

Mentalización, Psicoanálisis y Psicoterapia

«Mentalización, Psicoanálisis y Psicoterapia»

«Peter Fonagy» «Freud Memorial Profesor de Psicoanálisis, University College London (UCL)» «Director ejecutivo del Anna Freud Centre»

Primero de todo quisiera dar la bienvenida a los colegas hispanohablantes a este pequeño simposio acerca de la teoría de la mentalización, la cual es –en nuestra opinión– una teoría psicoanalítica. Aunque probablemente muchos colegas, cuando vayan aprendiendo más de ella, no estarán totalmente de acuerdo.

Pero, efectivamente, la teoría proviene de un grupo de psicoanalistas quienes descubrieron que trabajar con teorías y técnicas tradicionales no era lo más útil cuando trabajábamos con individuos que sufrían de trastornos de personalidad muy severos, suicidios, autolesiones, etcétera.

La mentalización es una habilidad simple. Una habilidad que todos tenemos de entender las acciones de otros y de uno mismo en términos de estados mentales. En términos de procesos de pensamiento, afectos, deseos, creencias y anhelos. Que es lo que el psicoanálisis viene diciendo desde que comenzó. Fue la raíz del concepto freudiano de “representación”. De hecho, muchos psicoanalistas hablan de lo mismo cuando hablan de “simbolizar” y de las representaciones simbólicas.

La razón de que hayamos escogido un nombre diferente es para diferenciarnos de aquello a lo que se refieren los filósofos cuando hablan de “representación simbólica”. La mentalización es algo para lo que estamos genética, evolutivamente predispuestos. Algo que naturalmente tenemos y hacemos. Y que nos ayuda a navegar en el mundo social, junto a otros seres humanos. Nos ayuda a entender al otro. A entender lo que el otro podría querer hacer en ciertas situaciones. Nos ayuda a entender lo que los demás hacen, etc. Es una capacidad básica que utilizamos sin siquiera percatarnos. Así que, si yo llevo a cabo alguna acción... por ejemplo: cojo un objeto y lo dejo caer; notarás inmediatamente si lo he hecho deliberadamente o por accidente. Y hacer esa distinción, para ti no significó esfuerzo alguno; “como caerse de un tronco”, dicen los ingleses. (“ES PAN COMIDO”). Sin embargo, incluso para otros primates inteligentes, es una difícil distinción, porque no son capaces de detectar automáticamente la intención que subyace a una acción, ni de representar las ideas, pensamientos, afectos, deseos o creencias que están detrás de la conducta de otro.

Nuestro abordaje a este tema surgió casi accidentalmente. Estábamos trabajando con adolescentes que sufrían lo que en ese entonces se llamaba “diabetes lábil”. Eran niñas que tenían diabetes Tipo I quienes con la adolescencia comenzaron a mostrar

una diabetes extremadamente peligrosa pobremente controlada. Sus glicemias eran peligrosamente altas, pero sus médicos, y otros psicólogos que estaban trabajando con ellas, fueron simplemente incapaces de ayudarlas. No nos tomó mucho tiempo darnos cuenta que ellas botaban la insulina por el lavabo. No era que tenían un déficit biológico. Tampoco era que les faltase educación. Algunas de ellas sabían más de diabetes que sus propios médicos. Sin embargo, lo que nosotros notamos fue que ellas no tenían con quien hablar acerca de sus pensamientos y sentimientos. Sólo necesitábamos estar disponibles para escuchar sobre los desafíos cotidianos en sus vidas. Desafíos con sus amigos, novios, sus padres, con sus decisiones en la escuela... Desafíos interpersonales simples, cotidianos. Tener a alguien con quien hablar de sus sentimientos y de su forma de entender los sentimientos de los demás resultó en una mejoría dramática en el control de su diabetes, que era medible en términos de su hemoglobina glucosilada. Y fuimos considerados célebres, como hacedores de milagros. Pero en realidad, no hicimos absolutamente nada.

Cuando comenzamos a trabajar con individuos con trastornos de la personalidad severos que se autolesionaban y eran suicidas, nos enfrentamos a desafíos similares, junto a otros clínicos quienes realmente no comprendían lo que sucedía con estos pacientes. ¿Por qué alguien habría de pararse en lo más alto de una escalera y simplemente lanzarse escalera abajo, sabiendo que se quebrarían huesos, sólo para ser admitidos en un hospital? Tal vez sólo para recibir un poquito de atención. O gente que se quemaba, gente que se causaba autolesiones realmente dramáticas. Lo que pudimos notar, nuevamente, fue que la solución al problema no era tan difícil como habíamos aprendido en nuestro propio entrenamiento psicoanalítico. Que el hablar con ellos acerca de su propio entendimiento de los demás, muchas veces acerca de un entendimiento de los demás sobre-elaborado y del entendimiento pobre de sus propias motivaciones, efectivamente les ayudó a focalizar su atención en sus relaciones interpersonales de manera mucho más productiva.

Así que, ¿qué es lo que está pasando aquí?

Una de las cosas que descubrimos es que muchos de estos individuos están muy traumatizados. Habían tenido experiencias de abuso sexual y físico, así como experiencias de negligencia, a veces muy profunda. Esto nos hizo pensar e hipotetizar que individuos con privación temprana, que no tuvieron una relación interpersonal con sus cuidadores a través de la cual aprender acerca de su propia mente y la de los demás, son particularmente vulnerables a situaciones de trauma interpersonal, en que las acciones de los demás son prácticamente imposibles de entender en términos de motivación.

Cuando las intenciones de alguna persona con respecto a un niño son genuinamente hostiles, cuando la intención apunta a destruir a ese niño, pensar en el estado mental de esa persona es obviamente doloroso. Recuerdo haber tratado a una persona joven, a un adolescente quien, cuando le pregunté qué es lo que su padre podría haber estado pensando o si es que sus sentimientos acerca de sus padres habían cambiado,

me dio una mirada vacía y contestó: “Dime tú... tú eres el maldito psicólogo”. De hecho, “maldito” no fue exactamente la palabra que utilizó, sino otra expresión que no puedo repetir en cámara. Pero, cuando escucho su historia y me doy cuenta que, de hecho, cuando él tenía 7 u 8 años, su padre, cuando llegaba a casa, y por razones que son muy difíciles de entender, solía orinar sobre él y su hermana cuando llegaba a casa borracho, se puede entonces entender cómo es que mi paciente parece haber perdido el interés en el porqué del comportamiento del otro. En qué es lo que sucede en la mente del otro. Todo lo que a él le interesaba, su única forma de juzgar a la gente era a través de sus acciones. Pensar demasiado en términos de estados mentales: sentimientos, pensamientos, deseos... era demasiado doloroso para este joven. Por lo tanto sus acciones eran crueles, dramáticamente crueles.

De hecho, este joven era muy antisocial. Solía arrebatar las bolsas a ancianas en la calle, y a veces hasta las golpeaba, sin importarle mucho cómo ellas pudieron haberse sentido. Hasta que conoció a alguien quien, a pesar de sus acciones, estaba dispuesto a prestar interés a sus sentimientos y pensamientos y a estimular la elaboración de su entendimiento de los demás, lo que le permitió madurar gradualmente, ser menos impulsivo, menos enfocado en su propia malinterpretación de la realidad y más dispuesto a explorar bajo la superficie, qué es lo que pasa en la mente de otro.

También, notablemente, se volvió menos vulnerable a las acciones de sus conocidos. Solía ser fácilmente influenciado por otros jóvenes, al punto de ser algo así como un pequeño Zelig –No sé si todos recuerdan ese film de Woody Allen, cuyo protagonista es una persona que se mimetiza con su entorno social y comienza a lucir tal como la gente de su alrededor–. Mi paciente era un poco así. Tenía tantas ganas de pertenecer a un grupo, que sus propios sentimientos y pensamientos no tenían valor para él. Lo importante era, únicamente, lo que los otros pensaban de él.

Así que, ya empezamos a entender los problemas que tiene esta gente como una capacidad reducida para representar los estados mentales de uno mismo y los demás. Implica un desconocimiento de su rol de agentes en el mundo. Implica desconocer quienes son ellos mismos con respecto a sus intenciones y pensamientos. Implica identificarse solamente con sus acciones y vivir la vida únicamente en términos de las reacciones que ellos provocan en los demás. Sentir que lo único real en sus relaciones es la percepción de cómo los demás reaccionan ante ellos. Y eso, por supuesto, limita profundamente a estos individuos en sus relaciones interpersonales. Y así, muchas veces se convierten en víctimas dada su necesidad por el otro. Muchas veces su representación del yo racional está tan en conflicto consigo mismo, hay un uso tan intolerable de la escisión, están tan mal integrados, que la única forma de sentirse ellos mismos es externalizar, es proyectar una parte de sí mismos en la persona con quien están. Es transformar a esa persona en una parte intolerable de ellos mismos.

Han internalizado al persecutor. Se sienten internamente perseguidos, externalizan ese persecutor y se convierten en víctimas, recreando una y otra vez una relación en la que son victimizados, maltratados. Y así los encontramos, en relaciones

inadecuadas. Y nosotros mismos nos sentimos impotentes cuando nos enfrentamos a sus dificultades.

Así que, ¿qué hacemos con estos pacientes en la práctica clínica? Bueno, en realidad es un proceso muy simple. Es tan simple, que casi me avergüenza hablar de esto. No presenta dificultad alguna. Lo único que hacemos en la clínica con estos individuos es limitar el discurso, limitar la conversación con estos individuos al tema de la mente. A los pensamientos y sentimientos. A los pensamientos y sentimientos, en el aquí y ahora de la relación entre paciente y terapeuta, a las relaciones con el entorno social que el paciente reporta. Focalizar, elaborar, corregir, clarificar, transformar lo intolerable en tolerable y, sobre todo, ser astuto y exquisitamente sensible para oír e identificar cuando el paciente ha perdido su capacidad para mentalizar; cuando hablan en términos concretos, cuando confunden apariencia con realidad, cuando confunden lo que sienten con cómo las cosas son realmente, allá afuera; cuando, dada su inhabilidad para mentalizar, comienzan a confabular acerca de los estados mentales de los otros; cuando elaboran modelos complicados de los estados mentales en los demás, que es lo que estos pacientes hacen para compensar la falta de experiencia de mentalización real.

Las acciones son, para ellos, más importantes que las palabras; donde lo importante es lo que hacemos, cómo demostramos que estamos interesados en ellos, ya sea a través de tocarlos, o llamarlos más veces por teléfono, o firmando cartas en su nombre. Hacer cosas por ellos, más que esperar que sean capaces de percibir, de la misma forma en que la mayoría de nosotros percibimos, cómo la persona con quien estamos se siente en relación a nosotros. Así que estamos atentos para pesquisar experiencias de lo que llamamos “equivalencia psíquica”: la confusión entre un mundo exterior aparente y la realidad interna. O de “pseudomentalización”, también llamada “modo como si” o “funcionamiento teleológico”, donde lo único que cuenta de un evento es aquello físicamente observable.

Cuando esto sucede, debemos intervenir, a veces dramáticamente, y detener el proceso de psicoterapia, sin tolerar que esta forma de pensar sea utilizada en la consulta clínica, pues nuestra experiencia dicta que, cuantos más permisos de pseudomentalización ocurran en la consulta con nosotros, es menos probable que la persona logre deshacerse de ese modo de funcionamiento en el trabajo psicoterapéutico. Pues así la relación se convierte en algo que el paciente puede considerar útil, pero es en realidad poco productivo. Los pacientes terminan dependiendo del proceso, dependiendo de nosotros. En realidad no los estamos haciendo avanzar, no estamos ayudando.

Así que, los detenemos cuando pseudomentalizan y fomentamos la mentalización. Al comienzo, simplemente validamos la mentalización acertada, celebramos la mentalización adecuada; pero luego también clarificamos, elaboramos, complejizamos las cosas. Y a medida que ésta capacidad se vuelve más sofisticada, entonces nos acercamos más y más a áreas que son emocionalmente más sensibles, pues uno de

nuestros descubrimientos es que al enfrentarse a experiencias traumáticas, a experiencias de apego intenso, es cuando la mentalización tiende a fallar. Al trabajar de esta manera detallada, cuidadosa, sistemática y deliberadamente programática, focalizándose siempre en la mente, sin permitirnos que nos distraiga el comportamiento o las acciones, sino siempre concentrándonos en los estados mentales subyacentes a las acciones, nos encontramos con que estos individuos, incluyendo los que están profundamente trastornados con suicidios y autolesiones crónicas, de hecho, se sienten mucho mejor luego de dieciocho meses o dos años de psicoterapia.

Así, esto es la mentalización, en pocas palabras. ¿Por qué funciona? Para ser honesto, no estoy totalmente seguro. Lo que sí creo es que, al crear una relación con el paciente en la que él se sienta que le tienen en cuenta, dónde él nos vea como alguien que piensa en él de manera clara y coherente, puede empezar a internalizar una imagen de sí mismo como un ser que piensa y siente, una capacidad que no pudieron desarrollar en la infancia temprana. Y esto pasa a formar el núcleo del sentimiento en sí mismo que sustentará la posibilidad de mentalizar en situaciones más complejas que tienen lugar fuera de la consulta clínica. Muchas gracias por escucharme.

Mentalització, psicoanàlisi i psicoteràpia

«Mentalització, psicoanàlisi i psicoteràpia»

«Peter Fonagy» «Freud Memorial Professor de Psicoanàlisi, University College London (UCL)» «Director executiu de l'Anna Freud Centre»

Primer de tot voldria donar la benvinguda als col·legues castellanoparlants a aquest petit simposi sobre la teoria de la mentalització, la qual és —en la nostra opinió— una teoria psicoanalítica. Tot i que probablement molts col·legues, quan en vagin aprenent més, no hi estaran totalment d'acord.

Però, efectivament, la teoria prové d'un grup de psicoanalistes que van descobrir que treballar amb teories i tècniques tradicionals no era el més útil quan treballaven amb individus que patien trastorns de personalitat molt severes, suïcidis, autolesions, etcètera.

La mentalització és una habilitat simple. Una habilitat que tothom tenim d'entendre les accions d'uns altres i d'un mateix en termes d'estats mentals. En termes de processos de pensament, afectes, desitjos, creences i anhels. Que és el que la psicoanàlisi diu des que va començar. Va ser l'arrel del concepte freudià de «representació». De fet, molts psicoanalistes parlen del mateix quan parlen de «simbolitzar» i de les representacions simbòliques.

La raó que hàgim escollit un nom diferent és per a diferenciar-nos d'allò al qual es refereixen els filòsofs quan parlen de «representació simbòlica».

La mentalització és quelcom pel qual estem genèticament i evolutivament predisposats. Una cosa que naturalment tenim i fem. I que ens ajuda a navegar en el món social, al costat d'altres éssers humans. Ens ajuda a entendre l'altre. A entendre el que l'altre podria voler fer en determinades situacions. Ens ajuda a entendre el que els altres fan, etc. És una capacitat bàsica que utilitzem sense ni tan sols adonar-nos-en. Així que, si jo duc a terme alguna acció... per exemple: agafo un objecte i el deixo caure, notaràs immediatament si ho he fet deliberadament o per accident. I fer aquesta distinció, per a tu no va significar cap esforç; «com caure's d'un tronc», diuen els anglesos. («ÉS BUFAR I FER AMPOLLES»). No obstant això, fins i tot per a altres primats intel·ligents, és una difícil distinció, perquè no són capaços de detectar automàticament la intenció que hi ha darrere d'una acció, ni de representar les idees, pensaments, afectes, desitjos o creences que estan darrere de la conducta d'un altre.

El nostre abordatge a aquest tema va sorgir gairebé accidentalment. Estàvem treballant amb adolescents que sofrien el que aleshores es deia «diabetis làbil». Eren nenes que tenien diabetis tipus I que amb l'adolescència van començar a mostrar una

vaig diabetis extremament perillosa pobrament controlada. Les seves glicèmies eren perillosament altes, però els seus metges, i altres psicòlegs que hi estaven treballant, van ser simplement incapaços d'ajudar-les. No vam trigar gaire temps a adonar-nos que elles llançaven la insulina pel lavabo. No era que tenien un dèficit biològic. Tampoc era que els faltés educació. Algunes d'elles sabien més de diabetis que els seus propis metges. No obstant això, el que nosaltres vam notar va ser que elles no tenien amb qui parlar sobre els seus pensaments i sentiments. Només necessitàvem estar disponibles per a escoltar els desafiaments quotidians en les seves vides. Desafiaments amb les seves amigues, parelles, els seus pares, amb les seves decisions a l'escola... Desafiaments interpersonals simples, quotidians. Tenir algú amb qui parlar dels seus sentiments i de la seva forma d'entendre els sentiments dels altres va resultar en una millora dramàtica en el control de la seva diabetis, que era mesurable en termes de la seva hemoglobina glicosilada. I vam ser considerats cèlebres, com faedors de miracles. Però en realitat, no vam fer absolutament res.

Quan vam començar a treballar amb individus amb trastorns de la personalitat severa que s'autolesionaven i eren suïcides, ens enfrontàvem a desafiaments similars, al costat d'altres clínics que realment no comprenien el que succeïa amb aquests pacients. Per què algú hauria de parar-se en el més alt d'una escala i simplement llançar-se escala avall, sabent que es trencarien ossos, només per a ser admesos en un hospital? Tal vegada només per a rebre una miqueta d'atenció. O gent que es cremava, gent que es causava autolesions realment dramàtiques. El que vam poder notar, novament, va ser que la solució al problema no era tan difícil com havíem après en el nostre propi entrenament psicoanalític. Que el fet de parlar amb ells sobre el seu propi enteniment dels altres, moltes vegades sobre un enteniment dels altres sobreelaborat i de l'enteniment pobre de les seves pròpies motivacions, efectivament els va ajudar a focalitzar la seva atenció en les seves relacions interpersonals de manera molt més productiva.

Així que, què és el que està passant aquí?

Una de les coses que vam descobrir és que molts d'aquests individus estan molt traumatitzats. Havien tingut experiències d'abús sexual i físic, així com experiències de negligència, de vegades molt profunda. Això ens va fer pensar i hipotetitzar que individus amb deprivació primerenca, que no van tenir una relació interpersonal amb els seus cuidadors a través de la qual aprendre sobre la seva pròpia ment i la dels altres, són particularment vulnerables a situacions de trauma interpersonal, en què les accions dels altres són pràcticament impossibles d'entendre en termes de motivació.

Quan les intencions d'alguna persona pel que fa a un nen són genuïnament hostils, quan la intenció apunta a destruir aquest nen, pensar en l'estat mental d'aquesta persona és òbviament dolorós. Recordo haver tractat una persona jove, un adolescent que, quan li vaig preguntar què és el que el seu pare podria haver estat pensant o si és que els seus sentiments sobre els seus pares havien canviat, em va fer una mirada buida i va contestar: «Diga-m'ho tu... tu ets el maleït psicòleg». De fet, «maleït» no va

ser exactament la paraula que va utilitzar, sinó una altra expressió que no puc repetir a càmera. Però, quan escolto la seva història i m'adono que, de fet, quan ell tenia set o vuit anys, el seu pare, quan arribava a casa, i per raons que són molt difícils d'entendre, solia orinar sobre ell i la seva germana quan arribava a casa borratxo, es pot llavors entendre com és que el meu pacient sembla haver perdut l'interès en el perquè del comportament de l'altre. En què és el que succeeix a la ment de l'altre. Tot el que a ell li interessava, la seva única forma de jutjar la gent era a través de les seves accions. Pensar massa en termes d'estats mentals: sentiments, pensaments, desitjos... era massa dolorós per a aquest jove. Per tant les seves accions eren cruels, dramàticament cruels.

De fet, aquest jove era molt antisocial. Solia prendre les bosses a les ancianes al carrer, i de vegades fins a les copejava, sense importar-li gaire com elles es podien sentir. Fins que va conèixer algú qui, malgrat les seves accions, estava disposat a prestar interès als seus sentiments i pensaments i a estimular l'elaboració del seu enteniment dels altres, la qual cosa li va permetre madurar gradualment, ser menys impulsiu, menys enfocat en la seva pròpia mala interpretació de la realitat i més disposat a explorar sota la superfície, què és el que passa a la ment d'un altre.

També, notablement, es va tornar menys vulnerable a les accions dels seus coneguts. Solia ser fàcilment influenciable per altres joves, fins al punt de ser alguna cosa així com un petit Zelig —no sé si tothom recorda aquest film de Woody Allen, el protagonista del qual és una persona que es mimetitza amb el seu entorn social i comença a assemblar-se a la gent del seu voltant—. El meu pacient era una mica així. Tenia tantes ganes de pertànyer a un grup, que els seus propis sentiments i pensaments no tenien valor per a ell. L'important era, únicament, el que els altres pensaven d'ell.

Així que, ja comencem a entendre els problemes que té aquesta gent com una capacitat reduïda per a representar els estats mentals d'un mateix i els altres. Implica un desconeixement del seu rol d'agents al món. Implica desconèixer qui són ells mateixos pel que fa a les seves intencions i pensaments. Implica identificar-se només amb les seves accions i viure la vida únicament en termes de les reaccions que ells provoquen en els altres. Sentir que l'única cosa real en les seves relacions és la percepció de com els altres reaccionen davant ells. I això, per descomptat, limita profundament aquests individus en les seves relacions interpersonals. I així, moltes vegades es converteixen en víctimes atesa la seva necessitat per l'altre. Moltes vegades la seva representació del jo racional està tan en conflicte amb si mateix, hi ha un ús tan intolerable de l'escissió, estan tan mal integrats, que l'única manera de sentir-se ells mateixos és externalitzar, és projectar una part de si mateixos en la persona amb qui estan. És transformar aquesta persona en una part intolerable d'ells mateixos.

Han internalitzat el persecutor. Se senten internament perseguits, externalitzen aquest persecutor i es converteixen en víctimes, recreant una vegada i una altra una relació

en la qual són victimitzats, maltractats. I així els trobem en relacions inadequades. I nosaltres mateixos ens sentim impotents quan ens enfrontem a les seves dificultats.

Així que, què fem amb aquests pacients en la pràctica clínica? Bé, en realitat és un procés molt simple. És tan simple, que gairebé m'avergonyeixo de parlar-ne. No presenta cap dificultat. L'única cosa que fem en la clínica amb aquests individus és limitar el discurs, limitar la conversa amb aquests individus al tema de la ment. Als pensaments i sentiments. Als pensaments i sentiments, en l'aquí i ara de la relació entre pacient i terapeuta, a les relacions amb l'entorn social que el pacient reporta. Focalitzar, elaborar, corregir, aclarir, transformar l'intolerable en tolerable i, sobretot, ser astut i exquisidament sensible per a sentir i identificar quan el pacient ha perdut la seva capacitat per mentalitzar; quan parlen en termes concrets, quan confonen aparença amb realitat, quan confonen el que senten amb com les coses són realment, allà fora; quan, atesa la seva inhabilitat per a mentalitzar, comencen a confabular sobre els estats mentals dels altres; quan elaboren models complicats dels estats mentals en els altres, que és el que aquests pacients fan per a compensar la falta d'experiència de mentalització real.

Les accions són, per a ells, més importants que les paraules; on l'important és el que fem, com demostrem que hi estem interessats, ja sigui a través de tocar-los, o trucar-los més vegades per telèfon, o signant cartes en el seu nom. Fer coses per ells, més que esperar que siguin capaços de percebre, de la mateixa manera en què la majoria de nosaltres percebem, com la persona amb qui estem se sent en relació amb nosaltres. Així que estem atents per a perquirir experiències del que anomenem «equivalència psíquica»: la confusió entre un món exterior aparent i la realitat interna. O de «pseudomentalització», també anomenada «manera com si» o «funcionament teleològic», on l'única cosa que compta d'un esdeveniment és allò físicament observable.

Quan això succeeix, hem d'intervenir, de vegades dramàticament, i detenir el procés de psicoteràpia, sense tolerar que aquesta forma de pensar sigui utilitzada en la consulta clínica, ja que la nostra experiència dicta que, com més permisos de pseudomentalització ocorrin a la consulta amb nosaltres, és menys probable que la persona aconsegueixi desfer-se d'aquesta manera de funcionament en el treball psicoterapèutic. Ja que així la relació es converteix en una cosa que el pacient pot considerar útil, però és en realitat poc productiva. Els pacients acaben dependent del procés, dependent de nosaltres. En realitat no els estem fent avançar, no estem ajudant.

Així que, els aturem quan pseudomentalitzen i fomentem la mentalització. Al començament, simplement validem la mentalització encertada, celebrem la mentalització adequada; però després també aclarim, elaborem, compliquem les coses. I a mesura que aquesta capacitat es torna més sofisticada, llavors ens apropem cada cop més a àrees que són emocionalment més sensibles, ja que un dels nostres

descobriments és que en enfrontar-se a experiències traumàtiques, a experiències d'inclinació intensa, és quan la mentalització tendeix a fallar.

En treballar d'aquesta manera detallada, acurada, sistemàtica i deliberadament programàtica, focalitzant-se sempre en la ment, sense permetre'ns que ens distregui el comportament o les accions, sinó sempre concentrant-nos en els estats mentals subjacents a les accions, ens trobem que aquests individus, incloent-hi els que estan profundament trastornats amb suïcidis i autolesions cròniques, de fet, se senten molt millor després de divuit mesos o dos anys de psicoteràpia.

Així doncs, això és la mentalització, en poques paraules. Per què funciona? Per a ser honest, no n'estic totalment segur. El que sí crec és que, en crear una relació amb el pacient en la qual ell se sent que el tenen en compte, on ell ens vegi com a algú que pensa en ell de manera clara i coherent, pot començar a internalitzar una imatge de si mateix com un ésser que pensa i sent, una capacitat que no van poder desenvolupar a la infància. I això passa a formar el nucli del sentiment en si mateix que sustentará la possibilitat de mentalitzar en situacions més complexes que tenen lloc fora de la consulta clínica.

Moltes gràcies per escoltar-me.