

La personalidad esquizoide y la Terapia basada en la Mentalización

Cristina Gómez Álvarez (*)
cgomez33@hotmail.com

“Crear el sentimiento en nuestros pacientes de que hay alguien capaz de tener su mente en mente, independientemente de lo absurdo de sus pensamientos, la destructividad de sus sentimientos y los deplorables contenidos de sus fantasías, es lo que yace en el corazón de nuestro maravilloso trabajo”.

Peter Fonagy, 2005.

Cuando Martín, de 28 años, se presentó en mi consultorio hace cinco años ya, lo primero que me pregunté fue qué herramientas tenía yo para intentar ayudar a un muchacho así. Mientras sostenía una amplia sonrisa que, de tan amplia, se sentía hueca y estereotipada, me dijo que había decidido llamarme porque un compañero de trabajo le había dado mis datos diciéndole que necesitaba ayuda. “A la mejor”, le dijo, “te faltan algunas sustancias en el cerebro porque ni nosotros te entendemos ni tú te sabes comunicar”. En una ocasión había leído en el internet lo que era la alexitimia y sintió que todo le quedaba. “No sé leer lo que me pasa ni tampoco sé leer lo que les pasa a los demás. No sé si me siento triste, enojado o confundido. No siento ni el frío ni el calor, el clima me da igual. ¿La vida? No sé qué decirle, voy caminando como por inercia. Vengo con usted porque me dijeron, pero no sé a qué”.

Al escucharlo esa primera sesión, me sentí desconcertada. Me encontraba ante un muchacho que trabajaba y se ganaba la vida, pero que parecía carecer de los elementos básicos para conectarse con las personas y entender el mundo en que vivía. Sentí deseos de trabajar con él, pero no sabía cómo abordar el tratamiento. Contaba con las herramientas que mi entrenamiento como psicoanalista me había dado. Pero, ¿cómo aplicarlas a un chico que tenía un pensamiento tan concreto que, en muchos momentos, sonaba prácticamente autista? ¿A alguien que no parecía disponer de un aparato para pensar y sentir, lo suficientemente desarrollado, como para entrar al juego de desplazamientos y realidades alternativas que implica una interpretación? No lo sentía posible.

Tenía ya tiempo interesada en el trabajo con trastornos graves y, en mi búsqueda de nuevos recursos para abordarlos, había entrado en contacto con las ideas de Fonagy y colaboradores sobre la mentalización. Estos autores afirman (Bateman y Fonagy, 2006) que “los individuos que tienen una pobre percepción de su mente y de los otros, no es probable que se beneficien de las terapias tradicionales (particularmente las orientadas al insight), ya que tienen visiones esquemáticas, rígidas y en ocasiones extremas que los hacen vulnerables a poderosas tormentas emocionales...” (p.34).

Me pregunté, entonces, si la Terapia basada en la Mentalización (TBM), desarrollada por Fonagy y Bateman, (Bateman, 2006), que había probado resultados con pacientes inestables e impulsivos, pacientes que, de acuerdo con el esquema estructural de Otto Kernberg (Clarkin, (2006), se mueven en el

área de la extroversión, podría aplicarse a los pacientes que se ubican en el área de la introversión. ¿Podrían los postulados y estrategias que plantea la TBM dar resultados favorables en el caso de un paciente esquizoide? Si funciona cuando la intensidad de las emociones hace colapsar la función reflexiva, ¿podría usarse cuando hay una incapacidad de sentir y expresar estas emociones? ¿Cuándo el mundo interno de representaciones se encuentra tan fragmentado y empobrecido que lo que pareciera necesitar con urgencia es cobrar vida?

Fonagy y Bateman (Bateman, 2006) dicen que su modalidad de intervención probablemente se pueda aplicar a otros trastornos de personalidad, siempre que el problema de mentalización sea central en el padecimiento y proporcione un terreno adecuado de intervención. Sin embargo, aclaran que el punto queda como una cuestión empírica que necesita mayor estudio.

Éste es precisamente el punto que me llevó a pensar que sí era posible llevar la TBM a los pacientes esquizoides. El retraimiento afectivo de estos individuos, su incapacidad para identificar, nombrar y expresar emociones claras y diferenciadas, en ellos y en los demás, al igual que su dificultad para entender y ubicar su lugar en el mundo y encontrar sentido a sus vidas hablan, de acuerdo con los postulados de Fonagy, de problemas importantes en su capacidad de mentalizar.

El modelo desarrollado por Fonagy propone que una postura mentalizadora permite al individuo ir captando poco a poco la existencia de un mundo interno de representaciones, separado y cualitativamente diferente, de la realidad externa. Me entusiasmó la posibilidad de llevar este enfoque al trabajo con estos pacientes, específicamente con este muchacho, y ver qué resultados podríamos obtener. Así empecé, hace cinco años, lo que considero ha sido una experiencia muy gratificante y enriquecedora para ambos.

A continuación, comenzaré por describir aspectos del modelo de la mentalización y la TBM. No pretendo, de ninguna manera, hacer una descripción exhaustiva, ya que mi intención es focalizar el proceso intersubjetivo y el tipo de intervenciones que favorecen la mentalización para poderlas aplicar a mi caso. Para una información más completa sugiero ir a las fuentes originales (Bateman y Fonagy, 2006, Allen Fonagy y Bateman, 2008, Bateman y Fonagy, 2012).

Por otra parte, también intentaré sintetizar algunos de los conceptos teóricos básicos desarrollados por Peter Hobson, en su libro "La cuna del pensamiento" (Hobson, 2002), acerca de la naturaleza y orígenes del pensamiento humano. Sus investigaciones con grupos de autistas, ciegos de nacimiento y niños con fuertes privaciones sociales tempranas motivaron enormemente mi reflexión al hacer el análisis de este caso en particular, ya que constituyen una base empírica muy amplia y clara para entender el surgimiento de la mente del individuo a través del involucramiento emocional entre el niño y sus cuidadores.

Finalmente, me referiré a algunas de las aportaciones descriptivas y psicoanalíticas sobre la personalidad esquizoide y el espectro autista que me ayudaron a ubicar en contexto el caso de mi paciente.

EL MODELO DE LA MENTALIZACIÓN Y LA TBM

La mentalización (Allen, 2008) –poder entender la conducta de uno mismo y los demás en función de estados mentales como pensamientos y sentimientos- ha sido el foco de interés en varios terrenos: se ha postulado como el problema central en el autismo; Fonagy y colaboradores la han extendido, también, a la psicopatología del desarrollo (Fonagy, 2002) y, más tarde, al contexto clínico a través de programas intensivos para pacientes limítrofes (Bateman, 2006). En estos momentos, la TBM se lleva ya a un espectro más amplio de trastornos, ámbitos y modalidades de tratamiento. (Allen y Fonagy, 2006, Bateman y Fonagy, 2012). Se considera que un foco en la mentalización es genuinamente enriquecedor en virtud de sus fundamentos enraizados en la investigación y psicopatología del desarrollo y por el legado de sus orígenes en el psicoanálisis y la teoría del apego.

El modelo de la mentalización, proviene, por un lado, de una reformulación que hacen Fonagy y sus colegas (Fonagy, 2002) de la teoría del apego, donde uno de sus objetivos más importantes es producir un sistema de representaciones para los estados mentales del sí-mismo a través de la mentalización. Por otro lado, resulta también de una elaboración que hacen psicólogos del desarrollo, especialmente Gergely y Watson (Fonagy, 2002), sobre el modelo de retroalimentación social del espejeo del afecto por parte de los padres. Explora la forma en que la expresión emocional del niño y las respuestas vocales y faciales consecuentes del cuidador llegan a conectarse en la mente del infante a través de un mecanismo de detección de contingencias

Son dos teorías del desarrollo, íntimamente conectadas, que se ocupan de la relación que existe entre la regulación de los afectos y la naturaleza representacional de la mente. Postulan que la capacidad de mentalizar se desarrolla durante la infancia dentro del contexto de una relación de apego segura. “Los niños encuentran su mente en la mente del cuidador” (Fonagy, 2001) y, al poder predecir y dotar de significado la conducta de los demás, el niño es capaz de activar, a partir de múltiples representaciones del self y los objetos, las más apropiadas para un determinado contexto interpersonal. Además, cuando el niño explora el significado de las acciones de los otros, puede nombrar y llenar de significado su propia experiencia. Esta habilidad hace una contribución crítica a la regulación de afectos, al control de impulsos, y a la experiencia de ser el agente de sí mismo.

Fonagy y colaboradores (Bateman y Fonagy, 2004, 2006), consideran que la comprensión del self como un agente mental, como un organismo con una mente, no es algo dado genéticamente sino un logro del desarrollo que surge de la experiencia interpersonal, particularmente de las relaciones con los primeros objetos significativos. Tiene que ver con la construcción exitosa de nuestra realidad psíquica y con haber podido establecer una diferencia entre la realidad externa y las complejidades de nuestro propio mundo interno. La

realidad psíquica, dicen los autores, se construye dentro de una relación de juego, tranquila y placentera con los padres, es el resultado de la integración adecuada de tres modos primitivos de experimentar la realidad: el modo de equivalencia psíquica (lo que pienso es real), el modo pretendido o de simulación (lo que experimento no tiene implicación con el mundo exterior) y el modo teleológico (la experiencia sólo es válida cuando se ven sus consecuencias).

La experiencia repetida (Fonagy, 2002) de un espejeo contingente (que corresponda con precisión al afecto del niño) y marcado (con un tono de voz diferente o exagerado) refleja de manera precisa y diferenciada los estados emocionales del infante, ayudándole a distinguir sus experiencias de las del cuidador, a internalizar dichas respuestas y desarrollar un sistema de representaciones simbólicas. Esto, a la vez, permite que estas tres formas primitivas se vayan integrando gradualmente en un modo reflexivo o mentalizador.

El niño (Fonagy, 2002) necesita un adulto que “juegue” con él de forma que pueda ver sus fantasías representadas en la mente del adulto, experimentarlas de un modo seguro, reintroyectarlas y usarlas como representaciones de su propio pensamiento. Al poder entrar en su mundo de esta manera, puede ver que sus pensamientos o sentimientos no son “reales”, sin embargo puede percibirlos afuera, en la mente de su madre. La hipótesis es que la percepción del marcaje activa el sistema metarrepresentacional del niño el cual le permite desvincular la expresión de sus referentes en la realidad. El ligar su estado interno con una percepción externa le ofrece un símbolo o una representación que corresponde, pero no es equivalente, a dicho estado. “La esencia del proceso no es simplemente jugar, sino jugar rompiendo con el modo de equivalencia psíquica al tiempo que se retiene contacto con la realidad. En otras palabras, el niño, usando la mente de su progenitor, es capaz de jugar con la realidad” (p. 267).

Un espejeo adecuado, puede desempeñar un papel muy importante en una estructuración, clara y bien definida, de las representaciones de segundo orden de sus afectos primarios. Cuando esta tarea se encuentra ausente del contexto de apego, el resultado puede ser un déficit o una detención en el desarrollo, una falta de diferenciación de los estados afectivos internos, un conocimiento muy pobre de los estados emocionales del self y una tendencia a confundir estados mentales internos con la realidad externa. En otras palabras, esta situación puede llevar a una detención en el nivel de “equivalencia psíquica” donde los estados mentales y los estados de realidad permanecen confusos y muy poco diferenciados.

Este déficit primario en la teoría de la mente es el rasgo central de la “ceguera mental”, antítesis de la mentalización y característica del autismo, la cual pudiera resultar de adaptaciones innatas de la mente humana genéticamente dañadas en el autismo. Sin embargo, Bateman y Fonagy afirman (2006) que, aun cuando estas habilidades innatas estuvieran intactas, un ambiente disfuncional de apego temprano, donde prive el trauma y el maltrato psicológico, como en el caso de los pacientes limítrofes, puede dar por

resultado una capacidad de mentalizar muy pobre o una inhibición de la regulación del afecto. Esto puede deberse a: a) una inhibición defensiva de dicha capacidad ante la experiencia de sentir las malas intenciones del otro frente a la extrema vulnerabilidad del niño; b) el estrés excesivo en etapas tempranas que puede distorsionar el funcionamiento de los mecanismos de activación que inhiben el área cortical órbita-frontal (mentalización); y c) la hiperactivación del sistema de apego (búsqueda de protección) asociado a una experiencia de falta de seguridad que puede llevar al individuo a buscar proximidad a una figura de apego abusiva.

IMPLICACIONES CLÍNICAS.- La interpretación en el sentido clásico, dice Fonagy (Fonagy y Target, 2002), no tiene lugar en las primeras etapas del trabajo con estos pacientes y el enfoque técnico deja de ser hacer consciente lo inconsciente, ya que, cuando predomina el modo de equivalencia psíquica, el camino para compartir la realidad psíquica, el pensamiento simbólico, está bloqueado. “La postura mentalizadora del psicoterapeuta permite finalmente que el paciente se encuentre a sí mismo en la mente del terapeuta e integre esta imagen como parte de su sentimiento de sí mismo” (p. 109).

Si uno de los objetivos de la psicoterapia en general (Fonagy, 2002) es fortalecer y aumentar la capacidad de mentalizar del sujeto, con algunos pacientes, especialmente con los que presentan un funcionamiento limítrofe, la tarea del terapeuta pudiera considerarse, de alguna manera, similar a la del padre o la madre que entra, de modo intuitivo y con una actitud lúdica, al mundo de equivalencia psíquica de su hijo para mostrarle su carácter representacional.

En la TBM, el terapeuta realiza la función del objeto que entra al juego de simulación del niño, creando un espacio transicional donde el paciente se pueda sentir seguro de mostrar sus fantasías, pensamientos y sentimientos y sea capaz de encontrar la manera de estar, ahí dentro, regulando sus afectos. El terapeuta debe ayudar al paciente a entender y nombrar los estados emocionales, tratando de estimular una narrativa emocionalmente significativa, con el fin de fortalecer el sistema representacional secundario. Se pretende que el modo teleológico se elabore hacia uno intencional, se trata de acortar la brecha entre el modo pretendido, disociado, del paciente, donde nada se siente real, y los momentos donde las palabras y las ideas llevan enorme fuerza e intensidad. El avance tiene que ver con poderse volver parte del mundo pretendido del paciente, tratando de hacerlo real mientras se aprende a salir del miedo y la confusión que despierta la ecuación pensamiento-realidad. El núcleo de la terapia psicológica con los trastornos severos de la personalidad es, según Fonagy, el fortalecimiento de sus procesos reflexivos dejando atrás los modos primitivos de funcionamiento.

En términos de actividad cerebral, la TBM crea una situación paradójica (Fonagy y Bateman, 2006) que explica el mecanismo de cambio: la activación simultánea de dos sistemas que en condiciones normales son mutuamente inhibitorios: el sistema de apego y la necesidad de experimentar y confrontar afectos negativos, objetivo de las técnicas psicoterapéuticas de este modelo. “Al mismo tiempo, el terapeuta intenta fortalecer la mentalización no sólo con

las técnicas definidas en el manual sino, y quizás más importante aún, a través de su interés en el mundo mental del paciente” (p.114).

POSICIÓN MENTALIZADORA Y CAPACIDAD DE MENTALIZAR.- Bateman y Fonagy (2006) definen los criterios que determinan que una intervención es mentalizadora y que una respuesta del paciente habla de una buena capacidad para mentalizar.

Una intervención se considera mentalizadora cuando: va dirigida a que el paciente se encuentre en la mente del terapeuta; es simple y corta y centrada en los afectos; está enfocada en la mente, no en la conducta, del paciente; dirigida a identificar diferentes perspectivas de ver las cosas y relacionada con eventos actuales y contenidos conscientes más que inconscientes.

Las respuestas que hablan de una buena capacidad de mentalizar implican: la capacidad de reconocer que no se puede saber lo que los otros están pensando y un interés genuino en explorar sus mentes y descubrir cosas; admitir que existen diferentes perspectivas, saber que se puede cambiar de opinión y una sensación de que es posible predecir y aceptar las reacciones de los demás al conocer lo que piensan y sienten; reconocer que uno se equivoca y que las ideas y sentimientos propios pueden ser confusos e incompatibles; reconocer el impacto que tienen los afectos; estar consciente de que con el desarrollo se profundiza la visión que se tiene de uno mismo y de los demás y la sensación de tener una continuidad autobiográfica y una vida interna rica.

EL ORIGEN DEL PENSAMIENTO

Peter Hobson, en un libro maravilloso llamado “La cuna del Pensamiento (Hobson, 2002), explora la naturaleza y orígenes del pensamiento y usa su experiencia, como psiquiatra clínico, psicoanalista y psicólogo del desarrollo, para encontrar algo que prefigura el pensamiento en la infancia y que está ausente en las demás especies: la capacidad del niño para vincularse social y emocionalmente con los demás seres humanos para crear el pensamiento simbólico e imaginativo. “Los vínculos”, dice, “que pueden unir la mente de una persona con la mente de alguien más, especialmente los lazos emocionales, son los vínculos que nos llevan al pensamiento” (p. 2). “Para decirlo con claridad, si un niño no entra en contacto con una persona, no llega a pensar” (xiv).

Hobson pensó que, si se desea investigar los fundamentos de las relaciones interpersonales y del pensamiento creativo, el autismo era un buen lugar para comenzar. Decidió, entonces, comparar este cuadro con otros que presentaran condiciones parecidas.

El primer grupo elegido fue uno de niños congénitamente ciegos, ya que, éstos, al igual que los autistas, encuentran difícil relacionarse con la forma en que otros seres humanos se orientan entre sí y hacia el mundo. La diferencia entre ambos era que los niños invidentes no podían ver, literalmente hablando, cómo se relacionan las personas entre sí. Los resultados hablan de una

predisposición, entre los niños ciegos de nacimiento, hacia el autismo aun cuando el impedimento social es menos profundo que en niños autistas que pueden ver.

Otros estudios, realizados con huérfanos fuertemente privados de contacto emocional en la Rumania de Ceausescu, lo llevaron a reconocer que un grado de privación social importante puede llevar a un niño a sufrir daños serios en su capacidad para responder a la relación humana. Hasta ese momento, dice Hobson, había pensado que sólo algo anormal en la constitución del niño podía afectar su tendencia innata a involucrarse emocionalmente con los demás seres humanos como para producir un cuadro de autismo. Los estudios arrojaron un resultado inesperado: una proporción elevada de estos niños, no autistas, desarrollaron un cuadro, o algo muy parecido, a un autismo infantil temprano. Los investigadores hablaban de patrones cuasi-autísticos en su comportamiento.

La teoría intersubjetiva que Hobson desarrolló, a partir de los estudios con autistas, huérfanos e invidentes, propone que, independientemente de las ventajas y desventajas con las que lleguemos al mundo, todos necesitamos recorrer el camino de la relación interpersonal para adquirir la habilidad de pensar. Para ello, es preciso experimentar a las demás personas como personas.

El primer paso para llegar a entender una mente, dice Hobson, es la capacidad de *responder* con sentimientos a los sentimientos de los otros (intersubjetividad primaria). El segundo es poderse *relacionar* con las actitudes y conductas externas de la otra persona, lo cual todavía no implica que el niño entienda que tiene una mente, (intersubjetividad secundaria).

En el tercer paso, el niño, no sólo registra y reacciona a las expresiones y conductas de los demás, no sólo emite sonidos relacionados con su entorno, también *sabe que lo hace*. Puede nombrar cosas, ponerse en los zapatos del otro y comentar sobre lo que los demás dicen. Se da cuenta que las palabras pueden tener significados comunes y que puede atribuir dichos significados en un juego simbólico.

El desarrollo social temprano, y la posibilidad de verse tocado por el sentimiento y poder responder a cualquier cosa que pase entre dos mentes, incluyendo la intención de comunicarse, proporciona, dice Hobson, el mecanismo que necesitamos para que el niño se descubra a sí mismo como un ser mental con la capacidad de pensar.

LA PERSONALIDAD ESQUIZOIDE

Dentro del campo descriptivo, el término esquizoide (Akhtar, 1991) fue acuñado por Bleuler en 1908 para designar una tendencia natural del ser humano a dirigir su atención hacia su vida interna y lejos del mundo externo. Una manifestación exagerada fue llamada personalidad esquizoide.

En 1943 (NIMH, 2004), el Dr. Leo Kanner introdujo, en la lengua inglesa, el nombre de autismo infantil temprano. En 1944, el Dr. Hans Asperger (Akhtar, 1991) describió “la psicopatía autista”, que relacionó con la personalidad introvertida o esquizoide, la cual ha sido resucitada últimamente bajo diversos nombres como “trastorno de personalidad autista” o “síndrome de Asperger”, una forma moderada del trastorno autista. El autismo y el síndrome de Asperger están incluidos, hoy, en el DSM-TR-IV como dos de los cinco trastornos del desarrollo generalizado, más comúnmente conocidos como trastornos del espectro autista, caracterizados por daños en las habilidades de comunicación, interacción social y patrones de conducta estereotipados y repetitivos.

Dentro de las aportaciones psicoanalíticas más importantes (Akhtar, 1991) a la comprensión del paciente esquizoide está la de Klein, quien sugirió que la escisión era la característica fundamental de la condición esquizoide; la de Deutsch acerca de las personalidades como-si y su falta de sentimientos genuinos detrás de una fachada de normalidad; la de Fairbairn que consideraba que el fenómeno esquizoide, vinculado a la presencia de disociaciones en el yo, era algo presente, de diferente manera, en todo ser humano; la de Winnicott con sus nociones de self verdadero y falso self al no empatizar la madre con los gestos espontáneos del niño; y, finalmente, la de Burland con su descripción del “desorden autista del carácter” resultado de una privación temprana, severa y sostenida de cuidado materno que provocaba un “empollamiento” incompleto del niño en la fase autista normal.

EL ESPECTRO LÍMITROFE. Meissner (Meissner, 1995) dice que el concepto de espectro límite, permite discriminar síndromes distintos y ayuda a una mejor comprensión teórica y a un abordaje terapéutico más preciso de los trastornos graves. Así podemos hablar, dice Meissner, de dos agrupaciones que pueden ser discriminadas, el continuo histérico y el esquizoide.

En contraste a la reactividad y labilidad afectivas, tormentas emocionales y actuaciones precipitadas del continuo histérico (que muchos autores toman como paradigmático de la patología límite), el paciente esquizoide presenta problemas para engancharse en el proceso terapéutico y un retiro defensivo para proteger la fragilidad, vulnerabilidad y la tenue independencia e identidad del self. Los subgrupos de los que habla Meissner, la personalidad esquizoide, la de falso self, la personalidad como-si, y la de indefinición de la identidad, luchan todos con el dilema de necesitar objetos y el temor al engolfamiento y pérdida del self.

LA HISTORIA DE MARTÍN

Martín tiene muy pocos recuerdos de su infancia, pero sí sabe que creció solo, en medio de golpes y malos tratos, sin saber qué esperar de sus progenitores. Respecto a su madre, habla de una mujer poco afectiva, que, al tener que aguantar a un esposo muy difícil, descargaba su tensión en los hijos. Su padre era un hombre muy recio y muy distante. “Crecí con el mensaje de “tú no sabes”, “estás mal”, “mejor déjame a mí”, “eres un pendejo”. “Mejor aprendí a alejarme de mis padres; los dos me pegaban sin saber yo por qué”.

Se recuerda un niño enfermizo, tímido y muy solitario. No se acuerda mucho de la escuela primaria, pero, no sabe por qué no tuvo amigos; es más, me pregunta que qué es un amigo. Se describe muy bueno para el estudio, aunque no sabe por qué nunca era recompensado por sus padres.

Estudió una licenciatura en la universidad y refiere que siempre fue un alumno muy destacado. Pronto le ofrecieron un buen trabajo, el cual le ha permitido ahorrar un dinero. Considera que tiene conocidos en el trabajo, pero no amigos. No sabe por qué, pero rara vez lo invitan a sus reuniones. “El otro día fui con un compañero a un juego de fútbol y no entendía por qué gritaba. Decidí gritar junto con él cuando veía una buena jugada y sólo sentía una cierta vibración en el cuerpo”.

Sólo ha tenido una novia, que recién lo terminó. “Hace poco”, me dijo, “terminé una relación con una chica, pero la verdad no sé por qué. Sólo me dijo que desde el principio supo que lo nuestro no iba a funcionar. ¿Cómo puede alguien saber eso desde el principio? Ella que se cansó de que no nos comunicáramos, pero yo sí le decía las cosas. Si me preguntaba ¿vas a venir a comer? Le contestaba, ‘no porque estoy acá, pero el lunes sí porque voy a estar allá’. A mí me sonaba lógico, pero ella se desesperaba mucho. Se quejaba de que no le dejaba mensajes telefónicos, pero ¿para qué hacerlo en una contestadora?” Al preguntarle si era feliz en esa relación me contestó: “¿Feliz? ¿Comparado con qué? No sabría decirle. Ya le dije que me queda lo de la alexitimia”.

FORMULACIÓN PSICODINÁMICA DE ACUERDO CON EL MODELO DE LA MENTALIZACIÓN

El problema central de Martín parece tener que ver con que no encontró, en su entorno, figuras confiables con las que pudiera crear una relación de apego seguro que le permitiera desarrollar las herramientas para entender y ubicar su lugar en el mundo y adquirir una vivencia coherente e individualizada del sí mismo.

Sus padres, figuras recias, poco afectuosas y distantes, no se prestaron como figuras de identificación ni pudieron crear la atmósfera propicia para que, a través de la regulación de sus afectos, su hijo pudiera construir su propia realidad psíquica y una estructura interna bien diferenciada. Parece ser que su alejamiento fue una manera de sobrevivir.

Sus necesidades de identificación con figuras significativas no progresaron más allá de una etapa temprana de imitación por la falta de un involucramiento emocional real con un objeto constante. Esta actitud imitativa y su capacidad plástica, aunadas a sus buenos recursos intelectuales, le permitieron, de algún modo, moldearse a las expectativas externas y lograr una fachada de adaptación a la realidad. Esta organización “como-sí” cubre su vacío esquizoide, logra una cohesividad pasajera y actúa como una defensa contra su falta de identidad y de un self cohesivo.

Si bien conserva ciertas áreas intelectuales que le permiten desempeñarse adecuadamente en un trabajo que lo mantiene aislado del resto de sus compañeros, Martín parece detenido en su desarrollo afectivo y emocional. Ante un ambiente que percibió hostil y amenazante y, al no recibir el espejeo y modulación de sus estados internos a partir de las respuestas de sus padres, no pudo construir un sistema de símbolos y representaciones mentales, lo suficientemente articulado y diferenciado, para desarrollar la capacidad reflexiva y de mentalización que le hubiera permitido experimentar y regular sus afectos, comunicarse y entender porqué la gente hace lo que hace.

Como resultado, Martín va por un mundo regido por la inercia y el sinsentido; sin ninguna consciencia de la existencia de un mundo interno que pueda guiar y controlar sus respuestas. No existen, en él, emociones matizadas y diferenciadas, sólo equivalentes somáticas de afectos.

Ante la incapacidad de socializar, no le ha quedado otro remedio que convertirse en un espectador pasivo de lo que acontece a su alrededor. La vitalidad de su actividad mental ha desaparecido dentro de un mundo interno que se percibe muy carenciado. Su experiencia consciente está vacía de emociones y sentimientos que puedan dirigir y orientar su proceder. Ante un mundo que no entiende, y frente a individuos con los que no se puede comunicar, prefiere responder con una actitud de desapego.

Su interacción social carece de contactos auténticos y espontáneos. La gente a su alrededor, al poco de conocerlo, se da cuenta de que algo anda mal, de que algo no es genuino en Martín; no es capaz de una verdadera empatía y contacto afectivo. Su relación con el mundo se reduce a un intercambio de necesidades básicas, reglas, lógica y hechos concretos.

Se mantiene, así, aislado, distante e inaccesible emocionalmente. Cancela su relación con el mundo externo, mientras tímidamente anhela, al mismo tiempo, poder entrar en contacto con un entorno que no puede leer ni entender. La rigidez de sus defensas y la integridad de ciertas funciones intelectuales le permiten mantener una estructura de carácter estable y una buena adaptación laboral.

EVOLUCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

A fin de mostrar la evolución del proceso, voy a presentar a continuación una viñeta de la parte inicial del trabajo, donde se puede ver la incapacidad de Martín para tomar las intervenciones psicodinámicas tradicionales y la falta de herramientas del terapeuta para encontrar un punto de comunicación y contacto con el paciente. Enseguida transcribiré otra del tercer año del proceso, donde se pueden observar las diferentes respuestas del paciente frente a las interpretaciones tradicionales y las intervenciones mentalizadoras. Finalmente, escribiré una del quinto año, donde se puede apreciar ya una continuidad en el ritmo de trabajo y un verdadero involucramiento entre paciente y terapeuta.

A. EL INICIO DEL PROCESO

“Normalmente no me acerco a las personas. Son como las reacciones instintivas que no se pueden evitar... Es como cuando, a pesar de que traes lentes, algo te va a salpicar y cierras los ojos. Si se va a caer la plancha caliente, intentas agarrarla aunque te quemes. O cuando me rompí la clavícula y andaba enyesado por cachar un frasco que se caía de un librero. De todos modos hice el esfuerzo y me astillé el hueso”.

Le digo que quizá es lo que le pasa con las relaciones humanas. Las vive peligrosas: queman, asustan, lastiman y por eso, instintivamente, se aleja de las personas.

Se me queda viendo fijamente unos minutos con esa mirada perdida, vacía, que no tardé mucho en identificar en él y me dice:

- “¿Con qué se supone que debo seguir en este momento?”
- “¿Pasó algo dentro de ti?” le contesto.
- “Nada, una pausa... más bien un falso contacto porque el mover el botón de pausa es algo voluntario. El falso a la mejor se arregla con un golpe”.
- “Quizá, le digo, es lo que aprendiste, todo a base de golpes.
- “No sé qué debo decir ahorita”, me dice luego de observarme fijamente un lago rato.

Análisis

El pensamiento de Martín tiende a ser concreto, rígido e inflexible. No tiene conciencia de que existe dentro de él un mundo de estados internos contra el cual puede comparar lo que vive en el exterior y que explican su comportamiento. Cuando necesita activar su capacidad de mentalización para comunicarse con los demás, se hace en su mente un vacío asociativo que le impide entrar en interacción con las personas.

Por otra parte, parece estar detenido en el modo de equivalencia psíquica y al no poder diferenciar y comparar realidad interna y externa, no puede crear un espacio psicológico que le permita jugar con la realidad y entender, dentro del trabajo psicoanalítico, el papel de las interpretaciones, la transferencia y las fantasías. La vía que permite compartir la realidad psíquica, el pensamiento simbólico, pareciera estar bloqueado o, de plano, no existir. No tiene la capacidad de un “yo observador” que haga posible el trabajo en estas circunstancias. Yo, como terapeuta, sentía que no disponía de las herramientas para traspasar un muro que sentía muy difícil de franquear.

B. EL TERCER AÑO DE TRABAJO

- “Me siento lejos de lo que quiero, una pareja y una familia. Como dice la canción de Cat Stevens -Del padre al hijo”.
- “¿Cómo dice la canción?” pregunto sin entender.
- “Busca una pareja, tu destino... yo así he sido feliz”... “Es el mensaje de un padre a un hijo”. Le digo que parece que ese mensaje no le llegó a él. Se queda pensando con la mirada hacia arriba como buscando algo. Me contesta sin emoción que a él sólo le llegaron regaños y recriminaciones.

- “Tu papá no te cantó la canción”, le digo.
 - “¿Mi papá no me cantó la canción? ¿Cómo es eso?”
 - “No te enseñó por dónde caminar como dice la canción”. Se queda pensando y se me queda viendo con una mirada fija, que yo siento perdida, vacía.
 - “Aquí, ¿por dónde sigo? No sé, se me queda la mente en blanco”.
 - “Quizá te gustaría que yo te guiara”.
 - “Sería bueno, pero sé que tengo que hacerlo solo, como siempre, con mis propias uñas (lo dice sin emoción)”.
 - “Ahorita que se te quedó la mente en blanco y que no sabías por dónde seguir, sentí que te debes haber sentido, como...¿perdido?, como ¿triste y atrasado en cuanto a tus deseos de tener una familia?”
- Sus ojos se rasan de la emoción y comienza a rascarse de un lado del ojo, como es su costumbre cuando se emociona.
- “Sí, me siento perdido” (con la voz entrecortada). “Ya estoy sintiendo la comezón de un lado del ojo”.
- Le digo que también veo sus ojos brillantes.
- “Sí, los siento húmedos y también sé que se me está quebrando la voz”.
 - “Siento que debe ser muy difícil sentirse solo, como perdido, sin alguien que te dé un mensaje claro”.
- Asiente sin poder contestar por la emoción.
- “Yo estoy tratando de entender lo que pasa dentro de ti. Veo que sí hay muchas cosas, veo, por ejemplo, que te encontraste esta tristeza, esa sensación de estar perdido, un espacio en blanco que no sabes cómo atravesar, atrasado en la vida, sin una guía clara”.
- (Se despide conmovido apretando mi mano fuertemente entre las dos suyas.

Análisis

En la primera parte de la sesión se puede apreciar un momento de trabajo con intervenciones tradicionales que no generan mentalización en el paciente. Las interpretaciones: “Parece que ese mensaje de un padre a un hijo a ti no te llegó” y “Tu papá no te cantó la canción” son intervenciones que presuponen que el paciente posee una capacidad de mentalización (y, por ende, una capacidad simbólica y representacional) para poder jugar con las palabras a través de desplazamientos. En sus respuestas: “¿Mi papá no me cantó la canción? ¿Cómo es eso?”, “Aquí ¿por dónde sigo?” “No sé, se me queda la mente en blanco”, se puede apreciar cómo el paciente no puede entrar en ese espacio de trabajo produciéndose en él un vacío asociativo.

En la segunda parte, se observa un cambio de ritmo al adoptarse una posición mentalizadora. Las intervenciones: “Ahorita que dijiste que se te quedó la mente en blanco sentí...”, “También veo tus ojos brillantes”, “Siento que debe ser muy difícil...”, “Yo estoy tratando de entender lo que pasa dentro de ti. Te veo bien en lo profesional...” cumplen las características de una intervención mentalizadora porque están dirigidas a que el paciente encuentre sus pensamientos y emociones en la mente del terapeuta y buscan explorar otra perspectiva (en este caso la del terapeuta).

Las respuestas (verbales y no verbales) de Martín muestran que se comienza a generar un proceso de mentalización (si bien muy incipiente) porque el

paciente empieza a reconocer las señales de una emoción en su lenguaje corporal (siento los ojos húmedos, comecón a un lado del ojo, se me está quebrando la voz, el fuerte apretón de manos) y comienza a identificar sus estados mentales (la sensación de sentirse solo, perdido y necesitado).

C. EL QUINTO AÑO DE TRABAJO

“El fin de semana fui a mi pueblo porque murió mi abuela (dice con su tranquilidad acostumbrada). Vi muchas cosas...Una tía casada con un hermano de mi papá, habló diciendo que estaba muy consternada ¿Cómo creerle si casi ni veía a mi abuela?”

- “¿Qué crees que tenía en la mente al hacer la llamada?”

- “Pues que sólo quería quedar bien, guardar la imagen ante la familia.

- “Siento que puedes leer bien su mente y explicarte porqué hizo lo que hizo”.

- “Luego una hermana de mi papá se me abrazó llorando desesperada y le dije que dejara en mi hombro su dolor, que no cargara de más. Pero cada vez que llegaba alguien, hacía lo mismo, se me hizo exagerado. También vi a mi papá, siempre con su trato justo e igualitario, recibiendo abrazos de todos, hasta de los más pobres con su ropa sucia de trabajo... Después fuimos a enterrar a mi abuelita al panteón y... (rompe en un llanto franco, guardo silencio).

Me dolía mucho y más al pensar que esto me hubiese gustado sentir con mi otra abuela que tanto quería. (Sigue llorando sin poder hablar) (Por primera vez, en cinco años, me levanto a acercarle un pañuelo desechable). Entonces no pude... (Sigue llorando y hablando en forma entrecortada). Lo que no soporto son todas esas máscaras”. (Hago un gesto de interrogación). “Si todos los familiares que estaban fingiendo un dolor que no sentían... Pocos se levantaron a hacer guardia junto al féretro... Me preocupó una tía que vive fuera y que últimamente no había podido visitar a su madre. Me temo que se vaya a sentir culpable... (Silencio)

- “¿Hace cuanto que murió tu abuelita materna?”

- “Hace seis años”. Le pregunto que si recuerda, cómo se sintió entonces. “No sentí nada, me acuerdo que sólo decía ‘qué pena’, ‘qué pena’, pero sólo como por decir algo. No sentía nada. No pude hacer un duelo. En esta ocasión me tocó sentir todo lo que entonces no pude sentir. Le pregunto que qué pasó en aquella ocasión. “No tenía todos los superpoderes que he aprendido aquí...” (Me ve con una especie de sonrisa que refleja más bien dolor).

- “Caray Martín, me siento muy conmovida con todo lo que viviste el fin de semana. He podido sentir todas las diferentes emociones que captaste en tus tíos, tu padre, en ti mismo. Veo todo lo que eres capaz ya de percibir y de sentir. Además veo tus aspectos bondadosos cuando te muestras capaz de consolar a tu familia. Eres un buen hombre, Martín”.

- “Me preocupa que se puedan doblar (dice tímidamente). Ve mi cara de extrañeza. Como yo, cuando me dejó mi novia y llegué aquí.

- “Cuando llegaste aquí yo no te vi para nada doblado”.

“Es que acuérdate que aprendí a dejarlo todo de lado para no doblarme”.

- “Ahora te veo parado en medio de un profundo dolor, pudiendo con él y además observando detenidamente y apoyando a los demás. Me pudiste transmitir lo que percibiste, lo que sentiste, todo tu dolor, con tus lágrimas, el brillo de tus ojos y tu voz quebrada. (Se me queda viendo en silencio con sus

ojos húmedos y una sonrisa que siento de satisfacción) (Nos despedimos con un fuerte apretón de manos, las cuatro manos unidas en una emoción).

Análisis

Creo que esta sesión da una idea más clara de cuál pudiera ser una posición francamente mentalizadora por parte del terapeuta y cómo las respuestas de Martín hablan ya de una actitud reflexiva y de una mayor capacidad para entender estados mentales en él mismo y en los demás. En palabras de Hobson, el paciente ha conseguido “su espacio mental” y se puede mover ya en ese espacio, relacionándose con sus pensamientos y sentimientos, así como con las imágenes, representaciones y conductas intencionales que puede apreciar en los demás, incluida la terapeuta. Siento que la conexión emocional que logramos es la corriente que hace fluir el trabajo y la que va aterrizando, poco a poco, en su mente lo que es una mente. En la parte final, al resumirle cómo me hizo partícipe de su historia, intento validar sus esfuerzos y, confirmar en él, el sentimiento de que ahí estamos dos seres vivos comunicándonos.

CONCLUSIONES

Me gustaría empezar esta parte final comentando las dudas y el desconcierto inicial que sentí ante las posibilidades reales que teníamos, tanto Martín como yo misma, de poder emprender un trabajo juntos. En un primer momento, sentí que tenía, frente a mí, una personalidad retraída, esquizoide, que prefería conectarse con su propio mundo. Al poco, me pregunté si efectivamente habría un mundo interno oculto, defensivo, dentro de él o se trataría, más bien, de algún tipo de carácter autista con déficits neurológicos y un aparato muy carenciado para pensar y comunicarse. Afortunadamente, esas dudas y ese desconcierto inicial, creo que han ido, poco a poco, despejándose en la medida en que he podido profundizar en varios conceptos.

Considero que la idea de un espectro limítrofe, como sostienen Kernberg y Meissner, ayuda en mucho a discriminar diferentes niveles de organización y funcionalidad que encaminan hacia abordajes específicos. A Martín lo puedo entender como una forma moderada de carácter autista, por sus problemas de comunicación e involucramiento afectivos, dentro de un espectro esquizoide de la personalidad. Independientemente de posibles déficits neurológicos, me parece que la falta de una interacción emocional, sostenida y profunda con otras mentes, hizo que su propia mente no pudiera estructurarse lo suficiente para poder entrar en relaciones estrechas con otras personas.

En mi búsqueda de nuevas herramientas para trabajar con trastornos graves, entré en contacto con el modelo de la mentalización. Sin embargo, a pesar de que este enfoque fue desarrollado, de acuerdo con Fonagy (Fongagy, 2002), para explicar la naturaleza del funcionamiento mental de un grupo más grande de individuos, lo cierto es que ha probado resultados específicamente con pacientes impulsivos y emocionalmente inestables. Es por ello que el trabajo de Hobson, sobre el desarrollo mental y los orígenes del pensamiento, me

pareció un buen punto de partida para tratar de ubicar un espectro más amplio de personalidades, en este caso las que se encuentran en el espectro esquizoide-autista de la personalidad. Las investigaciones que este autor toca en torno a pacientes autistas, comparándolos con invidentes y huérfanos fuertemente privados de contacto, me hicieron resonar sensiblemente con la historia de Martín y motivaron, en mucho, mis reflexiones. Cada vez me fue quedando más claro que Martín estaba detenido en su desarrollo emocional y social producto, en buena parte, de la ausencia de un entorno sensible que entrara en sintonía con él.

Mi experiencia en este caso me confirma que “las formas de sentir” son la fuente primaria del contacto mental entre los seres humanos y lo que verdaderamente va dando origen al pensamiento creativo e imaginativo. En el proceso con Martín, he podido atestiguar que la experiencia afectiva directa es la que nos ha permitido conectarnos y entrar en el terreno de lo que es una mente y los pensamientos, sentimientos e intenciones que la conforman.

El modelo de la mentalización y la TBM me interesaron profundamente desde un principio como un enfoque viable para abordar a los pacientes que, en mi experiencia, no parecían responder a las técnicas clásicas del psicoanálisis. En el caso de un chico, como Martín, cuyo aparato para pensar y conectarse con el mundo mostraba un desarrollo tan precario, sentí que la TBM podría ser una posibilidad muy real en el trabajo activo de construir y organizar un mundo representacional interno, separado y diferente, de la realidad externa.

Considero que, al enfocarnos Martín y yo, en un espacio mental, que “tenía que cobrar vida”, el trabajo comenzó a fluir. Esto ha sido posible a través del reflejo de actitudes, gestos, tonos de voz, la validación de sus logros y su historia que “le hicieron sentirse visto por primera vez”. Del mismo modo, un aspecto muy importante ha sido mostrarle mi propio espacio mental: cómo siento, pienso, saco conclusiones... Poco a poco, los otros seres humanos – incluida yo- hemos ido cobrando vida en su mente. Él mismo comienza a verse ya en relación con los demás y sus diferentes maneras de percibir las cosas. Las conductas, de pronto, tienen que ver con los deseos y las intenciones de las otras personas.

Las investigaciones del desarrollo que avalan que “los niños encuentran su mente en la mente del cuidador” (Fonagy, 2001), a través de un espejo contingente y marcado, en el contexto de la regulación emocional que brinda un apego seguro, abren un campo muy fértil para ayudar, no sólo a pacientes inestables e impulsivos, sino también a pacientes inhibidos e introvertidos como Martín. La hipótesis de que la percepción del marcaje de la madre, por parte del niño, activa su sistema metarrepresentacional y le ayuda a percibir los contenidos de su mundo interno afuera en la mente de su madre, ofreciéndole un símbolo o una representación, resulta, en mi experiencia, un terreno de aplicaciones clínicas muy prometedor para pacientes que, como este chico, necesitan construir una mente para poder comunicarse y entender el lugar que ocupan en sociedad. Estas personas tan carenciadas necesitan “algo más que la interpretación”, necesitan verdaderos momentos de encuentro con el terapeuta (Stern y cols., (2000).

Siento que no puedo finalizar este escrito sin expresar un sentimiento de enorme gratitud hacia este muchacho por todo lo vivido. A lo largo de estos cinco años, he podido ser testigo de cambios muy emocionantes en ambos. En él, porque parece comprender y conectarse, cada vez mejor, con el mundo en el que habita y porque está comenzado a tomar, ya, decisiones importantes en su vida. En mí, porque creo haber encontrado una manera de entrar en contacto con pacientes con los que no pensé que pudiera hacerlo y porque, para entender un poco más, he tenido que abrir mi pensamiento a otras ideas y disciplinas que me han aportado mucho como persona y como profesional de la psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Akhtar, S. (1992). *Broken structures*. Guilford Press. New York.
- Autism Spectrum Disorders, Pervasive Developmental Disorders, (2004). A Publication of the National Institute of Mental Health (NIMH).
- Allen, G. J., Fonagy, P., Bateman A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allen, G.J., Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental Health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clarkin, J.F, Yeomans, Frank E., Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality, focusing on object relations*, American Psychiatric, Publishing, Inc.
- Fonagy, P., (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press New York.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). *Affect regulation mentalization, and the development of the self*. Other Press New York
- Fonagy, P., Target M. (2002). *Jugando con la realidad – III, La persistencia de la realidad psíquica dual en pacientes fronterizos*. LAP, XVI, 91-111.
- Fonagy, P., (2005). *The past unconscious or the present unconscious: where is the appropriate focus for psychoanalytic work?* Keynote lecture at the celebration of the 50th anniversary of the Mexican Psychoanalytic Association, 18th November 2005, Mexico City.
- Fonagy, P., Bateman, A.W. (2006). *Mechanisms of change in Mentalization-based treatment of BPD*. Journal of Clinical Psychology, Vol. 62 (4), 411-430.
- Grupo de Boston. (2000). *Mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica: el algo más que la interpretación*. LAP (2000), XIV, pp. 207-225.
- Hobson, P., (2002). *The cradle of thought*. Oxford University Press
- Meissner, W.W. (1995). *Treatment of patients in the borderline spectrum*. Jason

Aronson.

(*)

Lic. en Psicología, Universidad Autónoma de Guadalajara
Psicoterapeuta y Psicoanalista por la Asociación Psicoanalítica Jalisciense
Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica Grupal, Universidad de Guadalajara

Coordinadora y expositora de cuatro generaciones del diplomado
“Evaluación, Diagnóstico y Abordaje de los Trastornos Graves de
Personalidad”, 2007, 08, 09 y 10, Asociación Psicoanalítica Jalisciense.

Expositora en congresos, cursos y diplomados sobre salud mental y
los trastornos graves de personalidad en diferentes universidades
e instituciones de salud públicas y privadas desde 1996.

Profesora en la Maestría de Psicoterapia Psicoanalítica, Instituto
Jalisciense de Psicoanálisis y Psicoterapia.

Publicaciones:

¿Quién es el paciente limítrofe?
Salud Mental, Vol. 23, No 1, Febrero 2000.

Investigación:

La personalidad limítrofe y sus índices diagnósticos en el
Test de Rorschach, 3er lugar, XIV Congreso Nacional de la
Asociación Psiquiátrica Mexicana, Nov 95.