso en contacto a las personas con las máquinas y esto trajo consigo considerable número de accidentes y de sus consecuencias postraumáticas.

Con todo, lo peor es que la traumatización producida por personas no es suficientemente reconocida en su especificidad clínica, especificidad que tal vez debería conducir a planteamientos terapéuticos que tuvieran en cuenta este hecho, que es causada por otras personas. Mucho peor aún es el hecho de que epidemiológicamente la traumatización producida por personas de apego es la más numerosas y además la más impune.

Suelo propagar con frecuencia que los abusos sexuales por persona de apego constituyen el secreto mejor guardado en nuestra cultura.

Algunos psicoanalistas se preguntan desde hace décadas y deberíamos preguntarnos, todavía hoy, cuál ha sido la contribución que ha tenido la teoría freudiana de la fantasía en el origen de la neurosis, teoría que Freud descubrió para llegar a tener conocimiento de las Neurosis de Transferencia pero haciendo sombra en el parecer de generaciones de psicoanalistas que llegamos después en relación al hecho de que todos los relatos no se refieren a la fantasía sino que también a lo efectivamente vivido.

Con todo lo que quiero dejar constancia aquí es que hoy la adopción del punto de vista sindrómico siguiendo la moda de las clasificaciones DSM lleva a que su especificidad, el ser producida una inmensa mayoría de las veces por personas de apego no permite reconocer su etiología y con ello no permite pensar programas de tratamiento adecuados.

Ni siquiera la ocasión que brindó la elaboración de la DSM V, según comenta Bessel van der Kolk en su texto *El cuerpo lleva la cuenta* ha permitido hacer visible este oscuro problema a la inmensa mayoría de los profesionales a los que al parecer lo que les preocupa no son los sujetos en su singularidad sino sus síntomas y su posibilidad de reducirlos con una estrategia psicofarmacológica que les permita tener la distancia adecuada para no ser testigos del horror.

Y esto sí. Esto sí es propio de los psicoanalistas, aceptar la posición de testigos ante el horror, lo que afirmo con orgullo.

Pero antes de adentrarnos exhaustivamente en la mentalización vamos a repasar algunos de los conceptos ya explicitados con anterioridad y que son los que nos permiten pensar que en un momento determinado del desarrollo la existencia de procesos de mentalización se convierte en un indicador de buen desarrollo o malo.

El vínculo de apego es el contexto relacional en el que tiene lugar el desarrollo del Self.

Siendo el self una representación que el sujeto tiene de sí mismo (no la que tienen los demás sobre el sujeto) lograr un Self implica haber desarrollado alguna capacidad para **representar** la realidad tanto de sí mismo como de los demás y de la realidad material.

De la calidad del vínculo de apego y de la calidad de las interacciones en las que ha sido mentalizado el sujeto por sus figuras de apego depende la consistencia del Self y su resistencia ante las pérdidas y experiencias traumáticas que el sujeto tendrá que afrontar en su vida.

Mentalización

Mentalización es una expresión introducida originalmente por psicoanalistas franceses en su trabajo con pacientes psicosomáticos en los años 80. (Luquet, Marty, De M'Uzan,).

Llamaban pacientes psicossomáticos a pacientes con lesiones de órgano, en la piel, en el sistema cardiorrespiratorio, y otras alteraciones, de quienes se tenía la convicción de que respondían a una alteración del funcionamiento mental habida cuenta de cómo era el contacto relacional con ellos.

Respecto de los pacientes psicossomáticos se señalaba y aún se hace hoy pero no exclusivamente de ellos, que tenían una carencia principal que era la dificultad para expresar todo cuanto ocurría en su interior, ya fuera sentimientos, pensamientos, percepciones, sensaciones, o bien fantasías conscientes o cosas imaginativas. Se referían a ellos como personas que parecían **carecer de una capacidad para representarse lo que acontecía en su interior.**

O dicho de otro modo, estos autores franceses observaron que estos pacientes psicossomáticos no encajaban fácilmente en la gran división de psicóticos por un lado y neuróticos por otro y que tenían lo que denominaron, con acierto, una **carencia en simbolización** de sus estados mentales, una falta notable de imaginación para interpretar lo que sucedía en su interior junto a una falta de libertad para hacer el trabajo terapéutico con la asociación libre que es lo que pedimos los psicoanalistas a la mayoría de nuestros pacientes, todo ello rematado de **un modo de procesamiento de las experiencias**, muy pegado a las sensaciones y a las percepciones de las que no podían o no sabían sacar consecuencias, y con las que no podían hacer evaluaciones de lo que ocurría en su entorno. En definitiva, una dificultad para atribuirles algún significado. Esto redundaba en la dificultad para obtener algún entendimiento de sí mismos y de los que le rodean, mostrando una dificultad en el proceso de simbolización, **que interpretaron con el paradigma psicoanalítico que tenían, principalmente freudiano y kleiniano, como un modo de pensar próximo a las fantasías inconscientes arcaicas.**

Siguiendo a los franceses citados, Peter Fonagy A. Bateman y otros de su grupo de la Clínica Meninger incorporaron otros principios filosóficos (Brentano (1973/1874), Dennett (1978), y otros) y utilizaron el concepto de mentalización como **Función Reflexiva** de la mente hace más o menos unos 20.

Con el tiempo el concepto de Mentalización se ha convertido en uno de los más novedosos e importantes en el campo de la Psicoterapia y la Salud Mental y son numerosos los investigadores y terapeutas que lo utilizan en su práctica porque se ha mostrado fecundo por las variadas aplicaciones que tiene hoy en la práctica clínica.

Mentalización es una *facultad* que tenemos las personas en general. Es un **concepto**, una *herramienta* que usamos los clínicos en el trabajo con nuestros pacientes y una *habilidad* que se puede desarrollar para comprender e implicar a nuestros pacientes y para que los pacientes comprendan mejor sus propios estados mentales y los de los demás.

¿Qué es Mentalizar?

La mentalización la podemos definir como una forma de actividad mental imaginativa mayormente preconsciente, de interpretación de las acciones de las personas en términos de estados mentales intencionales.

Los autores ponen un acento especial en la actividad imaginativa que implica llegando a decir incluso que hace falta imaginación para poder comprender nuestros estados mentales.

Preconsciente: Los contenidos del sistema preconsciente no están en la consciencia y son inconscientes en un sentido descriptivo pero se diferencian de los contenidos del Inconsciente en que estos contenidos son accesibles a la conciencia porque sobre ellos no actúa la represión y en consecuencia **se los puede recordar como conocimientos y recuerdos** que se actualizan al presente.

Habría que tener en cuenta que el Inconsciente freudiano es un inconsciente dinámico en el que actúa la represión pero que hoy admitimos otros procesamientos inconscientes que no son el procesamiento primario descrito por Freud para el inconsciente en la Interpretación de los Sueños.

¿Qué es Mentalizar? II

De una manera deliberadamente intuitiva podemos decir que mentalizar es

Tener la mente en la mente, es decir tomarse el trabajo de pensar en qué hay en ella, en la nuestra y la de los demás.

Una figura de apego competente trata de alinearse y entonar con su bebé con la finalidad de poder comprender a partir de las señales verbales y no verbales cuál es la respuesta que necesita obtener el bebé de su madre con la finalidad de reducir el estado de malestar que experimenta el niño. Con una experiencia de *apego seguro* el niño desarrolla la capacidad para reconocerse así mismo en la mente de su *figura de apego* y reconocer sus propios sentimientos y sus *estados mentales* en su diferencia. Es decir que ya el niño pequeño logrará tener la mente de su figura de apego en la mente propia lo que le va a permitir tener el núcleo de su *desarrollo del Self representativo*.

Entender los malos entendidos.

Esto es importante porque esta capacidad implica conocer lo que teníamos en la mente, conocer el error y por qué se dio el error. Cuando esto nos ocurre con otra persona hay que darse cuenta de que a la comprensión de porque me he equivocado y de donde estaba el error hay que sumarle el conocimiento de lo que le pasó al otro. Esto muestra un elevado grado de mentalización.

En definitiva para entender los malos entendidos se requiere de la existencia de *Teoría de la mente*.

Prestar atención a los estados mentales en uno mismo y en los demás.

Cuando una madre o padre escuchan llorar a un hijo pueden saber por experiencia que ese llanto es de hambre o de sueño, por ejemplo. **La voluntad de dejarse afectar por su bebé**, la decisión de **responder** a aquello que le pasa al bebé pensándolo como algo que **necesita ser atendido porque tiene sentido**, conduce a conocer los estados mentales incipientes de su bebé y al bebé a conocer que tiene estados mentales diversos.

En definitiva **mentalizar conduce a entender la conducta de las personas como causada por estados internos propios de esa persona y como consecuencia de sus intenciones o creencias, y no a partir del efecto que produce en el espectador.**

Estados Mentales.

Hablamos de *estados mentales* para referirnos a lo que ocurre en nuestro interior y al conocimiento que tenemos de dicha experiencia.

Lo que ocurre en nuestro interior está cambiando en cualidad e intensidad permanentemente y sobre ello tenemos algún grado de conocimiento porque nos hacemos una **representación** de ello a través de los pensamientos, las fantasías, los deseos, pero también con las emociones y los sentimientos responsables de una parte de nuestra vida psíquica.

Son representacionales

Esto quiere decir que lo que ocurre en nuestro interior y es objeto de nuestra reflexión es una *representación de la realidad* ya sea sobre nosotros mismos o sobre los demás y en consecuencia no es la realidad misma.

El logro de entender que lo que está dentro de mí es una representación es un logro que en el mejor de los casos lleva años a los niños. Este logro depende de si el niño ha logrado *Teoría de la mente* o no.

Cuando en el proceso del *desarrollo del Self* el niño tiene experiencias que son procesadas con empatía, entonamiento y receptividad por su figura de apego en el marco de una relación de apego *seguro*, el niño pasa por fases en dicho desarrollo por las cuales en primer lugar va adquiriendo **experiencia de agencia del Self**.

La primera experiencia de agencia del Self es la **agencia física** que el niño adquiere al reconocer la contingencia (correspondencia) que existe entre lo que hace con su cuerpo y las consecuencias *físicas* que eso tiene, como obtener movimiento o ruido en el móvil de una cuna en el que el movimiento del brazo va seguido de inmediato de un movimiento llamativo o como cuando el pateo produce de inmediato un ruido. Poco tiempo después de que el niño empiece a tener agencia física y mientras ésta sigue desarrollándose el Self del niño comienza a adquirir **agencia social**, es decir, a tener la experiencia de **poder influir** sobre las personas que conoce y que lo cuidan.

Algunos autores proponen la existencia de un **módulo de contingencia** que es una disposición innata al análisis de lo que ocurre a su alrededor tratando de comprender como unas cosas son contingentes a otras, en definitiva, comprendiendo las relaciones de causalidad en un proceso incesante y muy, muy temprano. Desde el nacimiento.

La siguiente fase por la que pasa el Self es de **agencia teleológica** que se corresponde con la capacidad de **entender la finalidad de las conductas** de los humanos. Es una capacidad agentiva que está **centrada en las consecuencias físicas y responde a una expectativa de que la conducta de los humanos tenga alguna racionalidad**.

En la agencia teleológica se trata de un Self que comprende lo que hacen los demás pero no basado en los estados mentales que tiene el otro sino que los significados y

consecuencias de la conducta de los demás los obtiene a partir de las consecuencias físicas de dichas conductas.

Este modo de representarse las experiencias de la realidad es muy importante porque cuando ya se ha llegado al modo de procesamiento mental representativo, es decir, cuando ya se tiene *Teoría de la mente*, en ciertas condiciones, se vuelve a este modo premental de procesar la conducta de los demás, como por ejemplo en los estados emocionales muy intensos, la mayoría de las veces.

Este modo de procesamiento es el correspondiente al trastorno límite de la personalidad y a otros trastornos mentales que consisten básicamente en esto, en que su mente, su Self hace un procesamiento alterado de lo que le ocurre al sujeto y a los demás **sobre la base de las consecuencias físicas de las relaciones**, lo que conduce a un enfrentamiento frecuente con las personas y a estar en una inestabilidad emocional y conflicto con los demás.

Cuando ha habido una crianza *suficientemente buena*, el desarrollo del Self es bueno y **se convierte en una representación de sí mismo y en continente de estados mentales representativos de la realidad pero no la realidad.**

Tener estados mentales que son tomados como representaciones de la realidad pero que no son una realidad es un logro de los vínculos humanos de calidad.

Son intencionales

Otro carácter esencial de los estados mentales es que son *intencionales*, se refieren a algo, encierran una intención. Pensemos de nuevo en la crianza. Pero es extensible a cualquier relación y muy particularmente a la relación del psicoterapeuta con su paciente.

Más adelante vamos a ver más detalladamente lo importante que es en la crianza que la figura de apego tenga una respuesta a los actos y estados del niño pero no una respuesta cualquiera sino una respuesta en la que se trate esos actos y reacciones del niño **como si estuvieran motivados y tuvieran una intención** de modo que respondiendo a esa intención que hemos imaginado, **hacemos ver al niño cómo lo tenemos contenido y como nos lo representamos en nuestro interior de manera que al tratarlos de este modo les permitimos ir conociéndose a sí mismos, a partir, repito, de las respuestas que le dan sus figuras de apego. O que da la pareja, o un profesor, o el psicoterapeuta.**

Así pues, esta cuestión de que seamos capaces de *ver* a los demás, por ejemplo nuestros hijos, nuestros pacientes, con un interior que motiva sus acciones y reacciones y actuar con ellos teniendo en cuenta esas representaciones que nos hacemos de su interior es de vital importancia **para la construcción del sentido del Self, para que el self llegue a existir y sea percibido como su propio sí mismo por el propio niño.** Pero también para que los adultos se mantengan en equilibrio emocional y en contacto consigo mismos cuando pueden repetir la experiencia de verse contenidos en la mente de los otros que están en la posición de figura de apego.

Cuando esto no se da, por ejemplo, de manera continuada en una relación sentimental que dura años, esto tiene por consecuencias un *embotamiento* de la persona que no es tratada con empatía, y conduce a un estado de alejamiento de las personas, a una representación debilitada del self porque al self le falta el poder que procede del sentimiento de si verdaderamente existente y que se desarrolló en el marco de una relación de apego pero sobre el que mantienen un poder enorme las sucesivas figuras de apego.

Hablamos de la **construcción del Self del niño a través del reflejo adecuado de sus figuras de apego** pero yo tiendo a pensar que el Self del adulto puede verse **deconstruido** mediante una relación de apego en la que la figura de apego, pareja, profesor, amigo, responde a nuestra proximidad **reflejando** un self deficitario, degradado, impotente, incapaz..o simplemente respondiendo como si lo que se expresa no tuviera sentido pasando a estar en una situación en la que se produce una desarticulación y alejamiento mental de sí mismo.

Comprender los estados mentales propios y ajenos es una actividad “imaginativa”, porque es con la imaginación como podemos llegar a tener alguna idea de lo que los otros pueden estar pensando o sintiendo asunto que puede llegar a tener su complejidad particularmente en relación con cuestiones con carga emocional o reacciones irracionales (tal vez impulsadas inconscientemente).

¿Qué es lo nuevo en la práctica de la Mentalización?

La mentalización es una práctica implícita en nuestras relaciones personales cotidianas. Está presente en todos los paradigmas terapéuticos, generalmente con otros nombres o simplemente implícitos sin mención expresa.

Practicar la mentalización puede ser algo dirigido en el marco de una terapia. Es la práctica principal en la Terapia de Mentalización.

La Terapia de Mentalización no es una terapia que utiliza la mentalización como si se tratara de un concepto nuevo recién construido sino que la mentalización es un elemento que de suyo está presente en cualquier terapia porque la práctica clínica requiere un mentalizar continuo, tanto de parte del paciente como del terapeuta.

Lo nuevo en la Terapia focalizada en la Mentalización consiste en poner el foco en el mentalizar para **favorecer la optimización** de esta capacidad del paciente cuando la misma se halla disminuida.

Las intervenciones tienen un carácter interrogativo, curioso, mentalmente abierto y lúdico.

Los autores consideran que su énfasis en el mentalizar **es más bien un refinamiento que una innovación** y consideran que están agudizando la atención hacia un factor común inherente a los diversos tratamientos terapéuticos.

Las terapias a lo largo de los años, como por ejemplo el propio psicoanálisis y principalmente el psicoanálisis, han puesto énfasis en el **contenido del self**, de la mente, del yo, del Stma. Inconsciente y Consciente. **Han puesto énfasis en el contenido.**

Otro grupo de terapias, otros psicoanalistas, han puesto **énfasis en el procesamiento de los contenidos** sin importar mucho el contenido.

Contenido versus procesamiento.

El contenido son las *representaciones* que hacen *presentación* de las experiencias en el interior del Self, influyéndolo, y los procesamientos son las reglas de funcionamiento, como el código que permite manejar los contenidos para representarnos al Self, al mundo y a los otros.

Un ejemplo de procesamiento es el *proceso primario* del Inconsciente en virtud del cual, desde Freud sabemos que tiene **unas características que definen el manejo que hace de las representaciones** y de las consecuencias particulares que ese procesamiento tiene. Por ejemplo, el *proceso primario* trata a las representaciones siguiendo los mecanismos de *condensación* y *desplazamiento* que son asimilables a las figuras de la Retórica: *metáfora* y *metonimia*. Es decir, que unas representaciones son sustituidas por otras formando metáforas y otras representaciones obtienen su significación cuando descubrimos que son una parte de otra representación con un significado que lo abarca. Igualmente el *proceso primario* maneja las representaciones que le son propias de su Sistema sin atender a las reglas de la contradicción o negación, de modo que podemos decir que lo que lo habita nunca está en términos de negación. O no responde a la lógica de la cronología, lo antiguo y lo nuevo estando esto más bien representado por la lógica de lo que es antecedente y consecuente.

Desde Freud, ha importado el contenido reprimido, el significado reprimido, renegado, disociado, forcluído. Todo ello menciona mecanismos defensivos y todos **los mecanismos de defensa suponen un determinado modo de procesar** las ideas y sus representaciones que conduce en estos casos a no tener disponibles en la conciencia los contenidos que generan angustia al Yo.

De aquí se derivaba una práctica terapéutica centrada en el significado de lo que estando no disponible en la conciencia, se necesitaba no obstante conocer, y por eso para hacerlo conocer **se utilizaba principalmente la interpretación y la interpretación de la transferencia o en transferencia.**

Con prácticas como la terapia de mentalización no se está centrado en averiguar lo que está en la mente sino en **averiguar como la usa** y como de alejado está del modo de funcionamiento mental normal es decir: representativo, reflexivo o mentalizante.

En la terapia de mentalización se está haciendo uso del **conocimiento que el desarrollo normal del self nos enseña para ayudar a que se repitan los procesos que se dan en el óptimo desarrollo del self en el marco de relaciones de apego seguro pero ahora en terapia con el psicoterapeuta para conseguir agencia representacional de modo que a través de la interacción con el terapeuta y emulando la relación con una figura de apego seguro en la**

infancia, pueda tener lugar el despliegue de la capacidad representativa e intencional de la mente propia y de la ajena es decir pueda desarrollarse la Función Reflexiva.

Este modelo deja en un plano diferente a la transferencia ya que no urge su interpretación aunque al terapeuta la conozca y le da una indicación de la clase de experiencias traumáticas que alteraron el desarrollo del Self al haberse encontrado en una crianza de *apego inseguro o inseguro desorganizado*.

En los pacientes *traumatizados en el apego* una interpretación de la transferencia podría operar de modo que en un procesamiento premental, prerrepresentacional, el terapeuta ***no es como el padre abusador, sino el padre abusador mismo*** ya que las experiencias ***como si*** (como si fuera el padre, como si se repitiera idéntica en el aquí y ahora lo vivido traumático anterior) cobran dominio del procesamiento mental y hace al paciente repetir la situación traumática.

Apego y Mentalización

La capacidad mentalizadora se desarrolla a través de los vínculos de apego y la calidad de esos vínculos es lo más importante para que se desarrolle.

La investigación ha demostrado que existe una relación entre la capacidad de mentalización que tienen los padres, el apego seguro logrado por el niño y su propia capacidad de mentalizar, es decir, que a mayor capacidad mentalizadora de los padres mayor probabilidad de apego seguro en los niños y mayor desarrollo de la capacidad mentalizadora de los niños.

Igualmente se ha demostrado la importancia del reconocimiento, por parte de los padres, de su hijo como un agente mental, que tiene intenciones, motivos y también se ha demostrado que la frecuencia con que se utilizan términos que expresen estados mentales emocionales en las palabras con que se dirigen a él es indicadora de mayor o menor capacidad de mentalización.

También se ha demostrado que la mentalización aumenta si se dirige a su hijo sobre la base de sus propias representaciones mentales de los estados mentales de éste. Que lo refleje.

Esta actitud de los padres es predictora de apego Seguro en el niño, y ese apego Seguro correlaciona con el buen desempeño posterior en actividades mentalizadoras, según se comprobó en diversos estudios longitudinales.

El apego seguro brinda un clima relacional propicio para las interacciones mentalizadoras.

Los procesos nucleares en el desarrollo de la mentalización

A lo largo de la infancia hay distintas experiencias y logros relacionales que van posibilitando **la emergencia de una comprensión mentalista del comportamiento**, y unos determinados ámbitos cuyos desarrollo es necesario.

1.) *La regulación emocional*

El vínculo de apego tiene por objetivo práctico inmediato **regular los estados mentales primarios no simbolizados en el recién nacido**. La regulación emocional puede ser en el sentido ascendente de la activación o en el sentido descendente.

Las raíces de la regulación emocional están en la **contención** y se logra mediante **la respuesta** de las figuras de apego a **las emociones iniciales** y mediante **el contacto físico** de la madre.

En la respuesta de contención ya estamos poniendo énfasis en el manejo de los estados mentales. Estamos poniendo énfasis en un **modo de procesar los estados mentales del niño** que todavía es premental. Se trata en la contención de **un modo de procesamiento de una experiencia del niño por parte de su figura de apego**. Es como si la figura de apego *digiriera* la experiencia del niño tomándola de modo que la metaboliza (metábola de Piera Alagnier) y la devuelve de un modo que ya no es amenazante y restablece la armonía psicofísica ante el estado primario de activación emocional del niño, separándolo de él mediante el proceso de simbolización.

Las terapias que ponen énfasis no tanto en la interpretación y en el contenido mental como **en el modo como se procesa las representaciones mentales**, tienen en la contención una de sus herramientas o procedimientos que emulan la relación de la figura de apego con su bebé.

Se llama regulación porque la intervención del adulto puede provocar aumentos y disminuciones del nivel de activación. El buen desarrollo psicológico e incluso neuronal requiere de un estado de activación del sistema nervioso adecuado.

Con posterioridad la contención se logrará mediante la **comunicación emocional**, que estimula el desarrollo de las **representaciones del afecto** en el niño_ de manera que pueda construir las **representaciones de sus propios estados emocionales, que le van a permitir tener una conciencia emocional**, regulación emocional y control de los impulsos.

La consecuencia del logro de la regulación emocional con la contención es que si los sentimientos pueden ser reconocidos y sentidos por el propio niño y también por el adulto **no tienen que ser actuados y pueden ser compartidos**.

2.) La atención conjunta

En la primera infancia el niño detecta ya la atención que el otro le dirige. Esto es fácil de detectar ya incluso en el bebé porque le hablas y se agita, te mira a los ojos.

Posteriormente, aparece la **atención conjunta hacia un tercer objeto** y la posibilidad de influir en la atención del otro adulto dirigiendo esa atención en una dirección determinada lo que desarrolla la *agencia del self social*.

Esto mismo es lo que se hace en la terapia de mentalización: en el marco de una relación terapéutica segura el paciente y el terapeuta desarrollan una atención conjunta hacia un asunto común, que en el caso del paciente, es sobre sus relaciones consigo mismo y con los demás.

En el caso de la crianza, la atención compartida implica **la atención del otro hacia el self** permitiendo el desarrollo de la *autoconciencia* del self, (a través de la agencia del self social) como una persona entre otras.

3.) Lenguaje

El lenguaje y la mentalización evolucionan influyéndose. La adquisición del lenguaje requiere de la atención conjunta y del discernimiento de una intención comunicativa y por si mismo es un sistema de representación de la realidad justo el objetivo de la mentalización que es asegurar la diferencia entre lo que representa a la realidad y la realidad misma.

A su vez, las capacidades lingüísticas permiten la mentalización **explícita** junto con un refinado marco conceptual para pensar acerca de los estados mentales.

4) Aprendizaje implícito

La respuesta reflejante del cuidador al estado emocional primario del infante puede ser vista como un proceso de **enseñanza y aprendizaje implícitos** y como tal pasan a formar parte del modo espontáneo de vivir experiencias y de afrontarlas por parte del niño tal y como ocurre con los modelos mentales internos de apego.

Cuando hablamos de enseñanza implícita estamos hablando del proceso de experiencias con *memoria implícita* que implica no tener conciencia de haber memorizado ni de estar evocando cuando se repite.

La *memoria implícita* es la memoria con la que se memoriza los modos de estar con los otros y en la experiencia de apego, justamente, se está adquiriendo representaciones implícitas y explícitas de los modos de interactuar en vínculos de proximidad.

Estos cuatro procesos nucleares son tenidos en cuenta en la terapia facilitando una modificación en las respuestas automáticas emocionales en las relaciones interpersonales.

Condiciones para el reflejo exitoso.

Condiciones para el reflejo exitoso de los estados mentales:

1.-que **mediante algún tipo de marcador favorezca que el niño no confunda los propios estados con los del cuidador.**

La palabra marcador hay que entenderla como una señal clara de que lo reflejado le corresponde al niño. El efecto que el marcador produce es transmitir por lo general al niño que el reflejo que se *tramita* es el del estado emocional del niño, no el de la figura de apego. **El marcador consiste por lo general en alguna clase de imitación exagerada que la figura de apego hace del estado que el niño tiene.**

Cuando el niño tiene miedo, si la respuesta del adulto es comprendida por el niño como de miedo pero correspondiente al estado de su figura de apego, el niño se asusta y en ese estado le cuesta comprender la diferencia **entre su** estado mental y lo que en primera instancia **lo representa** y en consecuencia no se tranquiliza. Es decir que el marcador señala que es del niño.

Si el reflejo no es percibido por el niño como correspondiente a sí mismo sino como representación facial del estado en el que se encuentra la figura de apego, **el niño introyecta una representación de sí falsa, no produce la calma y no es coherente con su estado propio.** Si el estado interiorizado es del niño es aterrorizado por su propia experiencia que además es vivida como incoherente con su estado de activación primario.

Esto provoca complejos procesos mediante los cuales al **haber introyectado una representación ajena va a necesitar una persona óptima en el futuro que le sirva para proyectar esa representación terrible de sí** como ocurre en muchos vínculos de apego, como en el sentimental, cuando da origen a violencia de pareja.

En opinión de Fonagy y Bateman es esto lo que ocurre en algunos casos de violencia de género, los más violentos, ya que el abusador necesita al otro abusado para **ubicar la representación lejos de sí mismo** para conseguir el equilibrio emocional que necesita a costa de que lo maligno esté fuera y es por ello por lo que le dirige agresiones cuando la persona abusada procede a desmarcarse, a desidentificarse de esa posición o rol asignado en el que se hace centro de la estrategia proyectiva de los contenidos del self intolerables.

En esas situaciones aparecen las agresiones como herramientas de reasignación, de control para evitar que la pareja abandone esa posición ya que eso conduciría a una experiencia de angustia máxima al tener que reintegrar dicha malignidad.

2.-que el reflejo que este último realiza sea congruente con las emociones experimentadas por el infante.

Modos prementalizadores de procesar la realidad.

Existen diferentes modos de procesamiento de la experiencia de la realidad que se desarrollan antes de que se alcance el nivel *representacional* de la mente. Esos modos de procesamiento anteriores al procesamiento representacional son también los modos a los que las persona traumatizadas vuelve ante experiencias en los que existe una intensa experiencia emocional. También ocurre en las depresiones y otros estados mentales dominados por las emociones negativas.

Podemos ver así porqué al comienzo articulamos la mentalización con el apego y el psicoanálisis y también la mentalización con la experiencia de traumatización. Y es porque cuando existe traumatización en el apego existe procesamiento premental, deterioro de la Función Reflexiva y vuelta al procesamiento premental desde el funcionamiento mentalizante. Y cuando existe procesamiento mentalizante se está mejor protegido ante la experiencia traumatizante.

El modo de equivalencia psíquica es un modo de procesar la experiencia que equipara la realidad interna y la externa, es decir, que **el mundo es como se encuentra en la mente, lo cual torna imposible que haya distintas perspectivas sobre el mismo hecho.**

Este modo de procesar la experiencia es el primero que logra el niño.

Lo que piensa es lo que existe ya que la mente como tal no está todavía formada como *aparato de pensar* y en consecuencia lo que hay en su interior en forma de pensamiento o fantasías, por ejemplo, no tienen el carácter de representación sobre la realidad sino que son la realidad misma.

Encontramos este modo de funcionamiento en el sueño, los flashbacks, los delirios paranoicos, las rumiaciones depresivas, etc. todo ello se vive como una realidad aplastante, una realidad real, pesada, inamovible. También se observa en pacientes límite cuando describen sus relaciones interpersonales presentándolas como una realidad incuestionable en la que el otro les hace sufrir de una manera absolutamente inevitable e incuestionable.

Cuando un paciente procesa de este modo en tu presencia lo que notas es la enorme dificultad para intervenir que existe en esos momentos en las que nos relata esos episodios de sufrimiento, hay dificultad para preguntar, comentar, para dirigir la atención del paciente a algún aspecto particular del relato. Cuando intervienes, el paciente hace como que no te oye pero se lleva una desagradable sorpresa porque esa actitud nuestra le está fastidiando. Para el paciente las cosas transcurren del siguiente modo:

Si lo que ocurre es tal como lo está contando a qué viene preguntarle por otros aspectos si ya te lo ha contado todo. Si se le pregunta, se centra su atención en otros aspectos y eso parece mostrarles que no se les cree porque no se encuentran bien *reflejados*, te dicen que no los entiendes y entonces la *tormenta emocional* con el terapeuta está a un paso.

Este modo de procesar su realidad lo experimenta el terapeuta como una gran coerción en el pensar. El terapeuta puede sentirse acorralado como perdiendo la libertad para pensar sobre el paciente que es justo lo que no hace él y lo que se necesita que sea hecho con

él y por él y es como si se estuviera teniendo que elegir entre abrir una nueva perspectiva, meter un nuevo elemento que pueda sacar al paciente de ese orden catastrófico del que habla, o enfrentarte con él. Es **como si lo que el paciente sintiera fuera exactamente la realidad** y entonces si ya te lo ha explicado para que le preguntas. Y lo que es peor la **confianza** es puesta en cuestión y se pone en riesgo porque si se pregunta por aspectos que no se conocen es porque no se le ha entendido bastante y eso es muestra de desinterés cuando no de rechazo.

El modo de equivalencia psíquica lo encontramos en patologías pero es un modo de procesar que adquiere el niño, es una fase por la que pasa el niño en la que no se distingue lo real de la idea sobre lo real. Por ejemplo si se ve a un adulto *haciendo de* Papá Noel, es Papá Noel. Si piensa durante la noche o sueña en un tigre bajo su cama, no distingue lo soñado como una representación en este caso fabulación sino como algo que ha pasado: se asusta como si hubiera estado, no hay diferencia entre lo pensado y lo existente porque la realidad no está reconocida como algo que existe dentro de nosotros como una realidad subjetiva existente mediante representaciones. Existe lo que se presenta y lo que se presenta existe pero no se ha llegado a comprender que **lo que se presenta se representa** y que ese es el modo subjetivo de conocer la realidad que tenemos.

El modo como si de procesamiento es una evolución del modo de la equivalencia psíquica. Es el modo de procesamiento que acredita que el niño ya conoce la diferencia entre la realidad interna y la externa. Entre la realidad y la fantasía o el juego. Ya son realidades separadas.

Una cosa es lo que piensa y otra lo que es real externo, son cosas separadas y separadas deben permanecer para no retroceder al modo de equivalencia.

Debido a que aún no es capaz de concebir la experiencia interna como representativa, cuando un niño juega, su self **está con sus fantasías o en la realidad** pero para que su Self tenga estabilidad tienen que ser separadas para no ser experimentadas en el modo de equivalencia psíquica: en el caso del niño pensar en la bruja es hacer existir a la bruja como aterradoramente real.

Los niños pequeños **no pueden al mismo tiempo procesar en el modo como si** (aunque sepan que no se trata de algo real) **y participar de la realidad** normal porque en ese momento la distancia entre lo mental (todavía no representativo) y lo real se desvanece y puede llegar a ser horroso; preguntarles si su escopeta de mentira es una escopeta o un palo arruina el juego.

El modo como si de procesamiento mental libera al niño del modo de Equivalencia Psíquica y le permite diferenciar entre la realidad interna y la externa en el juego. Es decir, que el niño percibe la diferencia entre lo real y lo irreal, entre **juego y realidad** pero a condición de que ambos dominios se mantengan separados porque sino, el juego, el sueño, o su realidad interna se le convierte en algo aterradoramente cierto.

Ni un modo ni el otro constituyen una adecuada relación entre la mente y el mundo.

En el desarrollo normal, el niño integra estos dos modos de procesar en un proceso mentalizante.

Hablamos de desarrollo normal cuando hay una experiencia de apego válida y no traumatizante. En él los estados mentales **representan** la realidad y no están totalmente desacoplados de la realidad pero tampoco se equiparan realidad y representación, por lo que se vuelve posible la existencia de distintas perspectivas sobre la misma situación interpersonal, distintos puntos de vista, distintas perspectivas de la realidad interpersonal.

Modo teleológico.

Niños aún tan pequeños como de 9 meses de edad son capaces de atribuir metas a personas y a objetos que parecen comportarse con un propósito, pero estas metas no son todavía verdaderamente mentales: están atadas a lo observable.

Es un modo de procesamiento en el que los estados mentales, tales como deseos y afectos, son reconocidos por medio de acciones y su significado es reconocido a través de las consecuencias físicas que tienen los actos de los otros. Un ejemplo de esto sería que si lo que una persona hace o dice, me hace daño entonces el niño deduce que *su intención* es causarme dolor, porque el dolor es la consecuencia de su conducta. Pero esto es diferente de haber *leído el estado mental* de esa persona ya que lo que en el modo teleológico se hace es leer la consecuencia.

En este modo de pensamiento las acciones de los otros son comprendidas en términos de restricciones físicas y metas observables más que de estados mentales.

Este modo de entender el mundo antecede incluso al lenguaje.

Facetas del Mentalizar

1. Mentalización implícita versus mentalización explícita.

La diferencia entre ambas formas de mentalización (implícita y explícita) depende de los tipos de memoria implicada: implícita y explícita

Lo que son las cosas lo explicamos con la memoria explícita y para hacer cosas empleamos la memoria procedimental o implícita.

Mentalización implícita.

Utiliza la memoria procedimental y por ello se trata de una mentalización no reflexiva y automática principalmente en las relaciones de proximidad.

Un ejemplo de mentalización implícita lo tenemos en el empatizar espontáneo reflejando de las expresiones faciales y posturas del otro de una manera automática no deliberada ni consciente. O por el ejemplo en el tomar y ceder el turno en una conversación rápida teniendo en cuenta la perspectiva del otro. Para esto no tenemos que pensar explícitamente.

Se expresa como intuición y junto a la *empatía* constituyen la base de nuestra habilidad para responder apropiadamente a la *comunicación emocional no verbal*. Y son respuestas implícitas porque se dan por fuera de la conciencia explícita implicando un menor nivel de conciencia.

Mentalización Explícita

Es lo que se propone en la terapia, por ejemplo, poner los sentimientos en palabras.

La mentalización explícita utiliza el lenguaje para fabricar relatos.

Es relativamente consciente, deliberada y reflexiva.

Es la tarea de la psicoterapia basada en la Mentalización para centrar la atención del paciente en sus conflictos personales e interpersonales y el modo en que conseguimos hacer *más* consciente lo que es *menos* consciente mediante **el mentalizar de lo que no está reprimido sino procesado implícitamente**.

Esperamos que la práctica de la mentalización explícita mediante la utilización de procesos explícitos para dirigir la atención hacia el dominio de lo implícito se convierta progresivamente en algo automático e implícito.

2.-Mentalización del Self.

En la psicoterapia unas veces se estimula la mentalización dirigida hacia el Self y otras dirigida hacia el otro. Unas veces preguntaremos “Como te sentiste en esa situación” y en otras “¿qué cree que sintió él cuando dijiste eso?”).

Es necesario balancear nuestras intervenciones hacia un lado y hacia el otro, según la dificultad predominante del paciente en determinado momento.

En lo que hace al conocimiento de sí, vemos que hay dos formas de llegar al mismo: objetiva y subjetiva.

La objetiva es similar a la que empleamos para el conocimiento del otro, basada en observaciones e inferencias. Esta modalidad referida al sí mismo se aplica, por ejemplo, cuando notamos que temblamos y que estamos hablando más rápido de lo habitual, de lo cual podemos inferir que estamos más ansiosos de lo que registrábamos. O también cuando somos escépticos respecto a que podremos dejar de fumar, dado que lo hemos intentado sin éxito en el pasado.

De todos modos, este conocimiento de sí es superficial y en la psicoterapia buscamos uno que sea profundo, pleno, que implique una elaboración mental.

La forma subjetiva (de llegar al conocimiento de si) implica un conocimiento que ni está basado en la inferencia ni consiste en una fácil introspección.

La plena mentalización implica el ejercicio de la agencia personal bajo la forma de un duro trabajo mental: deliberar, considerar, reflexionar, debatir y decidir –a menudo mientras está teniendo una tormenta emocional producto de un procesamiento premental. Esta situación es enormemente compleja y cualquier terapeuta que trabaja la mentalización en pacientes con déficit está expuesto al enorme conflicto y dificultad que esto conlleva.

Mentalizar es un proceso de auto-descubrimiento a través de la auto-creación.

En lo que hace a la mentalización dirigida hacia el otro, cabe afirmar que la interpretación de su mente no es sencilla.

Una particularidad personal ampliamente extendida que obstaculiza la comprensión es el **egocentrismo**, esto es, la tendencia implícita (automática, no consciente) a suponer que el otro comparte nuestra perspectiva, conocimiento y actitudes.

Para mentalizar adecuadamente, entonces, hay que esforzarse en un descentramiento que deje de lado la actitud egocéntrica.

4.-Marco temporal y ámbito de la mentalización

Es importante comprender los estados mentales pasados, por ejemplo aquellos que llevaron al paciente a un intento de suicidio, a los efectos de que esto le sirva de ahí en adelante. En relación al futuro, es de la mayor utilidad poder anticipar las reacciones de los otros a determinadas actitudes propias, o cómo uno mismo se sentirá si toma tal o cual decisión.

Fallos en la Mentalización

La actividad mentalizadora utiliza todas las habilidades cognitivas, tales como percibir, reconocer, responder, reflejar, recordar, interpretar y explicar pero las funciones más importantes son la atención y la imaginación.

La atención es la principal palanca ya que en la terapia gran parte de la actividad como terapeutas consiste en influir sobre la atención del paciente, a quien constantemente se le solicita que preste atención a lo que él y los demás hacen, piensan, sienten

El mentalizar no es fácil, **requiere un control esforzado de la atención**, por ejemplo, para tener en cuenta el punto de vista del otro hay que cancelar la tendencia egocéntrica que tiende a hacer prevalecer la perspectiva propia.

Diversos estudios muestran la correlación directa entre el apego seguro y el control atencional, y la correlación inversa entre el apego inseguro o desorganizado y los déficits en dicho control.

La imaginación también es central en el mentalizar, pero se trata de un imaginar esforzado, activo que usa la memoria y la reflexión y no es equiparable a una mera resonancia emocional automática.

Fallas en el mentalizar

Según los autores, el mentalizar puede verse afectado de tres maneras diferentes:

- uno puede fracasar en esta actividad: por déficits en la concentración y la atención.
- puede mentalizar de un modo distorsionado como por ejemplo atribuyendo unos sentimientos al otro
- puede, por último, hacer un mal uso del mentalizar, a los efectos de manipular y explotar a los demás.

El fracaso en el mentalizar se refiere no sólo a la falla en prestar atención a los estados mentales, sino también a la falta de disposición o de habilidad para implicarse en la actividad imaginativa requerida.

Paradojas del Apego y la Mentalización.

Paradojas del apego

Ya sabemos que el apego *Seguro* promueve la mentalización y la mentalización de la madre promueve el apego Seguro del hijo pero hay investigaciones con neuroimágenes que pusieron de manifiesto un hecho en apariencia paradójico:

los sentimientos amorosos en las relaciones de apego también pueden desactivar las áreas corticales asociadas con el mentalizar.

Esto podría ser debido a que cuando el niño siente un apego seguro, puede relajar su actividad mentalizadora porque no siente que en presencia de persona de apego podría estar recibiendo una agresión pero en la interacción con un otro amado, la mentalización de sí mismo y de los estados mentales del otro se hace necesaria y se pone habitualmente en juego. Estos hallazgos, por lo tanto, complejizan pero no cuestionan la tesis de la relación entre apego seguro y mentalización.

Cuando los sentimientos no son de apego y también son de una intensa *activación emocional*, también se desactiva el mentalizar y se activan respuestas más arcaicas del tipo *lucha-fuga* sobre todo cuando la emoción es ira, rabia, u otra emoción cuya misión es la de defender o atacar al otro.

Esta situación es una situación en la que se puede encontrar frecuentemente el terapeuta ya que la terapia remueve las emociones y el arma terapéutica por excelencia que es la mentalización se inhibe haciendo necesario prestar mucha atención a la *regulación del afecto*.

Estas alteraciones del mentalizar son situacionales, episódicas y contexto-dependientes.

Mentalización de la Emoción.

Antiguamente se proponía una versión del cerebro en la que estaban muy separadas las diferentes funciones cerebrales. Por ejemplo se hablaba de áreas del pensamiento, del lenguaje, de la memoria, de la emoción. Se las pensaba en su función aisladamente. Sin embargo la Neurociencia ha rechazado esta visión y propone en la actualidad todo lo contrario, la existencia de una interrelación que no es sólo funcional, es también material porque las diferentes áreas del cerebro y sus diferentes funciones están conectadas neuronalmente.

A las emociones antes se las pensaba como radicadas en el Sistema Límbico y de alguna manera estáticas en ese área y se pensaba que todo lo emocional ocurría ahí, en las estructuras límbicas pero sin embargo hoy a las estructuras límbicas responsables de las emociones se las percibe como implicadas e interrelacionadas en todo el procesamiento neuronal y esto ha sido puesto de manifiesto por el conocimiento más detallado de las interconexiones. Además debido al *Paradigma de la Complejidad* se piensa en todo esto como en interacción, es decir, visualizando cómo cada estado (encendido/apagado) de un área influye en las demás y como de resultas esto vuelve a afectar al resto de funciones y áreas. En consecuencia las emociones han quedado reconocidas como participando plenamente en todo el funcionamiento neuronal e incluso en la inhibición del funcionamiento de diferentes áreas funcionales y todo ello ha permitido descubrir que lo emocional es enormemente relevante y que sin todo ello los humanos no seríamos como somos.

Es tan relevante este descubrimiento, está promoviendo un conocimiento tan grade y de una manera tan honda que el siglo XXI ha sido mencionado como el siglo de las Emociones por algunos comentaristas de la cultura y del estado de la ciencia.

En lo que concierne al Psicoanálisis, quizás porque es una disciplina muy influenciada por el proyecto cultural y científico de la Ilustración para el que todo lo racional, como opuesto a lo no racional, entre lo que se encontraba lo emocional, ha sido reconocido como campo y materia de su objeto y aunque desde 1895 en *El Proyecto de una Psicología para neurólogos* Freud ya se refiere a lo afectivo, en adelante tendrá una presencia constante pero claramente insuficiente ya que teniendo por objeto el estudio de lo inconsciente y su participación en la vida cotidiana y la neurosis se centrará en el modo en el que paciente a través del lenguaje verbal podía conseguir alguna clase de entendimiento sobre si que le permitiera la disolución de su estado mental sintomático. De hecho para Freud no existía la emoción inconsciente.

Sin embargo la emoción es **una reacción** psicofísica que conlleva en alguna medida una cognición porque la emoción no se da completamente separada del resto de los contenidos cognitivos sobre la realidad como pensamientos, fantasías, etc. De hecho la emoción consiste en una **evaluación automática** de una situación en función de su relevancia para nuestros deseos y objetivos y muy particularmente para la defensa del individuo y la especie. La **respuesta** emocional varía en función de dicha evaluación.

Esa evaluación se hace en función del pasado, aplicando el *conocimiento implícito* adquirido con anterioridad mediante esquemas de funcionamiento internos codificados en

Tendencias de Acción pero esas **evaluaciones que forman parte de la emoción no implican reflexión alguna**, más bien son procesos implícitos, rápidos y no conscientes. Esto, que tiene carácter adaptativo y que se considera positivo es a la vez el aspecto negativo.

Podemos decir que la emoción en alguna medida conlleva **un mentalizar implícito** pero se trata de un mentalizar espontáneo y en consecuencia automático y en clínica esto es un obstáculo al **no estar basado en el conocimiento de los estados mentales propio y del otro** sino que están basados en estados mentales *automatizados* del sujeto.

El sujeto deberá alcanzar en alguna medida un mentalizar implícito pero que *no esté polarizado* como por ejemplo les ocurre a las personas con déficit en el mentalizar, que no balancean entre lo que es el pasado y el presente, entre lo que es del otro y lo que es del yo, entre lo que es interno y es externo.

Sin embargo mentalizar la emoción **de forma explícita** implica una reevaluación consciente, voluntaria, esforzada de la situación suscitadora y de la emoción misma, para favorecer una elaboración de su significado.

La mentalización de la emoción implica, el trabajo de identificarlas, regularlas, expresarlas y está más desarrollada en personas con apego Seguro que en personas de apego Inseguro y particularmente ausente en personas con apego Inseguro Desorganizado.

La emoción desregulada, sin control, continúa **desde la activación fisiológica hasta la conducta correspondiente propia de esa emoción**. Cuando esto ocurre podemos hablar de **impulsividad** que en definitiva la podemos concebir de acuerdo a P. Fonagy y A. Bateman como **producto de falta de conciencia de sus propios estados mentales** ya que falta representación secundaria, o simbólica de ellos. Y hablaremos de impulsividad tanto cuando se trata del miedo, por ejemplo, que conduce a las respuestas de evitación o bien al ataque, fuga o inmovilización, o cuando se trata de la rabia o cólera.

Intervenciones mentalizadoras para atajar el déficit de mentalización

El objetivo terapéutico está centrado en la mentalización precaria e insuficiente y en consecuencia se pretende focalizar los **objetivos en torno al proceso** de mentalización **no a los contenidos mentales**, fantasías, imágenes, recuerdos, deseos, pensamientos, etc.

Con anterioridad se ha mencionado que puede establecerse una diferenciación entre los tipos de terapias, entre aquellas que están centradas en los **contenidos del Self** por un lado y las que están centradas en los **procesos** que tienen lugar en el Self a la hora de manejarse con los contenidos mentales propios y ajenos.

Las terapias basadas en mentalización y las intervenciones mentalizadoras están centradas en los procesos con la finalidad de conseguir una reedición de los procesos reflejantes que dieron lugar, en el marco de una crianza segura, y ahora en el marco de una terapia que funciona como *Base Segura*, **a los procesos secundarios con los que los diferentes estados de activación del arousal del sujeto puedan conseguir pasar a ser representados**. Esto

permite al Self entrar en un mundo habitado por símbolos y lograr *sentimiento de congruencia* del Self y transmisibilidad en forma de pensamientos expresados verbalmente y como consecuencia de todo ello, autorregulación emocional.

Las intervenciones mentalizadoras no se centran pues en la elaboración de una *Novela Familiar* ni individual, como hacemos con los pacientes neuróticos, no está centrada en el análisis del *Complejo de Edipo*, ni en el análisis de la *Angustia de Castración*, las intervenciones mentalizadoras no buscan una *rectificación subjetiva* que promoviendo una inversión de sujeto y objeto en el relato neurótico permita, que sobre nuevas bases autobiográficas, pueda dar comienzo el psicoanálisis propiamente dicho, como indica Lacan.

No buscan el *insight como objetivo*, ni el *análisis de la transferencia*.

Todo lo anterior no está ni negado ni minusvalorado simplemente los autores que hacen terapia de mentalización centran su trabajo en los **déficits en el mentalizar** con la finalidad de **mejorar el procesamiento de las experiencias del self** ya que se barajan con la hipótesis de que en los casos de borderlines, traumatizados en el apego, etc., está arrasada esta capacidad y esto deja el paso libre a las reacciones emocionales sin mentalización o con un déficit de ella y en consecuencia a un descontrol de impulsos que pone en riesgo a las personas.

Las técnicas psicoanalíticas de insight son adecuadas para pacientes con mayor capacidad mentalizadora.

Aunque los autores propugnan la extensión de la focalización en el mentalizar a distintas modalidades de tratamiento y pacientes, esta terapia está pensada originalmente para *pacientes con trastorno límite de la personalidad* y sus autores piensan que las técnicas orientadas al insight -como las que enfatiza el psicoanálisis- pueden promover el mentalizar en pacientes con capacidades mentalizadoras más consistentes.

Inserta en una experiencia de apego seguro que permite la exploración mental.

La psicoterapia, cualquier psicoterapia, **activa invariablemente** el *Sistema de Apego* y genera la experiencia de una **Base Segura**. Esto es necesario que sea tenido en cuenta por parte del psicoterapeuta para que perciba en qué medida la confianza es necesaria no sólo para que el paciente quiera acudir a terapia sino para que pueda tener lugar la adquisición de nuevos *modelos de apego* que jaqueen a los modelos con los que acude, responsables de los continuos fracasos en la relación social y en el conocimiento de sí.

El terapeuta provee al paciente la experiencia de **sentirse entendido**, lo que genera una experiencia de seguridad que, a su vez, favorece la exploración mental. Esta exploración mental incluye también la exploración de la mente del terapeuta y permite que en el *proceso*, el consultante se encuentre a sí mismo dentro del terapeuta tal y como en la experiencia del reflejo que facilita el desarrollo del self y sus contenidos, el niño lo hizo o no, con su figura de apego.

El valor terapéutico proviene de la focalización conjunta en los contenidos mentales del paciente.

Al conducir la psicoterapia, el profesional implica al paciente en un proceso de **atención conjunta** cuyo foco son los procesos mentales de este último. En alguna medida se trataría de hacerle ver lo que hace con su pensamiento.

"el valor terapéutico último del intercambio proviene de la focalización conjunta en la experiencia subjetiva del paciente en el contexto de un contenido mental después del otro. Tal como ocurre en la infancia, este proceso de atención conjunta optimiza la capacidad mentalizadora y, concomitantemente, refuerza el **sentido del self** del paciente", dicen los autores citados (se trataría de producir un cambio en el marco de una relación segura en los modelos de representación interna, en cierto modo una repetición de los procesos normales de la crianza, los que permite el apego seguro).

En la terapia facilitar el paso del modo de procesar de *equivalencia psíquica*, en el que la realidad y la representación de ella se confunden, o del modo de procesar en que la realidad e imaginación tienen que estar separadas como en el modelo de procesamiento de *hacer de cuenta, pretend mode, o simulación*, al modo representacional de procesar la realidad **fomenta la capacidad del paciente para generar múltiples perspectivas** y ver las cosas desde distintos puntos de vista, con lo cual posibilitan que el consultante pase del modo de equivalencia psíquica (mundo = mente) al modo mentalizador (en el que se asume que las diferentes mentes y la suya propia pueden representar al mundo de diferentes formas).

Argumentan también que **el factor terapéutico fundamental** consiste en que el paciente pueda apreciar la diferencia entre su propia representación de su mente y la provista por el terapeuta, **integrando ambas perspectivas**.

Tratamiento contenedor centrado en el presente y evitando la asociación libre.

No buscan el insight, no hacen asociación libre, usan la transferencia pero la aplican al aquí y ahora, en definitiva hacen un cambio de la técnica.

Nuevas problemáticas nuevas técnicas y nuevos encuadres.

Intervenciones Mentalizadoras II

Las intervenciones mentalizadoras tienden a ser:

1.- cercanas a la experiencia

En la terapia de mentalización se invita al paciente al relato detallado de las escenas que le hacen sufrir, a la comprensión de lo que le ha hecho sentir, pensar y actuar de alguna manera concreta.

Que sean cercanas a la experiencia se refiere a que es necesario entrar en el detalle de lo que ha ocurrido, de lo que le pasaba al otro de la escena, a lo sentido, a la búsqueda de los diversos puntos de vista.

En este abordaje verbal detallado en el que se va fabricando un relato se produce **una explicitación en la que se pone en práctica un distanciamiento sobre lo vivido, una elección entre otras sobre cómo decir lo vivido, una aproximación en definitiva a la experiencia de que la realidad vivida tiene una perspectiva pero podría tener otras.**

Se trata pues de una tarea que pone en práctica la idea de que lo mental, lo relatado es una representación de la realidad y no la realidad misma porque el hecho mismo de *transcribir* lo experimentado a relato ya implica distanciamiento y posibilidad de control de la experiencia y autorregulación emocional.

2.-Centradas en los estados mentales relativamente conscientes y preconscientes.

Se busca el conocimiento de lo que ocurre al sujeto pero también al otro. Qué siente, que desea, que pretende, cuál es la realidad interior que guiaba sus dichos, sus actos principalmente, el conocimiento de lo que el otro creía saber en torno a lo que ocupaba a nuestro sujeto en la escena vivida como conflictiva y dolorosa.

Básicamente tratar de conocer la **intención** y los estados mentales del otro en relación a sus **creencias** en un momento determinado.

De una manera en especial se focaliza en las emociones y sentimientos, en darles cabida en la mente con una denominación simbólica que la haga existir en nuestro interior **separándola de las meras sensaciones físicas porque si no pasarían desapercibidas** y no se lograría percibir el papel que juegan en nuestra vida psíquica.

La mentalización favorece la integración de las sensaciones procedentes de las percepciones exteroceptivas e interoceptivas, de las emociones que responden a automatismos archivados en la memoria procedimental y de los pensamientos.

La integración de estos tres niveles de experiencia permite poner entre la realidad y el sujeto que la experimenta una **experiencia de representación** que funciona como un colchón, según la propia expresión de los autores, como un distanciamiento con la realidad que permite al sujeto despegarse de la **experiencia impulsiva, automática y asimbólica** posibilitándole la revisión en el aquí y ahora de los patrones internos activos que han funcionado en las experiencias caóticas, automáticas, emocionales, o sea, en las tormentas emocionales que conducen a la pérdida del control personal, ya sea en la agresión, la drogadicción o la bulimia, por ejemplo.

3.-Centrada en el aquí y ahora.

4.-Jerarquizan el proceso respecto del contenido.

Es el proceso de la reflexión compartida más que el significado de lo vivido lo que es terapéutico porque la relación segura con el terapeuta emula la exploración que debería haber tenido en la infancia con su persona de apego.

Es, sobre todo, el darse cuenta de que lo que pensamos de lo vivido es una representación de lo real y no lo real mismo.

Mentalizar la transferencia

Allen, Fonagy y Bateman aclaran que el mentalizar la transferencia -en su enfoque- significa focalizar en la relación actual paciente-terapeuta, pero no con el objetivo de proveer una explicación del comportamiento actual en base a repeticiones del pasado, sino buscando estimular al paciente a pensar en la relación que está viviendo, mientras se encuentra en ella, con la intención de que pueda considerar que hay modos alternativos de entenderla (para que abandone así el modo de equivalencia psíquica, donde las cosas son de una sola manera). Asimismo, afirman:

“la relación paciente-terapeuta proporciona una oportunidad para examinar las suposiciones interpersonales a través de un franco intercambio de lo que hay en la mente de cada uno de ellos”.

A continuación los autores enumeran y desarrollan los siguientes consejos sobre actitudes para los terapeutas:

- cuídese de ciertas palabras (por ej. “justo”, “claramente”, “obviamente”, “sólo”). Se trata de no dejar que el paciente tienda a pensar que el terapeuta **si sabe lo que le pasa y si sabe como son las cosas**. En realidad sabemos desde la obra de Lacan que la suposición de saber al terapeuta es un componente de la transferencia.

- sea activo más que pasivo

- haga movimientos contrarios:

cuando el paciente es excesivamente introspectivo, invítelo a considerar la mente de los otros.

cuando está excesivamente focalizado en los demás, invítelo a focalizar en su propia mente.

- sea común y corriente y no experto; recuerde que usted no es un experto acerca de la mente del paciente, incluso si usted es un experto en psicoterapia.

- use la “mano mentalizadora” para disminuir los afectos del paciente (se refiere al gesto de estirar la mano como deteniendo al paciente, a la vez que el terapeuta se hace cargo de haber provocado -de una u otra forma- la tormenta emocional de que se trate).

Los traumas en el Apego

Los traumas en el apego pueden tomar muchas formas, y pueden agruparse en dos categorías:

abuso (sea abuso físico, sexual, psicológico, etc. donde predomina el **cometer** algo) y **desatención** (donde predomina la **omisión**, sea que se refiera a las necesidades físicas o a las psicológicas).

Ambas formas suelen darse conjuntamente.

La **inaccesibilidad psicológica** de los padres es la piedra angular de la **desatención** y también la situación que tiene el mayor poder patógeno (más que el maltrato físico).

Es oportuno señalar aquí que justamente uno de los aspectos que indican la calidad del apego es justamente la **disponibilidad**, la **accesibilidad** de la figura de apego para el niño. Casi podríamos decir que en un extremo de un continuo está la relación de apego seguro y en el otro el maltrato.

El trauma en el vínculo de apego tiene consecuencias distorsionantes en el desarrollo de la capacidad de Mentalización.

La conducta abusadora o negligente de los padres para con sus hijos revela una falta de empatía.

¿En qué consiste estar traumatizado?

El núcleo del trauma reside en la sensibilización a estados de estrés emocional intenso, sintiéndose emocionalmente solo.

Sensibilización se refiere al aumento de la reactividad que conlleva que se desencadene la respuesta de estrés ante elementos situacionales indirectos relacionados con la escena traumática. Pero además ese estado de sensibilización que desencadena los estados de activación del organismo que llamamos estrés, tanto en el niño como en el adulto, se puede producir **un retiro defensivo del mundo de la mente**, lo que significa **evitar cuidadosamente preguntarse por los estados mentales propios y ajenos para no tener que tomar conciencia de los estados mentales de odio, crueldad, indiferencia, del abusador hacia él.**

Este retiro defensivo que se muestra en la prohibición del pensar, del sentir o del imaginar trastorna el desarrollo de las capacidades mentalizadoras del niño.

Hechos que pueden sugerir dificultades de mentalización en niños.

Los niños pequeños maltratados manifiestan ciertas características que podrían sugerir problemas con la mentalización:

- Participan en juegos menos simbólicos
- Les cuesta mostrar empatía cuando son testigos de la tristeza de otros.
- Pobre regulación del afecto
- Hablan menos de emociones con sus figuras de apego

- Les cuesta aprender a usar palabras que designan estados internos y entender expresiones faciales emocionales.

Cuando se produce el trauma en la relación de apego reaparecen los modos de procesar la realidad que con respecto al desarrollo, preceden a la conciencia de que los pensamientos, sentimientos y deseos son parte de la mente.

Equivalencia psíquica

Este modo de procesamiento genera una falta de flexibilidad que se expresa como una omnipotencia de la subjetividad (lo que pienso es lo que es, se lo que es correcto, y además todo lo de afuera es ya sabido)

¿Cuál es el problema de este modo de procesar la realidad?

Pues el conflicto interpersonal.

En el caso de los niños como no hay conciencia de la existencia separada aunque relacionada entre la realidad interna y la externa la fantasía del niño de tres años de que hay un tigre debajo de su cama genera un miedo profundo, imperioso. La representación del tigre es tomada como existente en la realidad material.

En el caso de las personas maltratadas las experiencias subjetivas postraumáticas como los flashbacks son igual de imperiosas para la víctima de trauma; tales experiencias son resistentes a la argumentación y se sienten como peligrosas hasta que puedan ser mentalizadas.

A menudo, los sobrevivientes a un trauma directamente se niegan a pensar acerca de su experiencia porque pensar en ella significa revivirla. Además, a este fracaso en mentalizar cuando enfrentan su trauma, se le agrega el hecho de que los pacientes frecuentemente muestran una marcada equivalencia psíquica en otros contextos que no están referidos a su experiencia traumática.

El trauma en los síndromes Clínicos

Estos traumas se encuentran en la base de una serie de síndromes clínicos:

- el PTSD (trastorno por estrés postraumático),
- los trastornos disociativos,
- la depresión,
- el abuso de sustancias,
- la autoagresión deliberada,
- los estados suicidas,
- los trastornos alimentarios

- y los desordenes psicóticos.

También contribuyen a los trastornos de la personalidad, particularmente a los trastornos borderline.

En lo que hace al **TEPT**, su núcleo consiste en la reexperiencia del trauma a través experiencias de intrusión como flashbacks y pesadillas, en las que se ve la prevalencia del modo de *equivalencia psíquica*.

El objetivo terapéutico al respecto consistirá en transformar el revivir en recordar.

También encontramos una serie de estrategias evitativas en las que **se evita hablar, pensar y sentir** respecto al trauma (o sea, se evita mentalizar respecto al mismo). También hay un mentalizar distorsionado, que se expresa en las memorias falsas del maltrato de la infancia.

Particular importancia poseen las reediciones de los traumas infantiles en las posteriores relaciones de apego, por ejemplo, en las mujeres maltratadas por su pareja en su vida adulta.

Suele crearse un círculo vicioso entre

- las reediciones,
- las situaciones que recuerdan el trauma
- y los síntomas intrusivos del mismo.

Teoría del apego y trauma

La investigación y la teoría del apego ofrecen un buen punto de partida para comprender el impacto del trauma.

El trauma activa el Sistema de Apego en el niño y en el adulto.

Cuando el niño es abusado o es abandonado, es decir, cuando sufre un trauma, se activa el Sistema de Apego que lo propulsa a buscar protección.

La particularidad de la traumatización por parte de la figura de apego, tanto en el niño como en el adulto reside en que la persona que debe cuidarle es la que le causa el mal, abuso, abandono, o maltrato físico.

La teoría clásica del apego y algunas teorías de relaciones objetales clásicas sostienen que los patrones relacionales se establecen en la infancia y son actuados en el desarrollo posterior pero la perturbación de los lazos afectivos tempranos en las situaciones de traumatización no solamente instaura patrones de apego desadaptativos sino también **debilita una gama de potencialidades vitales para el desarrollo del niño** como

- *La función de espejo* que permite la aparición del sentido del Self en el niño,
- la alteración en las capacidades para *regular los estados de activación*

- la instauración de mecanismos que permitan la aparición del *control de la atención*.
- Y como resultado de todo ello la *falla en la mentalización*.

Terapia del Trauma con la Mentalización.

Para mentalizar el trauma se necesita promover las capacidades mentalizadoras del paciente, de modo tal que éste se vuelva capaz de hablar del trauma, **sentir los afectos que conlleva y pensar al respecto**.

Para ello el terapeuta debe tener presente en las entrevistas que **la activación y la capacidad para reflexionar tengan una proporción adecuada** de modo que el procesamiento del trauma y la contención emocional ocurran a la vez para evitar que la activación emocional impida la actividad reflexiva del paciente. Además la activación emocional podría provocar la aparición del modo de procesamiento de *equivalencia psíquica* y produzca una *retraumatización*.

Con estos pacientes el profesional no ha de esperar formar primero una sólida alianza terapéutica para, a partir de ella, favorecer la mentalización del trauma, ya que el paciente tiene seriamente perturbada su capacidad de apego. Una sólida alianza será el resultado del tratamiento, más que su prerrequisito.

Más que buscar el insight se trata de **ayudar al paciente para que pueda tolerar, regular y entender intensas emociones perturbadoras**, que antes del tratamiento **rehuía**, o que eran la causa de una serie de conductas autolesivas. De igual forma, es importante que el paciente aprenda a manejar los distintos recuerdos del trauma que **afloren** en su conciencia, de modo tal que deje de tener miedo a su propia mente.

A tal efecto, posee **la mayor importancia el trabajo sobre los vínculos patógenos actuales que forman círculos viciosos con los síntomas del PTSD**. Sin el trabajo sobre ellos, se corre el riesgo de que el tratamiento carezca de verdadera eficacia.

Terapia del trauma: punto de partida.

P. Fonagy y col. dicen que “no es inhabitual que quienes sufren TEPT se aprisionen en un estilo de vida protegido, aislado y retraído socialmente. Peor aún, viven **en una prisión mental, con terror a su propia mente, con miedo a pensar. Tienen miedo a pensar porque tienen miedo a recordar y tienen miedo a sentir**. La restauración de la libertad para pensar y sentir es el objetivo fundamental de un tratamiento focalizado en la mentalización” .

Transmisión intergeneracional de los traumas.

Las figuras de apego con historias de traumas, realizan una serie de atribuciones sobre su pequeño, **creencias que son confundidas con la realidad misma del niño**, pero que

en verdad **reflejan las fantasías** y miedos maternos (derivados de su propia historia) en relación a aquél.

Las madres que han sufrido traumas tempranos, tienden a repetirlos con sus hijos de una manera parecida (si bien hay diversas alternativas que hacen que esta relación no sea tan lineal ni obligatoria) lo que **estaría propiciado por fallas en la mentalización materna que favorecieron las reediciones mencionadas.**

Hay distintos enfoques terapéuticos pensados especialmente para interrumpir la transmisión intergeneracional de los traumas en aquellos casos en que existe esa tendencia a reeditar con el bebé los traumas padecidos todo ello aumentando la mentalización sobre la experiencia vivida en la propia infancia y aumentando la mentalización de la experiencia de la crianza de sus bebés.

El amor obtura la razón.

Hay estudios que han mostrado que

a) los mismos *patrones neuronales* se activan en el cerebro cuando una persona ve a su propio bebé y cuando ve a su pareja pero no se activan cuando ve a otro bebé de su familia o a las parejas de otras personas_(Nitschke et al., 2004).

b)En otros estudios Bartels y Zeki observaron que cuando se activan las áreas neuronales que intervienen en apegos maternos y/o románticos **se inhiben las áreas cerebrales asociadas a la mentalización.**

Debido a la complementariedad de la activación del apego y la mentalización, los estados mentales de las figuras de apego siempre van a ser difíciles de comprender enteramente y tal vez permanezcan siempre un tanto enigmáticos.

Quizá la terapia psicoanalítica provee una muy necesaria oportunidad para la clarificación y la elaboración de los pensamientos y sentimientos de las figuras de apego en el pasado y en el presente, precisamente porque el apego se ha trasladado desde ellas hasta el analista en la transferencia.

Impacto psíquico del Trauma

El devastador impacto psíquico del trauma en el apego es el resultado combinado de la inhibición de la mentalización por el apego y la hiperactivación del sistema de apego por el trauma.

El trauma normalmente lleva a un niño a buscar seguridad en la cercanía de la figura de apego. Esto le hace dependiente de la figura maltratadora y esta dependencia aumenta el riesgo de más maltrato y más necesidad de protección que se busca en la persona maltratadora.

En la terapia a medida que aumenta la activación como consecuencia del proceso elaborativo, los pacientes traumatizados no pueden hablar sobre sus mentes. En esos momentos las interpretaciones de la transferencia, pueden estar más allá de la capacidad de comprensión y de escucha de los pacientes de modo que **la prioridad clínica debe ser reducir la activación para que el paciente pueda nuevamente pensar en otras perspectivas (es decir, mentalizar).**

En esas situaciones la regulación de su estado emocional por parte del terapeuta deteniendo el relato cuando el estado de activación aumenta en el paciente es fundamental para evitar que aparezca el modo de procesamiento de equivalencia psíquica y el recuerdo de la situación traumática sea vivido como real.

En el caso de los niños traumatizados comienzan con frecuencia a tener miedo de su propia mente, necesitando aún más de la figura de apego (pongamos por caso de la madre)pero también aumenta el miedo a la mente del abusador (pongamos por caso el padre) porque aterroriza al niño indefenso y este miedo se acrecienta por el fracaso frecuente de la otra figura parental de apego (la madre)en proteger al niño, al no saber o presenciar los actos de abuso o negligencia del padre (o tío, o vecina, o padre). Esto quizás explique porque es frecuente escuchar a mujeres abusadas en la infancia que guardan menos rabia hacia el abusador que hacia su madres, supiera ésta o no lo que había ocurrido.

También es el caso de los niños que han sido testigos de maltrato en la pareja parental.

Objetivo del psicoanálisis con pacientes Traumatizados

¿Cuál debería ser el objetivo del psicoanálisis y por extensión de toda terapia con pacientes traumatizados?

Los individuos traumatizados no buscan ayuda psicoanalítica simplemente para superar el trauma.

El desastre psíquico que el trauma en el apego deja afecta la capacidad de hacer frente a *todas* las cosas comunes de la vida mental:

- conflictos inconscientes relacionados con la agresión,
- deseos edípicos y defensas montadas en contra de los mismos,
- vulnerabilidades narcisísticas,
- conflictos en relación con objetos ambivalentemente catectizados, y

más.

Todas las cosas inevitables de la vida cotidiana, son vividas con la crudeza de una herida abierta sin la protección que provee la mentalización y no hay que confundir esa crudeza sino tener claro que está provocada por el arrasamiento de la mentalización que produce el trauma.

El propósito general del tratamiento en pacientes traumatizados es, por lo tanto, **ayudarlos a establecer un self más sano, mentalizador, para que puedan (intenten) mentalizar el trauma y el conflicto y desarrollar relaciones más firmes y estables.**

El mentalizar proporciona un amortiguador entre sentimiento y acción, amortiguador que es necesario si los impulsos deben ser contenidos antes de volverse irrefrenables, y si las motivaciones propias y de los otros deben ser monitoreadas y comprendidas.

La mejora en la mentalización construye un puente sobre la brecha entre los afectos y sus representaciones, especialmente con los estados mentales presentes.

Sin embargo, esto no sucede necesariamente vía el trabajo con el trauma mismo.

La mayoría de los trastornos ligados a un trauma involucran disfunciones específicas de la **mentalización cometiendo errores en la percepción y la representación de sus propios contenidos mentales y los de los demás.**

Recuperación de los recuerdos del Trauma

Se ha demostrado que las experiencias repetidas de maltrato generan daño en la capacidad de integración de las experiencias en la memoria lo que provoca que los pacientes queden con imágenes y emociones fragmentadas que no pueden integrar en su historia de vida.

La hiperactivación del sistema de apego en los individuos traumatizados y la inhibición de la mentalización probablemente asociada pueden comprometer el conocimiento acerca de la procedencia de una imagen y en consecuencia el objetivo de reconstruir los recuerdos queda gravemente en entredicho.

En este sentido, se podría pensar que la reconstrucción conlleva el riesgo de conducir a inexactitudes aunque lo mismo hace cualquier intervención psicoanalítica eficaz.

Fonagy y col. Creen que la reconstrucción biográfica es esencial para el proceso terapéutico porque:

- proporciona un medio para poner la mente del paciente en **contacto** con lo que previamente él encontraba intolerable;
- proporciona un lugar donde las **amenazas** para el yo y para la meta terapéutica están razonablemente **equilibradas**;
- genera una **narrativa del Self coherente** suponiendo una continuidad histórica del Self, que puede tener valor terapéutico en sí misma y
- lo más importante, puede ayudar en la fundamental tarea de la **recuperación de la mentalización.**

El trabajo con la memoria en Psicoanálisis

Si bien la reconstrucción de cómo fueron realmente las cosas en la infancia puede contribuir significativamente a la acción terapéutica, esto no quiere decir que el resultado de la reconstrucción, el recordar acontecimientos autobiográficos hipotéticos, **sea la clave sino que más bien creen los autores que es retrabajar las experiencias actuales en el contexto de otras perspectivas .**

Las otras perspectivas pueden provenir de la infancia del paciente, pero también puede tratarse de la experiencia actual del analista o de la manera en que el paciente es experimentado por otros cercanos a él en el presente.

Para los autores lo crucial es la creación de una historia y la exploración conjunta profunda de la subjetividad **a partir de hechos actuales desde puntos de vista alternativos** porque el cuestionamiento de las maneras actuales de ser y pensar es para ellos lo terapéutico.

Algunos pacientes necesitan creer con certeza el producto de las *reconstrucciones* y piden una validación creando situaciones difíciles al terapeuta pero es un error usar al terapeuta para reducir lo incognoscible a un hecho y un error del terapeuta no soportar la ambigüedad de lo ocurrido.