

MENTALIZACIÓN, MINDFULNESS, INSIGHT, EMPATÍA E INTERPRETACIÓN

POR OTTO KERNBERG

Título Original:

Mentalization, Mindfulness, Insight, Empathy and Interpretation.

The Inseparable Nature of Love and Agression. Clinical and Theoretical Perspectives. Capítulo III

American Psychiatric Publishing. Washington DC.

Traducción: Lic. Mark Elton.

En este capítulo, defino los conceptos relacionados de la *mentalización*, el *“mindfulness”*, el *“insight”* y la *empatía*, y analizo su relación mutua y su relevancia en la práctica de la psicoterapia conductual y psicodinámica. La terapia basada en la mentalización (TBM, o en el inglés original, MBT, *mentalization-based therapy*) representa una psicoterapia psicodinámica alternativa a la psicoterapia enfocada en la transferencia (PET, o en el inglés original, TFP, *transference-focused psychotherapy*), e intento clarificar las relaciones entre estas dos terapias, que han sido aplicadas especialmente al trastorno límite de la personalidad. El *mindfulness* es un concepto clave que se está utilizando actualmente en los enfoques cognitivo-conductuales, y la comparación de este concepto con la mentalización es relevante al análisis comparativo de las diferentes psicoterapias contemporáneas.

Otra cuestión importante que se explora en este capítulo es el papel de la interpretación como una técnica psicodinámica central en el tratamiento de los trastornos de personalidad graves. Se presenta el punto de vista de que las intervenciones interpretativas tempranas -tal como se definen en este contexto- son un componente útil y esencial de los abordajes psicodinámicos a los trastornos de personalidad graves, y se ilustra este abordaje interpretativo con un extracto textual de una sesión temprana de TFP con un paciente borderline.

El énfasis reciente en la mentalización, como foco y mecanismo de cambio en el tratamiento de los trastornos de personalidad graves dentro de un abordaje psicodinámico, ha puesto de relieve la confusa amplitud en la definición de este concepto. Sugarman (2006), por ejemplo, desde un punto de vista integrador, define la *mentalización* en el sentido más amplio. Equipara la mentalización a lo que llama el *“insightfulness”*, que se refiere a los procesos generales del desarrollo

cuya función es fomentar la autorreflexividad, el desarrollo de la capacidad simbólica, y la adquisición del conocimiento sobre el mundo interno; en el psicoanálisis se fomenta el *insightfulness* a través de la interpretación y el análisis de la transferencia. Esta conceptualización amplia, según mi punto de vista, pierde la especificidad del abordaje técnico correspondiente a las condiciones borderline. A continuación, propondré una definición estrecha y circunscrita de la mentalización, como un mecanismo de cambio específico en la psicoterapia psicodinámica y el tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad graves, vinculándolo con la técnica interpretativa en estas condiciones, comparándolo con los avances paralelos en los enfoques psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual.

Comienzo con algunas de las suposiciones básicas para encuadrar el análisis subsiguiente. Uno de los objetivos principales del psicoanálisis es la adquisición de *insight* por parte del paciente, sobre los procesos mentales inconscientes (no sólo el contenido) que inconscientemente motivan y determinan la conducta consciente, ensombreciendo las intenciones conscientes. El *insight* conlleva la adquisición de conciencia autorreflexiva acerca de las operaciones mentales inconscientes y de la interacción de las fantasías pasadas y presentes con la realidad, que constituyen el contexto en el cual los procesos psíquicos evolucionan. Creo que la interpretación es la técnica psicoanalítica fundamental para fomentar el *insight* y, en otro lugar, he discutido la conexión entre el análisis de la transferencia y la “relación real” con el analista como factor terapéutico (Kernberg 2007b, 2009). Las psicoterapias psicodinámicas también han mantenido este énfasis en la adquisición de *insight* sobre los procesos mentales inconscientes, enfatizando la autorreflexión facilitada por técnicas psicodinámicas interpretativas para conseguir este conocimiento (Caligor et al. 2009; Kernberg 1999). Recientemente, los enfoques psicoterapéuticos de corte cognitivo y conductual han empezado a prestar atención a la conciencia autorreflexiva de los procesos intrapsíquicos bajo el título del “*mindfulness*,” un enfoque influido por la filosofía budista, cuya eficacia se está investigando actualmente a través del estudio empírico de sus resultados psicoterapéuticos.

El énfasis reciente sobre la “mentalización”, con su foco en una mayor conciencia de los procesos mentales de uno mismo y de los demás, como un aspecto principal de las psicoterapias psicoanalíticas de los trastornos de

personalidad graves, es un acontecimiento especial en la búsqueda de un mayor *insight* (Bateman y Fonagy 2004; Levy et al. 2006a). MBT, una forma especial de psicoterapia psicodinámica para los trastornos de personalidad graves, propone que la interpretación temprana podría estar contraindicada en las etapas iniciales de MBT, o cualquier terapia, para los trastornos de personalidad graves. Fonagy y sus colaboradores, los autores de MBT, han señalado los riesgos de la interpretación temprana de la transferencia en los pacientes borderline, planteando la cuestión de si la interpretación, bajo ciertas circunstancias, pudiera dificultar o inhibir la capacidad del paciente para mentalizar (Bateman y Fonagy 2004). Una cuestión relacionada, que se ha planteado frecuentemente en los años recientes, es la importancia relativa del *insight* proveniente de la interpretación, en comparación a los efectos de la relación terapéutica *per se* como mecanismo principal de cambio (Kernberg 2007b). Además, la ampliación prevalente del concepto del *insight* para significar un aumento general de auto-conocimiento, desvinculando el concepto de sus implicaciones técnicas específicas, es algo que podría estar ocurriendo también con el concepto de mentalización. Éste último, originalmente enfocado en los abordajes terapéuticos con los pacientes borderline, actualmente suele ser aplicado en todos los procesos psicoterapéuticos que apuntan al aumento de la autorreflexividad, en lugar de ser relacionado con un enfoque psicodinámico específico sobre los trastornos de personalidad graves. Esta ampliación conceptual desdibuja los conceptos de *insight* y mentalización.

Mindfulness

En este contexto, el desarrollo paralelo del concepto de *mindfulness* como elemento técnico principal en las terapias cognitivo-conductuales, añade una dimensión relacionada con respecto a la importancia de la autorreflexión en todas las psicoterapias. Creo que merece la pena realizar un esfuerzo para definir estos conceptos relacionados y circunscribir las indicaciones para su empleo técnico, tanto a nivel general como específico, especialmente desde el punto de vista de un abordaje psicoanalítico. La comparación del concepto de *mindfulness* dentro de los enfoques psicoterapéuticos cognitivos, y la mentalización dentro de los enfoques psicoterapéuticos psicoanalíticos, puede proporcionar un marco básico para clarificar las cuestiones planteadas más arriba. Esta tarea se abordó por primera vez en el artículo original de Choi-Kain y Gunderson (2008), con un foco particular en las áreas comunes entre estos conceptos y otros. A continuación, exploraré

estos conceptos desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, intentando circunscribirlos y refinar sus implicaciones diferenciales y su utilización correspondiente.

El *mindfulness* ha sido una tarea central de la meditación, derivado de los principios filosóficos budistas, e incorporado en las terapias cognitivo-conductuales, lo que ha estimulado la investigación empírica y los intentos de refinar el concepto (Linehan 1993; Linehan et al. 2007). Se puede definir el *mindfulness* como un esfuerzo consciente para evaluar la experiencia subjetiva en el momento presente, a través de la atención voluntaria, sin ejercer ningún juicio de esta experiencia. Es una atención benigna –activa y enfocada, pero sin ninguna restricción crítica- a la experiencia del self en el presente. Incluye una atención emocional, empática y abierta con respecto a lo que uno piensa, siente y observa, momento a momento (Siegel 2007). Dentro de la terapia conductual dialéctica (DBT, del inglés *dialectic behavior therapy*), por ejemplo, esta definición se especifica en varios aspectos -concretamente, en el proceso de observar y describir la experiencia consciente del self en el momento, y el esfuerzo realizado para observar esta experiencia, aceptándolo de una manera no crítica (Carson et al. 2004; Germer et al. 2005; Hays et al. 2004; Shapiro et al. 2006). *Mindfulness* implica el enfocarse en los sentimientos sin reaccionar ni actuar sobre ellos (lo cual se aproxima a lo que, en la terminología psicoanalítica, se quiere decir al hablar del proceso de contener los pensamientos y sentimientos, en lugar de actuar [*acting out*] sobre ellos). La atención y percepción de los sentimientos que uno tiene, sin reaccionar a los mismos, debería incluir los sentimientos, sensaciones y percepciones, tanto placenteros como dolorosos, y un esfuerzo para verbalizarlos dentro de un marco de tolerancia, más que una disposición crítica. *Mindfulness* es, en esencia, una reflexión sobre la naturaleza de los procesos psíquicos de uno mismo y su estado subjetivo en el momento, e implica una actitud de curiosidad, apertura, aceptación y amor hacia el self. Es una forma de relación que uno tiene con su sí mismo, una forma interna de “auto-sintonización”, que se ha convertido en una importante estrategia técnica de las terapias de corte cognitivo-conductual enfocadas en la reducción del estrés. El contenido de dicha auto-observación incluye sensaciones, imágenes, sentimientos y pensamientos; la atención se dirige a todo lo percibido en este momento por parte del self, lo que incluye la experiencia de los objetos inanimados en el entorno. Desde un punto de vista psicoanalítico, se podría

especular que el tipo de actitud de auto-orientación tolerante que el *mindfulness* implica, refleja una identificación inconsciente con un objeto bueno materno introyectado, aunque conlleva el peligro de la tentación para el auto-engrandecimiento narcisista.

Los objetivos terapéuticos del *mindfulness* dentro de la terapia cognitivo-conductual incluyen la regulación de la atención, del afecto y de la autoestima, mediante la aceptación y la apertura en torno a las propias experiencias. También se ha convertido en una herramienta objetiva para la investigación de la integración psicológica. Desde el punto de vista psicoanalítico, el hincapié en el *mindfulness* dentro del campo de la terapia cognitivo-conductual constituye un avance significativo de varias maneras: supone el reconocimiento de que, incluso dentro de los abordajes cognitivos, enfocarse en la afectividad y la emocionalidad se ha vuelto algo bastante central. Es un nuevo enfoque en las experiencias internas de los pacientes, además de su comportamiento objetivo y sus estructuras intelectuales.

Evidentemente, existe cierto solapamiento entre el *mindfulness* y la mentalización, en relación a la auto-observación y el énfasis en la reducción de la impulsividad y la reactividad a la hora de enfrentarse a la experiencia afectiva (Choi-Kain and Gunderson 2008). Una diferencia importante, sin embargo, es el hecho de que el *mindfulness* está restringido a la auto-observación. A pesar de los esfuerzos para aumentar el terreno de la auto-observación, por definición su enfoque está en “el momento”, y no en el self en relación al otro; y en los factores “conscientes”, mientras que la mentalización incluye también la consideración de fenómenos inconscientes y, más importante, la consideración de la forma en que el paciente experimenta al terapeuta. Quizás la diferencia más importante, desde el punto de vista de la teoría contemporánea de las relaciones objetales, sea que el concepto de *mindfulness* no incluye los determinantes inconscientes de la auto-observación, derivados de las relaciones objetales internalizadas, de naturaleza diádica y triádica, como por ejemplo la identificación inconsciente con figuras parentales, cuya actitud hacia el self -amorosa, tolerante, indiferente, o crítica y marginadora- se incorpora en la forma de una relación interna con el self como una entidad percibida (Kernberg 2004b). En la medida en que el *mindfulness* también incluye la experiencia actual de los objetos percibidos en el entorno del individuo, estos son sólo objetos inanimados; no se refiere a la percepción de los demás en

cuanto objetos pensantes en relación con el self del individuo. El concepto de *mindfulness* tampoco aborda los problemas planteados por las tendencias narcisistas normales y patológicas, las experiencias de grandiosidad, humillación e inferioridad. De hecho, existe el peligro de que el *mindfulness* refuerce las relaciones objetales narcisistas y omnipotentes en ciertos casos, promoviendo la auto-idealización o la ilusión de que todo lo que tiene valor emana y reside en la experiencia del self en el momento.

Mentalización

La mentalización, en cambio, implica la comprensión del comportamiento del self y del otro como algo con significado, basado en estados mentales intencionados y que tienen un propósito, incluyendo los deseos personales, las necesidades, los sentimientos y las convicciones de ambas partes. Estos estados mentales cambian constantemente durante la interacción, reflejando las influencias mutuas en las relaciones entre el self y el otro. En otras palabras, es un proceso de comprensión realista de los procesos mentales de uno mismo, de las experiencias afectivas y cognitivas de uno mismo, además de la comprensión realista de tales procesos en el otro ("el objeto"), resultando en una capacidad realista y profunda para las relaciones objetales. El concepto de la mentalización también incluye aspectos tanto explícitos y conscientes como implícitos e inconscientes. Se ha operacionalizado mediante el desarrollo de la Escala de Función Reflexiva (*Reflective Function Scale*), un instrumento diseñado para evaluar la mentalización dentro del contexto de las relaciones de apego, y que se ha investigado extensivamente mediante estudios con la Entrevista del Apego Adulto (*Adult Attachment Interview*, Fonagy y otros 1997; Levy y otros 2006b).

Fonagy ha descrito el origen del desarrollo de la mentalización en los procesos de apego temprano y ha demostrado la relación significativa entre el trastorno de personalidad borderline y el apego inseguro, así señalando la importancia de la relación madre-bebé más temprana como componente etiológico clave de este trastorno de personalidad. La desorganización, o la falta de desarrollo de la función simbólica bajo la influencia de afectos negativos fuertes y dominantes, emerge como una expresión del apego inseguro. Fonagy ha propuesto que en los pacientes borderline, bajo condiciones de estrés, se produce una activación del sistema de apego que implica una regresión en las funciones cognitivas, una erupción de inseguridad en la que se desatiende a las

consideraciones racionales, y la activación de un “*alien self*” (sí-mismo ajeno, extraño). Según Fonagy, se trata de una representación del self de naturaleza extraña, disociada y generadora de ansiedad, vinculada con la experiencia de un “otro” traumatizante que ha fallado a la hora de funcionar como reflejo del individuo de manera marcada y contingente; este *alien self* debe ser proyectado de forma continua en el otro, distorsionando la relación realista con el objeto (Bateman y Fonagy 2004).

En la Terapia Basada en la Mentalización el terapeuta intenta ayudar al paciente borderline en regresión, a clarificar su propio estado mental, para corregir la incapacidad de valorar de manera completa y apropiada su propia experiencia afectiva, a través de un proceso de proporcionar (y por lo tanto, ayudar al paciente a conseguir) un entramado cognitivo, de carácter empático, de la experiencia del paciente, y de comunicar al paciente la manera en que el terapeuta percibe la experiencia que el paciente tiene del terapeuta en ese momento. Ello facilita la formulación de la propia experiencia afectiva del paciente; contribuye al proceso de transformar las representaciones afectivas primarias, de naturaleza primitiva y difusa, en representaciones afectivas secundarias, más apropiadamente formuladas a nivel cognitivo; y permite que el terapeuta plantee al paciente la posibilidad de que el punto de vista del terapeuta sobre su propia experiencia emocional pudiera ser diferente del punto de vista que el paciente tenga de él o ella. Esto promueve aún más el aumento de la capacidad del paciente para mentalizar su propia experiencia de la experiencia del terapeuta.

Gradualmente, la clarificación constante de los estados mentales del paciente, en relación a sí mismo y al otro, en cada experiencia concreta de una potente activación afectiva, incluyendo el motivo de la regresión cognitiva y de la pérdida de la simbolización en los puntos percibidos como estresantes, tiene el efecto de aumentar la conciencia realista del paciente de sí mismo y del terapeuta, y reduce de forma significativa la proyección del *alien self*, normalizando de este modo la relación terapéutica. Este avance, a su vez, permite que el terapeuta introduzca gradualmente algunos intentos interpretativos en torno a las motivaciones inconscientes de los estados en los que el paciente experimenta una potente activación del afecto regresivo. Bateman y Fonagy (2011) formulan de manera concisa el objetivo del TBM: “Los objetivos del TBM son modestos: no es una terapia que pretenda conseguir un gran cambio estructural de la personalidad,

ni modificar las cogniciones y esquemas; su propósito es el de aumentar las capacidades rudimentarias de mentalización, de manera que el individuo sea más capaz de resolver sus problemas y manejar sus estados emocionales, especialmente dentro de las relaciones interpersonales, o por lo menos sentirse más seguro sobre su capacidad de hacerlo.”

El concepto de la mentalización y su expresión mediante la función reflexiva, ha mejorado de forma significativa la descripción de un mecanismo de cambio imprescindible en el tratamiento de pacientes borderline, concretamente la comprensión cada vez más realista del concepto del self y del concepto de los otros significativos, un paso crucial en la resolución de las relaciones objetales internalizadas de naturaleza patológica, algo característico de los trastornos de personalidad graves. Cuando Fonagy establece el efecto de la respuesta emocional marcada y congruente de la madre al bebé como un factor etiológico esencial de la seguridad o inseguridad del apego, este autor está además vinculando un aspecto etiológico central al los trastornos de la personalidad con un abordaje terapéutico específico.

Consideraciones Teóricas en torno a la Mentalización

En mi opinión, sin embargo, existen dos problemas importantes en relación a la formulación de la TBM: primero, a nivel teórico, la relación entre la mentalización y la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones objetales, y segundo, a nivel clínico, la naturaleza de las intervenciones terapéuticas con pacientes borderline en la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis.

Con respecto a la cuestión teórica, vinculada a la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, la TBM describe la presencia dentro de la mente de un “*alien self*”, una auto-representación disociada, dominada por afecto negativo, que “coloniza” el self e influye en la experiencia del paciente de sí mismo y del otro, especialmente en los momentos de regresión afectiva severa, mediante la proyección en el objeto. Esta formulación no aborda de forma adecuada el hecho de que, bajo condiciones de regresión severa, el paciente actúa una relación objetal patológica “completamente mala”, que incluye la aparición de una auto-representación distorsionada, agresivamente invasiva y aterradora, junto a una representación correspondiente del otro significativo, dominada por la agresividad, en relación a la cual el self es una víctima (Kernberg 2004a). Por lo tanto, bajo condiciones de reactivación del “*alien self*”, hay una activación paralela de un “*alien*

object” (objeto extraño). Dicho de otra manera, mientras el paciente proyecta una de estas representaciones (del self o del objeto) en el terapeuta, simultáneamente se identifica a sí mismo con la representación recíproca correspondiente (de víctima o de perpetrador, del self o del objeto). En el caso de los trastornos de personalidad graves, bajo condiciones regresivas, la identificación con un self o con un objeto agresivo, y la identificación del self como víctima son intercambiadas rápidamente, y son actuadas alternativamente, mientras se proyecta en el terapeuta la representación correspondiente. Mediante el mecanismo de la identificación proyectiva, la representación correspondiente del self o del objeto, proyectada por el paciente en el terapeuta, puede inducir una identificación complementaria en la contratransferencia (la receptividad de rol del terapeuta). El ejemplo clínico presentado a continuación ilustra este proceso. Resumiendo, el concepto restringido del “*alien self*” no capta la naturaleza total de la relación objetal internalizada e inconsciente, reactivada en la transferencia.

Desde ese punto de vista, se aprecia mejor el hecho de que, en el curso de la mentalización normal, no sólo se desarrolla en el bebé o el niño una “teoría de la mente” (es decir, la capacidad de construir una valoración realista de los estados mentales intencionados en el self y los demás), sino que también se desarrolla la capacidad de empatizar con la experiencia emocional del otro. Las implicaciones de una teoría de la mente que incorpora la capacidad de comprender los procesos mentales intencionados en el objeto, no equivalen automáticamente a la capacidad para empatizar con el estado emocional del otro. Esta complejidad se ilustra claramente en casos de trastorno de personalidad antisocial. Estos pacientes tienen la capacidad para una teoría de mente, sin duda. De hecho, a menudo comprenden de manera muy acertada las intenciones y estados mentales del otro, pero son incapaces de experimentar empatía con la realidad emocional de los demás seres humanos. Desde un punto de vista neurobiológico, parece que se requiere de diferentes mecanismos complejos para la valoración cognitiva realista de los procesos cognitivos de otra persona, y para ser capaz de “sentir con” el otro. Puede que esta última capacidad dependa no sólo de la calidad de las relaciones diádicas internalizadas, sino que también dependa de manera importante de los procesos de integración de las relaciones objetales internalizadas durante el desarrollo; el cambio -en términos Kleinianos- desde la posición esquizo-paranoide a la depresiva; o en la terminología de la psicología del Yo, de las relaciones

objetales completas que conducen al establecimiento y consolidación de la identidad yoica. Este cambio consolida la capacidad de experimentar sentimientos de culpa en relación a la agresividad propia, el desarrollo de la preocupación sobre uno mismo y los demás, y la profundización de la capacidad de sentir gratitud y de usar la idealización de manera más sana.

Mentalización y Psicoterapia Enfocada en la Transferencia

Estas consideraciones nos llevan a la segunda cuestión clínica sobre la mentalización que he señalado más arriba: la naturaleza de las intervenciones terapéuticas basadas en un concepto como la TBM y su relación con los demás enfoques de corte psicoanalítico en el tratamiento de las condiciones borderline, particularmente la PET. PET es una psicoterapia psicoanalítica para los trastornos borderline y otros trastornos de personalidad graves, cuyo objetivo es integrar las auto-representaciones y sus correspondientes representaciones objetales internalizadas, en un intento de establecer y consolidar la identidad normal (Clarkin y otros 2006). Es evidente que esto coincide con el objetivo de la mentalización como una valoración realista de los estados cognitivos-afectivos intencionados en el self y en los otros significativos. La investigación sobre la PET en el Personality Disorders Institute del Weill Medical College en la Universidad de Cornell, confirmó empíricamente que la PET aumenta la mentalización de manera significativa (Levy y otros 2006a, 2006b). Ahora, el nuestro es un enfoque interpretativo desde prácticamente la primera sesión de tratamiento, y de esta manera, se parece en algunos aspectos al enfoque psicoanalítico Kleiniano, aunque es necesario también enfatizar que existen diferencias importantes (Kernberg y otros 2008).

El proceso de interpretación en la PET es un proceso escalonado, modificado de manera específica para cada paciente. El proceso global de interpretación comienza por el intento por parte del terapeuta de clarificar la experiencia del paciente de sí mismo y del objeto (el terapeuta), bajo la condición de un estado afectivo escindido, ya sea de naturaleza idealizada o persecutoria, en el contexto de la activación de una transferencia primitiva en el paciente. Mediante este proceso de clarificación, se pretende hacer explícito lo que existe en la mente del paciente con respecto al estado mental actual, y de esta manera se puede pensar este paso como un intento de promover la mentalización. La clarificación de cómo el paciente se percibe a sí mismo y al terapeuta, puede dar paso, con frecuencia en la misma sesión, a la clarificación del estado mental opuesto, en el

que los papeles de paciente y terapeuta se han intercambiado. La primera etapa de interpretación se caracteriza por interpretaciones centradas en el analista, en las que se amplía y se explora la experiencia inmediata del paciente en el momento, sin realizar ningún intento para vincularla a las experiencias divergentes previas, ni a los conflictos o la historia del paciente.

Por ejemplo, en una sesión [descrita a continuación (sesión cinco del tratamiento)], al principio la paciente se sintió humillada por su experiencia de un terapeuta grandioso y dominante, para luego, poco tiempo después en la sesión, disfrutar de sentirse superior a un terapeuta incompetente y ignorante. El terapeuta le señaló a la paciente la manera en que se alternaba entre, sentirse amenazada por un hombre dominante, y disfrutar de hacer al terapeuta sentirse inferior mientras ella se identifica con la posición dominante. No se hipotetiza ninguna motivación de la identificación oscilante de la paciente en esta etapa del tratamiento. El terapeuta se deja guiar por lo que se percibe como afectivamente dominante en la transferencia del momento a momento, de sesión a sesión, simplemente señalando a la paciente lo que aparentemente está ocurriendo entre los dos.

Normalmente, tras un periodo de semanas o meses en el que se ha utilizado este enfoque interpretativo en relación a la alternancia de las identificaciones con relaciones escindidas de carácter idealizado o persecutorio, el paciente se vuelve más capaz de tolerar las identificaciones escindidas con el self y con el objeto, tanto bajo condiciones idealizadas como bajo condiciones persecutorias. Ahora el terapeuta puede proponer, para que el paciente lo considere, la conexión interpretativa entre estas dos posiciones opuestas. En este punto del tratamiento, la interpretación típica intentaría clarificar la necesidad del paciente de mantener una disociación absoluta entre las experiencias idealizadas y las persecutorias, para evitar la contaminación y la destrucción de la relación con un objeto idealizado, por parte de un mundo amenazante de relaciones objetales negativas, hostiles y catastróficas.

Este proceso de interpretar la naturaleza defensiva del mantenimiento de las escisiones internas, se ajusta a la capacidad del paciente para tolerar y trabajar con esta hipótesis. Si el paciente no parece preparado para considerar las atribuciones de las motivaciones inconscientes subyacentes, el terapeuta seguiría clarificando la identificación transitoria del paciente y señalando las contradicciones

dentro de sus estados cognitivos y afectivos. Gradualmente, el paciente se vuelve capaz de reconocer su repertorio de diadas internalizadas self/objeto (víctima/perseguidor; niño indefenso/adulto atemorizante; el que no tiene poder/el todopoderoso), y puede darse cuenta de cómo se manifiesta la inversión de estas identificaciones en la transferencia.

La interpretación de las motivaciones subyacentes a los aspectos disociados o secuestrados de sí mismo, permite a los pacientes encontrar sentido en sus caóticas experiencias internas. Se vuelven menos condenatorios hacia sí mismos, y empiezan a desarrollar compasión hacia sus propios estados internos, lo que conduce a una experiencia más compleja y matizada de sí mismos y de los demás.

Una vez que se ha conseguido esa integración, y el self del paciente se ha integrado hasta tal punto que puede tolerar la inclusión de intervenciones interpretativas que ya no se centran en la escisión y otras operaciones defensivas primitivas relacionadas, sino en la represión y otras defensas relacionadas, la interpretación asume la forma de la interpretación psicoanalítica estándar, de la misma manera en que se utilizaría con pacientes con un mejor funcionamiento, para quienes el psicoanálisis estándar está indicado desde el principio.

La PET tiene varias implicaciones para la relación entre la mentalización y la identidad yoica, por un lado, y por otro entre la mentalización y la naturaleza de la interpretación. Respecto a la mentalización y la identidad, la implicación es que la mentalización como enfoque técnico tiene una relevancia crucial en el tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad graves, en los que la disociación generalizada se manifiesta durante la activación de estados afectivos extremos, totalmente disociados de otras experiencias afectivas extremas del self, en las que el paciente “es solamente lo que siente en el momento actual”. Aquí la autorreflexión no es posible, porque no existe un self integrado capaz de mantener un marco cognitivo suficientemente consistente como para “capear el temporal” de un auto-estado momentáneo y discordante. Tal mecanismo explica también la incapacidad del paciente borderline de integrar percepciones momentáneas del otro a una representación estable de aquel otro, y de comparar ambas.

Por lo tanto, la actividad del terapeuta de la PET en la primera etapa del tratamiento se enfoca principalmente en clarificar la experiencia mental del paciente en la interacción actual con el terapeuta, y ayudar al paciente a establecer una memoria afectiva tolerable de la percepción actualmente dominante de sí

mismo y del otro. Esa memoria afectiva, a su vez, se volverá gradualmente disponible y tolerable cuando se produce la misma relación con los papeles invertidos, porque el paciente es capaz de recordar y reconocer aspectos de su self “anterior” en lo que actualmente percibe en el terapeuta, además de reconocer aspectos de la experiencia previa del terapeuta en lo que ahora se percibe como un aspecto de sí mismo. Éste es el primer paso en la capacidad de comparar un estado presente del self con otro alternativo, incluso bajo la influencia de un intenso estado afectivo (un estado “pico”), y por lo tanto, señala el comienzo de la mentalización.

Bajo la influencia de la repetición sistemática de la clarificación de las relaciones objetales diádicas activadas con inversión de roles, las intervenciones del terapeuta representan la participación de un “tercero excluido”. El primer paso, tal como se acaba de describir, es el de ayudar al paciente a entender y tolerar su identificación con representaciones, tanto del self como del objeto, dentro de una diada interna idealizada o persecutoria. El segundo paso consiste en ayudar al paciente a tolerar y entender que la alternación entre las relaciones idealizadas y persecutorias con el objeto transferencial, tiene una función protectora para la relación “buena” con respecto a la “mala”, es decir, ayudar a entender al paciente que sus representaciones están escindidas. Esta función del terapeuta como un “tercero excluido”, como un observador externo, contribuye a la integración del concepto del self del paciente, y a la integración de su concepto del otro significativo, lo que conduce a la evolución desde la posición esquizo-paranoide hacia la posición depresiva y el establecimiento de la identidad yoica. En ese punto, el paciente empieza a ser capaz de mentalizar, es decir, puede llevar a cabo una auto-reflexión normal incluso bajo condiciones de intensos estados mentales negativos inducidos por experiencias estresantes. (Por supuesto, todos tenemos nuestros límites en relación a hasta dónde podemos mantener nuestra racionalidad bajo condiciones de activación afectiva extrema. Se ha dicho que, bajo condiciones de los afectos extremos, todos nos volvemos idiotas...)

La interpretación en la Psicoterapia Enfocada en la Transferencia

A continuación presento un ejemplo del uso de la interpretación en la etapa temprana del tratamiento con la PET. Es un fragmento literal de la quinta sesión del tratamiento de una paciente con un trastorno borderline de la personalidad, varios intentos de suicidio, relaciones sociales e íntimas gravemente caóticas, y un

deterioro grave de sus capacidades en el ámbito laboral. Se trata de una mujer alrededor de los 25 años.

PACIENTE: Bueno, estaba hablando de mi padre.

TERAPEUTA: Sí.

PACIENTE: Porque le tengo que escuchar, y no me gusta.

(la paciente suena sospechosa)

TERAPEUTA: Vale.

PACIENTE: No me gusta sentirme sumisa. No me gusta sentir – escuchar a veces me hace sentir sumisa. Porque él sigue y sigue, ya sabes. Entonces... *(pausa larga)* Probablemente pondría distancia entre él y yo, así no tendría que escuchar. O escucharía, pero no tendría que estar realmente allí. No estoy segura... pero... para mi es difícil escuchar *(suelta una risita)* cuando umm, un varón empieza a hablar. *(sutilmente irónica)*

TERAPEUTA: ¿Por qué? ¿Porque los varones son particularmente propensos a hacerte volver sumisa?

PACIENTE: Sí. Sí. Sí, sí, sí. Claro, yo me crié como mujer de mi padre. Ya sabes.

TERAPEUTA: ¿Qué quieres decir?

PACIENTE: Mi madre murió cuando tenía 7 años. Yo era la ayudante pequeñita de mi padre. Incluso ahora, a mí me cuenta cosas que, si ella estuviera bien, se las contaría a ella. Sabes, ese tipo de cosas. Así me crié, sabes, queriendo complacerle. Entonces allí está eso, allí está en – y sí, causa muchos problemas. Y mucho dolor.

TERAPEUTA: ¿Qué problemas? ¿Por qué duele?

PACIENTE: Porque me eché por tierra a mí misma. No hablo de cosas y no hago cosas que me hagan feliz, sabes. Es que estoy condicionada para ser así. Me hace querer parecerme a cualquier novio que tenga, me hace querer ser como ellos, total que voy a tener que escucharles de todas formas. Quiero decir, eso no es el motivo, pero, es sólo que, eso es como me crié. *(suena enfadada)*

TERAPEUTA: Así estás diciendo que, debido a eso, con todos tus novios sueles ser muy sumisa; ¿es eso lo que estás diciendo? O resentida porque te sentías tentada de ser sumisa, o estaban intentando–

PACIENTE *(interrumpe)*: Claro, sí. Sí.

TERAPEUTA: ¿Sí a qué?

PACIENTE: ¡A todo! Quiero decir –

TERAPEUTA (*interrumpe*): Estabas tentada de ser sumisa, ellos intentaban explotar eso, y antes de darte cuenta, estabas en un lío, siendo explotada por tus novios; ¿es eso lo que estás diciendo?

PACIENTE: Bueno, yo lo percibo como un lío. Igual no parece un lío porque la mayoría de mis novios han sido bastante fieles y leales, no han sido (*se aclara la garganta*)... de otra manera... Pero el lío en que me encuentro es que me siento perdida. No me gusta que hoy no pueda hablar bien.

TERAPEUTA: Bueno, soy consciente de que estás dividida en tu percepción de mí: tengo, tengo la impresión de que en una parte de ti, confías en que estoy siendo sincero contigo y que hablo en serio. Pero en otra parte, me ves como uno más de esa serie de varones que están intentando asumir el papel de hacerte un lavado de cerebro. En la medida que me convierta en alguien importante y sientas que quieres complacerme, sería muy humillante pensar que intentas complacer a alguien que te controle, criticándote, manipulándote, despreciándote, no es una perspectiva muy agradable.

PACIENTE: Entonces ¿qué voy a hacer? Siempre ha sido así. Quiero decir, es por eso que estoy aquí. (*De nuevo, suena algo sospechosa y enojada.*)

TERAPEUTA: Es cierto, así que esto es una oportunidad para explorar esa reacción, de qué se trata todo eso.

PACIENTE: Lo estoy intentando. ¿No estás de acuerdo? ¿No estás de acuerdo conmigo en que tiene algo que ver con mi padre?

TERAPEUTA (*interrumpe*): Sí.

PACIENTE (*continúa*): ¿y la manera en la que me crié?

TERAPEUTA: Sí, me sorprendería si no fuera –

PACIENTE (*interrumpe*): De acuerdo.

TERAPEUTA (*continúa*): Tiene sentido. Lo que estoy intentando enfatizar es lo poderosa que es esa parte de ti que ve aparentemente todas las relaciones con los hombres, como una réplica de la relación con tu padre. Y que te hace intentar escapar, cuando te sientes amenazada de nuevo, con miedo a que te dominen y te humillen.

PACIENTE: Sabes... Yo, umm, creo que estoy experimentando algo de eso en mi relación con Jacob. Umm... se ha mudado a Inglaterra, sabes – (*parece pensativa*)

TERAPEUTA: ¿Se ha marchado ya?

PACIENTE: Sí, se fue el lunes. No me importaba si se quedaba o no; no tenía importancia, de verdad. Hablé con él del tema. Estaba dispuesto a quedarse, o a considerarlo, pero... su respuesta sobre, sabes, si esto va a algún lado o no, fue, sí, no quiero que pierdas tu tiempo conmigo. Y entonces le dije que igual me iba, que igual tendría que no verle o no hablar mucho con él. Y luego por supuesto se está acercando aún mas y no queriendo hablar, y se mantendrá en contacto, y me ha llamado cada noche desde que se fue. Menos una o dos. Y, sabes, quité su foto de la pared tras dos días porque estaba tan frustrada, por cómo dejar de pensar en él, cómo soltarlo, cómo pensar en salir con otra persona, ese tipo de cosas.

PACIENTE: (*silencio*) Así que, la mejor conclusión que puedo sacar sobre el asunto es que la idea de casarse y tener hijos le asusta, claro, pero parece que se está abriendo a toda esa idea y empieza a hablar sobre el futuro, como si lo estuviera planificando, incluso tuvo un sueño, y yo le llamé justo cuando estaba teniendo el sueño, o algo así, la otra noche, sobre seguir adelante, y diciéndome que sí, que me daría un hijo. Y se sintió bien sobre ello.

TERAPEUTA: ¿Eso es el sueño?

(*Pausa*)

TERAPEUTA: ¿Eso es el sueño? (*terapeuta parece confundido*)

PACIENTE (*riéndose*): Sí, eso es el sueño.

TERAPEUTA: Así, ¿estás diciendo que el hecho de haberlo soñado, hace que sea más probable que ocurra?

PACIENTE: ¡Dime tú lo que significa!

TERAPEUTA: ¿Perdona?

PACIENTE: Bueno, que me digas lo que significa.

TERAPEUTA: ¿Lo que significa el sueño? A ver, a mi me parece, de tu actitud, que por lo menos el contenido del sueño refleja un deseo tuyo.

PACIENTE: Sí, e igual uno suyo.

TERAPEUTA: Eso no lo tengo claro.

PACIENTE: Lo tuvo el sueño él. (*con una sonrisa victoriosa*)

TERAPEUTA: Ah, perdona, lo he entendido mal. Pensaba que tú tuviste el sueño.

PACIENTE: ¡¡¡Ahhhhhhh!!! (da una palmada; disfruta de esta situación)

TERAPEUTA: He entendido mal.

PACIENTE: Bien, entonces voy a seguir con actitud sospechosa hacia ti, porque no has entendido. *(soltando una risita)* No lo digo en serio. Es broma. Me has malentendido, ¿no ves? ¿Por qué debería confiar en ti? ¿Por qué lo debería hacer? No me entiendes de todas formas; lo puedo decir con todas las palabras, pero aún así no lo pillas. Así sois los hombres. Así es mi padre. Lo puedo decir con todas las palabras, escribirlo en francés, alemán, inglés o español- ¿lo pilla, me entiende, mi naturaleza? No. ¿Por qué lo debería hacer yo? ¿Cuántos dife...? – podría acudir a 20 años de terapia y aprender a expresarme de 20 maneras diferentes. Podría ponerme 20 trajes distintos; ¿él me entendería? No. ¿Por qué no? Porque tiene su cosa con las mujeres. Entonces ¿qué hago?

TERAPEUTA: Porque ¿tiene qué?

PACIENTE: Una cosa con las mujeres.

TERAPEUTA: ¿Qué cosa?

PACIENTE: Las mujeres o son esto o son esto. ¿Quién sabe cuál es su cosa? Hablo de mi padre, sabes, no de Jacob.

TERAPEUTA: Entiendo. Te he visto muy contenta cuando he dicho que había entendido mal.

PACIENTE: Porque tengo razón.

TERAPEUTA: Sí.

PACIENTE *(riéndose)*: Porque tenía razón. ¿Soy yo? ¿Soy yo, porque no lo explico bien? ¿Es normal, sólo porque la gente a veces no se entiende la primera vez? Sí. Lo voy a dejar, sabes; voy a superar esto, y voy a volver a mi argumento, pero... Sí me molesta. Tengo reacciones intensas cuando no me entienden. Me enfado así de fácil *(chasquea los dedos)*. *(suspira)* Jacob tuvo el sueño. Hace dos noches, cogí el teléfono para llamarle, umm, porque él había intentado llamar dos noches antes, y mientras llamaba, él estaba teniendo este sueño, y no quería hablarme de ello. Me preguntó qué tal estaba. Y luego llegó al tema. De todas formas, yo sentía que, umm, no puedo, me está costando cómo me siento. Me está costando sentir lo que siento sobre ello. Y es - ¿qué me quieres decir?

(La expresión del terapeuta indica que quiere comentar.)

TERAPEUTA: Todavía estoy dando vueltas al hecho de que te sentías contenta porque tenías razón y yo no. Umm, te coloca en una posición de superioridad –

PACIENTE: ¡Ahh, sí!

TERAPEUTA: ¿Verdad?

PACIENTE: Sí.

TERAPEUTA: Bueno, me pregunto si sientes que tengo razón en lo que estoy diciendo. Podría sentirme contento sobre ello y superior a ti, y un motivo más para sentir el peligro aquí de ser humillada. Entonces –

PACIENTE (*interrumpe*): No te puedo seguir.

TERAPEUTA (*continúa*): ¿Me sigues?

PACIENTE: No, me cuesta –

TERAPEUTA: ¿Te cuesta seguirme?

PACIENTE: Sé lo que estás diciendo pero de alguna manera no puedo

TERAPEUTA: Bueno, te crea un problema. Si tengo razón en lo que te estoy diciendo, puede que me percibas como respondiendo de la misma manera que tú, sintiéndome superior porque tengo razón, así que yo estoy arriba, tú abajo, y eso te resulta humillante. Si no tengo razón, te sientes bien: tú estás arriba, pero por la misma razón, no se puede esperar nada de mí. Así que no puedes ganar.

PACIENTE: ¿No puedo ganar?

TERAPEUTA: Correcto.

PACIENTE: ¿Por qué no puedo ganar, porque no puedo esperar nada?

TERAPEUTA: No puedes ganar porque si yo tengo razón, te sientes humillada. Y si estoy equivocado, te sientes decepcionada. ¿Me sigues?

PACIENTE: Si estás equivocado, me siento decepcionada porque eres mi terapeuta, y no eres nada bueno.

TERAPEUTA: Correcto. Y si tengo razón, te sientes humillada porque yo sé mejor que tú, y te sientes criticada.

PACIENTE: Sí, ese último está muy vago. El otro es el que está más activo.

TERAPEUTA: Sí.

PACIENTE: Quiero decir, sé lo que estás diciendo –

(*Silencio*)

TERAPEUTA: Bien, bueno, terminemos aquí.

Confío en que este material ilustra un argumento principal de este capítulo-concretamente, la activación de una relación objetal persecutoria dominante entre un objeto superior y controlador (una imagen del padre) y un self humillado,

controlado y subyugado (de la paciente), y el intercambio rápido de estos dos papeles entre paciente y terapeuta en el contexto de esta sesión. También ilustra los esfuerzos del terapeuta para ayudar a la paciente a volverse consciente de la naturaleza de esta interacción y el intercambio de papeles que hay. Esto es el paso temprano en el proceso interpretativo al que me he referido antes. Aún no se abordan otras relaciones objetales implícitas ya presentes en esta sesión, porque parecía que no eran dominantes a nivel afectivo, por ejemplo la fuerte implicación edípica de “haber reemplazado a la madre” en la relación con el padre, y un aspecto sutilmente seductivo de su comportamiento no verbal, expresado silenciosamente de manera simultánea con el intercambio verbal durante esta hora. El terapeuta notó estos procesos no verbales pero sintió que todavía no eran dominantes a nivel afectivo y que habría sido prematuro explorarlos en este momento.

Con respecto a la relación entre la mentalización e interpretación, lo que he descrito es la naturaleza de la interpretación bajo condiciones en que predomina la escisión y la organización mental primitiva de pacientes con una personalidad borderline. Aquí, el concepto del inconsciente dinámico no está representado por las características estructurales del aparato psíquico tripartito maduro (superyó, yo y ello), con mecanismos represivos que hagan que los conflictos dinámicos se mantengan fuera de la consciencia. Bajo condiciones de una organización de personalidad de nivel superior o neurótico, a diferencia de la borderline, la interpretación típicamente conlleva el establecimiento de hipótesis sobre los significados inconscientes, que tienen que ser confirmadas o desconfirmadas por los procesos de asociación libre del paciente y la correspondiente activación de elementos transferenciales relacionados (Caligor y otros 2007). En cambio, en el caso de los pacientes con una predominancia de mecanismos de escisión y difusión de la identidad, el inconsciente dinámico se expresa en estructuras dinámicas mutuamente disociadas: es decir, relaciones objetales internalizadas, de carácter idealizado y persecutorio, que reflejan conflictos edípicos arcaicos fuertemente dominados por la agresión oral y anal, junto a conflictos edípicos más avanzados, integrados sincrónicamente entre ellos. En el caso de la organización de personalidad borderline, la interpretación se refiere, primero, a la vinculación interpretativa de estados contradictorios del self o del yo bajo el mismo estado afectivo “pico”, poniendo de manifiesto la activación alternada de representaciones

del self y del objeto dentro de una determinada relación objetal internalizada, junto con la activación alternada y mutuamente escindida de las relaciones idealizadas y persecutorias. Una concepción contemporánea de la interpretación tiene que incluir el proceso de llevar a la consciencia tanto los conflictos reprimidos como los conflictos escindidos y disociados, y por lo tanto, no puede limitarse a la interpretación encuadrada cognitivamente para los pacientes con una identidad integrada y con el correspondiente concepto integrado del self y de los otros significativos (por ejemplo, la organización de personalidad neurótica) (Caligor y otros 2009). Desde esta perspectiva, el argumento formulado por Bateman y Fonagy sobre los efectos problemáticos de la interpretación en los casos de pacientes con trastornos de personalidad graves, se refiere al tipo de interpretaciones indicadas para pacientes con estructuras psíquicas mucho más integradas -basadas en mecanismos represivos- pero éste no es motivo adecuado para suponer que la interpretación en general está contraindicada en las primeras etapas del tratamiento de los pacientes borderline. Al contrario, tal como hemos constatado en nuestra investigación en Cornell, la interpretación dirigida a las condiciones estructurales de los pacientes borderline puede ser una aplicación potente de la teoría y la técnica psicoanalítica, en los casos en que la severidad de la patología contraindica el tratamiento psicoanalítico estándar.

Mentalización, Insight, Empatía y Mindfulness

Ahora nos encontramos en una buena posición para aclarar los conceptos de mentalización, *insight*, y empatía, comparándolos entre sí y con el concepto de *mindfulness*. *Insight* es un término amplio, que se refiere a la combinación de la conciencia cognitiva, la conciencia emocional, y el interés en lo que se ha descubierto a través de la interpretación, en las distintas formas de tratamiento psicoanalítico. Como ya se ha mencionado, un objetivo principal del psicoanálisis es la adquisición por parte del paciente de *insight* sobre su motivación inconsciente y su influencia en la conducta consciente. El *insight* implica la conciencia autorreflexiva de las operaciones mentales que dan forma a la experiencia y a la conducta en el presente, en términos de deseos y miedos inconscientes que se derivan del pasado pero que constituyen una presencia que dura para siempre. El *insight* es el resultado de la interpretación y de la gradual internalización de la función interpretativa del analista.

Parece razonable suponer que la capacidad para mentalizar es fundamental para la adquisición del *insight*. Bajo condiciones de difusión de la identidad, de disociación severa, o de la escisión de estados afectivos intensos y contradictorios, la capacidad para mentalizar está comprometida. Mentalización se refiere a una forma específica de la adquisición del *insight* sobre los estados mentales intencionados de uno mismo y de los demás bajo tales condiciones. Requiere intervenciones técnicas que faciliten el desarrollo de una auto-evaluación realista sobre la experiencia del self y del otro significativo. Es un proceso que conduce a la integración del concepto del self y de los otros significativos, y por lo tanto, al desarrollo de una identidad yoica normal. Así, es posible explorar cualquier estado específico del self manteniendo la perspectiva de un self global integrado, rodeado por o relacionado con una percepción integrada de los demás.

La interpretación, bajo condiciones de mentalización, tiene características específicas: consiste en el proceso de juntar, a nivel cognitivo y afectivo, estados del self originalmente conscientes, ahora mutuamente disociados y activados alternativamente. A través de la clarificación e interpretación repetida de la identificación, de carácter dual pero oscilante, con las relaciones objetales idealizadas y persecutorias, el paciente se vuelve capaz de integrar sus relaciones objetales internalizadas y desarrolla una mayor tolerancia a la ambivalencia. Una vez que se ha consolidado el self y se ha diferenciado claramente la estructura tripartita de yo, superyó y ello, con una barrera represiva consistente que separa la conciencia del inconsciente dinámico, la interpretación ya puede apuntarse hacia el establecimiento de hipótesis acerca del significado inconsciente del material del paciente, es decir, el análisis estándar de los acontecimientos de la transferencia/contratransferencia. Aquí, lograr *insight* no se puede atribuir ya a la mentalización en su definición específica. Mentalización, en resumen, es un método y proceso altamente especializado para conseguir *insight* con un abordaje interpretativo particular, especialmente indicado para pacientes que manifiestan patología caracterológica grave: el nivel borderline del funcionamiento yoico.

El *insight*, a su vez, tiene que diferenciarse de una capacidad más general de pensar en términos psicológicos, es decir, de la motivación y esfuerzo para aprender sobre sí mismo y aumentar la conciencia de sí mismo, cosa que no se limita al psicoanálisis y que no implica necesariamente que uno aprenderá sobre sus propios procesos inconscientes. Ahora bien, el *insight* como consecuencia de

la exploración psicoanalítica -incluyendo su proceso especializado de mentalización en el caso de la predominancia de operaciones mentales primitivas- evidentemente aumenta la capacidad de pensar en términos psicológicos.

El *mindfulness* también aumenta la capacidad de pensar en términos psicológicos pero se distingue del *insight* psicoanalítico por su concentración exclusiva en el estado presente del self y por no enfocarse en los procesos inconscientes. A diferencia del *insight*, y particularmente de la mentalización, no se enfoca en las relaciones objetales diádicas básicas que, desde un punto de vista psicoanalítico, constituyen las piezas fundamentales del aparato psíquico y que evolucionan hacia una estructura tripartita de la mente.

De la misma manera, el *insight* emocional auténtico, como se ha mencionado antes, implica que uno se preocupa no solo por sí mismo, sino que también por los demás, lo que se relaciona con la capacidad de empatía; es decir, la capacidad de identificarse con la experiencia mental de los demás, sin perder los límites de uno mismo, ni sentirse abrumado por la experiencia. En efecto, como consecuencia de la identidad normal, la diferenciación clara entre las representaciones de uno mismo y las representaciones de los otros significativos, es uno de los prerrequisitos tanto de la capacidad de relacionarse íntimamente, como de la empatía afectiva. Y el concepto de empatía, que en un sentido general es un aspecto crucial tanto de la capacidad de pensar en términos psicológicos, como también del *insight* de una manera más específica, necesita ser diferenciado de la función de la empatía terapéutica.

La empatía se refiere a la capacidad de sentir con los sentimientos de otra persona, no solamente entenderle cognitivamente, sino también ser capaz de identificarse emocionalmente con los sentimientos del otro. Como se ha mencionado antes, creo que es una capacidad innata, que es poderosamente reforzada y extendida como consecuencia de haber conseguido la posición depresiva. Es una combinación de sentir con el otro, y estar preocupado por su bienestar. La empatía terapéutica se refiere a la capacidad del psicoanalista y del psicoterapeuta psicoanalítico para mantener la empatía, no sólo con la experiencia subjetiva central de sus pacientes (la identificación concordante), sino también con las experiencias disociadas y proyectadas de sus pacientes (la identificación complementaria); en resumen, la empatía terapéutica incluye la tolerancia tanto de la identificación concordante como de la identificación complementaria en la

contratransferencia, aunque las contra-identificaciones (la pérdida de distancia en las identificaciones contratransferenciales complementarias) a veces puede ser inevitable (Kernberg 2007a).

El concepto de empatía terapéutica dentro del ámbito psicoanalítico corre el riesgo de diluirse si se le confunde con la capacidad ordinaria de sentir con los sentimientos de otra persona. Las implicaciones técnicas de la empatía terapéutica incluyen específicamente la capacidad del terapeuta de poder identificarse con la experiencia subjetiva del paciente, y diagnosticar la relación objetal activada en la transferencia y contratransferencia, mientras se mantiene una posición de “tercero excluido”. Como ya se ha mencionado, la mera atención que el terapeuta presta a la identificación del paciente con el self y con el objeto de diadas básicas, facilita la identificación del paciente con el otro significativo, es decir, facilita el desarrollo de su capacidad empática.

Es importante subrayar los riesgos de emplear nuestra terminología de manera excesivamente generalizada. El uso excesivo del término *insight* en el pasado, sin tener en cuenta las implicaciones específicas de la combinación de conciencia cognitiva, conciencia emocional, y preocupación, ha contribuido a una aparente dilución y a una pérdida de relevancia práctica del término dentro de la literatura psicoanalítica; la sobre-extensión del concepto de la mentalización, una contribución fundamental a nuestro armamento técnico, puede conducir al mismo peligro. Por supuesto, todavía queda por abordar el importante reto de evaluar hasta qué grado el mecanismo de la mentalización está, en efecto, correlacionado específicamente con las modalidades psicoanalíticas de tratamiento, a diferencia de los mecanismos de acción de otras formas de psicoterapia. Ésta es una tarea importante para la investigación contemporánea en psicoterapia. Los avances significativos obtenidos en este aspecto a través del trabajo pionero de Fonagy y su equipo, y las contribuciones empíricas del grupo de Cornell (Clarkin y otros 2007), deberían estimular nuevos esfuerzos investigadores en este ámbito.

Con esto se concluye el esfuerzo por clarificar la relación entre los conceptos de mindfulness, mentalización, insight y empatía, y su relevancia con respecto al proceso de interpretación, tanto en los pacientes gravemente regresados, como en los más sanos. De la misma manera en que hay un nuevo énfasis en la experiencia subjetiva del paciente en el campo de la psicoterapia cognitivo-conductual, en el ámbito psicoanalítico, mediante el concepto de la mentalización, ha habido un

nuevo énfasis en la clarificación de los estados mentales intencionales del self y del otro, como precursor técnico de interpretaciones más avanzadas o complejas. Se han recalcado algunas diferencias significativas entre los conceptos de mentalización y mindfulness.