

## RESEÑA:

# Los roles de las representaciones mentales y los procesos mentales en la acción terapéutica

Fonagy, P., Moran, GS., Edgcombe, R., Kennedy, H. & Target, MS. (1993) The Roles of Mental Representations and Mental Processes in Therapeutic Action. *Psychoanalytic Study of the Child*, 48:9-48

---

Ψ Si bien la forma clásica de considerar la acción terapéutica del psicoanálisis se refiere al poder curativo de recuperar contenidos reprimidos o distorsionados por acciones defensivas del yo (lo que en este artículo los autores llaman el *modelo representacional*), el tratamiento de pacientes con patologías graves pone acento en el *modelo del proceso mental*. Este segundo modelo explica la razón por la cual el psicoanálisis puede resultar terapéutico a pacientes cuya psicopatología reside en el yo mismo.

### El modelo representacional

Guiado por dos premisas: 1) la patología esta asociada a la persistencia de estructuras mentales primitivas; 2) el psicoanálisis es mutativo a través de un proceso de reorganización e integración de estas estructuras mentales primitivas inconscientes, hasta entonces repudiadas, para dar paso a estructuras mas sofisticadas y conscientes.

El concepto de representación es utilizado aquí no como un símbolo en el mundo interno que refleja algún aspecto de la realidad externa. Mas bien se concibe en términos de conexiones entre elementos que incluyen deseos, fantasías, miedos y otras estructuras afectivas. Los objetos pueden entonces *representados* en numerosas formas como esquemas de otro, o representaciones de patrones frecuentes de relaciones, como asunciones de las funciones frecuentemente relacionadas al objeto, como representaciones de interacciones interpersonales típicas, etc. Las representaciones son entonces dinámicas, afectivamente cargadas y con poder motivacional, este último experimentado, de forma consciente o inconsciente, como estados mentales positivos o negativos.

El artículo ejemplifica este concepto con la descripción de una sesión clínica donde se destacan procesos del modelo representacional. Parte del análisis de un niño de 7 años que duró 3 años. La sesión se enmarca en el segundo año de la terapia. Sam, el paciente, se muestra especialmente resistente luego de un periodo de 4 días sin sesiones. Sam explica tal comportamiento como "cansancio". Uno de esos cuatro días, cuando Sam si debió tener una sesión, la madre de Sam le dice que no lo llevara a sesión porque probablemente el terapeuta está cansado. Ante interpretaciones acerca de la desagradable sensación que conlleva el sentirse ignorado u olvidado, el paciente cuenta un sueño (un raro acontecimiento en esta terapia) donde el paciente señala estar temeroso de ladrones malos que viven en un armario en su casa, camino al baño. Y que en casa no hay un hombre que sea capaz de acompañarlo al baño y hacerlo sentir seguro cuando pasa frente al armario. El terapeuta comenta como a veces el quisiera que hubiese un hombre en su casa, que lo

---

Ψ Reseña de Nicolás Lorenzini, MSc, PhD  
Psicólogo



hiciese sentir seguro, especialmente cuando la madre esta cansada o parece olvidarse de él, y que él teme a que el terapeuta se convierta en un ladrón malo si Sam muestra su enojo frente al cansancio del terapeuta. Frente a ese comentario, Sam es capaz de decirle al terapeuta que ha descubierto que tanto el conviviente de la madre, como su padre biológico tienen otros hijos y que esas son familias de verdad, no como la suya, que se compone de él mismo y de su madre, nada más. A eso se suma que al paciente le gustaría que el terapeuta fuese el padre que completa su familia. El paciente es entonces capaz de decir, hacia el final de la sesión, que no estaba cansado, sino triste, y que cuando está triste le gustaría que el terapeuta le ayudara a entenderse.

El comentario que sigue a la viñeta muestra las diversas ocasiones en que los comentarios del terapeuta (las interpretaciones) apuntan a contenidos (representaciones) repudiados en la mente de Sam, y como estos contenidos son reintroyectados, ayudando al paciente a hacerlos parte de su subjetividad consciente. Estas representaciones no corresponden a las vivencias individuales que les dan origen, sino a patrones experimentados con frecuencia, que por lo tanto se convierten en la expectativa de cómo funcionan las relaciones entre el self y el objeto. Las representaciones a las que los autores se refieren en este artículo no son eventos aislados, sino prototipos relacionales. Por ejemplo, la representación de Sam acerca de sí mismo en relación con su madre es el de un pequeño bebé, que en análisis se actuaba con comportamientos infantiles (el paciente babeaba sin limpiarse, pide que lo alimenten, comienza a oler todos los objetos en el despacho). El prototipo en esta representación es una forma de relación con la madre en la cual Sam se siente seguro. Por tanto, esta representación tiene un rol defensivo frente a una madre depresiva (cansada) y ausente (como su analista por 4 días), y corresponden a varios estados mentales: su deseo de ser protegido y no abandonado, su confusión frente al desinterés de su madre, su deseo de ser lo suficientemente pequeño para ocultarse; y a la vez esta representación de ser un bebé indefenso le sirve para defenderse de la retaliación de los demás frente a su rabia. Estas representaciones permean la relación transferencial, y son actuadas frente al terapeuta a través de juegos y las conversaciones. Solo cuando esta representación es interpretada, en diversos momentos de la sesión, es que el paciente logra liberar su capacidad mental para intentar entender que existen diversas familias en su vida, y que la configuración de la propia familia le hace sentir rabioso y triste, al no tener un padre y tener una madre desinteresada.

### Las representaciones mentales y la acción terapéutica

De acuerdo al modelo de las representaciones mentales, los autores distinguen tres mecanismos de acción terapéutica, cuyo aspecto mutativo es la capacidad de modificar tales representaciones.

1) *Integración*: Las representaciones se expresan en los síntomas, el discurso y comportamiento del paciente de manera parcial. La interpretación de estos fragmentos en discurso y comportamiento facilitan la cohesión interna de las representaciones, dándole un sentido a la representación fragmentada expresada incoherentemente en los síntomas. Una representación coherente puede ser integrada en el tren de pensamiento consciente del paciente. Tal integración se logra en varios momentos, con diversas interpretaciones y lentamente van dibujando una representación coherente, que puede ser luego utilizada para explicar diversos comportamientos y eventos en la vida del paciente que hasta entonces no parecían tener una explicación posible.

También sucede que algunos fragmentos una representación repudiada están fuertemente asociadas, en desmedro de otros fragmentos. Tal asociación parcial es capaz de distorsionar los



recuerdos de experiencias pasadas y formar expectativas rígidas respecto a experiencias en el futuro. En el caso de Sam, la representación de su madre deprimida, que actúa durante la sesión a través de su “cansancio”, no se refiere necesariamente a una experiencia vivida por Sam en la cual su madre pudo haber dicho a Sam “estoy cansada”, cuando se mostraba desinteresada y deprimida. Sino más bien la pasividad, inaccesibilidad, la expresión de desesperanza, y la búsqueda de atención son fragmentos repudiados que deben haber sido numerosos en la relación entre Sam y su madre.

La integración de representaciones y los cambios que ésta acarrea es la experiencia más común en un análisis exitoso, y son muchas veces referidas como el gran elemento mutativo del psicoanálisis.

2) *Elaboración*: Se refiere a la reconexión de las representaciones repudiadas otras representaciones mentales, condición necesaria para “entender”. Entender una idea es ponerla en relación con la familia de ideas con las que se articula. En el caso de Sam, representar al analista como un ladrón malo, que se roba aquellas sesiones en las que está “cansado”, y que debe entonces ser castigado no se articula con la idea, también válida de si mismo necesitado de ayuda y de un analista interesado en ayudar. Las interpretaciones del analista no solo muestran la existencia de estos deseos rabiosos de castigar al analista, sino que también indican que es válido sentirse así, tal como es válido sentirse cercano al analista en otros momentos.

El proceso de elaborar representaciones bien integradas formará unidades representacionales más completas, que a la vez deben ser vinculadas. La idea que uno puede sentir rabia intensa y también amor hacia la misma persona necesitó de mas trabajo de análisis antes de convertirse en una idea lo suficientemente estable para ser usada por Sam para entender los inevitables momentos de ambivalencia en su vida.

3) *Generación de nuevas estructuras representacionales*: Los dos mecanismos anteriores dan paso a la generación de nuevas ideas que el paciente crea para entender y categorizar vivencias. La interpretación no crea nuevas estructuras, sino que identifica la razón por la cual alguna experiencia interna o externa es difícil o peligrosa. Una vez que esas dificultades y peligros son identificados y elaborados en el contexto de otras experiencias, es posible para el mismo paciente iniciar el cambio en su sistema representacional para acomodar la experiencia previamente inaceptable.

### El modelo del proceso mental

Los cambios terapéuticos obtenidos por a través de este proceso, en relación con el proceso de representaciones mentales, son mucho mas lentos, y pueden incluso no ser visibles para el paciente. Hay pacientes que parecen no responder a interpretaciones acertadas del conflicto con los esperados signos de resistencia. Este fenómeno ha sido atribuido a déficits del yo, que lo vuelven incapaz de mantener la capacidad de autoobservación en los frecuentes momentos regresivos que un análisis requiere para sacar a la luz representaciones repudiadas. El concepto de “déficit del yo”, sin embargo, no es acertado para los autores de este artículo, pues si bien hace intuir cierta falla o carencia en el desarrollo, no hace referencia explícita al desarrollo.

Cuando un analista trabaja con el modelo de proceso mental, ya no está removiendo la represión y otras distorsiones a ciertas representaciones repudiadas. Pues existen pacientes para los cuales la interpretación del conflicto y la defensa no parecen llevar al cambio psíquico. Por tanto, el psicoanálisis ha debido ser modificado, como sucede en el psicoanálisis para pacientes límite



de Kernberg, o para personalidades narcisistas de Kohut, etc. Lo que todos estos enfoques tienen en común es la referencia a procesos del desarrollo temprano: la experiencia materna como la mejor analogía al ambiente analítico, como un espacio de sostén, de unión con el objeto primario, etc. Si bien ningún analista espera que un proceso psicoanalítico siga la secuencia del ciclo vital, utilizan metáforas del desarrollo temprano para denotar que existen procesos psicológicos que no existen aún en el paciente y que deben ser desarrollados. Con procesos mentales, los autores se refieren a funciones de la mente cuyo material son las representaciones. Una fantasía es una representación que es producto del proceso mental llamado "fantasear". El funcionamiento del yo es entonces el objeto de análisis. Los autores usan el término *inhibición de procesos mentales* para denotar la situación en la cual una categoría completa de representaciones mentales parece estar ausente del funcionamiento mental del paciente. Los autores asumen que esta ausencia se debe a la inhibición temprana de un proceso mental, dado que el uso de tal proceso provocó representaciones excesivamente dolorosas antes del desarrollo de defensas lo suficientemente sofisticadas para elaborar tales representaciones. Esta inhibición tiene consecuencias más severas que el repudio o distorsión de representaciones específicas, y la vulnerabilidad a tal inhibición depende en parte de factores constitucionales o biológicos. El trabajo psicoanalítico que deriva del modelo de los procesos mentales implica ayudar a desarrollar tales procesos. No debe, sin embargo, ser confundido con educación o gratificación de necesidades carentes durante etapas tempranas del desarrollo.

El artículo prosigue con tres viñetas clínicas de análisis con niños con dificultades narcisistas extremas evidentes desde una temprana edad. Estos niños muestran un desarrollo anormal tanto en sus relaciones objetales como en sus procesos de pensamiento, combinando relaciones egocéntricas y basadas puramente en la satisfacción de las propias necesidades con pensamiento omnipotente, fallas en la prueba de realidad y uso de la proyección. La inhibición de los procesos mentales en estos pacientes es manifestada en su inhabilidad para darse cuenta de los reales motivos, sentimientos y actitudes de sus objetos externos, y en su creencia en que pueden controlar gente y eventos a través de desear y fantasear. Para efectos de esta referencia, me referiré solo a uno de los casos expuesto en el artículo. En el mejor de los casos, estos niños malentienden persistentemente a los demás y a los sucesos del mundo exterior y se muestran extremadamente confundidos cuando las cosas no suceden como lo esperaban. Estos niños habían inhibido sus capacidades de autoobservación, de formación de identidad, de autocontrol, de formación de objetos integrados, de empatizar con sus objetos, etc. Todos estos niños sufrieron traumas tempranos, ya sea por abuso físico por parte de los padres, o enfermedades físicas graves, persistentes y dolorosas en los primeros meses de vida, o un ambiente familiar tumultuoso y negligente. Los tratamientos de estos niños se caracterizaron por una primera etapa en la cual el terapeuta ayudaba a reconocer y nombrar estados mentales, por ejemplo, ayudar a diferenciar el mal humor con los primeros síntomas de una gripe. También se caracterizan por la identificación de ciertos deseos transferenciales y su gratificación, para crear un ambiente donde los deseos son identificados y no necesariamente objeto de castigo. También el terapeuta puede ofrecer su visión del paciente, demostrando que las personas podemos pensar en la mente de otras personas, pero sin necesariamente adoptar la visión de los otros acerca de uno mismo como la única verdad. Tales intervenciones en las primeras etapas del tratamiento tienen como resultado la recuperación de la capacidad y del interés en sí mismo y en los propios estados mentales, dado que el análisis provee de un ambiente donde es seguro y está permitido experimentar estados mentales que aparecen hasta entonces de manera inexplicable en un ambiente sin retaliación ni violencia, sino de curiosidad y tolerancia.



Esta primera etapa, donde los procesos mentales son (re)desarrollados, es una condición necesaria para que el análisis de representaciones mentales pueda llevarse a cabo, para aquello que los psicoanalistas conocen como conflicto pueda surgir. La técnica en estos casos incluye la identificación de la causa de esta tendencia maladaptativa y su corrección. La tendencia natural hacia el desarrollo durante la niñez ayuda a facilitar la acción terapéutica, y el restablecimiento de los procesos mentales sólo se convierte en un problema mayor si la presión negativa del ambiente persiste de manera inmodificable.

La situación es diferente cuando algún proceso mental se ha mantenido inhibido desde la niñez y se encuentra en el psicoanálisis de adultos. El artículo continúa con una viñeta de un caso adulto. Una mujer de 27 años, Mrs. T, desde los 15 años que sufre de un invasivo terror a vomitar, y se pregunta “¿qué está mal con mi mente?”. Por años, ni siquiera se preguntó por su propia mente, pero llega al análisis derivada por un ginecólogo quien intentó diagnosticar dolores abdominales inexplicables de Mrs. T. Solo luego de 8 años de análisis fue capaz de comunicar que al comienzo no sabía por qué venía a terapia, y que como debía tener alguna razón, simplemente le dijo al analista en la primera sesión “quiero que me convenza de tener un bebé”. El analista por supuesto le explicó que no es su trabajo convencer a los pacientes de nada, pero que podía ayudar a descubrir lo que Mrs. T. verdaderamente quería. Pero descubrir lo que Mrs. T. quería resultó muy difícil, pues era incapaz de hablar de nada importante subjetivamente, no demostraba emociones o no las entendía. Sólo parecía interesada en trabajar su sexualidad, para así no perder a su esposo Tim. Al mismo tiempo parecía asustada de todo y tomaba la regla de asociación libre al pie de la letra, pero el analista duda que efectivamente entendía tal instrucción. El analista dudó, por los primeros 5 a 6 años, respecto a si el análisis era la ayuda que esta paciente necesitaba. El analista y sus supervisores atribuyeron todos los diagnósticos posibles a esta paciente, y si bien mostraba síntomas de diversos trastornos, ninguno era realmente apropiado. La terapia se llevó a cabo en el Anna Freud Centre, por lo que el analista tenía experiencia con niños a quien se les prestaba “ayuda con el desarrollo”, y decidió mirar a esta paciente adulta desde esa óptica. Descubrió que la paciente seguía una frecuente instrucción de su madre desde etapas tempranas de su vida, cuando la paciente se enfrentaba a un evento desagradable: “ni pienses en ello”. Exploración de su infancia, que parecía olvidada pero “feliz”, hicieron surgir recuerdos de frecuentes mudanzas y del aislamiento que ella y su madre sufrieron frente a familia y amigos. Entre otras cosas, recuerda un comentario de su madre que había olvidado: “cuando tengas un bebé, espero que sea tan horrible como tú”. Recordó problemas con los alimentos y que no quiso dejar el andador hasta la edad escolar. Aparece el recuerdo de ser sedada por sus padres cuando estos salían de noche, y que eso la hacía sentir mareada y con ganas de vomitar. Una vez vomitó en cama de sus padres y provocó la furia de éstos. Sin embargo, los recuerdos aparecían desconectados, incapaces de volverse parte de su narrativa vital, no provocaban cambios. Las interpretaciones de conflicto y defensa que el analista hacía de estos eventos no parecían provocar efecto alguno (ni positivo ni negativo) en la paciente, así como tampoco aparecían elementos trasferenciales. Asimismo, la paciente olvidaba sesiones pasadas e incluso olvidaba que es lo que estaba diciendo, mientras lo decía. Temía que el analista hubiese escapado del despacho mientras ella hablaba, y preguntaba “¿por qué no me hablas?”, pues confundía silencio con aburrimiento. Pero también reaccionaba con intensa emoción (que el terapeuta en un comienzo pensó que era rabia) a todo intento del analista de hablar de ideas y sentimientos que la paciente hubiese preferido ignorar, lo que incluso provocaría infantiles formas de resistencia: “no quiero hablar”.





Hacia el final del segundo año de tratamiento, cuando sus sentimientos de soledad en la infancia comenzaron a surgir, bizarros eventos con su marido lanzaron el análisis hacia una etapa regresiva que duraría dos años: no quería hablar de sus sentimientos, que le parecían “peculiares”. No podía describir de que se trataba esta sensación “peculiar”. Analizando los correlatos físicos de esta sensación (ritmo cardíaco acelerado, temblores de frío), pudo decir que se parecía al miedo. Pese a funcionar relativamente bien en su trabajo y en su casa, al mismo tiempo comenzó a sentir que debía estar cerca del analista en todo momento, sin saber bien por qué: seguía al analista en la calle, se estacionaba por horas fuera de la casa del analista, o se quedaría llorando por horas en la sala de espera. Parecía un quiebre psicótico, si no fuese por su buen funcionamiento en otras esferas de su vida, y por la ausencia de paranoia o de una contratransferencia psicótica en el analista. Cada vez que hablaba de sentimientos conflictivos se quedaba automáticamente dormida. De hecho, eso le sucedió una vez mientras estaba al volante. Interpretaciones de su miedo respecto a conflictos edípicos, pre-edípicos, transferenciales, sexuales, etc., parecían no ser comprendidos. El analista se dio cuenta que el proceso de pensar en sí misma y en la propia mente, simplemente no estaba en funcionamiento en esta paciente. El terapeuta entonces comenzó a mostrar las conexiones entre eventos, sentimientos y pensamientos explícitamente a la paciente, quien lentamente comenzó a sentirse más interesada en su propio funcionamiento mental, pero al comienzo este interés no la dotaba de la capacidad de hacerlo. Pero la paciente pudo comenzar a preguntar al analista por el método y la razón de hacer conexiones entre pensamientos, como una pequeña niña aprendiendo de la vida. Y el analista comenzó a responder a tales preguntas. Organizar y responder a estas preguntas resultó fructífero para el análisis y lentamente conflictos neuróticos comenzaron a surgir, al comienzo aún teñidos del miedo a comenzar a llorar o vomitar sin poder detenerse jamás. Que comenzar a pensar es no detenerse jamás.

Es importante destacar la diferencia entre los modelos representacionales y de los procesos mentales no es tajante, pero puede ser entendida como un artefacto heurístico para explicar diferencias en el ritmo y velocidad del cambio psíquico en psicoanálisis. También durante el tratamiento de pacientes neuróticos nos podemos encontrar con procesos inhibidos. La diferencia es aún menos clara en el análisis de niños, dado que éste ocurre paralelo procesos naturales del desarrollo.

El punto es que esta diferencia sí implica modificaciones técnicas. Para reactivar procesos mentales inhibidos las intervenciones del analista, además de presentar visiones alternativas de los eventos mentales, requerirán que el analista se involucre activamente en el funcionamiento mental del paciente para crear la posibilidad de que el paciente se involucre recíprocamente con el funcionamiento de la mente del analista. La experiencia de intentar conocer la mente de otro sin la amenaza de angustia extrema tiene entonces el valor mutativo de desinhibir procesos mentales. El involucramiento mental del paciente se logra a través la atención que el analista presta explícitamente a la elaboración que el paciente hace del contenido preconciente, y de la interpretación de las angustias que han llevado a la inhibición de algún proceso mental. Esto ocurre lentamente, pero sólo después de ese trabajo, el paciente puede mostrarse abierto al trabajo con el modelo de las representaciones mentales.

