

Máster en Psicología Infantil y Juvenil

Técnicas y estrategias de intervención III

Enfoque Psicodinámico: Terapia basada en mentalización

Éste es un documento de trabajo.

Recoge la ficha básica de la técnica *Terapia basada en la mentalización* (12-18 años) que se trabajó en el Seminario de Técnicas y Estrategias de intervención desde el enfoque psicodinámico impartido en el marco del Máster en Psicología infantil y Juvenil de la UOC (Barcelona, 09/11/2018).

Este documento pretende ser un instrumento para que, antes de visionar el vídeo, os familiaricéis con el caso y con la técnica que allí se trabajará. De este modo, podréis seguir la simulación realizada.

Citar como:

Borràs, J. (2018). *Técnicas y estrategias de intervención infantojuvenil desde el enfoque psicodinámico 12-18 años*. Material de trabajo no publicado.

Nombre de la técnica: “Terapia basada en la mentalización”

Descripción del caso

Kevin tiene 13 años, cursa 2º curso de secundaria y es derivado a una Unidad Terapéutica Intensiva tras intento reciente de suicidio por ingesta medicamentosa. Durante las semanas anteriores Kevin había realizado en diversas ocasiones conductas autolesivas en forma de cortes en el antebrazo con finalidad ansiolítica y también había presentado absentismo escolar intermitente.

Observaciones sobre la evaluación e intervenciones previas

Desarrollo y adquisición de hitos evolutivos sin alteraciones. Control de esfínteres a la edad esperada, episodios autolimitados de enuresis nocturna a los 6-7 años, en contexto de separación de padres. Desde la infancia los padres refieren carácter retraído, tendencia a pataletas, baja tolerancia a la frustración y a los límites que se ha mantenido desde entonces. Buen rendimiento escolar, pero dificultades durante el paso a la etapa secundaria, con progresivo empeoramiento académico, reacciones frecuentes de rabia, insultos y agresividad puntual hacia los padres. Agravamiento progresivo del cuadro a lo largo del último año.

A los 8 años fue atendido en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de su localidad a causa de un episodio depresivo leve con explosividad conductual. Tuvo una buena respuesta a las entrevistas psicoterapéuticas programadas tras las cuales se le dio el alta.

Los padres están separados desde hace 7 años y mantienen un régimen de custodia compartida. La relación de los padres actualmente es de relativa colaboración en cuanto al cuidado de Kevin, que convive semanalmente con cada uno de ellos.

El padre actualmente está de baja por ansiedad. La Madre está en seguimiento psiquiátrico por un cuadro depresivo. Ambos reciben actualmente tratamiento psicofarmacológico. Un familiar de tercer grado tiene antecedentes de tentativas autolíticas y un posible trastorno grave de personalidad. El abuelo paterno, con quien Kevin mantenía una muy buena relación, fallece hace 4 años tras una larga y dolorosa enfermedad.

En las entrevistas diagnósticas Kevin se muestra introvertido, aunque accesible y progresivamente colaborador. Su lenguaje es adecuado, y su expresión triste y a la vez enfadada. Es capaz de hablar de forma crítica del episodio de sobreingesta medicamentosa (SIM), pero sitúa su problemática en la relación conflictiva con sus padres con quienes discute a menudo porque, según dice, no le entienden. Alguna vez él y su padre han llegado al enfrentamiento físico; posteriormente Kevin se siente mal y arrepentido. Aún persisten conductas autolesivas (cortes) a causa de esos episodios

de irritabilidad frecuente y de ansiedad, sintiéndose presionado “*por un montón de pequeñas cosas*”. Nada le motiva en especial, le cuesta concentrarse. Casi no tiene amigos.

Transmite una imagen negativa y desvalorizada de sí mismo: “*Soy vago. Siempre me va a ir mal todo. Aunque arregle algunas cosas van a venir otras nuevas, nuevos problemas. Soy un asco. Siempre hago las cosas mal.*”.

Mantiene relación de pareja absorbente y posesiva con una chica, siente una necesidad compulsiva de estar con ella como única manera de sentirse bien.

No puede imaginar expectativas de futuro. No consume tóxicos. Admite hipersensibilidad a la crítica, susceptibilidad y frecuentes reacciones de ira ante los límites o frustración. Se muestra de acuerdo en ser ayudado desde el dispositivo terapéutico en el que es atendido.

Desde la escuela también se le está ayudando a sacar provecho de sus evidentes recursos (dibuja, escribe y redacta muy bien) para afrontar los niveles de exigencia académica.

Técnica

1. OBJETIVOS

- Estimular la mentalización del adolescente, lo cual significa poner su mente (es decir, su experiencia subjetiva) en el foco o centro del tratamiento.
- Ayudarlo a ser más capaz de aprender de otras mentes (reaprendizaje social) en un contexto terapéutico seguro (de vinculación, validación y generación de confianza epistémica).
- A causa del reconocimiento anterior y del encuentro mente-mente:
 - el paciente puede aprender en la relación terapéutica un nuevo modo de no-respuesta que sustituya lentamente el viejo patrón no mentalizado de impulso-actuación-descarga por uno nuevo basado en la espera, la reflexión y la escucha mutua.
 - Un segundo paso, consistirá en generalizar este aprendizaje a nuevos ámbitos y disponer de estrategias para recuperar estas capacidades cada vez que las perdemos.

2. DESTINATARIOS

Utilizamos la técnica con adolescentes a partir de los 12 años, tanto en forma individual como en formato grupal o familiar con el adolescente y su familia (padres y hermanos, principalmente).

3. ROLES

- Rol 1: *Jordi*, el terapeuta que realiza la terapia (representado por Jordi Borrás).
- Rol 2: *Kevin*, el chico que acude a terapia (representado por Charo Carrasco).

4. MATERIAL

No utilizamos ningún material en particular, aunque tenemos papel, bolígrafos y rotuladores de color disponibles sobre la mesa.

5. DESARROLLO

- Indagación y exploración inicial. Indagamos activamente sobre la experiencia subjetiva del paciente y los significados desde los que interpreta su realidad; nos preguntamos en voz alta, intentamos articular una conversación y despertamos la curiosidad sobre detalles (quizá inadvertidos o aparentemente irrelevantes) de los pensamientos y sentimientos comunicados por el paciente.

Ejemplo: “ayúdame a entenderte, ¿cómo fue para tí que tu novia te dijera ese día que no le apetecía salir contigo? ¿Cómo lo viviste? ¿qué fue lo primero que te pasó por la cabeza? Me pregunto si fue algo parecido al rechazo de otras ocasiones, a sentirte abandonado, solo, etc.”

- No juzgamos: privilegiamos la exploración conjunta de los estados mentales intencionales (conscientes), evitamos decirle al paciente (desde un supuesto rol de experto) qué es lo que éste está *realmente* sintiendo o pensando; no interpretamos sus supuestas razones inconscientes subyacentes a su experiencia o motivación y evitamos toda presunción de exactitud por nuestra parte.

Ejemplo: Me suena como si en realidad dijeras algo así como: ¡me merezco todo lo que me ocurre!... y al mismo tiempo te rebelas contra eso. ¿Es así como lo sientes? o ¿cómo crees haber llegado a ese tipo de conclusión?

- Autorrevelación honesta y valiente como mejor ejemplo de “mentalización en acción”: nos mantenemos receptivos a detectar y reconocer nuestros

propios fallos mentalizadores, explicitándolos como la “esencia básica” de todo el proceso: perdemos la mentalización continuamente, por lo que debemos estar atentos a recuperarla siempre que eso ocurre. Y finalmente lo verbalizamos.

Ejemplo: Ok, disculpa, no me he dado cuenta. Hemos empezado hablando todo el rato de tus problemas, de lo mal que te sientes y debí darte cuenta de lo difícil que resulta para ti.

- Mantener el equilibrio y evitar caer en extremos:
 - OTROS vs SÍ MISMO
 - si el paciente se muestra excesivamente centrado en sí mismo se le invita a considerar la mente de otras personas. Ejemplo: *¿Cómo crees que debió sentirse tu madre al decirle con tanto enfado que ya no la necesitas tanto como antes?*
 - cuando se centra de forma exclusiva en los demás se le cuestiona acerca de su propia perspectiva. Ejemplo: *Me has estado explicando con mucho detalle todo lo referente a la discusión que ayer tuvieron tus padres, y lo que condujo a que discutieran tanto. Pero centrémonos algo más en cómo repercutió en ti y en cómo crees que te sigue afectando.*
 - AFECTO vs COGNICIÓN
 - cuando el afecto es el que predomina se apela a un análisis más controlado y reflexivo o al revés: cuando predomina la racionalización se sugiere apelar a los afectos concernidos. Ejemplos: *¿Qué te parece si tratamos de recuperar algo de calma para analizar con la cabeza un poco más fría toda esta situación que te acalora o altera tanto? O bien aunque me contabas con mucha serenidad y frialdad lo que te pasó ayer en el trabajo es evidente que debe haberte afectado más de lo parece a simple vista.*
 - INTERNO vs EXTERNO
 - foco interno (énfasis excesivo en la experiencia interna y subjetiva) (hipermentalización) vs. foco externo (concedemos demasiada importancia a las manifestaciones o hechos externos). Ejemplos: *¿qué crees que notan los demás o cómo crees que te ven cuando estás tan metido en tus pensamientos que se te olvida todo lo que te rodea? O bien: ¿Puede haber más motivos además del desprecio para que tu compañero se riera de lo que acababas de decir?*

- Interrumpir la no-mentalización: detenerse y nombrar en 3 tiempos.
 - Parar-escuchar-mirar: ayudamos al paciente a identificar cuándo su propia mentalización comienza a fallar y a requerir “una pausa” antes que ocurra una sobreactivación que les impida escuchar, comprender o explicar su punto de vista.
 - Parar-rebobinar-explorar: identificamos y reevaluamos los momentos en que la mentalización decae y proponemos una “pausa” para “rebobinar” y poner en el foco de la interacción qué es lo que acaba de ocurrir a nivel emocional e interpersonal, aquí y ahora, justo cuando la mentalización comienza a fallar.
 - Ejemplo: *Espera, parémonos un momento aquí: creo que algo de lo que acabamos de decir te ha bloqueado o molestado, etc. Valdría la pena parar y tratar de entenderlo antes de seguir hablando de otras cosas. Puede que eso nos ayude a entender algo más de lo que te pasa fuera de aquí con otras personas.*
- Destacar y señalar la buena mentalización.
 - Buscamos activamente, durante el curso de la sesión, ejemplos o casos de buena mentalización lo cual supone destacarlos y señalarlos positivamente.
 - Ampliamos y usamos ejemplos similares para estimular la atención y evaluar la presencia de aquellas interacciones que generan una buena mentalización, a fin de conducir a una comunicación efectiva y a la resolución de problemas.
 - Ejemplo: *Dices que acabas de darte cuenta de que se trata de una sensación muy habitual o familiar para ti. Bueno, está muy bien que lo puedas compartir ahora, y que puedas verte a ti mismo de esa manera. Nos puede ser muy útil para seguir entendiéndote.*

6. OBSERVACIONES

- Desde el punto de vista práctico de la sesión psicoterapéutica: el terapeuta desarrolla las cuatro áreas de competencia descritas que son el fundamento de la actividad mentalizadora y que mantenemos de forma incansable durante el curso de todo el proceso psicoterapéutico.
- Desde el contexto general de todo el proceso psicoterapéutico: evaluamos en el paciente la evolución de su capacidad de observación y tolerancia al estrés interpersonal a fin de ajustar e incrementar en cada momento nuestras demandas mentalizadoras a la competencia real del paciente.
- Generalmente, a lo largo del curso terapéutico, hacemos avanzar la relación paciente-terapeuta a través de demandas de mentalización creciente que

suelen seguir la siguiente secuencia (lo cual no excluye retrocesos o reajustes puntuales, dependiendo del estado emocional y vital del paciente en cada sesión):

- Apoyo y validación iniciales: establecemos la confianza básica y la alianza terapéutica (primeras sesiones). Ej. *Entiendo lo difícil que debe ser para ti.*
- Aclaración y elaboración: estimulamos la clarificación, promovemos el análisis y contextualización; cuestionamos, conectamos eventos, ordenamos, detectamos malentendidos, traducimos, buscamos significados, etc. (curso medio del tratamiento). Ej. *¿Cómo crees que influye lo que piensas y esperas en tu particular manera de enfrentar ciertas situaciones?*
- Confrontación: identificamos patrones automáticos de no-mentalización, uso estrategias defensivas recurrentes, reconocimiento de afectos o perspectivas ausentes o evitadas, practicamos la mentalización en sesión, ensayamos estrategias de reparación (curso medio del tratamiento). Ej. *parece activarse con mucha frecuencia una determinada secuencia entre un tipo de situación a la que eres particularmente sensible y una reacción emocional concreta. Sería útil entender cómo funciona esa relación dentro y fuera de ti.*
- Mentalización de la relación: nos centramos en el aquí / ahora, identificamos el foco afectivo presente en la relación paciente-terapeuta, mentalizamos la relación o vínculo de apego establecido, reconocemos las perspectivas y afectos mixtos, elaboramos la separación y los sentimientos de duelo asociado (finalización del tratamiento). Ej. *¿cómo nos sentimos aquí? ¿cómo vivimos el tratamiento y la sesión? ¿qué podemos extraer de la relación terapéutica para entender lo que nos ocurre fuera de aquí, en otras relaciones y tratar de controlarlo mejor?*

BIBLIOGRAFÍA

Bleiberg, E. (2015) La terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias. Mentalización. *Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, II, 1-38. Consultado 23 octubre 2018, desde <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2015/bleiberg.pdf>

Dangerfield, M. (2016). Sense un lloc a la teva ment, sense un lloc al món. Aspectes tècnics del treball amb adolescents desatesos. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 33 (2), 99-130.

Fonagy, P. y Bateman, A. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Bilbao: Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.