

## La mentalización de la experiencia emocional y el trabajo con el conflicto en la práctica de la psicoterapia

Gustavo Lanza Castelli

El trabajo plantea la diferenciación entre patologías debidas a la eficacia del conflicto psíquico, patologías debidas a déficits estructurales (en la capacidad de mentalizar) y patologías resultado de la conjunción de ambas variables. Esta diferenciación se lleva a cabo a partir del establecimiento de una correlación entre el enfoque basado en la mentalización y la terapia orientada a la estructura, de Gerd Rudolf y los teóricos del OPD-2. El trabajo propone que cuando lo dominante es el déficit en la capacidad de mentalizar, es necesario trabajar en primer término sobre esta perturbación, a los efectos de que sea posible, en un segundo momento, abordar el conflicto psíquico. Tras reseñar brevemente dos ejes centrales del constructo mentalización, las funciones de simbolización de las emociones y las funciones de representación, presenta un material clínico en el cual muestra cómo el trabajo en la dimensión del mentalizar hizo posible la configuración progresiva del conflicto y el abordaje del mismo. Concluye enfatizando la importancia de considerar el mentalizar como agente del cambio, así como la importancia que posee para el trabajo clínico la diferenciación entre las dimensiones del conflicto y de la estructura.

Según una propuesta que es aceptado hoy en día en círculos cada vez más amplios del campo psicoanalítico, es importante diferenciar aquellas perturbaciones en las que lo predominante es el déficit o trastorno estructural, de aquellas otras en las que lo decisivo es el conflicto psíquico, el cual puede encontrarse en la base de diversos síntomas neuróticos, relaciones interpersonales disfuncionales, etc. (De la Parra et al., 2016; Fonagy et al., 1993; Grande, 2007; Grupo de trabajo OPD, 2006; Rudolf, 2010).

En el lenguaje de los teóricos del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado - quienes proponen un modelo multiaxial para evaluar los distintos trastornos mentales- diríamos que en un caso el trastorno tiene lugar en el eje de la estructura, mientras que en el otro se halla en el eje del conflicto (Grupo de trabajo OPD, 2006).

No obstante, cabe afirmar que en toda una serie de casos encontramos una combinatoria de ambos modos de producción del trastorno, por lo cual tendríamos entonces tres alternativas: perturbaciones estructurales, perturbaciones a predominio del conflicto, combinación entre el trastorno estructural y el basado en el conflicto. Esta última alternativa es, sin duda, la más habitual (Grande, 2007; Stauss, Fritzsche, 2008).

Cabe señalar también que el enfoque clínico y los recursos técnicos que se han de poner en juego varían considerablemente según sea el caso de que se trate, por lo cual posee la mayor importancia que el clínico pueda determinar ante qué alternativa se encuentra y de qué modo debe abordarla (Rudolf, 2010).

En lo que hace a la mentalización, podemos ubicarla del lado de la dimensión estructural (Lanza Castelli, 2015; Müller et al., 2006), al menos si utilizamos una concepción



funcional de la estructura, como proponen Rudolf (2004, 2007) y el grupo de trabajo del OPD (2006). Podríamos sintetizar dicha concepción diciendo que se refiere al nivel de organización de aquellas funciones psíquicas que regulan el sentimiento de sí y el comportamiento relacional. La pregunta por ella no dice: “¿Qué contenido preocupa a esta persona?”, sino: “¿Cómo funciona su personalidad en determinadas situaciones?”.

Los elementos de la estructura pueden caracterizarse como “capacidades”. Cuando tales elementos estructurales se desarrollan hasta un buen nivel y se encuentran integrados, proveen a la personalidad de un equipamiento mental adecuado, esto es, de un conjunto de capacidades psíquicas necesarias para su regulación y desenvolvimiento (por ej. la capacidad de diferenciar los propios afectos, de empatizar con los demás, de regular el sentimiento de sí, etc.) (Rudolf, 2004).

De este modo, en relación a determinados pacientes nos plantearemos que lo deseable para ellos habrá de ser propiciar un incremento en el mentalizar (entendido como cambio en la dimensión estructural), mientras que con otros, lo buscado será llevar a la conciencia determinados contenidos rechazados de ella (eje del conflicto) (Lanza Castelli, Bilbao Bilbao, 2017).

Vale la pena aclarar que en tanto el mentalizar es un constructo multidimensional, *promover el mentalizar* puede significar un conjunto variado de objetivos (reemplazar la equivalencia psíquica por la mente representacional, el modo teleológico por la atribución de estados mentales, favorecer el balance en las polaridades desbalanceadas, etc.). En el presente trabajo me centro en la promoción de la mentalización de la experiencia emocional como paso previo para poder trabajar interpretativamente con el conflicto psíquico, en un sentido análogo al sugerido por Mary Target (2016).

En otros pacientes, por último, encontraremos una combinatoria de ambos objetivos (promover la mentalización, interpretar el conflicto) y una alternancia de los mismos en función del momento del tratamiento, o aún en el interior de una misma sesión (Grande, 2004; Stauss, Fritzsche, 2008).

Por mi parte, en un trabajo reciente (Lanza Castelli, 2016) postulé una relación particular entre estructura y conflicto, al plantear que era necesaria una buena capacidad mentalizadora para que sea posible trabajar en el eje del conflicto, con el objetivo de promover el insight.

En los casos en los que no están dadas tales condiciones, esto es, en los que el déficit en la capacidad de mentalizar no permite trabajar el conflicto para arribar al insight, sugerí que deberían ponerse en juego procedimientos que permitieran, en una primera etapa, optimizar la capacidad de mentalizar para, en un segundo momento, trabajar con el conflicto.

Restricciones de espacio me impidieron desarrollar con mayor detenimiento esta última idea, por lo cual pretendo retomarla en este artículo, el cual puede considerarse, por tanto, como una continuación del anterior.

Se trata entonces de poner el foco en aquellas intervenciones capaces de optimizar el mentalizar (cuando éste no es suficiente de antemano), a los efectos de permitir, tanto que el conflicto adquiriera una forma precisa (Grande, 2007), como que el paciente esté en condiciones de identificarlo y trabajar sobre él.

En estos casos observamos también cómo el incremento en el mentalizar opera asimismo como agente del cambio en el interior del proceso terapéutico y cómo es encontrado, como un resultado, al final del mismo (Karls-son, 2005).

En lo que sigue, caracterizo algunos aspectos del constructo mentalización, menciono sucintamente a continuación la posi-



ción del terapeuta en la psicoterapia basada en este enfoque, y por último, ilustro estas ideas con un material clínico.

### La mentalización:

El constructo mentalización se refiere a una serie variada de operaciones psicológicas que tienen como elemento común focalizar en los estados mentales. Estas operaciones incluyen una serie de capacidades representacionales y de habilidades inferenciales, las cuales forman un mecanismo interpretativo especializado, dedicado a la tarea de explicar y predecir el comportamiento propio y ajeno mediante el expediente de inferir y atribuir al sujeto de la acción determinados estados mentales intencionales que den cuenta de su conducta (Gergely, 2003). Por esta razón, no toda actividad mental puede considerarse como mentalizadora, sino sólo aquella que se refiere a dichos estados.

En esta actividad se pone en juego una captación de nosotros mismos y de los demás como poseedores de una mente -en la que se encuentran procesos y contenidos- para lo cual se requiere contar con un sistema simbólico para los estados emocionales y haber conquistado una teoría representacional de la mente (Allen, Fonagy, Bateman, 2008; Fonagy et al., 2002).

Estas dos adquisiciones (sistema simbólico, teoría representacional de la mente) son fruto de un desarrollo que tiene lugar en el seno de las relaciones de apego tempranas. Este desarrollo, por su parte, es altamente dependiente de la modalidad vincular que establezcan los progenitores con el niño, así como de la capacidad mentalizadora de aquellos (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

Cuando el proceso se desenvuelve de manera adecuada, se torna posible crear un *espacio mental* en el que encontramos afectos cualitativamente diferenciados y simbolizados, así como representaciones que tienen el valor de

una “realidad psíquica”, relacionada con la realidad física pero diferente de la misma (Verheugt-Pleiter, Zevalkink, Schmeets, 2008).

Estas representaciones y afectos interactúan en dicho espacio y entre ellos se crean lazos diversos, o forman parte de conjuntos que se encuentran en conflicto entre sí (Rudolf, 2002).

En ese espacio mental (cuyos *contenidos* son los afectos y representaciones mencionados) pueden operar una serie de *procesos (o capacidades)* mentalizadores, como el prestar atención a dichos contenidos, interesarse por ellos, identificarlos, denominarlos en forma verbal, reflexionar sobre los mismos, etc. Asimismo, en dicho espacio el sujeto puede llevar a cabo un trabajo que focalice en eventuales conflictos -desplegados en ese escenario interior- a los efectos de tramitarlos y resolverlos (Lanza Castelli, 2016).

Nos encontraríamos entonces en la segunda de las alternativas señaladas con anterioridad: las perturbaciones derivadas del conflicto psíquico y el trabajo mental sobre dicho conflicto.

Pero en toda una serie de casos (en los que encontramos tanto las perturbaciones estructurales, como la combinación de éstas con el conflicto), el mencionado proceso no se desenvuelve de una manera adecuada, de modo tal que no pueden simbolizarse los afectos y no se alcanza la dimensión representacional de la mente.

Por esa razón el espacio mental no alcanza a configurarse suficientemente y no se halla entonces disponible para un trabajo interno, con lo que los conflictos se despliegan en el mundo exterior, y de las modificaciones de este último se espera la resolución del malestar que aqueja al sujeto (Lanza Castelli, 2016).

En este caso han fallado tanto las funciones de simbolización, como las funciones de pensamiento.



Otras funciones que forman parte del mentalizar (eje de la estructura) son: 1) las funciones de regulación (emocional, atencional, conductual, que incluyen la posibilidad de interpolar un pensamiento entre el estímulo y la acción), 2) las funciones de comunicación (suponen la capacidad para construir un modelo de la mente del otro e inferir, de un modo plausible, los estados mentales que subyacen a su comportamiento, incluyen la capacidad de empatía, de intercambio emocional con los demás, etc.), 3) las funciones de vínculo con objetos internos y externos (que incluye la capacidad para internalizar representaciones de personas significativas y utilizarlas para calmarse, consolarse, etc. De igual forma, incluye la capacidad de establecer vínculos emocionalmente estables con los otros) (Allen, Fonagy, Bateman, 2008; Bateman, Fonagy, 2004; Grupo de trabajo OPD, 2006; Rudolf, 2004).

Dada la complejidad de estas funciones (en las que he articulado aportes de la teoría de la mentalización y de la psicoterapia orientada a la estructura) y el espacio que requeriría una consideración detallada de las mismas, en lo que sigue caracterizo solamente a las mencionadas en primer término (funciones de simbolización y de pensamiento), dejando constancia que en las diversas patologías en las que encontramos perturbaciones estructurales, no es necesario ni habitual que encontremos perturbaciones en todas ellas, sino sólo en algunas.

#### **La simbolización de los afectos (funciones de simbolización):**

El camino que lleva a la simbolización de los afectos es sumamente complejo y se extiende a lo largo de la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Consiste en un desarrollo en el que podemos distinguir dos líneas diferentes:

a) la diferenciación a partir de dos *precursores de afectos*, consistentes en un estado global de satisfacción y otro de malestar, cualitativamente poco diferenciados y que parecen consistir más bien en tensiones difusas. Estos estados son los antecedentes de los afectos placenteros, por un lado (alegría, satisfacción, esperanza, orgullo, amor, ternura, etc.), y de los displacenteros, por otro (dolor, ansiedad, depresión, culpa, rabia, celos, vergüenza, etc.), que -si todo va bien- alcanzan una configuración definida en el nivel psicológico, acotada y no global, a la vez que cualitativamente diferenciada de los otros afectos. Esta diferenciación se entrelaza con una serie de procesos, como la separación-individuación, la conquista de la motricidad voluntaria, el desarrollo de los procesos representacionales y de la vida de fantasía, el establecimiento de relaciones objetales, la constitución de objetos internos, la adquisición del lenguaje y la verbalización, etc. (Emde, 1998; Krystall, 1988; Schafer, 1964; Schur, 1955). A su vez, dicha diferenciación es altamente dependiente del vínculo establecido con las figuras significativas (madre, padre, etc.), cuyo estímulo y reflejo son esenciales para que la misma tenga lugar (Fonagy et al., 2002).

En toda una serie de casos (pacientes psicósomáticos, adictos, etc.) encontramos regresiones a estados indiferenciados, o detenciones en el proceso de desarrollo, que hacen que los estados afectivos conserven su carácter de tensiones globales, difusas y poco diferenciadas, por lo cual carecen de utilidad como señales para sí mismo y se hacen difíciles de regular y verbalizar.

b) la desomatización y el tejido representacional. Los primeros afectos que encontramos en un bebé parecen estar altamente somatizados y consistir en alteraciones fisiológicas, marcadamente expresivas, que poseen una mínima "cualidad psíquica".

No obstante, desde los primeros tiempos de vida del niño tienen lugar procesos consis-



ten en una función de ligadura que conecta excitaciones corporales con representaciones. Para Lecours y Bouchard (1997) este proceso puede ser considerado como el creador del “ello psíquico”, el cual requiere para su constitución de la metabolización mental de las excitaciones somático-corporales, esto es, de la transformación de excitaciones en impulsos y afectos que posean carácter psíquico, ya que el recién nacido necesita transformar las experiencias concretas, crudas, no mentalizadas. A su vez, en la continuación de este proceso tiene lugar una complejización creciente en el entramado representacional que va ligando los impulsos y afectos mencionados.

Desde su punto de vista, W. Bion postula la existencia de un trabajo-del-sueño- $\alpha$  que opera de noche y de día en la recepción de los estímulos, tanto externos como internos; o sea, en los datos sensoriales o en las emociones “crudas” sin digerir (elementos  $\beta$ ), que no han tenido todavía un “nacimiento psíquico” y consisten en incrementos de estímulos, cosas en sí mismas o cuerpos extraños (Bion, 1992). Para que unos y otras sean susceptibles de almacenamiento en la memoria y pasibles de evocación, deben ser transformados en elementos  $\alpha$  mediante dicho trabajo.

Una vez que las protoemociones son transformadas de esta forma en elementos  $\alpha$ , y son ideogramadas, ya pueden formar parte de sueños, fantasías, mitos y de todas aquellas producciones que derivan de ellos (relatos, obras de arte, etc.). Caso contrario, permanecen como “cosas en sí mismas”, como elementos  $\beta$  aptos sólo para ser evacuados (Bion, 1962b, 1974).

Esta transformación (simbolización) es necesaria para que la emoción pueda ser cualificada y configurada como tal (en tanto diferenciada de las sensaciones y delimitada como tal o cual emoción específica, por ejemplo, tristeza, vergüenza, ira, etc.), para que pueda ser hecha consciente, denominada verbalmente, pensada y regulada, para que haya un pro-

cesamiento y una asimilación mental de la misma.

Cuando no tienen lugar dichos procesos transformacionales nos encontramos frente a protoemociones que no han conquistado la dimensión psicológica. En esos casos, o cuando ha habido una regresión y una resomatización del afecto, el paciente puede, por ej., sentir frío en lugar de tristeza y desamparo, o traducir en somatizaciones las emociones que han perdido (o que no han alcanzado) el status psicológico (Krystall, 1988).

Por su parte, Fonagy y colaboradores, basándose en la teoría de Bion y en los estudios empíricos de Watson y Gergely (citados en Fonagy et al., 2002), postulan que en los primeros tiempos de la vida los afectos consisten para el bebé en una activación fisiológica y visceral que no puede controlar ni significar. Para ello hace falta la respuesta de la figura de apego a la exteriorización de dichos afectos. Esta respuesta, cuando es adecuada, consiste en un reflejo del afecto en cuestión: la madre manifiesta su captación y empatía con expresiones faciales y verbales acordes al afecto experimentado por el niño, de forma exagerada o parcial y con el agregado de algún otro afecto combinado simultánea o secuencialmente (por ej. el reflejo de la frustración del niño, combinada con preocupación por él) y con claves conductuales, como las cejas levantadas que encuadran la expresión ofrecida a la atención del infante. La observación de este reflejo parental ayuda al niño a diferenciar los patrones de estimulación fisiológica y visceral que acompañan a los distintos afectos y a desarrollar un sistema representacional de segundo orden para sus estados mentales, mediante la internalización de dicho reflejo. Como dicen Bateman y Fonagy “La internalización de la respuesta reflejante de la madre al estrés del niño (conducta de cuidado) viene a *representar un estado interno*. El niño internaliza la expresión empática de la madre desarrollando una *representación secundaria de su*





*estado emocional*, con la cara empática de la madre como el significante y su propia activación emocional como el significado. La expresión de la madre atenúa la emoción al punto que ésta es separada y diferenciada de la experiencia primaria, aunque -de forma crucial- no es reconocida como la experiencia de la madre, sino como un organizador de un estado propio. Es esta “intersubjetividad” el cimiento de la íntima relación entre apego y autorregulación” [cursivas agregadas] (Bateman, Fonagy, 2004, p. 65).

El establecimiento de estas representaciones de segundo orden crea las bases para la regulación del afecto y el control de impulsos y provee una pieza esencial para el posterior desarrollo de la mentalización.

Si el cuidador no cumple esta función de modo adecuado, el niño experimentará diversas perturbaciones; una de ellas será que sus sentimientos no estarán etiquetados ni simbolizados, serán confusos y difíciles de regular.

Vemos, entonces, que desde distintos puntos de vista se pone el acento en la necesidad de que tenga lugar un proceso transformacional (o simbolizante) para que los afectos adquieran su cualidad de tales, su configuración específica y diferencial, así como su denominación.

### **La mente representacional y la capacidad de mentalizar**

Hasta los tres años de edad, aproximadamente, el pensamiento del niño es muy diferente de lo que es para el adulto promedio, ya que no ha adquirido todavía una teoría representacional de la mente y, por tanto, no considera que sus ideas sean representaciones de la realidad, sino más bien réplicas directas de la misma, copias de ésta que son siempre verdaderas y compartidas por todos, y que tienen una realidad equivalente a la de los objetos del mundo físico; de ahí que se llame a este modo prementalizado, “equivalencia psíquica” (Fo-

nagy, Target, 1996; Gopnik, 1993; Perner, 1991).

Cuando tiene vigencia este modo de experimentar los estados mentales no es posible que haya distintos puntos de vista sobre el mismo hecho, ya que pensamiento y realidad no se diferencian y, por tanto, hay sólo una única forma de ver a esta última (Fonagy, Target, 1996).

Distintas pruebas testimonian con elocuencia este estado de cosas.

Una de ellas consiste en que se le muestra al niño una caja conocida de caramelos y se le pregunta qué contiene. Cuando responde que contiene caramelos, se le hace ver que en su interior hay lápices.

A renglón seguido se le pregunta qué pensará su amigo, que se encuentra momentáneamente afuera, sobre el contenido de la caja, cuando se le haga la misma pregunta. La respuesta que dan los niños antes de los 4 años de edad, es que el amigo pensará que contiene lápices.

Podemos inferir entonces que la realidad psíquica del niño, que refleja la realidad física, domina la representación de la realidad psíquica del otro, cuya mente no puede todavía ser representada como una entidad separada, con un punto de vista independiente y diferente del propio, y albergando un contenido consistente en una “creencia”, distinta a la realidad (Allen, Fonagy, Bateman, 2008; Bateman, Fonagy, 2012; Fonagy, Target, 1996).

Hay, por ende, una equivalencia entre pensamiento y realidad, lo que es fuente de inevitable tensión, ya que la fantasía proyectada sobre el mundo exterior es sentida como totalmente real. Para un niño pequeño su mente y el mundo exterior son isomórficos. Lo que existe en la mente ha de existir en el exterior y lo que existe afuera ha de existir también en la mente.

Si un niño de 2 años y medio tiene miedo porque cree que hay un tigre debajo de la cama y le decimos que no hay tal cosa, respon-



derá algo como: “Pero cuando apagas la luz, hay un tigre bajo la cama”

Esto es equivalencia psíquica: él cree que hay un tigre, por lo tanto hay un tigre.

Tal vez a causa de que puede resultar aterrador experimentar los sentimientos y pensamientos como reales, el niño desarrolla un modo alternativo de experimentarlos, el modo “hacer de cuenta” (pretend mode). En él los estados mentales son vividos como simbólicos, con la condición de que estén claramente desacoplados del mundo exterior (Fonagy, Target, 1996; Gopnik, 1993).

Y es sólo en forma gradual y gracias al apego seguro con un adulto confiable, empático y bien dispuesto, que sea capaz de mantener simultáneamente estas dos perspectivas (por ejemplo en el juego en el que se hace de cuenta que), que el niño va logrando la integración de estos dos modos prementalizados para acceder a la capacidad de mentalizar. Gracias a la conquista de esta última, los estados mentales pueden reconocerse como simbólicos y, a la vez, relacionados con los hechos del mundo exterior, sin equipararse con ellos (Fonagy et al. 2002). El niño ha accedido, entonces, a la mente representacional.

### Enfoque terapéutico:

Este enfoque tiene como su objetivo principal la promoción del mentalizar y se utiliza con aquellos pacientes que tienen serios déficits en su capacidad para alcanzar la dimensión representacional de la mente, por lo que prevalecen en ellos los modos prementalizados mencionados con anterioridad.

De igual forma, dicho enfoque se torna necesario con aquellos consultantes que no logran construir un modelo adecuado de su propia mente ni de la ajena y que no están en contacto con su propia experiencia emocional, que tienen de la misma representaciones confusas y pobremente etiquetadas, en quienes dicha experiencia se ha somatizado, o

consiste en estados globales, difusos y poco cualificados.

De ahí que sea necesario ayudarlos a que puedan, por ejemplo, construir representaciones secundarias para simbolizar sus afectos, identificar lo que sienten, regular sus emociones, construir un modelo de la mente del otro, conquistar la dimensión representacional de la mente, etc. Ello implica trabajar tanto en el terreno de los *procesos* (prestar atención, verbalizar, reflexionar sobre, etc.) como en el del *contenido* de las narraciones (hechos concretos, acciones, o estados mentales).

En esta perspectiva se pone el acento principalmente en el mentalizar precario y se propone un enfoque que se centra primordialmente en el presente.

Cuando las perturbaciones en el mentalizar se combinan con la presencia de conflictos que inciden en el desenlace patógeno, el abordaje interpretativo deberá utilizarse con posterioridad, esto es, una vez que algunas de las funciones de la mentalización se hayan restablecido (Lanza Castelli, 2013; Rudolf, 2004; Target, 2016).

La actitud del terapeuta requerida en este abordaje, así como el conjunto de estrategias y técnicas que es posible adoptar para lograr la promoción del mentalizar, han sido descritas de modo detallado, tanto por Bateman y Fonagy (2004, 2006, 2016) desde el punto de vista de la teoría de la mentalización, como por Gerd Rudolf en su terapia orientada a la estructura (2004), que tiene muchos elementos en común con la anterior.

Razones de espacio hacen imposible desarrollar este tema en este artículo, que será someramente ilustrado al hablar del material clínico y del tipo de intervenciones que fueron utilizadas.



### Ejemplo clínico:

La paciente, a la que llamaremos Camila, tiene 32 años, estudia sociología y está de novia con Leonardo, de 40 años, quien tiene una hija adolescente de un matrimonio anterior. Ambos viven solos, en departamentos separados. La paciente trabaja en una empresa, en la sección de relaciones humanas. Unos meses antes de venir a consultar, había interrumpido un análisis anterior, que se extendió a lo largo de más de seis años. El motivo para la interrupción era que en los últimos dos años no había logrado casi ningún cambio y sentía que el proceso se había estancado.

En los comienzos de su análisis conmigo, Camila manifestó una conducta muy particular, consistente en asociar reiteradamente situaciones y problemas actuales con situaciones del pasado y, particularmente, con personas de su historia, de modo tal que remitía una y otra vez distintos aspectos suyos a identificaciones con dichas personas. Ante una pregunta que le hice al respecto, mencionó que posiblemente estaba muy influida por la manera de trabajar de su analista anterior, el cual procedía de esa forma. Le comenté entonces que con este tipo de relato ella quedaba desdibujada y que era importante que exploráramos su experiencia actual con cierto detalle, antes de referirla a situaciones o personas del pasado. La paciente aceptó mi propuesta aunque continuó actuando del modo señalado, ya que en ella era bastante acentuada la vigencia del modo prementalizado *hacer de cuenta* (pretend mode). De esta forma, podía desarrollar una serie de razonamientos psicológicos, asociar libremente, etc., pero esta actividad mental se hallaba disociada de su experiencia vivencial inmediata, por lo que se revelaba como totalmente ineficaz para producir algún tipo de cambio.

Por mi parte, me centré tanto en el contenido de sus relatos como en su modo de funcionamiento mental. Respecto a este último,

señalé y describí reiteradas veces este modo *hacer de cuenta*, mostrándole cómo este tipo de pensamiento disociado no tenía resonancia alguna en su experiencia personal, por lo que en lugar de resultarle de utilidad, la alejaba de sí misma.

Simultáneamente desalentaba la asociación libre, ya que ésta tenía lugar invariablemente en este modo, y proponía -en relación al contenido de sus relatos- un trabajo de tipo exploratorio, consistente en sugerirle que llevara a cabo relatos detallados y pormenorizados de las escenas que mencionaba, dejando de lado las expresiones generalizadas. El objetivo de esta exploración era clarificar las interacciones concretas de las personas presentes en dichas escenas, junto a sus pensamientos, sentimientos, creencias, etc. Al mismo tiempo, intentaba que identificáramos los nexos plausibles entre los sentimientos, pensamientos y acciones que podían verosímelmente inferirse de su relato.

De este modo, lográbamos una visión más concreta y vivencial de lo ocurrido en tales ocasiones, con lo cual nos alejábamos del modo *hacer de cuenta* y nos situábamos en el terreno del mentalizar (en tanto las representaciones se enlazaban con la experiencia vivencial, en lugar de desplegarse disociadas de ésta).

Pronto advertí que a Camila le resultaba muy difícil conectarse con su experiencia emocional e identificar los sentimientos que experimentaba en esas ocasiones, ya que éstos se expresaban como estados de desorganización (en sus horarios, rutinas, relaciones con los demás, etc.), sensaciones de cansancio físico, estados globales e indiferenciados como, por ej., una irritabilidad general, acompañada de tensión muscular y torpeza motriz, algunas somatizaciones menores, etc. A la vez, se encontraban desligados de toda representación y de todo nexo con alguna situación vincular que hubiera sido el desencadenante de los mismos.





Este grado mínimo de simbolización de sus afectos, me llevó a intervenir poniendo palabras a sus estados afectivos activados en sesión o fuera de ella, no sólo mediante *denominaciones* de los mismos, sino utilizando también imágenes que incluían alusiones a sensaciones corporales, cenestésicas, etc. (Por ej: “creo que en estos momentos te sientes deprimida, como dentro de un pozo oscuro y sin salida”; “creo que sientes dentro de ti como un volcán a punto de estallar, tanta es la rabia que tienes”, etc.)

Dichas intervenciones suponían cuatro acciones entrelazadas: 1) focalizar en los estados emocionales pobremente simbolizados de Camila, 2) empatizar con ellos, 3) construir una representación de los mismos, 4) reflejarle dichos estados a través de vías verbales y paraverbales, lo que le permitía encontrarse a sí misma en el reflejo que le ofrecía. El objetivo de dichas acciones era reforzar (o construir) las representaciones secundarias para simbolizar los afectos.

De este modo, y en tanto dichas intervenciones se repetían una y otra vez, la paciente iba simbolizando -poco a poco y progresivamente- sus sentimientos, y los iba identificando con mayor claridad, en la medida en que internalizaba la posición mentalizadora desde la que yo intervenía en relación a los mismos.

De la mayor importancia fue también estimular la activación de la mentalización como *proceso*, lo que lograba sugiriendo a Camila que estuviera atenta para observar sus sentimientos y pensamientos en tal o cual situación problemática, mostrándole la utilidad que tenía el que llevara a cabo esta observación, estimulando dicha actividad en el transcurso de las sesiones, etc.

Algunos meses después de haber comenzado a trabajar de esta forma, me envió el siguiente mail, como parte del “diario de sesiones” correspondiente a la última sesión y escrito el mismo día en que ésta tuvo lugar [en este diario el paciente pone por escrito algu-

nos aspectos de lo ocurrido y hablado en la sesión, basándose en ciertos ítems que le son sugeridos por el terapeuta, tras lo cual envía su escrito por mail a este último (Lanza Castellí, 2008)]:

**“Es una verdadera novedad que yo haya detectado ese estado brumoso en el que quedo después de uno de los embates de mi madre. Lo percibí, pude distinguir su omnipresencia, desde que colgué el teléfono el lunes hasta el momento de la sesión. Se disipó después y volvió a mí la energía y la claridad.**

En otro momento no sólo **no me daba cuenta** de en dónde se iniciaba mi **malestar**, simplemente **no lo distinguía como malestar**, y tal vez discutía con Leonardo, o me ofuscaba por demás o me desorganizaba, me desordenaba en mis cosas de la vida cotidiana y no sabía por qué.

Hoy, por ejemplo, **claramente me di cuenta** que me costaba salir de casa, hasta levantarme a la mañana me costó después del lunes. Bueno, tal como dijimos en la sesión, **me había deprimido**. Creo que **nunca antes lo había sentido con tanta claridad (...)** a mí me sorprende **darme cuenta que por primera vez estoy teniendo este registro de mis cosas**, pero es así; en mi análisis anterior había mucho de comprensión intelectual, pero **no percibía** las cosas como ahora (...) **ahora puedo percibir mejor mis sentimientos, les presto más atención**”. [negritas agregadas].

En este texto, vemos que Camila ha logrado un incremento considerable en *el mentalizar como proceso o capacidad*: ahora *detecta* estados que antes no detectaba, los *percibe* y *se da cuenta* de su omnipresencia, se da cuenta de dónde se inicia su malestar, *tiene registro* de sus cosas por primera vez, *les presta*



*más atención*, puede *conectar* un estado emocional con aquella situación interpersonal que le dio origen (establecimiento de nexos).

En cuanto al *contenido* sobre el que recaen dichos procesos (capacidades), el progreso de Camila en cuanto a su simbolización ha sido importante también, aunque quizás en un grado menor. En efecto, en lugar de desorganizarse, ofuscarse o discutir, vivencia un “malestar” y un “estado brumoso”. Si bien vemos un avance importante, el estado emocional es todavía vago y poco definido, y alternan en su escrito referencias a dichos estados con niveles distintos de simbolización. Así, hay una diferencia de nivel entre decir “hasta levantarme a la mañana me costó” y expresar “me había deprimido”. El primero alude a una dificultad para llevar a cabo un despliegue motriz, mientras que el segundo expresa claramente un estado emocional.

Esta alternancia entre distintos niveles es la forma habitual en que tiene lugar este proceso, que consiste en un progresivo reforzamiento (o construcción) de las representaciones secundarias para simbolizar los afectos.

Con anterioridad a la consecución de estos logros, no podía llevar a cabo ninguno de estos rendimientos (identificar el afecto, denominarlo, detectar su origen en una situación vincular determinada), con lo que el sentimiento se expresaba como conducta hostil, ofuscación o desorganización.

A medida que por medio del trabajo llevado a cabo -centrado en la promoción del mentalizar- *se incrementó su capacidad mentalizadora en relación al registro y representación de su vida emocional*, y se logró un avance en la simbolización de la misma, tuvieron lugar distintas modificaciones en el eje del conflicto.

Por un lado, comenzó a *tomar forma* el conflicto con su madre, como se advierte en el texto citado (que es una especie de testimonio de uno de los primeros avances en esa dirección), en el que habla de haber sufrido un

embate por parte de ésta, embate que paulatinamente fuimos pudiendo diferenciar en sus distintos componentes (críticas de la madre, actitudes desvalorizantes, ponderaciones a los otros hermanos, inundar a la paciente con sus propias angustias y estados depresivos, etc.). Posteriormente pudo aprehender que dichos embates eran vividos por ella como la respuesta de la madre a su deseo de ser amada por la misma, deseo que tampoco había logrado identificar y que se expresaba en los hechos en una serie de conductas, tales como llamar a la madre por teléfono, preguntarle cómo estaba, ofrecerse como receptáculo para la catarsis de aquélla, etc.

Los tres componentes del conflicto vincular (una de las variedades del conflicto, en sentido psicoanalítico; Binder, 2004), que caracteriza Luborsky (1997) (deseo dirigido al objeto, respuesta negativa de éste, reacción emocional ante dicha respuesta), se encuentran en estado de configuración incipiente en el material citado, pero poseen ya alguna forma, lo que torna posible comenzar a articularlos de algún modo y a trabajar sobre ellos, a la vez que proseguimos el trabajo dirigido a que su forma sea cada vez más precisa y definida.

De este modo, el incremento del mentalizar y su manifestación: la configuración cada vez más nítida del conflicto, fue tornando posible empezar a trabajar sobre el mismo mediante intervenciones cada vez más interpretativas, con el objetivo de hacerlo consciente en sus distintas facetas y ramificaciones, tramitarlo y elaborarlo.

El progreso en esta dirección permitió que tomaran forma y fueran trabajados otros conflictos con la madre (la hostilidad hacia la misma que entraba en conflicto con la crítica de un superyó arcaico, la proyección en su progenitora de aspectos envidiosos suyos, lo que la convertía en una perseguidora de la cual sentía que tenía que defenderse, etc.).

Vale la pena reiterar en este punto -ya que ésta es una de las ideas centrales de este traba-



jo- que sin el trabajo preliminar centrado en la promoción del mentalizar, el quehacer interpretativo con el conflicto hubiera sido inviable, dada la falta de configuración del mismo.

Otra modificación significativa, en lo que hace a su vida emocional y a su relación con la misma, consistió en que, poco a poco, la paciente pudo ir tomando decisiones en base al registro creciente de ésta, ya que sus afectos comenzaron a servirle como guías respecto a lo que deseaba, o no, hacer en determinada situación, lo que significó para ella un cambio cualitativo importante en su vida.

Entre otros ejemplos que podría mencionar de este hecho, desearía hacer referencia a una situación que se le repetía con frecuencia, consistente en encontrarse de mal humor, con una hostilidad difusa que la llevaba a actitudes agresivas o distantes, después de realizar ciertas actividades deportivas o recreativas con su novio o con su grupo de amigas.

Mediante la exploración sistemática de los contenidos mentales que habían precedido y acompañado la realización de tales actividades, la paciente pudo ir descubriendo que en los casos en que terminaba sintiéndose mal, la invitación a realizar determinada práctica la había encontrado sin ganas, o con una renuencia a realizarla poco simbolizada y poco clara para ella misma. En la medida en que logró detectar con mayor nitidez esta renuencia, mediante su exploración y su puesta en palabras en sesión, identificó también el modo habitual que tenía de apartar de su mente el registro difuso e incipiente de la misma y sobreadaptarse, plegándose a las propuestas que recibía.

A medida que iba teniendo mayor claridad sobre sus sentimientos y deseos, así como sobre su actitud sobreadaptada -esto es, a medida que iba incrementando su capacidad de mentalizar- pudo empezar a explicitar ante su novio y amigas su falta de ganas -cuando era éste el caso- y a manifestar su negativa a implicarse en las actividades que le proponían.

Esta decisión la hacía sentirse mejor con ella misma, a la vez que removía las razones para el surgimiento del enojo y del malhumor (como transformación de aquél). Camila opinaba que éste había sido un paso importante en su vida y que había conquistado con él una nueva libertad.

Paulatinamente comenzaron a reiterarse relatos en los que mencionaba experiencias como la que describe en una sesión que tuvo lugar casi un año después de aquélla a partir de la cual escribió el texto que hemos comentado con anterioridad.

En dicha sesión, Camila comienza relatando lo que había pasado el día anterior por la noche. Como era miércoles, se había quedado haciendo horas extras y terminó cansada por tanto trabajo. Tras ello, tenía que caminar sola unas cuantas cuadras hasta llegar a su casa.

Por otra parte, esa noche la hija de Leonardo iba a la casa de su padre a cenar. Cuando tal cosa ocurría, él sistemáticamente se olvidaba de llamarla, lo que una y otra vez la ponía celosa y la hacía montar en cólera, lo que llevaba a reiteradas peleas y reproches mutuos.

Pero la noche anterior ocurrió algo diferente: de repente se dio cuenta que mientras caminaba sola y cansada, de noche, por calles solitarias, comenzó a enojarse y, tras el enojo, pudo identificar y vivenciar un sentimiento de desamparo.

Esto bastó para que el enojo se diluyese y para que recordase una serie de situaciones similares vividas en su infancia, lo que la puso muy triste. Pudo darse cuenta que lo que estaba vivenciando no estaba primordialmente relacionado con la situación actual, sino que consistía en una reedición de experiencias pasadas a raíz del desencadenante de la situación de esa noche, razón por la cual ésta quedaba cargado con sentimientos de otras épocas.



Esta diferenciación, le permitió entonces deslindar sus sentimientos de la persona de Leonardo, de ahí que el enojo se diluyera y que no se conflictuara la relación con él.

Deseó entonces hablar con él, para lo cual esperó hasta la hora en que sabía que la hija ya se habría ido, y lo llamó por teléfono para contarle lo que había vivido.

El curso de los acontecimientos de esa noche, con un desenlace tan diferente al de otras situaciones análogas, ilustra el cambio cualitativo que sobrevinía en la vida de Camila (en sus estados mentales y en sus relaciones interpersonales) a medida que ésta incrementaba su capacidad para mentalizar su experiencia emocional.

Tal como fue mencionado con anterioridad, el trabajo con la paciente no se centró (en este punto) en la interpretación de contenidos inconscientes (dimensión del conflicto), sino en la dimensión estructural, esto es, en la búsqueda de favorecer el incremento de su capacidad mentalizadora para que, a partir de dicho *crecimiento mental*, pudiera optimizar el registro de su vida emocional y lograra, tanto mejorar sus relaciones interpersonales, como tomar decisiones que la representaran en las distintas situaciones de su cotidianeidad.

Como fue dicho ya, a partir de cierto momento este trabajo comenzó a alternar con el trabajo sobre el conflicto, con un abordaje basado en la interpretación.

Por lo demás, como puede verse en la reseña de la sesión, el incremento en el mentalizar se manifestaba también en la clase de material que la paciente iba llevando a las sesiones. Sus relatos fueron cambiando e incluyeron, en medida progresivamente creciente, no sólo los hechos ocurridos en tal o cual situación, o elucubraciones “psicológicas” producidas en el modo “hacer de cuenta”, sino también los sentimientos que había experimentado en dicha situación, sus pensamientos y fantasías, así como referencias a aquellos estados mentales que le atribuía al otro de la in-

teracción de que se tratase. Podemos ver en ello un cambio significativo en el *contenido* de las verbalizaciones, en las que la mentalización es mayor, pero también en el *mentalizar como proceso o capacidad*, en tanto la paciente se encontraba ahora más atenta para pesquisar sus sentimientos, pensamientos y fantasías, les prestaba mayor atención y reflexionaba sobre ellos cada vez más, sin intelectualizar, sino en conexión con su experiencia emocional

Esta modificación cualitativa de sus relatos favorecía el trabajo terapéutico, mientras que el incremento en su capacidad para pensar en sí misma, la situaba en mejores condiciones de aprovechar, procesar e integrar las intervenciones surgidas en la sesión.

En lo que hace al primer aspecto (favorecer el trabajo terapéutico) es muy elocuente al respecto el fragmento de su diario citado más arriba. Antes de mejorar su capacidad para mentalizar, se desorganizaba, etc., sin poder advertir el estado brumoso, pero tampoco que había experimentado un “embate” por parte de su madre.

La posibilidad -ahora conquistada- de llevar a cabo la identificación de su estado y de realizar el nexo con dichos embates (o sea, el hecho de que el conflicto fuera tomando forma), abrió una vía para explorar qué entendía por ello, cuáles eran los distintos aspectos de la relación con su madre y de qué manera dicha relación incidía en su vida actual y en la relación con Leonardo.

Junto con esta exploración se hizo posible la reconstrucción (que ahora tenía un carácter vivencial, porque era referida una y otra vez a las experiencias actuales) de la historia de la relación conflictiva con su madre, que parecía haber comenzado casi desde su nacimiento mismo.

En este recorrido, tal como fue dicho con anterioridad, se incluyeron también otro tipo de intervenciones, como interpretaciones (relacionadas con la dimensión del conflicto),



validación de sus sentimientos hostiles hacia la madre, pero también el estímulo a que pudiera mentalizar los estados mentales de la misma, responsables del desinterés y la hostilidad que Camila había padecido (como el hecho de que el embarazo, cuyo fruto fue la paciente, había interrumpido una carrera universitaria recién comenzada y en la que su progenitora había puesto muchas expectativas. La frustración por esta interrupción, en el contexto de un clima familiar adverso, derivó en una hostilidad hacia su hija y en una desconexión con la misma).

Poder comprender estos estados de la madre, ayudó a Camila en el trabajo de reconciliación interna con la misma, que comenzó con posterioridad a la integración de los conflictos arriba mencionados.

En función de todo lo comentado hasta este punto, vemos que el incremento en su mentalizar, no sólo se mostraba como un *resultado* del trabajo terapéutico, sino también como un verdadero *agente* del cambio que iba logrando en el transcurso de dicho trabajo.

El caso de Camila, como tantos otros que se podrían citar, ilustra con elocuencia al menos dos cosas:

a) Por un lado, lo útil que resulta considerar el incremento del mentalizar no sólo como

un *resultado* o un *predictor* de una psicoterapia exitosa, tal como ha sido referido en diversas investigaciones (Hörtz et al., 2011; Hörz-Sagstetter et al., 2015; Karlsson, 2005, Karlsson & Kermott, 2006; Taubner et al., 2015), sino también como un *agente* del cambio. De ahí lo importante que resulta estimular su incremento, como parte esencial de las intervenciones que se llevan a cabo en el proceso terapéutico.

c) Por otro lado, la importancia que tiene -para el trabajo terapéutico- diferenciar con claridad la *problemática del conflicto*, de aquella otra que tiene en su base *déficits estructurales* en la capacidad de mentalizar.

En este último caso -tal como hemos visto en Camila- el enfoque, el objetivo y la técnica han de ser diferentes a los que tienen vigencia cuando trabajamos en la dimensión del conflicto, y han de ser los que se pongan en práctica en primer término para que el abordaje de esta última variable pueda tener lugar (Lanza Castelli, 2016; Target, 2016).

Tener en claro cuándo predomina una dimensión y cuando la otra, de qué manera se entrelazan en toda una serie de casos, etc., nos provee de un criterio que se revela de la mayor utilidad en el trabajo clínico.





## Referencias:

- Allen, JG (2005) *Coping with Trauma. Hope through understanding*. American Psychiatric Publishing.
- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A. (2008) *Mentalizing in Clinical Practice* American Psychiatric Publishing.
- 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: Oxford University Press.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2016) *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., Fonagy, P. (eds.) (2012) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Binder, J. L. (2004): *Key Competencies in Brief dynamic psychotherapy. Clinical practice beyond the manual*. New York: Guilford.
- Bion, W. R. (1962b) *Learning from experience*. London: Karnac Books.
- Bion, W.R. (1974) *Seminarios de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1991
- Bion, W. R. (1992) *Cogitaciones*. Ed. Promolibro, 1996.
- De la Parra, G., Gómez Barris, E., Dagnino, P. (2016) Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*. Año III, Nro II, Abril 2016.
- Emde, R.N. (1998) Yendo hacia adelante: Las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y en el psicoanálisis. *Psicoanálisis. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol XX, Nro. 3, pp. 473-516.
- Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *British Journal of Psychiatry* 206:1-2.
- Fonagy, P (1999) *Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría*. Trabajo presentado en el "Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo", reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de Mayo de 1999. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, Nro 3.
- Fonagy, P (2006) The mentalization-focused approach to social development, en Allen, JG, Fonagy, P (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons Ltd.
- Fonagy, P, Target, M (1996) Playing with Reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., Moran, G.S., Edgumbe, R., Kennedy, H., Target, M. (1993) The Roles of Mental Representations and Mental Processes in Therapeutic Action *The Psychoanalytic Study of the Child*, 48:9-48
- 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.
- Gergely, G. & Watson, J. (1996): The Social biofeedback theory of parental affect-mirroring. *International Journal of Psychoanalysis*, 77:1181-1212.
- Gopnik, A. (1993) How we know our minds. The illusion of first-person knowledge of intentionality. *Behavioral and Brain Sciences*, 16, 1-15, 90-101. Reprinted in Goldman, A. (Ed). (1993). *Readings in philosophy and cognitive science*. Cambridge Mass: MIT Press.
- Grande, T. (2007) Wie stellen sich Konflikt und Struktur in Beziehungen dar? *Z Psychosom Med Psychother* 53, 144-162.
- Grupo de Trabajo OPD (2006) *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder Editorial, 2008.
- Hörz, S., Träger, M., Siegel, G., Mertens, W. (2011) Einsatz der OPD in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie*, 16, Jahrg. 2011, Bd. 16, Heft 1
- Hörz-Sagstetter, S., Mertens, W., Isphording, S., Buchheim, A., Taubner, S. (2015). Changes in Reflective Functioning During Psychoanalytic



- Psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2015 Jun; 63(3):481-509
- Karlsson, R. (2005). Reflective-functioning during the process and in relation to outcome in cognitive-behavioral therapy, interpersonal psychotherapy and brief psychodynamic psychotherapy. *Umeå Psychology Supplement Reports* 10:1-31.
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy* 43:65-84.
- Krystall, H. (1988) *Integration & Self-Healing. Affect, Trauma, Alexithymia*. New York: Routledge, 2009.
- Lanza Castelli, G (2008) Poner la sesión por escrito: una técnica para optimizar la psicoterapia. *Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis*. Nro. 28.
- Lanza Castelli, G. (2013) Trabajando con pacientes en los que falla la capacidad de mentalizar. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, Nro. 45
- Lanza Castelli, G. (2015) Conflicto, estructura y mentalización. Interrelaciones y complementariedades. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*. Nro 50.
- Lanza Castelli, G. (2016) La mentalización como condición de posibilidad del insight. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (3): 665-684.
- Lanza Castelli, G., Bilbao Bilbao, I. (2017) Mentalización y Conflicto. La determinación de psicoterapia mediante el uso de un instrumento para evaluar la mentalización: el MEMCI. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, Nro. 55.
- Lecours, S & Bouchard, MA (1997) Dimensions of Mentalization: Outlining Levels of Psychic Transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855-875.
- Luborsky, L. (1997) *Understandig Transference: Core Conflictual Relationship Methode*. Washington: American Psychological Association. 2<sup>nd</sup> Edition.
- Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G., Grabhorn, R. (2006) The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2006), 79, 485-494
- Perner, J. (1991) *Understanding the Representational Mind*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Rudolf, G. (2002) Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit, En Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P. (Hrsg.): *Die Struktur der Persönlichkeit. Theoretische Grundlagen zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schatauer, pp. 2-48.
- Rudolf, G. (2004) *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2007) Strukturbezogene Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. En Dammann, G. & Janssen, P.L. (2007) *Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, pp. 89-98.
- Rudolf, G. (2010) *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*, 2 aktualisierte Auflage, Stuttgart: Schattauer, 2014.
- Schafer, R. (1964) The clinical analysis of affect. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 12, 275-300.
- Schur, M. (1955) Comments of the mtapsychology of somatization. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10, 119-164.
- Slagstad Gullestad, F. & Wilberg, T. (2011) Change in reflective functioning during psychotherapy—A single-case study, *Psychotherapy Research*, 21:1, 97-111
- Stauss, K., Fritzsche, K. (2008) Der Wechsel von konflikt- zu strukturbezogene Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7; 66-75.
- Target, M. (2016) Mentalization within intensive analysis with a borderline patient. *British Journal of Psychotherapy* 32, 2: 202-214
- Taubner, S., Schulze, C., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2015). Veränderungen der mentalisierten Affektivität nach 24 Monaten analytischer Psychotherapie bei Patienten mit chronischer Depression. *Psychotherapieforum*.
- Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalkink, J., Schmeets, M.G.J. (Eds.) (2008) *Mentalizing in Child Therapy. Guidelines for Clinical Practitioners*. London: Karnac Books.

