

**Intervenciones dirigidas el incremento de la función reflexiva en
psicoterapia cognitivo analítica del TLP.**

Autor:

Carlos Mirapeix (*)

() Carlos Mirapeix.*

Psiquiatra, Psicoterapeuta Cognitivo Analítico.

Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad.

Co-Director del Curso de especialista Universitario en psicoterapia integrada en trastornos de la personalidad, Universidad de Deusto.

1.- INTRODUCCIÓN:

Este artículo es el resultado del trabajo de los últimos cinco años, en el que la introducción del concepto de función reflexiva en el diseño estratégico del programa especializado en el tratamiento de trastornos graves de la personalidad, especialmente trastorno límite de la personalidad, ha supuesto un cambio conceptual ampliando el modelo cognitivo analítico que sustenta nuestro programa e introduciendo modificaciones técnicas.

La premisa de la que parto es la siguiente: el déficit de la función reflexiva (en adelante FR) en cualquier paciente en general y específicamente en un paciente con un trastorno límite personalidad, requiere modificaciones técnicas que aborden en primer lugar el incremento de la FR (Fonagy and Bateman 2006).

Si bien es cierto que, hay que reconocer la importancia dada a la mentalización en el tratamiento del trastorno límite de personalidad (Bateman and Fonagy 2010; Bateman and Fonagy 2004), creo que también es honesto reconocer la importancia de la auto observación y de los instrumentos desarrollados para la detección e intervención sobre los estados mentales del trastorno límite de personalidad, realizado desde el modelo cognitivo analítico (Golyunkina and Ryle 1999; Ryle 2007). El desarrollo del interés a nivel internacional por el tema de la mentalización o función reflexiva es creciente, muestra de ello es esta revista y la ingente información disponible en la web de referencia en castellano: mentalización.com.ar

El desarrollo reciente en el conocimiento de los trastornos de personalidad y su tratamiento, permite realizar una planificación terapéutica multifásica y secuencial (Livesley 2005) sustentada en marcadores estratégicos de cambio (Mirapeix 2013).

La psicoterapia cognitivo analítica, cada vez cuenta con un mayor soporte empírico en el tratamiento de los trastornos de personalidad, tanto en adultos (Clarke et al. 2013) como en adolescentes (Chanen et al. 2008; Chanen et al. 2009) y recientemente se ha publicado una actualización sobre la aplicación del modelo cognitivo analítico a los trastornos de la personalidad (Kerr et al. 2012), donde hacíamos hincapié en la necesidad de incorporar los nuevos desarrollos en psicoterapia al modelo cognitivo analítico.

Hay investigaciones que sustentan la presencia de estas dificultades en la Función Reflexiva en diversas poblaciones de pacientes psiquiátricos y específicamente en el TLP (Katznelson 2014). Y hoy en día, la mayor parte de los autores coinciden en la necesidad de realizar intervenciones dirigidas al incremento de la capacidad de auto observación en el paciente con trastorno límite de personalidad (Dimaggio et al. 2013;Luyten 2011).

Del procedimiento para la descripción de estados a la FR.

El procedimiento para la descripción de estados no sólo facilita el reconocimiento de diferentes estados mentales, de los cuales el paciente en ocasiones no es muy consciente, sino que también, en su propia estructura, en este cuestionario están presentes tres elementos fundamentales:

- Es un ejercicio de auto observación detallada, describiendo en una primera fase los estados mentales propios.
- En la fase dos de auto aplicación y trabajo con el cuestionario con el terapeuta, hay un análisis detallado de los componentes individuales, relacionales y contextuales de los estados mentales.
- Es un instrumento excelente que aporta al paciente nuevo lenguaje, que le permite describir de una forma más exacta y precisa sus estados mentales y sus componentes. Esto, no sólo enriquece su lenguaje, introduce nuevos matices y detalles sobre las experiencias vividas en sus estados mentales.

Fue en Italia, en el Congreso Europeo de trastornos de la personalidad, donde presenté el taller: la utilización del procedimiento de descripción de estados mentales como una herramienta para el incremento de la función reflexiva en los pacientes con trastorno límite de la personalidad (Mirapeix 2006). Desde entonces, he venido trabajando en perfeccionar un modelo específico de intervención dirigido al incremento de la función reflexiva en pacientes con trastorno límite de personalidad. Desde la perspectiva cognitivo analítica como marco de referencia metateórico, he desarrollado una guía estratégica que he denominado: proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (PAHORC) que describiré más adelante.

2.- ASPECTOS TEORICOS:

El desarrollo del modelo de los múltiples estados del self aplicado al trastorno límite de personalidad, supuso una de las aportaciones teóricas más

relevantes para la comprensión de la complejidad de la mente de pacientes tan graves. La lucidez de Ryle al describir la presencia de múltiples estados mentales en el TLP, cambiantes, poco integrados, con escasa coherencia y con frecuencia disociados, supuso un nivel de comprensión y de aproximación terapéutica al trastorno límite de personalidad que enriqueció y cambió formas anteriores de aproximación a este trastorno (Mirapeix 2008;Ryle 1997).

Esta concepción no está reñida con una visión unitaria del self, de tal forma que son aparentemente en dos polos dialécticos en los que se plantea una incompatibilidad conceptual entre un self único vs. un self múltiple. La tensión dialéctica antagónica en base a entender el self como todo aquello que define a un individuo como sujeto único, pero su composición es múltiple en muchos sentidos. ***El sumatorio de la multiplicidad del self, constituye la unicidad del mismo.*** El grado de rigidez o de disociación de éste, estará vinculado al grado de psicopatología.

Quiero señalar no sólo a efectos teóricos, sino también por las implicaciones que tiene desde el punto de vista técnico, la concepción del self dialógico (Leiman 2002). Las voces asociadas a cada uno de los estados mentales y la multiplicidad dialógica de la estructura del psiquismo. Esto tiene una gran utilidad, no sólo desde un punto de vista conceptual, sino también de cara a la aplicación práctica del modelo de intervención que estoy presentando.

La identificación de un estado mental, en sí mismo, no dice mucho de un individuo. Un estado mental es la configuración estática de los contenidos de la conciencia en un espacio de tiempo T_1 , En él encontramos una configuración en base de múltiples componentes: marcadores somáticos, emociones, pensamientos, actitudes, conductas; así como imágenes, miedos y motivaciones (Edelman and Tononi 2002). Esto, sólo nos aporta una información muy limitada del individuo. Nos puede explicar por ejemplo, los patrones individualizados de configuración de los estados mentales de un sujeto, a saber, qué predominancia tiene en un individuo concreto, lo somático, las modalidades sensoriales, las sutilezas en las manifestaciones emocionales, la predominancia de lo cognitivo sobre lo emocional (si fuese el caso), los patrones de acción preferidos, algunos aspectos de la estructura de su mundo representacional y de disposición a la acción. No mucho más que esto nos

aporta sobre un individuo la estructura concreta del estado mental en un momento determinado.

Lo que nos da más información, es la dinámica de los estados mentales, es decir: la arquitectura funcional dinámica, que no es otra cosa que la secuencia de la transición entre los diferentes estados mentales y la contextualización ambiental y relacional de la misma. El trabajo pues, consiste no sólo en la identificación de los estados mentales, sino fundamentalmente en un análisis de la transición entre un estado mental y otro, así como las implicaciones relacionales del individuo con su entorno físico, relacional, y también consigo mismo.

Similitudes y diferencias con el modelo mentalizador

El papel de la auto observación en psicoterapia cognitivo analítica ha formado parte central del marco teórico y técnico del modelo desde su comienzo (Ryle 1979; Ryle and Kerr 2006). Por otro lado, la mentalización, más allá de ser un modelo de psicoterapia específico (Bateman & Fonagy 2010), actualmente está siendo conceptualizada como un factor común en la psicoterapia (Allen 2013). De tal forma, que actualmente podemos decir que: no es posible llevar a cabo ninguna psicoterapia si no hay una adecuada capacidad de auto observación y de reflexividad (Bateman and Soth 2006).

Aunque se han desarrollado modelos en los que el concepto de mentalización es el eje central de la aproximación terapéutica al trastorno límite de personalidad, existen diferencias sustanciales con el modelo cognitivo analítico, como quedó claro en un artículo en que ambos modelos fueron comparados (Bateman et al. 2007). Fundamentalmente, la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica, no está vinculada sólo a la teoría del apego, sino que su visión es multifactorial.

La visión desde el modelo cognitivo analítico tiene que ver con procesos de auto observación adquiridos, bien es cierto, en los períodos iniciales de la relación con la figura maternizante, pero no exclusivamente. Hay una disposición innata a la reciprocidad relacional (Trevarthen and Aitken 2001) y el desarrollo del lenguaje. La utilización compartida de símbolos y signos, incrementan la capacidad de autorreflexión del sujeto y el desarrollo de una cultura compartida. Además, la relación entre iguales, y específicamente el desarrollo del juego en el niño, tiene un peso decisivo en el desarrollo de la

capacidad y utilización de una adecuada función reflexiva para la inserción del niño en el contexto social. Esta visión ecológica, adaptativa y social, va más allá de una visión exclusivamente centrada en la teoría del apego para explicar el funcionamiento de la capacidad reflexiva del sujeto (Liotti and Gilbert 2011).

Considero necesario recordar la descripción que en su momento realicé de la comprensión cognitivo analítica de la función reflexiva (Mirapeix 2008). La visión que presento, es una integración que hace compatible entender la función reflexiva deteriorada como un rasgo y como un estado. Entendemos la función reflexiva como una capacidad innata del ser humano, y el marco teórico está sustentado en una epistemología evolutiva y constructivista

La necesidad de ampliar el concepto de autoobservación: el PAHORC

Desde el principio, la psicoterapia cognitivo analítica ha sido una terapia dirigida al incremento de la capacidad de auto observación del individuo y para ello ha utilizado instrumentos de evaluación, síntesis sustanciada en la reformulación, descripciones diagramáticas y todo ello con la clara finalidad de incrementar esta función auto observadora. En nuestra experiencia, surgió la necesidad de hablar de que el otro era un otro con mente, y entre ambos se desarrollaban procesos relacionales en un contexto determinado, haciendo realidad en este planteamiento, aquella propuesta de Mikael Leiman que me permito reescribir de la siguiente forma: ¿Quién de ti habla a quién de mí?: ¿de qué, por qué y para qué? Se nos hizo evidente que un paciente con una FR baja, no puede dar cumplida respuesta a esto. Recientemente, utilizando una metodología de análisis de las secuencias dialógicas (Leiman 1997), se llegaba a la misma conclusión (Zonzi et al. 2014).

El foco en el incremento de la autoobservación es un continuum de complejidad creciente en el trabajo con TLP. Por ejemplo: el estadio de cambio (Norcross and Prochaska 2002), la función reflexiva, la ventana de tolerancia emocional, todos ellos son marcadores estratégicos que delimitan el tipo de trabajo terapéutico a realizar, y la parsimonia en la secuencia de las intervenciones debe de tomar en cuenta la capacidad de aprendizaje, procesamiento e integración de los conocimientos aportados al paciente.

Por lo tanto, es un objetivo prioritario de la PCA el desarrollar intervenciones específicas que faciliten la función reflexiva, den luz a estados mentales obturados o incrementen déficits estructurales por distorsión nuclear

en los procedimientos de rol básicos. Todo lo anterior mejorará la capacidad de auto y hetero observación del paciente consigo mismo y en sus relaciones interpersonales, así como en aquellos contextos sociales en los que pueden producirse matices en relación a su comportamiento.

En el proceso de autoobservación se focaliza con especial atención en los marcadores somáticos como manifestaciones corporeizadas de las emociones. Los correspondientes marcadores somáticos de la emoción, son parte de los estados mentales, y forman parte del contenido que observa la conciencia reflexiva.

La ZDP de Vigotsky y los marcadores estratégicos de cambio en psicoterapia:

La zona de desarrollo proximal de Vigotsky, es un elemento nuclear para comprender el tipo de trabajo que ha de realizarse. Exige parsimonia y respeto a las posibilidades de incorporación a la vida del sujeto el material que aportamos, teniendo en cuenta que no podemos pedirle que haga algo que queda fuera de su zona de desarrollo proximal.

La necesaria secuenciación del abordaje de temáticas progresivamente complejas, se comprende en su dimensión clínica práctica desde el concepto de la zona de desarrollo proximal. Es desde aquí, cuando la secuenciación multifásica del tratamiento, la debemos de sustentar en el establecimiento de marcadores estratégicos vinculados al cambio en psicoterapia, que permitan actuar tomándolos como foco de intervención en la planificación estratégica y estructura organizativa del tratamiento. Esto nos permitirá tener la posibilidad de operativizarlos y medirlos para ser utilizados posteriormente en proyectos de investigación.

La zona de desarrollo proximal de Vigotsky, inspira y guía el trabajo terapéutico en diferentes focos y en diferentes momentos de la terapia. El planteamiento de Vigotsky relativo al tener clara conciencia de que los aprendizajes nunca van más allá de las posibilidades del sujeto. Esto es absolutamente aplicable a niveles biológicos, psicológicos y sociales.

El trabajo del cambio en psicoterapia debe de mantener permanentemente la guía de los límites impuestos por la zona de desarrollo proximal en la progresión del tratamiento y el aprendizaje de aquello que le es posible al paciente.

Acoplamiento entre el procesamiento de información y la FR: el PSORM y el PAHORC:

El modelo cognitivo analítico, en su componente cognitivo, es un modelo sustentado originalmente en una concepción de procesamiento de información en base a una organización estructurada y secuencial de la misma. Inicialmente fue denominado modelo de procesamiento secuencial, posteriormente, incorporando la teoría de las relaciones objetales, pasó a denominarse modelo del procesamiento secuenciado de las relaciones objetales (en adelante PSORM).

Me he referido antes a lo que denomino la conciencia reflexiva sustentada en el proceso de auto y el hetero observación relacional y contextual.

Quiero realizar aquí una síntesis y acoplamiento teórico de esta concepción conjunta del procesamiento secuencial de relaciones objetables y de la conciencia reflexiva. La síntesis de ambos procedimientos, el uno de la información y el otro de la reflexividad, considero que es una aportación muy útil dentro de la evolución actual de la psicoterapia en general y del desarrollo de una psicoterapia cognitivo analítica del siglo XXI.

Desde la perspectiva del modelo del PSORM, se prestó especial importancia a la descripción del proceso de construcción del significado y de planificación de la actuación por parte del sujeto. En cierto sentido, el modelo del procesamiento secuenciado, es un modelo que se adapta a las concepciones actuales de intervenciones que dan prioridad a las intervenciones dirigidas al procesamiento de información antes que a los contenidos. Originariamente, en psicoterapia cognitivo analítica, obviamente, también se trabajaran los contenidos implícitos denominados trampas, dilemas y pegas, a nivel de distorsiones cognitivas, y roles recíprocos y procedimientos de rol, en cuanto a los contenidos, vinculados a las experiencias de aprendizaje y a los procesos de auto manejo, de relación con el otro y con el mundo.

El análisis de la arquitectura intra e inter estado, es coherente con el PSORM y encaja perfectamente a nivel teórico, y técnico. Tomar conciencia de la composición del estado mental, supone describir los contenidos del mismo en términos de elementos perceptivos, tanto intero como exteroceptivos,

cogniciones asociadas, emociones activadas, tendencias a la acción, motivaciones, fantasías, expectativas... etc.

Por otro lado, es necesario hacer mención de que los estados mentales sólo podemos describirlos como algo estático, cuando hablamos de ellos y los escribimos sobre el papel, pero la vivencia subjetiva de un sujeto es el fluir continuo de su conciencia, que puede ser más o menos coherente, o más o menos integrado, en función de sus características personales o psicopatológicas. Asignar un nombre al estado mental tiene un valor heurístico, pues la realidad es que la vivencia subjetiva que el sujeto tiene de un estado mental, es un proceso en cambio permanente.

La auto observación de los subcomponentes de un estado mental, encaja dentro del modelo de procesamiento secuencial de relaciones objetales, en el que hay una secuencia que describe el procesamiento de información y la composición de la micro estructura y de los micro procesos de cambio en dicho estado mental. En este modelo, el PSORM, está incluido todo a lo que estamos haciendo referencia: el polo perceptivo, el atribucional, la planificación ejecutiva y lo que consideramos el núcleo central del self o estructura central de la construcción de significados por parte del sujeto, vinculados a los esquemas interpersonales subyacentes, que están ligados a las experiencias de apego y a las díadas relacionales introyectadas.

Desde esta perspectiva, la técnica cognitivo analítica dirigida al incremento de la función reflexiva, está vinculada íntimamente al modelo estructural subyacente del procesamiento secuencial sustentado en las relaciones objetales que venimos describiendo y que forma parte del marco teórico nuclear del modelo cognitivo analítico desde sus inicios. Las implicaciones técnicas las describiré más adelante, pues las intervenciones dirigidas a la identificación de los estados mentales propios y de sus micro transiciones van a tener en cuenta de forma sistemática esta estructura de procesamiento secuencial de la información a la que vengo haciendo referencia. La optimización de la conciencia reflexiva tiene el objetivo de observar los procesos implícitos mencionados.

La multiplicidad dinámica del self

Un estado mental no es algo estático, que se queda fijado en el tiempo y podemos analizarlo como si fuera una foto. El flujo de la conciencia

condiciona el hecho de que los estados mentales sean una secuencia fluida de micro escenas que se siguen unas a las otras. El tránsito de los componentes de una micro escena a la siguiente, tiene una dinámica individualizada que nos dice mucho acerca de la estructura de la funcionalidad psicológica del individuo. La artificiosidad de la descripción de un estado mental estático es inherentemente falsa, un estado mental es una fracción la realidad psicológica carente de sentido sin tener en cuenta el estado antecedente y el posterior. Vinculado al antes y al después, el sentido otorgado al estado mental concreto está sistemáticamente vinculado a los antecedentes del mismo y a la anticipación del futuro que hace el sujeto.

En un estado mental de amenaza, lo que resulta informativo del mismo es el análisis de cuál fue el estado mental previo, las causas que desencadenaron la vivencia amenazante y cuál va a ser el estado mental posterior en términos de configuración de emoción, cognición, acción y demás componentes. Las consecuencias de este planteamiento de análisis dinámico de los estados mentales, conlleva un replanteamiento descriptivo, fenomenológico y dinámico de la personalidad del individuo. Es esta arquitectura funcional la que nos va a dar información sobre la forma en que el sujeto maneja la realidad.

En la exploración clínica de las transiciones entre estados, lo relevante es el micro análisis de las variaciones en la configuración de los componentes de cada estado, y específicamente de la percepción de la secuencia transicional. Qué cambia, cómo lo hace, en qué contexto, qué voces interiores se apagaron y cuáles aparecen, qué imágenes había y cuáles aparecen nuevas, qué personajes cambian en la escena representada, qué sensaciones nuevas aparecen... Desde aquí, podemos entender que no es la presencia de un estado mental determinado el que nos informa de la presencia de un trastorno mental u otro, es la arquitectura funcional de las transiciones entre estos estados, la que realmente nos da datos más sutiles para comprender la estructura funcional íntima y personal del individuo que tenemos delante.

La utilización del mindfulness en el incremento de la FR

La incorporación del entrenamiento en mindfulness en los programas de trastornos de personalidad tiene su inicio como todos bien conocen en la terapia dialéctico conductual (Linehan et al. 1993). Desde entonces la

evolución de la aplicación del mindfulness en distintos trastornos psicopatológicos (Baer 2003), específicamente en los trastornos de personalidad (Forster et al. 2014) y últimamente el entrenamiento de terapeutas (Rodríguez Vega et al. 2013) hace de la utilización de esta modalidad de intervención, una práctica aconsejable dada su eficacia empírica demostrada. Además, su finalidad de focalizar en el aquí y en el ahora, en ganar en capacidad de concentración, en la mejora de la atención, facilita los procesos implicados en la auto observación y la consecuente regulación emocional.

Una revisión reciente sobre los solapamientos conceptuales de la mentalización con el mindfulness y algún otro concepto (Kernberg 2012) vinculaba el mindfulness a los modelos cognitivo conductuales, que si bien es cierto, lo es sólo parcialmente. Los desarrollos recientes de comprender la mentalización como hacer mindfulness de la mente (Allen 2013) y el uso del entrenamiento en mindfulness para el entrenamiento de terapeutas (Ryan et al. 2012), amplían su uso y consolidan la ya antigua vinculación del psicoanálisis con la meditación (Fromm y Suzuki). Lo que es claro, es el modelo claramente diferente que tiene de la mente el psicoanálisis y el mindfulness con su inspiración budista. Eso no es óbice para utilizar en nuestro beneficio teórico y sobre todo técnico, una intervención de demostrada eficacia. La adaptaremos a nuestro marco teórico sin reparo y con todo el derecho (Levin and Hayes 2011). En psicoterapia cognitivo analítica, cada vez es más frecuente el uso del mindfulness como una técnica asociada (Marx and Marx 2012).

Es un error conceptual pensar que el objetivo fundamental del mindfulness es conseguir una relajación, o una regulación emocional. La esencia del mindfulness estriba en aprender a estar presente con atención plena, en el aquí y el ahora de forma intencional y con una supresión voluntaria del enjuiciamiento de la realidad. El entrenamiento específico de los pacientes en esta modalidad terapéutica, sin lugar a dudas, facilita los procesos de auto observación que traen como consecuencia una mejor identificación de los estados mentales propios, que derivan en una mejor regulación emocional. Como tendremos ocasión de ver más adelante, también facilita los procesos de reconocimiento del estado mental del otro con quien nos relacionamos.

El objetivo fundamental del mindfulness es pues ampliar la conciencia reflexiva y permitir sustituir la reacción impulsiva ante un estímulo, por una respuesta reflexiva elegida por el sujeto. Podríamos sintetizarlo diciendo que: si observas, paras el automatismo; por lo tanto: para, respira, observa y actúa.

Lo anterior invita al paciente y le entrena a utilizar el mindfulness con fines mentalizadores o de incremento de la FR. Quédate quieto un momento, respira, siente el aquí y el ahora, quédate con los ojos cerrados e intenta identificar ¿qué es lo que estás sintiendo?, ¿cómo llamarías a este estado mental?

Esto es utilizar el poder de la auto observación derivada del mindfulness, esto es hacer mindfulness de la mente.

3.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE LA FR:

Éste, en sí mismo, sería un apartado muy extenso, un libro incluso, pero sólo quiero mencionar aquí algunas variantes de evaluación de la función reflexiva.

Sin duda, la más importante y modelo de referencia, es el manual de evaluación de la función reflexiva (Fonagy 1998), pero hoy en día tenemos más. En las fases de evaluación, la utilización de algunas de las preguntas del MEMCI (Bilbao and Lanza Castelli 2013) sirven para sustituir aquellas otras de la entrevista del apego adulto y poder evaluar escenas interpersonales que han resultado significativas para el sujeto. Estos métodos nos permiten establecer una categorización de pacientes con baja, media y alta función reflexiva. La descripción de estos procedimientos y la validación del MEMCI están actualmente en fase de investigación en su aplicación al TLP.

En nuestra Fundación, la utilización del cuestionario biográfico auto aplicado, como instrumento de evaluación inicial, nos da un material excelente para poder evaluar de forma cualitativa la función reflexiva del paciente. Hay una serie de preguntas, en relación a las figuras de apego, la descripción de la personalidad del padre y de la madre, así como el tipo de relación que establecía con ellos, los recuerdos infantiles, y distintos tipos biográficos significativos desde el punto de vista relacional, en los que su simple contestación, en forma y contenido, aportan datos relevantes sobre la potencial función reflexiva de un sujeto concreto.

El grupo australiano (Jennings et al. 2012), ha ido por otro lugar diferente a la hora de evaluar la cognición social, centrándose en la habilidad de los individuos para resolver situaciones de índole interpersonal.

Por nuestra parte, actualmente estamos investigando el uso del MASC como instrumento de medida de la FR en TLP (Lahera et al. 2014).

Otro instrumento actualmente en fase de desarrollo, el TESEM (Lanza Castelli 2013) es de gran utilidad no solo en la evaluación, también en la fase de intervención avanzada como luego veremos.

Por último, quiero también señalar que el propio procedimiento para la descripción de estados, tiene en su contenido y forma de aplicación colaboradora con el paciente, elementos que permiten facilitar la comprensión de la calidad de la función reflexiva del paciente con un trastorno límite de personalidad. Ésta es un área pendiente de investigación y quedaría para otro lugar profundizar en ello.

4.- ASPECTOS TÉCNICOS GENERALES:

Quiero dejar claro desde el inicio que este tipo de intervenciones no van dirigidas al desvelamiento de contenidos traumáticos, ni a la reconstrucción de la historia del sujeto; tiene como función facilitar el proceso de reflexión acerca del propio pensamiento y los procesos de construcción del mismo, así como al aprendizaje de la lectura tentativa de la mente del otro. Podríamos sintetizar diciendo que es una intervención dirigida a los procesos implícitos en la construcción del pensamiento y la regulación emocional individual e interpersonal.

Un modelo multifásico y politécnico de orientación cognitivo analítica:

En el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad graves, tal y como actualmente defienden la mayor parte de los especialistas, es necesario un abordaje integrador desde el punto de vista teórico y ecléctico desde el punto de vista técnico. El modelo cognitivo analítico que guía nuestro programa de intervención multifásico, es integrador y de una sólida orientación cognitivo analítica, es multicomponente y politécnico, ajustándose a los requisitos que plantea la mayor parte de los especialistas en trastornos de personalidad en el momento actual (Dimaggio and Livesley 2012;Livesley 2012).

La planificación estratégica y técnica, dependerá del manejo y evolución de la función reflexiva a lo largo del proceso terapéutico, planteando un modelo de intervención en fases, en las que el déficit de la función reflexiva establece un marcador de planificación estratégica, con una clara distinción en los procedimientos utilizados tanto a nivel de evaluación como de intervención (Luyten 2011).

Recientemente en el Congreso internacional de psicoterapia cognitivo analítica celebrado en España, presentaba los marcadores estratégicos del cambio a tener en cuenta en el diseño de programas terapéuticos complejos dirigidos a pacientes con trastornos de la personalidad. La motivación, la conciencia de problemática psicológica, la función reflexiva, la complejidad cognitiva y de aprendizaje, las dificultades para la integración de la discontinuidad de la memoria, los procedimientos específicos de trabajo emocional con el trauma complejo, la reconstrucción de la memoria, de la historia personal y la construcción de la narrativa final que dé cuenta de la historia diacrónica del sujeto, son pasos que se dan en psicoterapia cognitivo analítica y que cada uno de ellos puede considerarse en un marcador estratégico dentro del proceso de cambio en el tratamiento de casos complejos (Mirapeix 2013).

Voy a presentar aquí una síntesis de aspectos nucleares del planteamiento estratégico que será ampliado en otro artículo, pero que es necesario para comprender bien la secuencia de intervenciones. Fase 1: Evaluación, seguridad, intervenciones preparatorias. Fase 2: Incremento de la FR. Fase 3: PCA en TLP con FR conservada, tratamiento del trauma y programa integrado multicomponente Fase 4: Integración, reinserción y alta si procede.

En este artículo me voy a centrar en la descripción de la fase dos, donde he desarrollado una estructura de intervención, una planificación estratégica y una metodología de intervención técnica específica que van a consistir en el centro de mi exposición.

La secuencia de las intervenciones, avanza progresivamente de lo individual a lo relacional y de la identificación simple de los estados mentales propios a un análisis más complejo que está basado en una guía estratégica

que denomino: proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (PAHORC)

Es sólo posteriormente a esta fase de trabajo focalizado en la FR, cuando se entra en la siguiente fase y se utilizan los cuestionarios específicos y toda la metodología técnica de la psicoterapia cognitivo analítica clásica. Sólo con este nivel de complejidad cognitiva, con esta FR desarrollada, es posible comprender en su complejidad y sutileza los procedimientos recíprocos de rol. De no ser así, los complejos diagramas secuenciales de los múltiples estados del self, pueden ser artificios racionalizados de microprocesos cognitivo afectivos altamente complejos, que no son del todo comprendidos por el paciente.

Descripción general de las intervenciones para al aumento de la FR

Las intervenciones en la fase uno, permiten controlar conductas de alto riesgo para el paciente y para el tratamiento. Los contenidos de la fase psico educativa y motivacional colocan al paciente en un estadio de cambio que permiten entrar en la fase dos del tratamiento que describiré a continuación.

Hay pacientes que no presentan un déficit de FR, por lo que el itinerario terapéutico varía, yendo directamente a la fase tres y habiendo sido limitadas las intervenciones en la fase 1, sobre todo para aquellos con un índice de gravedad menor, aquellos que denominamos TP's de alto nivel de funcionamiento (Caligor et al. 2007).

En esta fase el objetivo fundamental es el incremento de la FR, que supone una ampliación de la conciencia reflexiva. Así dicho es demasiado general y difícil de operativizar. En un intento por describir en qué consiste el trabajo desarrollado en esta fase he recurrido a describirlo como un proceso que sirve de guía estratégica y que denomino PAHORC. Hay dos niveles de intervención dirigidos al incremento de la función reflexiva, uno básico y otro avanzado, pudiendo ser utilizado tanto a nivel individual como grupal, sin que vayamos a entrar en detalle en ello. Las peculiaridades específicas del trabajo en grupo, por cuestión de espacio no las abordaré aquí.

Como no puede ser de otra forma, teniendo en cuenta que el objetivo es el incremento de la función reflexiva, hay algunas similitudes técnicas con el modelo basado en la mentalización (Bateman and Fonagy 2006), incluido la

utilización de algunas intervenciones muy similares aunque éstas se realicen desde un marco teórico y técnico diferente.

Intervenciones básicas sobre la FR: focalizando en la mente del paciente:

1. Evaluación de los Estados Mentales con el SDP.
2. La representación ortogonal.
3. Microanálisis de la arquitectura intra-estado (los componentes somáticos).

4. Microanálisis de la transición inter-estados.
5. Descripción de reciprocidades.
6. Isomorfismo relacional.
7. Consolidación de lo aprendido.

Intervenciones avanzadas sobre la FR: focalizando en la mente del otro, en la relación y en el contexto:

1. La lectura de la mente del otro y el lenguaje no verbal.
2. La circularidad interpersonal.
3. La multivocalidad del self dialógico.
4. Análisis contextual.
5. Las intervenciones diacrónicas: el eje tiempo.
6. La relación terapéutica
7. Las técnicas activas
8. El análisis de secuencias dialógicas.
9. Metaprocesamiento.

Favorecer la conciencia reflexiva, viene facilitada por la descripción operativa del trabajo secuencial siguiendo la guía estratégica mencionada: proceso de auto y hetero observación relacional y contextual. Ésta puede ser utilizada de forma sincrónica, en el aquí y en el ahora, para analizar la micro estructura de los estados, los sutiles cambios de uno a otro, o la combinación de componentes de un estado y de otro nuevo que se genera, los disfraces de los estados, o estados negados o de bloqueo que aparecen como vacío y que esconden, tras el mismo, emociones traumáticas. Esta guía estratégica, tiene también una utilidad diacrónica a lo largo del eje tiempo, en función del rango de tiempo que es analizado.

5.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA EL INCREMENTO DE LA FR

5.1.- Intervenciones básicas sobre la FR: focalizando en la mente del paciente.

Evaluando los estados mentales con el SDP:

El modelo cognitivo analítico, dispone de una metodología de evaluación de los estados mentales que es utilizada en esta fase con motivos de: evaluación, psicoeducativos y de cambio. La aplicación del procedimiento para la descripción de estados, descrito en artículos previos y disponible online (Mirapeix 2008), es un instrumento cualitativo de evaluación que permite que el paciente identifique diferentes estados mentales que le son familiares. No necesariamente tiene que utilizar los nombres y descripciones que se utilizan en el cuestionario, es más, se le anima al paciente a que ponga aquellos nombres que más se adecúen a cómo se siente.

En una segunda fase de la aplicación del cuestionario, terapeuta y paciente profundizan en la descripción pormenorizada de cada uno de los estados mentales y las características específicas de cada uno de ellos. Esto requiere un ejercicio de auto observación, que viene también fomentado por cómo está construido el cuestionario y por cómo se trabaja de forma colaboradora con el paciente. En este punto, es recomendable que el lector lea el cuestionario al que me estoy refiriendo, pues eso le va a aclarar cuál es el objetivo de este cuestionario, los contenidos del mismo y la gran riqueza clínica que se deriva de la utilización de este procedimiento. En sí misma, la utilización detallada y minuciosa del procedimiento para la descripción de estados, es una técnica de evaluación que favorece el incremento de la función reflexiva.

Se le pide al paciente que realice una descripción detallada de sus subcomponentes y fundamentalmente del inicio de reconocimiento de las voces asociadas a cada uno de los estados. Desde ese estado particular se va explorando: ¿qué es lo que surge en tu mente?, ¿cómo te sientes?, ¿a quién te diriges?, ¿cómo lo haces y qué reacción es la que habitualmente obtienes de los demás cuando actúas de esta forma?...etc. Esta metodología de aplicación de este procedimiento, facilita la descripción minuciosa de la composición de los estados mentales, sus subcomponentes y posteriormente, como veremos, el análisis de sus transiciones.

Los estados mentales son efímeros o pueden ser más mantenidos en el tiempo. Hay una fase de entrenamiento para diferenciar los microcambios en estados efímeros, donde el entrenamiento en mindfulness es muy relevante. Los cambios de estado, sean de efímero a efímero o de efímero a mantenido y mantenido a mantenido, suponen un trabajo específico focalizado en el uso de una técnica dialógica dirigida a detectar, describir, comprender, y poder controlar la transición entre estados mentales, prestando atención a los microcambios y especialmente a las voces asociadas a cada estado.

La representación ortogonal de los estados mentales:

Una forma de sintetizar el reconocimiento de los estados es representarlos en un mapa ortogonal, esta técnica de mapeado la describí en un artículo anterior (Mirapeix 2008) y consiste en realizar una representación de los estados mentales utilizando un eje de abscisas y otro de ordenadas, en los que representamos dos valencias fundamentales: por un lado una polaridad emocional de ese estado mental que puede ser agradable o desagradable, con emociones fundamentalmente positivas o negativas. Por otro lado, en el eje vertical, representamos el grado de adaptación de dichos estados mentales, en términos de eficacia adaptativa a interpersonal y social. Esto le ayudará a comprender al paciente que sus diferentes estados mentales, no sólo tienen una cualidad emocional diferente, sino que además tienen un resultado en términos adaptativos que debe de analizar minuciosamente.



Esta representación ortogonal no sólo es una descripción estática, como veremos posteriormente, sino que también nos va a permitir un trabajo muy flexible en relación a la aparición de nuevos estados, al posicionamiento de los mismos dentro de esta representación ortogonal, y sobre todo a las transiciones entre un estado y otro, así como a los diálogos que pueden

establecerse entre los diferentes estados mentales del paciente. Más adelante, en la fase avanzada, trabajaremos con la relación de esos estados con los demás, la circularidad interpersonal y el análisis contextual de los mismos.

La representación ortogonal, sirve para categorizar y describir de una forma operativa los estados mentales más frecuentes que puede presentar un paciente en un periodo de tiempo dado, más o menos corto. Esta representación ortogonal, viene atravesada en el punto de intersección del eje de coordenadas y abscisas por un eje que le daría una representación tridimensional: el eje tiempo.

Microanálisis de los estados mentales (los componentes somáticos):

Una intervención especialmente significativa es la atención que se presta a las manifestaciones somáticas de la emoción. No se trata únicamente de que el paciente aprenda a describir cuál es el estado mental y los contenidos cognitivos conductuales y emocionales. Cada estado mental tiene una emoción, y ésta tiene una manifestación somática que va sistemáticamente relacionada con la emoción. Esto nos va abriendo la puerta a niveles de trabajo mucho más profundos, cuando lleguemos a las fases en las que tengamos que abordar los componentes psicológicos traumáticos y las repercusiones somáticas de los mismos.

Por otro lado, nuestra concepción de las emociones vinculadas a lo somático (Damasio 2008), y la incorporación de intervenciones dirigidas a lo somato sensorial (Ogden et al. 2006), nos hace trabajar con los estados mentales buscando siempre no sólo las emociones implícitas, sino también explicitando cuáles son los marcadores somáticos vinculados a determinadas emociones y sus correspondientes estados mentales. Cuando los estados mentales sólo los conceptualizamos como mentales, corremos el riesgo de perder la conexión con el cuerpo. Esto es algo que ha sucedido en exceso en las terapias exclusivamente verbales, y las aportaciones actuales conceden suma importancia a las intervenciones focalizadas en lo sensorial en psicoterapia (Ogden, Minton, & Pain 2006; Van der Kolk 2003).

Por lo tanto estamos realizando un micro análisis de la composición intraestado que nos va a permitir facilitar que el paciente sepa percibir y descomponer cada uno de los componentes que forman parte de un estado mental.

Microanálisis de las transiciones:

Una vez que hemos trabajado con detalle el reconocimiento de los diferentes estados mentales y de sus subcomponentes, estamos en condiciones de entrar en un microanálisis de la arquitectura funcional interestados: las transiciones que se realizan entre los diferentes estados mentales. Como comenté antes, en sí mismo, un estado mental nos dice poco de un individuo, lo realmente significativo es la identificación de las transiciones de un estado a otro, el análisis de aquellas situaciones que actuaron como provocadoras esta transición y la descripción cualitativa de los procesos sutiles de cambio en cada uno de los componentes del estado mental y cómo van transitando y apareciendo otros elementos cognitivos, emocionales, conductuales, somáticos,... que van a ir configurando otro estado mental diferente.

El mapeado de los estados mentales en esta representación ortogonal, es una parte del proceso del trabajo clínico con estos estados mentales. Una fase especialmente importante es la descripción de cuál es la transición entre diferentes estados, ¿qué estados mentales preceden a qué otros estados mentales? ¿cómo se produce la transición entre un estado mental de rabia y un estado mental de tristeza?. Es precisamente en la identificación de los procesos de transición donde se explicita una gran cantidad de información acerca de la estructura del funcionamiento de los procesos intrapsíquicos del paciente. Por ejemplo cuando un paciente intenta ser perfecto y observa que no lo consigue, se desespera y al final entra en un estado de rabia y posteriormente puede virar a un estado de tristeza. Es decir, no se trata sólo de identificar estados, lo más importante es identificar la arquitectura funcional interestados.

Un análisis detallado y minucioso de los fenómenos de transición entre un estado y otro implica revisar. ¿Qué es lo que me lleva de un estado a otro y por qué? El nivel de exigencia para el paciente de este tipo de trabajo, en muchas ocasiones se puede ver beneficiado por la práctica regular de técnicas de meditación, habitualmente conocidas como mindfulness. La detección desde una observación distante de los micro componentes de los estados mentales y del micro análisis funcional de la configuración interesada, es un acto que precisa un nivel de atención y serenidad que en pacientes con

trastorno límite de personalidad requiere un entrenamiento específico y la utilización de las técnicas derivadas de la meditación pueden ser de gran utilidad.

Las micro transiciones entre estados, suponen que la modificación de un estado a otro, no es una modificación radical en la que de un estado de rabia aparece otro de ira y otro posterior de tristeza. La secuencia de la transición entre estados supone entender la misma desde una perspectiva de modificación progresiva de cada uno de sus componentes. Es desde esta perspectiva de modificaciones lentas, que pueden ser de milisegundos, como se comprende la transición progresiva coherente e integrada de un estado mental a otro en un sujeto sano. Desde una perspectiva psicopatológica hay alteraciones específicas de los fenómenos transicionales. La integración de la complejidad, la búsqueda de la coherencia en los procesos de cambio de estado, es un proceso biológicamente sustentado y psicológicamente imprescindible para una adecuada adaptación al contexto interpersonal y social (Edelman & Tononi 2002). La tendencia a la normalidad en los procesos transicionales, está genéticamente determinada en la medida de que es un proceso de un alto valor adaptativo, que sólo patología de alto nivel en cuanto a su capacidad en la desestructuración emocional y de procesamiento complejo de información, puede explicar que una función tan básica se vea alterada. En el extremo de la patología, están aquellos fenómenos transicionales bruscos, desconectados, no integrados, que suponen una discontinuidad de la memoria y que reconocemos como fenómenos disociativos en los procesos de transición interestado.

En última instancia, es imposible trabajar con un estado mental estático. El presente no existe, pues el flujo de la conciencia supone un continuo de transiciones de un estado mental a otro, el intento de describir un estado mental cambia el propio estado mental que pretende describir. Resulta útil la comprensión de los estados mentales como constructos psicológicos que intentan capturar momentos experienciales que van cambiando a lo largo del tiempo. Es la transición de un estado mental EM_1 a un estado mental EM_2 la que resulta informativa sobre aspectos estructurales del sujeto.

Es muy útil en este momento de la práctica del incremento de la función reflexiva, en el micro análisis de las transiciones, la utilización de la técnica de

la moviola descrita por Vittorio Guidano. Ella nos permite invitar al paciente a que visualice en un video a cámara lenta como era el estado mental previo y cuál es el proceso de cambio a un estado mental nuevo. Precisamente, la gran utilidad de la técnica de la moviola, es que nos permite ir adelante y atrás, una y otra vez, hasta poder percibir y describir con detalle cada uno de los componentes de cada estado y los procesos de transición de un estado mental a otro, especialmente las modificaciones en el terreno emocional, somático y el cambio que se produce en las voces asociadas en el cambio de un estado mental a otro. El concepto de la multiplicidad del self y del self dialógico, cobra toda su potencia clínica en este momento. Estamos ante una auténtica exploración reflexiva de la multiplicidad del individuo. El análisis de los contenidos del mundo representacional, como he indicado anteriormente, es otro nivel de trabajo propio de la fase 3 de tratamiento.

La reciprocidad en los estados:

Este análisis descriptivo y detallado de los diferentes estados mentales y de sus componentes, así como de sus transiciones, nos permite abrir la puerta a un elemento conceptual nuclear en terapia cognitivo analítica como es el de la reciprocidad (Ryle & Kerr 2006). El nivel de trabajo con este componente de la reciprocidad va a ir adquiriendo niveles de complejidad progresiva a medida que el paciente vaya incrementando su función reflexiva y su capacidad de auto y hetero observación relacional y contextual.

En este momento, empezamos a ver algunas manifestaciones de reciprocidad entre distintos estados: por ejemplo mostrarme agresivo, vs. mostrarme víctima. En este nivel de trabajo, sólo señalamos al paciente la reciprocidad y relación entre estados mentales aparentemente diferentes, pero que incitan a pensar que pudiera haber una relación entre ellos. También esto permite realizar una primera apertura hacia la aproximación a las implicaciones interpersonales de estos componentes vinculados a la reciprocidad.

Desde la perspectiva cognitivo analítica, en última instancia, la comprensión de las transiciones entre estados, está vinculada a la arquitectura dinámica subyacente y a la relación implícita de los varios polos activados de los roles recíprocos existentes. Por ejemplo: en una diada de un paciente concreto, en el que están presentes los polos despectivo-despreciado, puede suceder que cuando en un momento determinado un paciente se siente

humillado y triste porque ha sido tratado despectivamente por su jefe, le ayuda a comprender que cuando llega a casa en este estado mental, pueda tratar de forma despectiva a su mujer. Si no tuviésemos la matriz conceptual de las diadas relacionales, de los roles recíprocos y los procedimientos recíprocos de rol, sería incompleta la comprensión de los diferentes estados mentales y su íntima relación, que solo se irá desvelando según la ZDP lo permita. La relación implícita entre ellos, producida en una historia específica de aprendizaje interpersonal, nos permitirá una comprensión más detallada de la relación íntima y profunda de las reacciones y cambios producidos en la vivencia subjetiva de desprecio que sintió el paciente al sentirse tratado de forma humillante y despectiva por su jefe, y el trato que a la llegada a casa el paciente dio a su mujer. La comprensión de los roles recíprocos, por ej: despectivo-despreciado, ilumina las transiciones sufridas en dos momentos totalmente diferentes y en situaciones contextuales muy distintas.

Lo importante es comprender que la matriz relacional implícita en términos interpersonales está conectada por una diada de roles recíprocos. Esto no quiere decir que en un primer momento del trabajo dirigido a la función reflexiva, vayamos a trabajar con la conexión implícita de roles recíprocos implicados en las transiciones entre diferentes estados. Sólo y cuando el paciente sea capaz de detectar los diferentes estados, los componentes de cada uno de los estados y sea capaz de analizar de forma fiable la sutileza de las transiciones entre ambos estados, de los componentes relacionales y contextuales; entonces, y sólo entonces, podremos abrir la puerta a un trabajo de reconstrucción histórica y de conexión de ambos estados mentales con una historia de aprendizaje interpersonal que implique el trabajo con los roles recíprocos implícitos, y que ayuden a comprender la presencia de diferentes estados mentales y la conexión profunda existente entre ellos. Éste será un indicador de paso a la fase 3 de tratamiento.

El isomorfismo de la relación conmigo mismo y con el otro:

Es también en este momento, cuando realizamos unas primeras aproximaciones al isomorfismo entre las conductas que desde un estado mental una persona puede realizar en relación a sí mismo o en relación a los demás (Ryle 1991). En este caso, utilizando estados mentales positivos, adaptativos y de emociones gratificantes, por ejemplo: podemos utilizar el

estado mental de cuidador, que puede manifestarse actuando de forma cuidadosa hacia uno mismo o hacia los demás. Este nivel de trabajo puede resultar muy pertinente en este momento. Desde esta perspectiva, podemos también iniciar aperturas que permiten facilitar la comprensión de un análisis relacional diferencial, quiero decir con esto, qué es lo que hago desde un estado mental determinado hacia mí, y qué es lo que hago desde ese estado mental hacia los demás.

El trabajo en esta fase, como no puede ser de otro forma, nunca es lineal siguiendo una secuencia de progresión hacia el análisis exitoso de la complejidad. En muchas ocasiones dada la tendencia a las crisis emocionales, especialmente en momentos en los que se abordan estados mentales con una excesiva carga emocional, suele suceder que la función reflexiva se deteriora en esos momentos. Desde el modelo de la psicoterapia basada en la mentalización, describen con toda claridad que cuando se pierde la capacidad de mentalización por un exceso de activación emocional, es necesario realizar intervenciones como parar, rebobinar, e irse a niveles de análisis más básicos y con una menor carga emocional (Bateman & Fonagy 2006). Es precisamente en momentos como estos, que desde el modelo de intervención que planteo, incorporamos intervenciones sustentadas en el mindfulness (Marx & Marx 2012) e intervenciones específicas dirigidas a la corporalidad (Ogden, Minton, & Pain 2006; Van der Kolk 2003) y a favorecer la disminución de la activación emocional (Beutler et al. 2005).

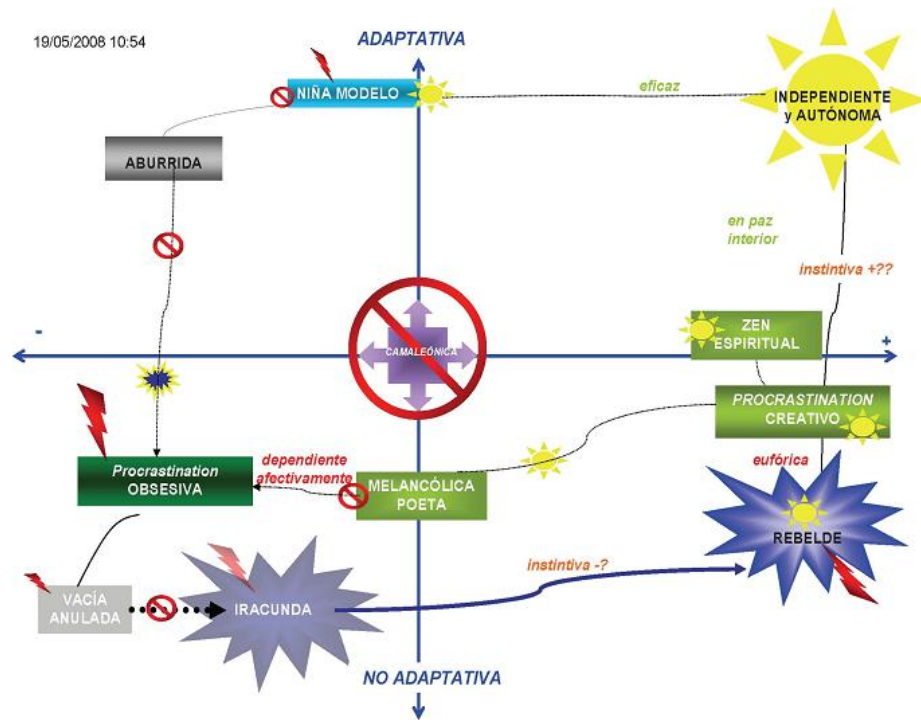
La consolidación de lo aprendido.

Entendemos que en esta última fase de las intervenciones dirigidas a la descripción de los componentes de los estados mentales que habitan en la mente del paciente, es necesario volver una y otra vez sobre el trabajo realizado para consolidar los logros alcanzados. La utilización de la técnica del microscopio: para, focaliza, percibe, aumenta y comprende, es paralela a la utilización de la técnica de la moviola: enfoca, ve hacia adelante, rebobina, repite y explora.

Por último quiero mencionar que esta comprensión dialógica del self y de la presencia de estados mentales que cada uno de ellos tiene su propia voz y su propia historia, abre también la puerta a la utilización de una técnica psicodramática que resulta tremendamente útil en esta fase, el soliloquio. En ella, se

invita al paciente a que ponga voz a su estado mental, lo exprese e intenté comprender el contenido de lo que dice desde un estado, desde otro y desde el diálogo entre ambos. Posteriormente, y en fases más avanzadas esta técnica, veremos que tiene una utilidad de gran valor desde el punto de vista relacional.

Por terminar todo lo que hemos hablado hasta ahora, puede ser representado de forma muy sencilla en el mapa ortogonal al que había hecho mención anteriormente. En él, en este mapa, no sólo vamos a representar los diferentes estados mentales, sino que a través de la utilización de diagramas simples vamos a poder analizar los procesos de transición, con sus antecedentes y sus consecuentes, representado de una forma clara y sencilla todo lo que hemos venido trabajando hasta ahora.



Este diagrama que incluyo aquí, fue publicado en el año 2008, en él se sintetiza con claridad el reconocimiento de los diferentes estados y sus transiciones. El trabajo clínico realizado con la paciente sirvió enormemente para facilitar el reconocimiento y trabajo posterior con su estructura identitaria disociada.

5.2.- Intervenciones avanzadas sobre la FR: focalizando en la mente del otro, en la relación y en el contexto:

Entramos ahora en una segunda fase, en la que el foco de análisis para el favorecimiento del incremento de la función reflexiva ya no es sólo la mente del paciente y sus estados mentales; entendemos que esto se ha abordado en la fase anterior y hemos alcanzado un nivel de mejora de la función reflexiva que nos permite ahondar con mayor detalle en este proceso de descripción detallada de la mente propia, de la del otro, de la relación que se establece entre ellas y en el contexto en que se realiza.

Los contenidos de esta fase avanzada, tienen ciertas similitudes con los elementos constitutivos que se describen en el manual para la evaluación de la función reflexiva, especialmente en la moderada y alta. El examen de la conciencia de la naturaleza de los estados mentales y el esfuerzo para desenredar, dilucidar y comprender la relación entre los estados mentales y la conducta subyacente son elementos de esta fase. Cuando hablamos más adelante del componente diacrónico del trabajo con los estados mentales, existe a su vez una similitud con el reconocimiento de los aspectos del desarrollo de los estados mentales que viene recogido en el manual de función reflexiva. El adquirir una perspectiva evolutiva que dé cuenta del desarrollo psíquico del sujeto desde la perspectiva de los patrones relacionales vividos en la familia, incluso siendo capaz de realizar análisis complejos de tipo transgeneracional, son componentes que evidentemente deben ser abordados en una fase avanzada de las intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva.

La lectura de la mente del otro y la atención a los componentes no verbales

Habíamos realizado ya, en la fase anterior, una apertura a los componentes relacionales. Yo soy yo en un contexto social y relacional. Mis estados mentales tienen un eco en el otro y viceversa. Esta simple frase, sitúa al otro con mente presente en la relación.

Prestar atención a las manifestaciones no verbales del comportamiento, especialmente a la mirada, y a los componentes no verbales asociados al lenguaje (la prosodia), son los componentes básicos a través de los cuales vamos a ser capaces de poder intuir los contenidos de la mente del otro. Ni

que decir tiene que por definición la mente del otro es opaca (tampoco está de más recordar que la nuestra propia a veces también) y que este proceso tentativo de aprendizaje a leer la mente del otro, al fin y al cabo, no es otra cosa que un proceso de entrenamiento sutil en aprender a leer los componentes no verbales vinculados al discurso del otro.

Esto que planteo es aplicable también al ejercicio que el terapeuta debe de hacer de la lectura de sus estados mentales y sus marcadores somáticos. La dialéctica relacional es la de dos mentes corporeizadas en relación y ésta es una primera aproximación a la intersubjetividad tal y como la quiero plantear, aunque éste no sea el lugar para desarrollarlo en profundidad. La percepción intersubjetiva del estado emocional del otro con quien nos relacionamos, forma parte de un mecanismo de lectura automática, genéticamente determinado, y que facilita los procesos de relación interpersonal con el otro, y los procesos de socialización, que sin ellos seríamos auténticamente incapaces de poder sobrevivir en el contexto social en el que nos hemos desarrollado. Podríamos decir que desde el punto de vista evolutivo, esta capacidad de percepción intersubjetiva de la emoción del otro, es un mecanismo con un gran poder adaptativo (Trevarthen & Aitken 2001).

Obviamente, no vayamos a pensar que la lectura tentativa de la mente del otro sólo depende de la lectura de los componentes no verbales, cuando el contenido del discurso en ocasiones expresa con claridad el estado mental del prójimo.

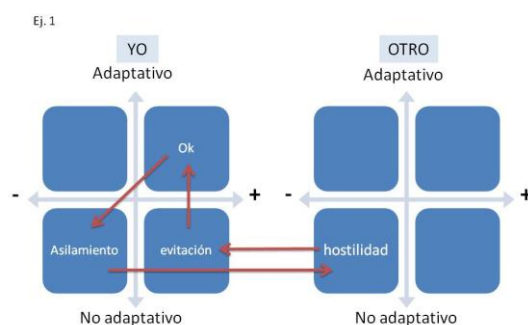
La circularidad interpersonal

En este nivel de trabajo, en el que vamos avanzando en la capacidad del paciente en este proceso de hetero observación, empezamos a introducir elementos motivacionales y vinculados a las expectativas en el proceso relacional. Cuando un individuo va a relacionarse con otro, es porque busca algo en esa relación. Aquí de nuevo, aparece con toda su presencia el componente de la reciprocidad tan nuclear en la terapia cognitivo analítica. En los procesos de relación interpersonal se produce un baile de los estados mentales propios y ajenos, hay una complementariedad y reciprocidad de las emociones. Yo busco algo del otro, y éste actúa de forma que se acopla a mis motivaciones y expectativas, o no.

De nuevo quiero llevar al terreno de lo cotidiano un concepto aparentemente complejo. La importancia de utilizar esta concepción en la psicoeducación de los pacientes, debe de ser utilizada con los pies en la tierra y con ejemplos concretos de la vida cotidiana. Cuando volvemos a casa y nos encontramos con nuestra pareja, nuestra forma de dirigirnos a ella está condicionada por la lectura que hacemos, de forma inmediata y automática, intersubjetiva, leyendo el contexto, el lenguaje no verbal y las manifestaciones verbales que nuestra pareja pueda haber tenido, para identificar su posible estado emocional y actuar en consecuencia. La circularidad interpersonal, la anticipación de la respuesta del otro, es el estímulo que determina cómo yo voy a ejecutar mi comportamiento en función del mismo y de la anticipación que hago de la respuesta del otro. El modelo CAPS de procesamiento cognitivo afectivo (Mischel and Shoda 1995; Shoda et al. 2013), ha venido a dar soporte empírico a esta concepción relacional tan consolidada en la psicoterapia cognitivo analítica.

La multivocalidad del self dialógico:

En un nivel de mayor complejidad, la visión dialógica del self múltiple abrazada por el modelo cognitivo analítico (Leiman 1992; Leiman 1994; Leiman 1997), nos permite entrar en un nivel de análisis de los procesos dialógicos, en primer lugar como habíamos hecho antes, aquellos que suceden en la mente del paciente: la multivocalidad de los diferentes estados mentales del sujeto y el proceso dialógico entre los diferentes estados, pero en este nivel avanzado de intervención entramos a cubrir un objetivo algo más complejo. Buscamos que el paciente identifique desde qué estado mental opera, qué es lo que expresa desde ese estado mental, qué espera conseguir del otro y cuáles son las circularidades interpersonales que se producen.



Una de las características específicas del abordaje cognitivo analítico, en la utilización de estas intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva, es que todo lo anterior puede ser representado de forma secuencial a través de un diagrama relacional.

Es este momento, en el que estamos profundizando en la comprensión de la reciprocidad interpersonal y del complejo baile relacional que se produce, es cuando resulta pertinente abordar la temática de los disfraces de los estados mentales, la mentira, y los componentes de manipulación del otro. El análisis en secuencias, la descripción detallada y las representaciones diagramáticas, forma parte de la técnica cognitivo analítica y puede ser utilizada en función de las preferencias del terapeuta y del grado de utilidad que tenga para un paciente concreto.

El análisis contextual:

En este nivel de intervenciones avanzadas, entramos ahora en el nivel de trabajo que denominamos análisis contextual. La visión social de la construcción del self, la adquisición del lenguaje, la utilización de signos y símbolos y, en definitiva, la construcción social de la mente, forma parte del marco teórico cognitivo analítico desde sus inicios. El paciente debe de aprender a analizar que sus estados mentales y los procesos relacionales con los demás, tienen un componente cultural que depende del contexto familiar en el que creció, de los patrones relacionales dados como válidos en ese contexto familiar y que determinados comportamientos y patrones de relación interpersonal pueden ser adecuados en un contexto íntimo de pareja, poco pertinentes en contextos familiares y desajustados en determinadas situaciones sociales.

Es en este apartado en el que nos ha resultado de gran utilidad algunas de las escenas descritas en el test de situaciones para la evaluación de la mentalización (TESEM) (Lanza Castelli 2013). Algunas de las situaciones que se proponen en el test son utilizadas en nuestro modelo de intervención, fundamentalmente cuando trabajamos en un contexto grupal, para la realización de role playing que permitan comprender las complejidades relacionales y los sutiles matices que dependen del contexto en el que estos comportamientos se llevan a cabo. Es decir, los procesos de relación

interpersonal no sólo dependen del otro, sino también del contexto en el que se den: amigos, pareja, compañeros; es decir: familia, trabajo, diversión...

Las intervenciones diacrónicas: el eje tiempo:

En las intervenciones avanzadas para el incremento de la función reflexiva, se entra ahora en un nivel en el que el foco que hasta ahora había sido sincrónico, estábamos trabajando en el aquí y en el ahora, en la detección y descripción de estados mentales presentes en un momento determinado, y en el análisis de la lectura de la mente del otro y de los procesos relacionales y contextuales en el aquí y en el ahora, pasan ahora a un nivel de complejidad mayor cuando incluimos el eje tiempo.

La perspectiva diacrónica ayuda a comprender los procesos evolutivos de los distintos estados mentales del sujeto a lo largo de su historia personal. Podemos ir ampliando de forma progresiva desde días a semanas, meses o años, el análisis retrospectivo del funcionamiento de los estados mentales y sus procesos relacionales y contextuales. Pero también podemos utilizar este eje diacrónico para trabajar proyecciones hacia el futuro y ayudar al paciente a que vea qué estados mentales puede desarrollar, qué nuevas posibilidades de relación se abren en un futuro y qué nuevos contextos vitales el paciente puede ser capaz de fomentar para cambiar su vida.

La relación terapéutica:

El trabajo en el aquí y el ahora de la relación terapéutica, el análisis detallado de los procesos de regulación emocional interpersonal, regulación emocional diádica (Fosha 2005), que se ponen en juego en la relación interpersonal paciente terapeuta, son un foco avanzado de trabajo. Por un lado resulta pertinente mencionar la secuencia detallada de trabajo descrito en el modelo de la psicoterapia basada en la mentalización, cuando se hace referencia a un trabajo progresivo con los indicios de transferencia y con las intervenciones puramente trasferenciales (Bateman & Fonagy 2006).

Sin embargo, quiero hacer un especial hincapié que con el entrenamiento específico en técnicas de mindfulness, para la regulación de la atención, la mejora de la percepción de los estados mentales propios, ajenos y los procesos relacionales, se potencia la forma de trabajar. En esta dirección, las aportaciones del grupo de Safran en relación a la utilización del mindfulness para favorecer una actitud específica de escucha por parte del

terapeuta y facilitar el trabajo con las amenazas de la ruptura de la alianza, nos parece una aportación de especial relevancia (Ryan, Safran, Doran, & Muran 2012).

Las técnicas activas de intervención:

La utilización de técnicas activas de tipo psicodramático para el trabajo con los estados mentales propios, ajenos, las transiciones y las relaciones implícitas, es una técnica de gran utilidad, pues algunas de las intervenciones psicodramáticas específicas como el soliloquio, el doblaje, el uso de la silla vacía y otras técnicas, son muy útiles para el trabajo dirigido al incremento de la función reflexiva. Estas técnicas pueden resultar muy movilizadoras y hay restricciones a su uso ya descritas (Pos and Greenberg 2012). Tendremos ocasión de exponerlo con más detalle en un trabajo posterior (Mirapeix y Filgueira en prensa).

El análisis de secuencias dialógicas:

No es de extrañar que el análisis del discurso sea un elemento fundamental en la intervención. Esto es nuclear en el proceso de evaluación de la FR y en el sistema de puntuación de su metodología. Esto mismo sirve de guía para el terapeuta, quien favorece en sus intervenciones la progresiva complejización de la descripción de los estados mentales, propios y ajenos.

Desde un punto de vista de análisis lingüístico, y teniendo como referente el análisis de secuencias dialógicas (Leiman 2004) , el discurso narrativo del paciente contiene emergentes lingüísticos de los estados mentales, de la capacidad del paciente para identificar los componentes de sus estados mentales, de sus transiciones, y de la presencia o no del otro y de sus estados mentales en su discurso.

La función reflexiva está implícitamente expresada en el contenido del discurso. El modelo del grupo italiano ha desarrollado una metodología muy sofisticada para el análisis del discurso y poder así detectar los niveles de disfunción metacognitiva (Semerari et al. 2003). La complejidad de la narrativa y sus detalles en la descripción de los estados mentales, debe de ir incrementándose a medida que avanza el proceso.

La riqueza en la descripción de cada uno de los estados mentales y la sutileza en la descripción de las transiciones, sin duda, implican una buena evolución de la terapia y debe ir acompañada de un progresivo incremento en

la presencia de estados mentales más positivos y más adaptativos. Una terapia exitosa no lo sería sin lo anterior.

El metaprocésamiento:

En el metaprocésamiento (Fosha 2005; Fosha and Slowiaczek 1997) el terapeuta invita al paciente a entrar en un proceso conjunto de auto y hetero observación bidireccional, en el que ambos observan y comparten qué es lo que está sucediendo en el aquí y en el ahora del proceso terapéutico y cuáles están siendo los aprendizajes que se van produciendo sesión a sesión. Este metaprocésamiento es utilizado en todas y cada una de las sesiones, y puede tener un nivel de complejidad de menor a mayor, en función de que estemos trabajando en un nivel de intervenciones básicas o avanzadas.

Este proceso de entrenamiento del incremento de la función reflexiva, no hace otra cosa que facilitar una ampliación de la conciencia reflexiva y un funcionamiento óptimo de lo que he denominado el proceso de auto y hetero observación relacional y contextual.

COMENTARIOS FINALES

La apertura a la fase tres de tratamiento

El trabajo específico con el nivel emocional más traumático y de reconstrucción histórica vinculada al trauma, sólo será abordable cuando la fase de reconocimiento de estados mentales propios y ajenos, haya mejorado la capacidad de reflexividad y el nivel de procesamiento cognitivo emocional del paciente. Sólo abordamos estos contenidos cuando el paciente esté en un funcionamiento óptimo, como para trabajar en estos niveles de activación emocional. Un mal manejo de los contenidos movilizados, pueden sacar al paciente de su ventana de tolerancia emocional, ser poco útiles o decididamente iatrogénicos (Fonagy & Bateman 2006). Aunque evidentemente el concepto de ventana de tolerancia es muy diferente al de la zona de desarrollo proximal de Vigotsky, ambos conceptos contribuyen a servir de referente al terapeuta para recordarle que hay dos límites que deben de servir para la determinación de qué material abordar, o de qué técnica utilizar.

El margen afectivo delimitado por la ventana de tolerancia emocional y el margen cognitivo delimitado a su vez por la zona de desarrollo proximal, establecen los límites en los que todo terapeuta debe de moverse. Nada de lo

que un terapeuta aporte en psicoterapia, va a ser utilizable si no se respetan los dos límites mencionados, tanto el emocional como el cognitivo.

Cuando hemos alcanzado un nivel de trabajo que permite abordar con toda complejidad y sutileza lo descrito hasta ahora, estamos en condiciones de poder pasar a la fase tres del tratamiento en el que el trabajo va dirigido a la reconstrucción histórica de la biografía del sujeto, al trabajo con el inconsciente, los roles recíprocos internalizados, el trabajo con el trauma psicológico grave, las complejidades de la multivocalidad, y la progresiva construcción de una narrativa coherente que dé cuenta de la historia del sujeto y le permita el diseño de una nueva vida en la que poder vivir con mayor satisfacción.

References

Allen, J.G. 2013. Psychotherapy is an ethical endeavor: Balancing science and humanism in clinical practice. *Bull.Menninger Clin.*, 77, (2) 103-131 available from: PM:23697818

Baer, R.A. 2003. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10, (2) 125-143

Bateman, A. & Fonagy, P. *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder*. 2006. Oxford University Press.

Ref Type: Generic

Bateman, A. & Fonagy, P. 2010. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, (1) 11-15 available from: PM:20148147

Bateman, A.W. & Fonagy, P. 2004. Mentalization-based treatment of BPD. *J.Pers.Disord.*, 18, (1) 36-51 available from: PM:15061343

Bateman, A.W., Ryle, A., Fonagy, P., & Kerr, I.B. 2007. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *Int.Rev.Psychiatry*, 19, (1) 51-62 available from: PM:17365158

Beitman, B.D. & Soth, A.M. 2006. Activation of self-observation: A core process among the psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16, (4) 383

Beutler, L.E., Consoli, A.J., & Lane, G. 2005. Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy: An integrative eclectic approach. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 121-143

Bilbao, I. & Lanza Castelli, G. Un metodo para la evaluacion de la mentalizacion en el contexto interpersonal. 2013. <http://mentalizacion.com.ar/images/notas/UN%20METODO%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20MENTALIZACION%20EN%20EL%20CONTEXTO%20INTERPERSONAL.pdf>.

Ref Type: Generic

Caligor, E., Kernberg, O.F., & Clarkin, J.F. 2007. *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology* American Psychiatric Pub.

Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H.P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V., & McGorry, P.D. 2008. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br.J.Psychiatry*, 193, (6) 477-484 available from: PM:19043151

Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H.P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V., & McGorry, P.D. 2009. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Aust.N.Z.J.Psychiatry*, 43, (5) 397-408 available from: PM:19373700

Clarke, S., Thomas, P., & James, K. 2013. Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *Br.J.Psychiatry*, 202, 129-134 available from: PM:23222038

Damasio, A. 2008. *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain* Random House.

Dimaggio, G. & Livesley, J. 2012. Introduction to the special feature on the integrated treatment of personality disorder. *J.Pers.Disord.*, 26, (1) 1-6 available from: PM:22369163

Dimaggio, G., Nicolo, G., Semerari, A., & Carcione, A. 2013. Investigating the personality disorder psychotherapy process: The roles of symptoms, quality of affects, emotional dysregulation, interpersonal processes, and mentalizing. *Psychother.Res.*, 23, (6) 624-632 available from: PM:24252091

Edelman, G. M. & Tononi, G. El universo de la Conciencia. 2002. Ed Critica. Barcelona.

Ref Type: Generic

Fonagy, P. & Bateman, A. 2006. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br.J.Psychiatry*, 188, 1-3 available from: PM:16388061

Forster, C., Berthollier, N., & Rawlinson, D. 2014. A Systematic Review of Potential Mechanisms of Change in Psychotherapeutic Interventions for Personality Disorder. *J Psychol Psychother*, 4, (133) 2161-0487

Fosha, D. 2005. Emotion, true self, true other, core state: toward a clinical theory of affective change process. *Psychoanal.Rev.*, 92, (4) 513-551 available from: PM:16201878

Fosha, D. & Slowiaczek, M.L. 1997. Techniques to accelerate dynamic psychotherapy. *Am.J Psychother*, 51, (2) 229-251 available from: PM:9196789

Golyunkina, K. & Ryle, A. 1999. The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. *Br.J.Med.Psychol.*, 72 (Pt 4), 429-445 available from: PM:10616128

Jennings, T.C., Hulbert, C.A., Jackson, H.J., & Chanen, A.M. 2012. Social perspective coordination in youth with borderline personality pathology. *J.Pers.Disord.*, 26, (1) 126-140 available from: PM:22369170

Katznelson, H. 2014. Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34, (2) 107-117 available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735813001712>

Kernberg, O.F. 2012. *The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives* American Psychiatric Pub.

Kerr, I. B., Bennett, D., Mirapeix, C., in: Sarkar, J., & Adshead, G. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorders. In: *Clinical topics in personality disorders*. 2012. RCPsych Publications.

Ref Type: Generic

Lahera, G., Boada, L., Pousa, E., Mirapeix, I., Moron-Nozaleda, G., Marinas, L., Gisbert, L., Pamias, M., & Parellada, M. 2014. Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC): Spanish Validation. *J Autism Dev.Disord.* available from: PM:24522969

Lanza Castelli, G. El test de situaciones para la evaluacion de la mentalizacion (TESEM). 2013. Revista de Mentalizacion.

<http://mentalizacion.com.ar/images/notas/SERIE%20MASCULINA%202013c.pdf>.

Ref Type: Generic

Leiman, M. 1992. The concept of sign in the work of Vygotsky, Winnicott and Bakhtin: further integration of object relations theory and activity theory. *Br.J.Med.Psychol.*, 65 (Pt 3), 209-221 available from: PM:1390355

Leiman, M. 1994. Projective identification as early joint action sequences: a Vygotskian addendum to the Procedural Sequence Object Relations Model. *Br.J.Med.Psychol.*, 67 (Pt 2), 97-106 available from: PM:7918214

Leiman, M. 1997. Procedures as dialogical sequences: a revised version of the fundamental concept in cognitive analytic therapy. *Br.J.Med.Psychol.*, 70 (Pt 2), 193-207 available from: PM:9210996

Leiman, M. 2002. Toward Semiotic Dialogism The Role of Sign Mediation in the Dialogical Self. *Theory & Psychology*, 12, (2) 221-235

Leiman, M. 2004. Dialogical sequence analysis. *The dialogical self in psychotherapy* 255-269

Levin, M. & Hayes, S.C. 2011. Mindfulness and acceptance: the perspective of acceptance and commitment therapy. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies* 291-316

Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. 1993. Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. [Article]. *Archives of General Psychiatry*, 50, (12) 971-974

Liotti, G. & Gilbert, P. 2011. Mentalizing, motivation, and social mentalities: theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychol.Psychother.*, 84, (1) 9-25 available from: PM:22903828

Livesley, W.J. 2005. Principles and strategies for treating personality disorder. *Can.J.Psychiatry*, 50, (8) 442-450 available from: PM:16127961

Livesley, W.J. 2012. Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *J.Pers.Disord.*, 26, (1) 17-42 available from: PM:22369165

Luyten, P. Integrating systematic process-outcome research in clinical practice: Why we all should do it. 1-4-2011. X Conferencia de la Escuela Española de Psicoterapia. Santander España.

Ref Type: Generic

Marx, R. & Marx, S. 2012. The Eye and the I: The Construction and Use of the Observer in Cognitive Analytic Psychotherapy and Mindfulness Based Therapy. *British Journal of Psychotherapy*, 28, (4) 496-515

Mirapeix, C. Tools for increasing mentalization: the state description procedure. 16-9-2006. Basic common principles in psychotherapy of personality disorders. SPR European chapter. Varese. ITALY.

Ref Type: Generic

Mirapeix, C. 2008. Desarrollo del self, múltiples estados mentales y metodología de evaluación desde la psicoterapia cognitivo analítica. <http://www.revistadeapra.org.ar/mirapeix.htm>

Mirapeix, C. Mechanism of change in cognitive analytic therapy. 4-10-2013. International Congress of Cognitiva Analytic Therapy. Malaga.

Ref Type: Generic

Mischel, W. & Shoda, Y. 1995. A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychol Rev.*, 102, (2) 246-268 available from: PM:7740090

Norcross, J.C. & Prochaska, J.O. 2002. Using the stages of change. *Harv.Ment.Health Lett.*, 18, (11) 5-7 available from: PM:12021030

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. 2006. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)* WW Norton & Company.

Pos, A.E. & Greenberg, L.S. 2012. Organizing awareness and increasing emotion regulation: revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *J Pers.Disord.*, 26, (1) 84-107 available from: PM:22369168

Rodriguez Vega, B., Melero-Llorente, J., Bayon Perez, C., Cebolla, S., Mira, J., Valverde, C., & Fernández-Liria, A. 2013. Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychotherapy Research* (ahead-of-print) 1-12

Ryan, A., Safran, J.D., Doran, J.M., & Muran, J.C. 2012. Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychother.Res.*, 22, (3) 289-297 available from: PM:22417065

- Ryle, A. 1997. *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder* Wiley.
- Ryle, A. 1979. The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 46-54 available from: PM:760923
- Ryle, A. 1991. Object relations theory and activity theory: a proposed link by way of the procedural sequence model. *The British journal of medical psychology*, 64 (Pt 4), p. 307-16,
- Ryle, A. 2007. Investigating the phenomenology of Borderline Personality Disorder with the States Description Procedure: clinical implications. *CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY*, 14, (5) 329
- Ryle, A. & Kerr, I. 2006. *Introduccion a la Psicoterapia cognitivo analitica* Desclee de Brouwer (en prensa).
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M., & Alleva, G. 2003. How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, (4) 238-261
- Shoda, Y., Wilson, N.L., Chen, J., Gilmore, A.K., & Smith, R.E. 2013. Cognitive-affective processing system analysis of intra-individual dynamics in collaborative therapeutic assessment: translating basic theory and research into clinical applications. *J Pers.*, 81, (6) 554-568 available from: PM:23072471
- Trevarthen, C. & Aitken, K.J. 2001. Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *J.Child Psychol.Psychiatry*, 42, (1) 3-48 available from: PM:11205623
- Van der Kolk, B.A. 2003. *Psychological trauma* American Psychiatric Pub.
- Zonzi, A., Barkham, M., Hardy, G.E., Llewelyn, S.P., Stiles, W.B., & Leiman, M. 2014. Zone of proximal development (ZPD) as an ability to play in psychotherapy: A theory-building case study of very brief therapy. *Psychol.Psychother.* available from: PM:24500907