

Mentalización y agencia del paciente en el proceso psicoterapéutico

Gustavo Lanza Castelli

gustavo.lanza.castelli@gmail.com

“...la calidad de la participación del paciente en la relación terapéutica es el determinante singular del resultado más importante. Los pacientes que están motivados, comprometidos, y que participan con el terapeuta en el trabajo, son los que más se benefician de la experiencia”
Michael Saggese

[Publicado en *Aperturas Psicoanalíticas*, Nro 33, noviembre de 2009]

La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo sobre los procesos de cambio en la psicoterapia han puesto el acento en los efectos que las intervenciones del profesional producen en el consultante, vale decir, han subrayado de preferencia la actividad de aquél en la producción de los logros terapéuticos.

De igual forma, en el campo psicoanalítico es frecuente que los distintos tratados y artículos sobre técnica hagan referencia a los instrumentos que el terapeuta posee para influir sobre el paciente, entre los cuales suelen citarse el señalamiento, la confrontación, el esclarecimiento, la interpretación, etc. (Greenson, 1967; Etechegoyen, 1986). Expresan así una visión según la cual le corresponde al analista el rol activo, mientras que el paciente es visto como aquél sobre el cual recaen las operaciones del profesional.

Asimismo, cuando se teoriza sobre los procesos de cambio, el enfoque más habitual en psicoterapia y psicoanálisis considera que el hecho terapéutico ocurre cuando un profesional experto aplica de modo idóneo su técnica en un paciente aquejado de determinados problemas, con el cual ha establecido una alianza terapéutica que ayuda a que dicha técnica despliegue todo su potencial.

De este modo, es la actividad del terapeuta la que es categorizada como productora del cambio, mientras que el paciente es considerado como aquél que se beneficia de la acción del primero, desde un rol que es visto muchas veces como pasivo (Bohart, Tallman, 1999; Tallman, Bohart, 1999).

Lo mismo observamos en múltiples relatos clínicos que aunque no teorizan de modo explícito sobre este punto, permiten advertir que el terapeuta se ubica en un lugar protagónico en lo que hace a las modificaciones que ocurren en el consultante a lo largo del proceso terapéutico.

Las investigaciones y desarrollos teóricos llevados a cabo desde este punto de vista han arrojado, sin duda, valiosos resultados y han contribuido a incrementar nuestro conocimiento de los procesos de cambio. No obstante, poseen un sesgo considerable en el sentido señalado y suelen dejar en las sombras la importancia y características de una serie de actividades que el paciente lleva a cabo en el curso de la terapia, las que se revelan como una contribución indispensable y significativa para alcanzar los objetivos de la misma (Bohart, Tallman, 1999; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, 2007).

Por ese motivo, en lo que sigue deseo poner el acento en este aspecto, que ha sido destacado también por diversos autores en los últimos años (Bohart, Tallman, 1999; Duncan, Miller, Sparks, 2000; Rennie, 1998, 2000, 2001, 2004; Mackrill, 2007, 2008; Dreier 2008).

Encuadro las conclusiones de estos autores y mis propias reflexiones al respecto, en el marco teórico desarrollado por Peter Fonagy y colaboradores en torno a los conceptos de *agencia del self* y *mentalización*.

En relación al primero de ellos, dichos autores distinguen cinco niveles: el self como agente físico, social, teleológico, intencional y representacional (Fonagy et al., 2002, cap. 5). De un

modo muy sintético podríamos decir que la agencia del self se refiere a la capacidad del mismo para iniciar una acción con un propósito determinado, para hacer que algo suceda.

En cuanto a la *mentalización*, cabe señalar que el interés en dicho concepto se ha desplegado en tres líneas: en la primera de ellas fue utilizado para la comprensión del autismo, particularmente por Utha Frith, John Morton y sus colegas (Frith, 1989). En la segunda fue aplicado por Bateman y Fonagy para la comprensión y tratamiento de los pacientes borderline (Bateman, Fonagy, 2004, 2006). En la tercera, por último, ha sido aplicado a un rango mucho más amplio de trastornos y relacionado con distintos marcos teóricos y diversos abordajes clínicos, al punto de ser considerado como "...el factor común más fundamental en los tratamientos psicosociales efectivos" (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

En el presente trabajo lo utilizo en este tercer sentido, como aplicable al abordaje terapéutico de un número variado de pacientes que poseen problemáticas diversas.

En forma harto sintética podríamos decir que el concepto de mentalización alude a la capacidad que el sujeto posee para inferir estados mentales (deseos, sentimientos, creencias, pensamientos, proyectos, etc.) como aquello que explica el comportamiento propio y ajeno (Fonagy, 1991; Fonagy, Target, Steele, Steele, 1998; Fonagy et al. 2002; Allen, Fonagy (eds) 2006; Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

Esta inferencia es siempre conjetural y falible, ya que tanto la experiencia interior del otro como la propia (en particular cuando se trata de ciertos procesos preconscientes o de motivaciones inconscientes), poseen invariablemente un cierto e insoslayable grado de opacidad.

La actividad mentalizadora incluye un componente auto-reflexivo y un componente interpersonal y se encuentra sostenida por una serie de habilidades cognitivas, tales como la atención y el control deliberados, la comprensión de los estados emocionales y la capacidad para realizar juicios acerca de los estados subjetivos, así como para pensar explícitamente sobre los estados mentales (lo que es dado en llamar, propiamente, *mentalización*). En su dimensión autorreflexiva esta capacidad habilita al sujeto para registrar e identificar sus propios sentimientos, deseos, pensamientos, etc., discernir los motivos del surgimiento de los mismos, así como los nexos con otros elementos de la vida mental. De igual modo, permite pensar sobre los propios pensamientos y mantener respecto a ellos una perspectiva tal que los discierne como sucesos mentales, diferenciándolos de la realidad efectiva.

En su dimensión interpersonal se halla en la base de la capacidad para la comprensión de la mente ajena, sus motivaciones, creencias, emociones, etc. (Fonagy et al, 2002; Allen, 2003).

Cabe distinguir entre una mentalización implícita y otra explícita. La mentalización implícita transcurre en forma automática y preconsciente, sin control deliberado de nuestra parte. No es meramente cognitiva sino que sus aspectos cognitivos están íntimamente ligados a los afectivos y solemos denominarla "intuición". Incluye el empatizar espontáneo con otros, el tomar en cuenta su punto de vista en un diálogo, etc.

Por su parte, la mentalización explícita es aquella que buscamos favorecer en la psicoterapia: implica un grado de conciencia mayor que la anterior, es deliberada y reflexiva e incluye la autoexploración intencional, el pensar sobre los propios sentimientos, la puesta en palabras de los más diversos estados mentales (por ejemplo, bajo la forma de narraciones), el empatizar voluntario, la reflexión sobre los estados mentales ajenos y las relaciones interpersonales, etc.

La mentalización explícita implica siempre un cierto grado de trabajo mental, así como un sentimiento de actividad (agencia) personal (Fonagy et al., 2002).

En lo que sigue, basándome -como fue dicho- en los conceptos de *agencia del self* y *mentalización*, intento caracterizar distintos aspectos de estas funciones y hacer referencia a un abordaje clínico que tiene como finalidad optimizarlas.

A tal efecto, describo en primer término algunas de las actividades que el paciente despliega en la sesión antes de (o independientemente de) alguna intervención específica del terapeuta. En

segundo término pongo el acento en el procesamiento que aquél realiza de las intervenciones de este último, la evaluación que hace de las mismas, etc. Por último, realizo algunas consideraciones sobre el modo en que la jerarquización de los dos conceptos mencionados incide en el enfoque clínico.

A) La participación activa (agencia) del paciente previa a (o independiente de) las intervenciones específicas del terapeuta:

A.1) La incidencia de la actividad e iniciativa del paciente puede verse aún antes de que éste realice la primera entrevista, tanto en relación al tipo de profesional que busca, como a los objetivos con los que concurre a consultar. En relación al primer punto, puede servir de ilustración el caso de una colega de 40 años, con dos hijos chicos, que había suspendido su análisis de más de 10 años de duración -con un terapeuta varón- por problemas económicos, poco antes del nacimiento del menor de ellos.

Cuando éste cumplió un año y debido a una serie de dificultades en la crianza de sus hijos y en la relación de pareja, decidió volver a consultar, pero esta vez quería hacerlo con una terapeuta mujer que, suponía, podría entender mejor sus desventuras de madre. Por lo demás, también quería que fuera una persona cálida. Su analista anterior, si bien la había ayudado mucho en otras épocas, era demasiado distante y ella *evaluaba* que *ahora necesitaba* una profesional que fuera emocionalmente más cercana y contenedora. Vemos entonces que, dado que su situación vital había cambiado, así como su problemática, comenzó a jerarquizar dos variables que hasta ese momento no habían tenido importancia para ella: el género del profesional, su actitud y disposición emocional.

En lo que hace a la elección de este último, una investigación llevada a cabo por McKenna y Todd (1997) concluye que los consultantes buscan terapeutas diferentes y hacen un uso también diverso de la terapia según sea su situación vital, la edad a la que consultan y el número de veces que hayan estado en tratamiento previamente.

Respecto al segundo punto (objetivos por los el paciente acude), cabe hacer mención de un tipo de consulta cada vez mas frecuente, en la que el paciente plantea algunos problemas acotados, circunscriptos, en los que necesita ser ayudado, y no posee interés alguno en explorar su infancia, resignificar su historia, o lograr una reestructuración completa de su personalidad, tal como propondría un enfoque psicoanalítico “clásico” (Jiménez, 1995). Es el consultante, entonces, quien plantea los objetivos de la psicoterapia y elige (activamente) un terapeuta *que se ajuste a sus necesidades*, del cual hará un uso en función de las mismas.

Cabe agregar, no obstante, dos restricciones a esta afirmación. Por un lado, observamos que esta capacidad de elegir se ve fuertemente menoscabada en situaciones de crisis, donde la urgencia y el malestar intenso que aquejan al paciente lo llevan a buscar una ayuda profesional sin mayores exigencias o posibilidades de tan fina discriminación y elección.

Por otro lado, no todas las personas que consultan tienen total claridad acerca de los motivos por los que lo hacen. Encontramos toda una serie de casos donde la comprensión del consultante es escasa y su malestar difuso y en los que es sólo en el contacto con el profesional que logra aclararse respecto a sus verdaderos problemas (Krause, 2005).

A.2) Si el consultante llega a la terapia con un discernimiento mayor acerca de su elección y de sus objetivos, vemos que es habitual que realice -desde el comienzo mismo- un detallado escrutinio del terapeuta, del lugar donde atiende, los diplomas y libros que tiene en su estudio, su aspecto físico. De igual modo, prestará la mayor atención a los aspectos afectivos y actitudinales del mismo, así como al carácter de sus intervenciones. De esta forma, reparará en el modo tranquilo o inseguro con que éste le habla, la calidez que posee, su capacidad de escuchar sin interrumpir o criticar etc. Asimismo, sopesará las preguntas que le realiza, la

comprensión que logra de lo que se le comunica, lo acertado de alguna intervención, la solvencia que transmite, etc.

Del mismo modo, los consultantes analizan activamente las estrategias y objetivos del terapeuta y los comparan con los propios y con sus expectativas acerca de la terapia (Casement, 1985; Semerari, 1991).

Como consecuencia de esta evaluación, el paciente irá sacando conclusiones sobre la confianza que puede tener en el terapeuta, las expectativas que puede abrigar respecto al tratamiento y, si todo va bien, experimentará paulatinamente un sentimiento de tranquilidad, de contención y de libertad para abrirse y expresar diversos aspectos de su intimidad.

Esta apreciación, que se realiza en parte preconscientemente y en parte de modo consciente y deliberado, implica una *actividad* significativa por parte del paciente, que se continúa a lo largo de toda la terapia. De este modo, a medida que ésta se desarrolla algunos de estos aspectos dejan de ser atendidos y en cambio hay otros que pasan a primer plano, como las inferencias acerca del marco de referencia del terapeuta, del modo en que éste entiende e interpreta lo que se le dice, de la visión que va teniendo de la persona del consultante y de su funcionamiento mental, etc.

Esta compleja actividad del paciente se basa en su *capacidad mentalizadora*, la cual es un requisito para que el tratamiento pueda tener lugar, a la vez que es un objetivo de éste la optimización de la misma (Allen, 2003).

En lo que hace a la *actividad* que el paciente despliega en la sesión como parte de su rol en la misma, vemos que incluye una serie de variables del mayor interés.

A.3) Una de ellas tiene que ver con la actividad de monitoreo o autoexploración que el paciente lleva a cabo a lo largo de la sesión, mediante la cual registra diversos pensamientos, fantasías, sentimientos o recuerdos, que luego comunica al terapeuta, sin los cuales -obvio es decirlo- nada podría llevarse a cabo en el espacio de la consulta.

La actividad y el esfuerzo necesarios para llevar a cabo este monitoreo no deben ser subestimados, en particular cuando recaen sobre ciertos elementos preconscientes o sobre derivados de contenidos inconscientes.

Entre los primeros encontramos procesos de pensamiento inadvertidos por el paciente, que surcan su espacio mental sin ser habitualmente detectados, patrones automatizados de pensamiento y reacción emocional, evaluaciones automáticas de las actitudes del otro (Kantrowitz, 2000), conjuntos de creencias sobre sí mismo y sobre el mundo, que guían en gran parte sus conductas (Epstein, 1983; Hamilton, 1996), etc.

Para conectarse con estos elementos ha de realizar un esfuerzo que puede llegar a ser considerable, ya que no es habitual que dirija la atención sobre los mismos, o que tenga noticia inclusive de su existencia en su vida cotidiana.

El monitoreo de los derivados de lo reprimido implican una dificultad particular, ya que, como señala Freud “La represión no sólo alcanzó los complejos inconscientes; ella no cesa, y se dirige también de continuo contra sus retoños, impidiendo al enfermo percibir sus productos patológicos como tales. Esto nos pone, como médicos, en la rara situación de tener que ayudar a la enfermedad para que se le preste atención (...) La verdad es que no se puede ahorcar a nadie si antes no se lo ha atrapado, y que *es menester algún trabajo* para echar mano a las formaciones patológicas que uno quiere destruir” [cursivas agregadas] (Freud, 1909, p. 101). Ese trabajo consiste en parte, en el esfuerzo que el paciente debe llevar a cabo para sofocar la crítica que se eleva habitualmente contra la emergencia de tales retoños u ocurrencias (Freud, 1900, p. 123).

El grado de dificultad aumenta en lo que hace al monitoreo y detección de las operaciones defensivas que se activan en forma automática cuando está a punto de emerger un pensamiento o sentimiento problemático mientras el paciente asocia libremente en la sesión, y que son totalmente inadvertidos por este último. En estos casos es necesario que el terapeuta señale esta

actividad automática que inhibió el fenómeno mental que amenazaba con surgir y que ayude al paciente a retrotraerse al momento mismo en el que se activó para que éste pueda observar, tanto las características de la medida defensiva como, en un avance de la autoexploración, la razón de ser de la misma (Gray, 1994).

A.4) Los resultados de este monitoreo son comunicados al terapeuta mediante su puesta en palabras. Esta traducción verbal de la experiencia y de los estados mentales, incluye los intentos del paciente por transmitir tanto las situaciones por las que atravesó, como los deseos, emociones, pensamientos que en ellas tuvieron lugar, así como los resultados del monitoreo mencionado.

Mientras el sujeto no traduce en palabras su experiencia, es habitual que permanezca inmerso en ella y que la distancia a su respecto sea muy pequeña o inexistente. Por el contrario, en la medida que la traducción al código verbal (Bucci, 1997) implica dar una forma más definida a dicha experiencia, a la vez que externalizarla mediante el decir, estas operaciones ayudan a tomar distancia de la misma.

Estos procesos (dar forma más definida, externalizar, tomar distancia) favorecen una mayor conciencia de la experiencia, el descubrir aspectos ignorados de ésta, así como ponerla en perspectiva, objetivarla y poder pensar más detenidamente sobre ella.

Esta es la razón por la que los pacientes manifiestan que tras poner adecuadamente en palabras la situación que deseaban relatar, pueden identificar mejor los problemas y ver las cosas con mayor claridad. Muchas veces es también ése el momento en que se enteran de su propio pensamiento que, mientras quedaba confinado en su interior, les era desconocido.

Podemos ilustrar este hecho con el caso de una paciente a quien le pregunté, en la 3ra entrevista, por su familia. La consultante hizo un relato de algunas situaciones de su infancia y de sus relaciones con ambos padres y con la hermana. Al terminar esa entrevista, le propuse que pusiera por escrito en la semana lo que consideraba que era lo más importante que había ocurrido en la misma, además de otros ítems que componen lo que he dado en llamar “diario de sesiones” (Lanza Castelli, 2008b).

La paciente comenzó del siguiente modo su escrito: “Lo más importante de la sesión para mí fue hablar un poco de la infancia, de la relación con mis viejos. Y rescaté la relación, que nunca había pensado hasta entonces, con mi hermana. El haber mencionado que con ella éramos UNA me sorprendió. Es que quizás ahora, ya con unos cuantos años más, veo a la distancia y me doy cuenta de lo importante que fuimos la una para la otra, y lo seguimos siendo”.

Es significativo que por el hecho de poner en palabras algunas escenas de su infancia a partir de una pregunta que le hiciera, la paciente pudo conectarse mejor con la importancia que tuvo en su vida la relación con la hermana, cosa en la que nunca antes había pensado. Es interesante que en su texto mencionara la sorpresa que tuvo al decir que eran “UNA”, cosa de la que parece haberse enterado en el momento del poner en palabras. Y todo esto sin que mediara intervención alguna de mi parte.

Estos procesos de pensamiento, descubrimiento y toma de conciencia, por medio de los cuales el paciente se comprende mejor, constituyen *actividades mentalizadoras explícitas* que éste lleva a cabo en la sesión por el hecho de traducir verbalmente su experiencia.

Cabe subrayar que muchas veces estas *actividades* (así como sus resultados) permanecen desconocidas por el terapeuta, ya que el consultante no suele hacer mención explícita de ellas, *a menos que se le pregunte por las mismas* (de hecho, la paciente mencionada no había referido en sesión lo que después puso por escrito, gracias al pedido expreso de que lo hiciera). Posiblemente sea ésta una de las razones por las que los terapeutas subestiman tan a menudo lo intenso y productivo de la actividad desplegada por el paciente en la sesión.

Otro aspecto significativo de este proceso lo constituye el hecho de que al poner en palabras los problemas ante el terapeuta, éstos devienen más concretos y reales por lo que se torna más imperioso el prestarles atención y afrontarlos.

Un paciente entrevistado por Rennie comenta al respecto: “El problema es más concreto ahora. De mantenerlo en el interior de mi mente, podría dejarlo de lado y olvidarlo; ahora tengo que encararlo” (Rennie, 1994, p. 503).

A.5) En muchos pacientes encontramos una *actividad mentalizadora* más elaborada, consistente en un espontáneo establecer nexos entre distintas escenas relatadas, lo que les permite detectar las relaciones entre los componentes de una situación y determinados pensamientos y sentimientos activados por ella, o entre el modo en que vivieron lo que un otro significativo les dijo y acciones o malestares posteriores, etc., etc.

Asimismo, hay quienes -con cierta práctica- pueden tomar conciencia de la activación de ciertos modelos operativos (Bowlby, 1973) durante la sesión, o de ciertos automatismos que desencadenan, por ej., desarrollos de afecto displacenteros, etc.

Todo ello testimonia el despliegue de una *mentalización autorreflexiva* que favorece el incremento de la conexión del paciente consigo mismo y amplía la comprensión que éste posee de distintos aspectos de su subjetividad y de su conducta, permitiéndole una mejor regulación de sus emociones.

Los descubrimientos que el paciente puede realizar por sí mismo son variables según el momento de la terapia, el incremento que haya logrado en su capacidad mentalizadora, el tema de que se trate y las resistencias despertadas por éste.

A.6) Por otro lado, mientras el paciente despliega su relato y (eventualmente) se autoobserva, monitorea también -de modo preconsciente y habitualmente no reflexivo- la actitud del terapeuta (lo atento de su escucha, su actitud interesada, su sintonía con lo que se le dice, etc.) y el modo en que se da la relación entre ambos (el grado de alianza, concordancia, camaradería, etc). Los resultados de este monitoreo inciden tanto en los afectos que se activan en el consultante (sentimientos de tranquilidad y apertura, confianza, entrega o, por el contrario, de incomodidad, inquietud, desconfianza, abandono, soledad, etc), como en su capacidad para pensar (incremento de la actividad imaginativa y reflexiva, o bloqueo e inhibición de la misma), como en las verbalizaciones que profiere, las que se acomodarán a los resultados de dicho monitoreo. Algunas veces el consultante puede tomar conciencia, rápida y fugazmente, de, supongamos, cierta distancia o desconexión de su terapeuta. Reaccionará entonces de acuerdo a su estilo personal, por ej. retrayéndose y volviendo más superficial el contenido de lo que expresa, o incluyendo en su relato algún elemento que considera será “interesante” para el profesional. Intenta, de este modo (y muchas veces logra) un control de las actitudes del mismo, tema este del mayor interés (Rennie, 2000).

A.7) Las distintas actividades mencionadas hasta aquí y las que serán referidas en el resto de este trabajo, están sostenidas por la motivación del paciente en relación al tratamiento.

Dicha motivación es caracterizada habitualmente como la capacidad que aquél posee para implicarse en la terapia con el objetivo de remover sus síntomas, mitigar el sufrimiento que lo aqueja, resolver situaciones problemáticas, lograr un objetivo anhelado, etc. a pesar del esfuerzo que esto le suponga y del costo en tiempo, esfuerzo y dinero que le signifique.

Hay una serie de factores que refuerzan habitualmente dicha motivación, surgida inicialmente de los objetivos mencionados:

Uno de ellos tiene que ver con las expectativas que el consultante posee respecto a la ayuda que pueda encontrar en la terapia, en relación a aquello por lo que consulta. Cuando los objetivos del paciente para acudir al tratamiento pueden especificarse, de modo tal que sea más fácil advertir los logros parciales que se van alcanzando, estas conquistas incrementan fuertemente el crédito que le otorga a la psicoterapia como procedimiento adecuado para la consecución de aquello que busca, con lo que se refuerza su motivación para continuar el proceso.

Otro tiene que ver con la capacidad del consultante para reconocer la necesidad de un cambio personal, más que un cambio por parte de los otros a quienes ciertos pacientes atribuyen la

razón de ser de su problemática. En este último caso, el consultante no suele poseer motivación suficiente para los esfuerzos que requiere el tratamiento y no continuará en el mismo, a menos que pueda tomar conciencia de su propia participación en el malestar que padece.

Un tercero se relaciona con la capacidad para experimentar al terapeuta como alguien que provee contención y que aporta un punto de vista diferente que le ayuda a comprender mejor su problemática, a los efectos de poder resolverla (Luborsky et al., 1988). Este factor puede relacionarse con la consideración de Freud de que la transferencia positiva de sentimientos amistosos o tiernos constituye una fuerza motivadora poderosa al servicio del trabajo analítico y del vencimiento de las resistencias (Freud, 1912, 1913).

La importancia del grado de motivación que posea el paciente para implicarse en el tratamiento ha sido demostrada en diversas investigaciones, las que concluyen que es uno de los más fiables predictores del resultado de la psicoterapia. Según Orlinsky, Grawe, Parks (1994) existe una alta correlación (80%) entre la motivación del paciente (evaluada por él mismo) y dicho resultado.

En relación a la importancia de esta variable, Alexander y French dicen: “...es importante que el terapeuta descubra primero qué es exactamente lo que desea el paciente. *Es éste quien debe suministrar el incentivo para lo que haya de lograrse en el tratamiento*, y por más celo reformador que haya por parte del terapeuta, *todo será inútil a menos que pueda aprovechar, para uso terapéutico, algún fuerte motivo del paciente*” (1946, p. 109) [cursivas y negritas agregadas].

A.8) En la medida en que el paciente, al realizar su tarea exploratoria se conecta con elementos previamente rechazados, se activan resistencias de distinto tenor.

En este punto las alternativas que se le presentan son varias, proseguir el camino iniciado, minimizar o distorsionar aquello de que se trata, interrumpir el hilo y cambiar de tema, etc. (Rennie, 1990).

Si las resistencias son afrontadas y removidas, el proceso continúa y en ese caso es habitual que el consultante pueda establecer nexos –tal como fue señalado más arriba- que le permitan entender mejor lo que está relatando, o recupere un recuerdo importante que aclare el panorama, o se conecte más profundamente con diversos sentimientos que van emergiendo a medida que realiza este recorrido.

Si, por el contrario, los mecanismos de minimización, distorsión o evitación (u otros) predominan, será función del terapeuta ayudar al paciente a tomar conciencia de lo que está ocurriendo, a los efectos de analizar las fuerzas que lo desvían, su origen y significación, etc. (Gray, 1994) Si el terapeuta ha seguido el hilo que el paciente mismo despliega, su intervención buscará facilitarle la comprensión de las fuerzas que se oponen a su profundización, para ayudarlo a seguir adelante por su propio camino.

El poner el acento en la actividad (agencia) del paciente no implica, por tanto, desconocer la fuerza de las resistencias que pueden activarse en diversos momentos de cada sesión, ni la tendencia de ciertos pacientes (y de todos en algún momento de la terapia) a desplegar un discurso insustancial, alejado de su sentir interior y de sus verdaderos problemas. Podríamos decir, de un modo un tanto esquemático, que cuanto más se incrementan las resistencias del paciente, menor se vuelve su actividad productiva y mayor deviene la necesidad de ciertas intervenciones por parte del terapeuta que favorezcan un trabajo sobre dichas resistencias, con la subsiguiente posibilidad de que, a partir de ello, el consultante se reconecte consigo mismo.

No obstante, cabe agregar que las intervenciones del terapeuta focalizadas en éste y otros aspectos del funcionamiento mental y vincular del paciente, no producen un efecto por sí mismas, al modo en que un agente actúa sobre un objeto pasivo. Por el contrario, el consultante, en tanto *sujeto* de la experiencia, procesa la intervención del profesional de diferentes formas.

B) El procesamiento que el paciente realiza de las intervenciones del terapeuta

B.1) El consultante, en tanto *sujeto implicado* en la tarea -en el espacio intersubjetivo de la consulta- posee su propio punto de vista sobre las intervenciones del terapeuta y las procesa según su modalidad personal.

Por un lado, evalúa el modo en que son proferidas dichas intervenciones, en base a si se adecuan, o no, a su necesidad de ser escuchado, de ser valorizado, de sentir al terapeuta de su lado en una actitud empática, de ser tenido en cuenta como un sujeto capaz de pensar e intervenir productivamente en el proceso, etc. Muchas veces esta evaluación se realiza de un modo preconsciente e implícito, sin que el consultante sea plenamente consciente de ella. En otros casos, es más consciente y explícita. En ambos casos implica una actitud mentalizadora (implícita y explícita, respectivamente), un trabajo mental llevado a cabo desde una posición activa.

B.2) Por otro lado, el consultante evalúa, procesa y hace uso de las intervenciones del profesional.

En primer lugar, el paciente evalúa si aquello que el terapeuta le dice, tiene sentido para él, si lo representa, si lo ayuda a conectarse con un sentimiento no registrado previamente, o con pensamientos no detectados con anterioridad. Evalúa también si con su intervención el profesional le dice algo nuevo y le aporta un punto de vista distinto que le resulte de utilidad para entender mejor su problemática y poder resolverla, o si sólo repite lo que ya ha dicho sin aportarle nada diferente.

Podemos ilustrar con un ejemplo esta última alternativa, a partir de un fragmento del diario de sesiones que una paciente escribió a su terapeuta: "El otro día no solo estaba enojada, sino decidida a no ir más. ¿Por qué? Porque muchas veces siento que no hay una devolución, que lo que oigo de tu boca es como un eco de lo que expreso.

A mí me parece que lo que quiero decir a través de las cosas que te cuento ya está dicho y que lo que necesito no es volver a escucharlo traducido a un lenguaje en el que podría, o no, haberlo expresado yo, sino que lo que necesito es saber el ¿Por qué?, el ¿Cómo? Y más específicamente y casi siempre el ¿Por qué no pude o no puedo? y el ¿Cómo hacerlo?"

En este texto la paciente expresaba el resultado de un trabajo mental: la evaluación negativa que hacía de las intervenciones de la profesional, según la cual no recibía de ésta nada nuevo y se veía frustrada en cuanto a aquello que *necesitaría encontrar en la terapia*.

Cuando la evaluación de las intervenciones del terapeuta es positiva, el paciente las toma como una ayuda en la medida en que le aportan un punto de vista diferente, o un modo de pensar que le permite un incremento en su actividad mentalizadora, una ampliación de su perspectiva, un refinamiento de sus propios procesos autorreflexivos, a los efectos de entenderse mejor y regular mejor sus emociones. Asimismo, la pertinencia de las mismas lo ayuda a enriquecer sus propias reflexiones con el objetivo de llevar a cabo las acciones que necesita poner en práctica, a fin de lograr una modificación favorable en su situación vital. De este modo, *el aporte del terapeuta se entrama con una actividad mentalizadora preexistente*, que lo incluye en su propia dinámica y se enriquece con esta contribución del profesional, lo cual es diferente a pensar que es la intervención misma la que, como único agente activo, produce un efecto determinado.

Cuando, por el contrario, la intervención del terapeuta no facilita la reflexión sobre un tema que el paciente está tratando de entender o resolver y propone una dirección discordante con la que seguía este último, el consultante puede deponer su propio rumbo y plegarse a la incitación del terapeuta y a la orientación que éste propone, alejándose así de sí mismo y sometiéndose a una intromisión disruptiva. Pero puede también cuestionar al profesional y afirmar sus razones, o, evitando la confrontación pero sin renunciar a su punto de vista, puede proseguir su camino

por sí mismo, habitualmente de un modo encubierto, tratando de llegar a la solución por sus propios medios (Rennie, 2001).

Cuando el consultante realiza una evaluación negativa de alguna intervención del profesional, pondera si el conjunto de la marcha de la terapia, así como la pertinencia de las intervenciones previas del aquél vuelve tolerable la falla detectada, en cuyo caso se esfuerza por aceptar las limitaciones del mismo. Caso contrario, si concluye que los objetivos del terapeuta no coinciden con los propios, o considera que su idoneidad es insuficiente para sus necesidades, abandona la terapia o no llega a iniciarla después de las primeras entrevistas.

Es indudable que la evaluación negativa del consultante puede estar motivada por la activación de sus resistencias, por una transferencia hostil, o por distorsiones producto de la puesta en juego de distintos modelos operativos (Bowlby, 1973) o de diversos mecanismos defensivos (proyecciones, desplazamientos, evitaciones, etc.). Así, por ejemplo, un rechazo enérgico de alguna conjetura o interpretación puede ser una indicación de que el terapeuta ha tocado un punto sensible...tal vez de un modo poco pertinente, o excesivamente prematuro.

Por esta razón es importante hacer una lectura cuidadosa de dichas evaluaciones, que no descuide las fuentes de posibles sesgos, pero que no por ello descalifique a priori la posibilidad que tiene el consultante de hacer una evaluación pertinente y adecuada, que exprese desacuerdos o cuestionamientos legítimos a las actitudes o procedimientos del terapeuta (como en el ejemplo citado).

Cabe agregar, por último, que la evaluación mencionada disminuye fuertemente en ciertos estados poco mentalizados, en los que predomina la sugestión, la idealización del terapeuta, el sometimiento al mismo, el mimetismo con su palabra, la sobreadaptación, etc.

B.3) Otra manera en que incide la actividad del paciente, se expresa en el hecho de que éste responde a las intervenciones del terapeuta *en función de lo que desea o necesita de él*. De este modo, es habitual que el consultante subraye parte de una intervención o complete lo que falta en ella, a los efectos de remodelarla de acuerdo a lo que le es menester. Muchas veces nos enteramos de esta *escucha activa* del paciente cuando en una sesión posterior éste cita dicha intervención, lo que nos da la posibilidad de advertir la diferencia entre lo que hemos dicho y el modo en que quedó finalmente inscripto en su mente.

Esta *actividad*, que suele desplegarse de modo preconsciente, no ha de ser entendida como motivada siempre por las resistencias. Por el contrario, en muchas ocasiones encontramos que el paciente optimiza la intervención del terapeuta mediante esta operación.

Podemos ilustrar esta idea con el caso de una paciente que leyó en una sesión dos largos párrafos que había escrito en su diario personal. El primero de ellos aludía a un sentimiento de malestar debido a que no pudo reaccionar frente a una persona que había abusado económicamente de ella, al no pagarle un trabajo que había realizado. El segundo describía con cierto detalle la situación de un perro al que no dejaban entrar a una casa y que permanecía en el umbral de la misma. Como la paciente relatara, tras la lectura, una serie de situaciones en las que aparecían perros, opté por trabajar este último párrafo y le señalé su identificación con el perro en el umbral, sobre el que se explayara en su diario. Posteriormente, le sugerí que tomara nota de todas las ocasiones en que se ubicaba en esa posición en su vida cotidiana. La paciente realizó un trabajo pormenorizado en esta línea, pero al poner por escrito lo que había ocurrido en la sesión, consignó lo siguiente “[Gustavo] me propone ver momentos, situaciones, en los que vuelvo a quedarme en el umbral esperando que me abran la puerta, me propone acción”.

Por mi parte, no le había propuesto “acción”, como no fuera la de escribir. La paciente completaba con esta expresión algo que sintió que faltaba en mi intervención y que necesitaba como respaldo para poder actuar frente a la persona que no le había pagado, reclamando lo que ésta le adeudaba. El curso posterior de los acontecimientos mostró que era sin duda éste el sentido de la expresión “me propone acción” y que la paciente completó de este modo mi

intervención para poder dar curso a una acción que presionaba desde su interior y que había quedado inhibida (Lanza Castelli, 2004).

B.4) Asimismo, muchas veces es el paciente quien dirige activamente el proceso, por medio de una actividad poco tenida en cuenta en la bibliografía habitual sobre estos temas, según la cual éste indica al terapeuta lo que necesita, *lo guía*, no sólo en relación al contenido de su mente Inc., sino también en relación a lo que necesita de él, a cómo necesita que actúe, qué temas necesita que enfoque, de qué forma, etc. Si el terapeuta se vuelve receptivo a esta información, la misma puede serle de utilidad para sintonizar mejor con estas necesidades del consultante y ayudarlo a conseguir sus objetivos de un modo más efectivo.

Esta actividad del paciente, que puede ser consciente, preconscious o inconsciente, ha sido denominada *coaching* por algunos de los pocos autores que la estudiaron (Casement, 1985; Bugas, Silberschatz, 2000).

En uno de los ejemplos con los que estos dos últimos autores ilustran su tesis, se refieren a una paciente separada que en la primera sesión de una terapia breve relata que ha llevado a su madre a vivir con ella debido a la culpa que le daba que viviera sola, dado que no podía valerse por sí misma. Agrega que la relación es desastrosa y que las cosas van de mal en peor en su hogar, tanto por las actitudes de su progenitora para con ella, como por aquellas que adopta para con sus hijos. Comenta también que si bien tiene otros problemas, nada se compara con los conflictos que le depara la convivencia con su madre.

Tras este relato le dice al profesional que necesita que la ayude a superar su culpa, a los efectos de poder llevarla a un geriátrico, ya que considera que es ésta la única solución posible. Agrega que quiere también entender el origen de esta culpa, a la que considera desmedida, ya que racionalmente le parece una opción aceptable. Siente que si el terapeuta le brinda apoyo y le da ánimos, podrá llevar a cabo su proyecto.

No obstante, el profesional responde -en las dos primeras sesiones- de un modo poco concordante con lo que la paciente esperaba de él. En la tercera sesión la paciente relata un sueño en el que hablaba con un hombre que no la entendía y que no era capaz de ayudarla a resolver sus problemas (Bugas, Silberschatz, 2000).

Vemos en este ejemplo cómo la paciente indica al terapeuta aquello que necesita de él, no sólo en relación al tema concreto que desea solucionar (superar la culpa) sino también en relación al modo en que necesita que él se comporte con ella (brindándole apoyo, dándole ánimos, ayudándola a entender). La falla del profesional en actuar de acuerdo a las necesidades de la paciente es señalada por ésta mediante el relato de un sueño en el que podemos ver, no sólo la crítica que le dirige, sino también una nueva indicación para ayudarlo a tomar conciencia de su proceder erróneo, a los efectos de poder modificarlo.

En otros casos el paciente no tiene una conciencia tan clara de lo que necesita del profesional, por lo que la comunicación dirigida al mismo tiene un carácter más bien indirecto.

En el caso de la paciente citada más arriba, el hecho de que escribiera en su diario la expresión “*me propone acción*” y después la leyera en la sesión, puede entenderse en el sentido de que la misma constituía, no sólo un completamiento de lo que había faltado en mi intervención, sino también una indicación, una guía respecto a lo que más perentoriamente necesitaba de mí en ese momento de su vida: que la acompañara, respaldara y estimulara en la serie de acciones que tenía que llevar a cabo para cambiar una situación vital problemática y empobrecida. Otras indicaciones posteriores que realizó, así como algunas acciones que llevó a cabo por sí misma, parecieron abonar esta conclusión (Lanza Castelli, 2004).

B.5) En lo que hace a la importancia de las *actitudes del paciente* en relación a las intervenciones del terapeuta, podríamos decir que la actitud de apertura de aquél, su receptividad a lo que le dice este último, así como la acreditación de su palabra, constituyen requisitos importantes para la eficacia de tales intervenciones.

En una serie de estudios, diversos investigadores consideran decisiva la participación del paciente, su involucramiento con la tarea, para que ésta rinda frutos. Algunos autores consideran que dicha actitud, junto con la alianza terapéutica, son las dos variables fundamentales en relación a los resultados positivos del proceso terapéutico. Orlinsky y Howard (1986), por ejemplo, encuentran que gran parte de los estudios realizados sobre el particular concluyen que la *actitud cooperadora* del paciente, como contrapuesta a una *actitud resistente*, se asocia con el resultado positivo de la psicoterapia.

De igual forma, la *apertura* del consultante, como opuesta a una *cerrazón defensiva*, se asocia con resultados positivos en la casi totalidad de los estudios realizados.

Orlinsky y colaboradores (1994) opinan que "...los pacientes que tienen una actitud cooperativa y abierta...que están más dispuestos a participar, pueden absorber más fácilmente las experiencias generadas por las operaciones terapéuticas efectivas y tienen mayores probabilidades de beneficiarse de la psicoterapia"

Añaden que "...la calidad de la participación del paciente en la terapia se destaca como el factor más importante en la determinación del resultado" (Ibid).

Por lo demás, esta posición participativa y colaboradora del paciente se basa en su implicación en el proceso y en la motivación que posea (Cf. A.6). De todas estas variables *del paciente*, dependerá entonces la posibilidad que tenga la intervención del profesional de volverse eficaz.

B.6) Por último, para finalizar esta enumeración -que no pretende en modo alguno ser exhaustiva- desearía hacer una breve alusión a la serie de actividades que el consultante realiza en su vida cotidiana, fuera ya del escenario de la sesión. Estas actividades han sido poco estudiadas hasta el momento y, sin embargo, algunas investigaciones parecen indicar que tienen una importancia mucho mayor que la que solemos atribuirles, para continuar, profundizar y reforzar lo trabajado en la consulta (Rosenblatt, 2004), para internalizar y mantener los cambios logrados en la terapia (Luborsky et al., 1988), o para aportar nuevos puntos de vista y diversas conductas que no habían surgido en el espacio terapéutico y que poseen, no obstante, la mayor importancia como factores de cambio (Mackrill, 2007, 2008; Dreier, 2008).

C) Consecuencias para el abordaje clínico:

Querría compartir ahora algunas reflexiones sobre las consecuencias que tiene para el modo de enfocar la clínica el tomar en consideración la agencia y la mentalización del paciente, tal como han sido caracterizadas más arriba y el hecho de considerar la promoción de las mismas como un objetivo central del trabajo terapéutico.

Dada la vastedad del tema y las diferencias en el abordaje según la categoría diagnóstica del paciente, que sería menester detallar de un modo pormenorizado, me limitaré aquí a enunciar ciertos principios y estrategias generales, sin poder adentrarme con mayor detalle en las tácticas y técnicas pasibles de ser utilizadas a partir de esos principios.

Las reflexiones siguientes resultarán tal vez obvias para los clínicos experimentados, pero creo que vale la pena -de todas formas- hacerlas explícitas, como un modo de ligar la caracterización realizada en los apartados A y B con la posición del terapeuta que de ello se desprende.

Ante todo, cabe señalar que, tal como ha sido postulado por John Bowlby, la primera tarea del terapeuta ha de ser: "...proveer al paciente de una base segura, desde la cual pueda explorar los múltiples aspectos desdichados y dolorosos de su vida, pasados y presentes, en muchos de los cuales encuentra difícil o quizás imposible pensar y reconsiderarlos sin un compañero confiable que le provea apoyo, aliento, simpatía y, en ocasiones, orientación" (Bowlby, 1988, p. 138).

Basándose en dicha base es importante que el profesional promueva la construcción de un *equipo de trabajo* consistente en el establecimiento de un “nosotros”, como diferente de “yo soy el terapeuta (que piensa)” “usted es el paciente (que asocia o verbaliza)”. Este “nosotros”, que se centra en torno al trabajo en común, guiado por objetivos compartidos, estimula la *actividad mentalizadora* del paciente, así como su implicación y participación en el proceso.

Huelga decir que esta construcción sólo es posible si el profesional tiene una predisposición genuina para promover tal estado de cosas y puede acotar, analizar o resolver su tendencia a ubicarse en un lugar protagónico, a mostrarse rápido e inteligente, a convertirse en el experto que sabe, en el que da, en el que está ubicado en una posición superior y asimétrica respecto a la del paciente. Dado que en los comienzos del tratamiento es habitual que el paciente mismo lo ubique en esa posición (Luborsky et al., 1988), es necesario que aquél realice un trabajo paulatino, que tome en cuenta las necesidades y posibilidades del consultante, tendiente a la construcción gradual de un equipo que promueva la participación de este último y su progresiva ubicación como coautor de los resultados que se consigan.

Si el terapeuta ha promovido la construcción de dicho equipo y se ubica como parte del mismo, realizará intervenciones que busquen no tanto *revelar* contenidos (aunque tal cosa pueda también ocurrir) sino, primordialmente, favorecer la puesta en juego de la actividad mental del paciente, de su *mentalizar*.

Para que tal cosa sea posible, el profesional ha de ubicarse también él en una postura *mentalizante*, esto es, interrogativa, exploratoria, interesada en el descubrimiento y basada más en el no saber que en el saber (Allen, Fonagy, Bateman, 2008), que busque despertar el interés del paciente en sus propios procesos mentales. Para ello ha de focalizarse constantemente en los estados mentales de este último, y hacer explícita esta focalización.

Desde esta postura el terapeuta buscará estimular las actividades que han sido detalladas más arriba.

De este modo, en lo que hace al monitoreo y el poner en palabras, su actitud será la de favorecer que el paciente explore su experiencia emocional, cognitiva e interpersonal de un modo concreto y pormenorizado. Las preguntas que manifiestan el deseo del terapeuta de conocer esa experiencia serán acá de la mayor utilidad. El terapeuta no dará por sentado que sabe lo que el consultante experimenta, sino que, teniendo en cuenta la opacidad de los estados mentales de éste, asumirá una actitud interrogativa y exploratoria.

De este modo, favorecerá que el consultante realice el esfuerzo de monitorear y comunicar los distintos aspectos de su experiencia subjetiva e interpersonal.

Muchas veces el poner en palabras ha de merecer una atención específica, por ejemplo con pacientes que enuncian generalidades, en cuyo caso es importante preguntar por ejemplos de aquello a lo que se refieren. Cuando es el sentimiento de vergüenza el que impide al consultante verbalizar determinados sucesos o vivencias, la escritura entre sesiones suele ser de utilidad para que comunique por esta vía lo que no puede hacer de otra forma (Lanza Castelli, 2006b).

En lo que tiene que ver con lo desarrollado en A5 (el establecimiento de nexos, etc por parte del paciente) es importante que el terapeuta ayude al consultante a que sea él quien busque establecer estos nexos y entender distintos aspectos de su funcionamiento mental, o favorezca que sean pensados conjuntamente, actitud opuesta a la de entregarle sistemáticamente *conclusiones ya elaboradas*, lo que estimularía la ubicación de este último como pasivo escucha de las mismas.

Si es finalmente el profesional quien propone un punto de vista diferente al del paciente sobre lo que éste ha relatado (y es ésta una función esencial de su rol) es importante que lo formule como una hipótesis -sin dar por sentado que está en lo cierto- y que le pregunte al consultante su parecer, su punto de vista, la resonancia emocional que le suscita, como modo de incluirlo como protagonista en un proceso mentalizador compartido. Asimismo, la respuesta del

paciente hará las veces de un valioso feedback que le servirá al terapeuta para evaluar, refinar y eventualmente modificar su propio punto de vista sobre aquél. La utilidad de dicho feedback para el quehacer del profesional -sea que se obtenga *on line* u *off line*- es difícil de sobreestimar (Lanza Castelli, 2008b).

Por otra parte, puede ser de ayuda para enriquecer la actividad reflexiva del consultante el proporcionarle modelos de distintos aspectos de su mente, que éste pueda aprehender y que le sirvan para entenderse mejor. Así, por ejemplo, el ayudar al paciente a discernir la gama de sus estados mentales (aclarando el sentido de esta expresión. Cf. Horowitz, 1979), estimulando la exploración compartida de los mismos, sus secuencias y determinantes, incluido el modo en que entra en aquellos que le resultan problemáticos y las formas en que puede gestionarlos en su vida cotidiana, resulta de utilidad práctica a la vez que incrementa la curiosidad del paciente por sí mismo, por dichos estados y por lo que puede hacer con ellos.

Otros conceptos útiles pueden ser las representaciones de sí mismo y del otro en interacción, las distintas escenas en que esto se despliega, los modos que tiene de evitar afectos penosos, etc. Lo importante es que las explicaciones sean breves y concretas y que sean ilustradas con las experiencias que va relatando el consultante. La actitud exploratoria del profesional, su propia actitud interesada y reflexiva al respecto suele ser un estímulo significativo para el paciente.

Dada la importancia fundamental que adquiere la motivación de este último para todo aquello que pueda lograrse en este trabajo compartido, el terapeuta ha de estar atento a este aspecto, a aquello que la incrementa y a lo que la disminuya.

Así, por ejemplo, incrementa la motivación del paciente que los temas sobre los que se habla mantengan un lazo discernible -y preferentemente cercano- con los problemas fundamentales que lo han llevado a consultar y que lo mantienen en el tratamiento. Esto significa trabajar centrado en el presente y en la experiencia del consultante. El énfasis excesivo en la reconstrucción de la infancia, o en temas que no tienen vigencia vivencial para el paciente, suelen disminuir su motivación.

La actitud empática, comprensiva y contenedora, mediante la cual el consultante siente al profesional de su lado, incrementan la motivación para explorar y trabajar conjuntamente sobre los propios problemas.

La mención de los recursos del paciente, de los logros conseguidos, de sus progresos en la capacidad de pensar sobre sí mismo, registrar sus emociones, tomar decisiones, etc., posee la mayor importancia ya que ayuda a éste a conectarse con sus fortalezas y valorar el sentido del trabajo realizado, a la vez que lo motiva y favorece la creación de expectativas en relación a lo que todavía queda por lograr.

Es importante para el paciente sentirse coautor de los esclarecimientos que se van logrando, de los cambios que se producen en su manera de pensar, sentir, actuar. El cumplimiento de la necesidad de sentirse competente tiene un efecto motivador importante, a la vez que refuerza el sentimiento de autoeficacia y de autoestima, dos objetivos genéricos de todo proceso terapéutico.

De igual forma, es de utilidad que el terapeuta transmita al paciente la importancia que reviste que éste aprenda a conocer cómo funciona su mente, a tomar sus distintos estados y procesos como foco de su atención y de su pensar, tanto en el interior de la sesión como en el afuera de la misma, ya que es importante que éste incremente su mentalización en las distintas circunstancias de su vida cotidiana.

En lo que hace a esto último, la práctica de la escritura entre sesiones, se revela como una herramienta poderosa que favorece dicha mentalización entre sesiones, incrementa el protagonismo del consultante y estimula su motivación (Lanza Castelli, 2004, 2006a, 2008a).

Sintetizando estas consideraciones, podríamos decir que, partiendo de la construcción de un equipo de trabajo, se trata, no tanto (o no sólo) de revelarle al paciente contenidos desconocidos por éste, sino más bien de:

a) Promover la adopción por parte del consultante de una posición activamente implicada en el proceso, motivada y *mentalizadora*, esto es, interrogativa, exploratoria, flexible, abierta a lo nuevo y diferente, interesada en los estados mentales propios y ajenos, etc.

b) Estimular la activación y desarrollo de las diversas capacidades mentalizadoras de éste. Entre otras, el registro y conexión con la propia vida emocional, el monitoreo de la vida mental e interpersonal, el discernimiento de los contenidos mentales de las personas de su entorno y la empatía con ellas, el incremento de los procesos autorreflexivos, la regulación emocional, etc.

c) Favorecer el aprendizaje de diversos procedimientos y técnicas que le permitan optimizar y aplicar las capacidades mencionadas. Entre otras, podríamos citar: el “apretar el botón de pausa” (Allen, 2003) para frenar, por ej., un acceso de ingesta, acompañado del poner por escrito los pensamientos y emociones presentes en ese momento; el monitoreo de los pensamientos involuntarios y la eventual reconstrucción de la secuencia de los mismos previa al surgimiento de un estado afectivo displacentero (Field, 1926); la búsqueda de situaciones ambientales inmediatamente anteriores a la aparición de un impulso determinado; el tomar distancia y cuestionar determinados patrones automáticos y disfuncionales de pensamiento, saliendo de este modo de la inmersión en los mismos, etc.

Estos objetivos no excluyen que el terapeuta realice interpretaciones referidas a los contenidos de la mente del paciente, sino que pretenden incluirlas en otro contexto y dotarlas de otra intención. De este modo, cuando el terapeuta hace una interpretación acerca de determinado contenido mental, es importante que exprese cómo ha llegado a esa conjetura, si tal cosa no es comprensible de suyo. Este proceder estimula el pensamiento del consultante, transmite e ilustra un modo de trabajo mental que puede serle útil para pensar acerca de sí mismo y lo incluye en una actividad compartida.

Por otro lado, en la medida en que las interpretaciones se basen en la exploración continua (y conjunta) de la experiencia del paciente y tomen en cuenta las evaluaciones del mismo acerca de tales intervenciones, no han de perder el contacto con dicha experiencia. Cuando, por el contrario, el terapeuta sobreimprime al decir del paciente *su* propio modo de entender lo que éste expresa, basado en *sus* propias conclusiones sobre el mismo, derivadas de diversas fuentes (recuerdos de sesiones anteriores, ideas que se ha formado sobre el paciente, etc.), así como de *su* marco teórico, e interpreta desde ese lugar, están dadas las condiciones para que pierda contacto con la realidad efectiva del consultante y abdique de una posición mentalizadora que focaliza en la mente de éste. Una interpretación construida desde esta posición no le servirá al paciente para ampliar el registro de su experiencia y su actividad mentalizante sino que, por el contrario, tenderá a inhibirla.

Por esta razón, es importante que el terapeuta trate de retomar la posición mentalizadora, interrogativa, basada en el no saber, toda vez que vea que se aparta de ella y que tiende a deslizarse a la posición del experto que “sabe”. De este modo, su propio trabajo sobre sí mismo y la búsqueda de focalizar sistemáticamente en el estado mental del paciente, de una manera empática y exploratoria, serán los custodios de la creación de un clima de trabajo que estimule continuamente la mentalización y agencia del paciente en un proceso psicoterapéutico compartido.

REFERENCIAS

Allen, J. G.(2003) Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 2, 91-112.

- Allen, J.G., Fonagy, P. (eds) (2006) *Handbook of Mentalization-Based Treatment* John Wiley and Sons, Ltd
- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008) *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Inc
- Bachelor, A, Horvath, A (1999) The therapeutic relationship en Hubble M.A., Duncan B.L., Millar S.D. *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: APA Press
- Bateman, A., Fonagy, P. (2004) *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2006) *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bohart, A., Tallman, K. (1999) *How Clients Make Therapy Work. The Process of Active Self Healing*. American Psychological Association.
- Bowlby, J (1973) *La separación afectiva*. Ed Paidós, 1985
- Bowlby, J (1988) *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development* New York, Basic Books.
- Bucci, W (1997) *Psychoanalysis and Cognitive Science. A Multiple Code Theory*. The Guilford Press
- Bugas, J., Silberschatz, G. (2000) How clients coach their therapists in psychotherapy. *Psychotherapy*, Vol 37, Nro 1.
- Casement, P. (1985) *Aprender del paciente*. Amorrortu, 1990
- Dreier, O. (2008) *Psychotherapy in Everyday Life*. Cambridge University Press
- Duncan, B. , Miller, S., Sparks, S. (2000) *The Heroic Client. A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. Jossey Bass. A Wiley Imprint.
- Epstein, S (1983) The Unconscious, the Preconscious and the Self-Concept, in Suls & Greenwald *Psychological Perspectives on the Self* (vol 2). Lawrence Erlbaum Associates.
- Etchegoyen, H. (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Ed Amorrortu
- Field, J., (1936) *A Life of One's Own* Jeremy P. Tarcher/Putnam Book. New York, 1981
- Fonagy, P. (1991) Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 1-18
- Fonagy, P. (2001) El uso de múltiples métodos para hacer al psicoanálisis relevante para el nuevo milenio. En Bernardi y otros *Psicoanálisis. Focos y Aperturas*. Psicolibros, Librería Editorial.
- Fonagy, P, Target, M., Steele, H., Steele, M. (1998) *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0 for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self* Other Press.
- Freud, S. (1900) La interpretación de los sueños Ed Am, vol. V, 1976.
- Freud, S. (1909) Análisis de la fobia de un niño de cinco años Ed Am, vol. X
- Freud, S. (1912) Sobre la dinámica de la transferencia Ed Am vol. XII, 1980
- Freud, S. (1913) Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I) Ed Am vol. XII, 1980
- Frith, U. (1989) *Autism. Explaining the enigma*. (Versión castellana, Ed. Alianza, 1993)
- Gray, P. (1994) *El Yo y el Análisis de la Defensa*. Biblioteca Nueva, 1996
- Greenson, R. (1973) *The Technique and Practice of Psychoanalysis* The Hogarth

- Press.
- Hamilton, V (1996) *The Analyst's Preconscious*. The Analytic Press
- Horowitz, M [1979] (1987) *States of Mind. Configurational Analysis of Individual Psychology*. (Second Edition) Plenum Medical Book Company. New York and London.
- Jiménez, J.P. (1995) El Psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada. En: *Psicoterapia focal Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos*. Defey, D., Elizalde, J.H., Rivera, J. (compiladores). Montevideo; Roca Viva, pp.19-42.
- Kantrowitz, J (2000) La función del preconscious en psicoanálisis. *Aperturas Psicoanalíticas*, Nro 5
- Krause, M (2005) *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Editorial: Pontificia Universidad Católica De Chile.
- Lanza Castelli, G. (2004). El uso del diario personal en la psicoterapia psicoanalítica *Actualidad Psicológica*, Julio 2005
- Lanza Castelli, G. (2006a) La escritura en psicoterapia: regulación emocional y funcionamiento reflexivo. *Aperturas Psicoanalíticas*, abril 2007.
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000431&a=La-escritura-en-psicoterapia-regulacion-emocional-y-funcionamiento-reflexivo>
- Lanza Castelli, G. (2006b) Lo difícil de decir en sesión. Su mediación a través de la escritura Publicado en dePSICOTERAPIAS.com
<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdArticulo=398&IdSeccion=16>
- Lanza Castelli, G (2008a) Poner la sesión por escrito: una técnica para optimizar la psicoterapia. *Aperturas Psicoanalíticas*, abril 2008.
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000388&a=Poner-la-sesion-por-escrito-una-tecnica-para-optimizar-la-psicoterapia>
- Lanza Castelli, G (2008b) El feedback al terapeuta y la escritura del diario de sesiones. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, año 1, Nro 1
http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Lanza_Castelli_1.pdf
- Luborsky, L, Crits-Christoph, P, Mintz, J, Auerbach, A (1988) *Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes*. Basic Books, Inc, Publishers.
- Mackrill, T (2007) *The Therapy Journal Project. A cross-contextual qualitative diary study of psychotherapy with adult children of alcoholics*. PhD Thesis. The Institute for Psychology, Copenhagen University.
- Mackrill, T (2008) Pre-treatment change in psychotherapy with adult children of problem drinkers - the significance of leaving home.
Counselling & Psychotherapy Research. 8 (3), 160-165
- McKenna, P.A., Todd, D.M. (1997) Longitudinal Utilization of Mental Health Services: a Timeline Method, nine Retrospective Accounts and a Preliminary Conceptualization. *Psychotherapy Research* 7 (4), 383-395.
- Orlinsky D. & Howard K. (1986): Process and outcome in psychotherapy.
En Garfield S.L. & Bergin A.E.: *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York; Wiley.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., Parks, B.K. (1994) Processes and outcomes in Psychotherapy –noch einmal, en Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York. Wiley
- Paz, C.A. (1971) *Analizabilidad. Alcances y límites del psicoanálisis*. Editorial paidós.
- Pistiner de Cortiñas, L. (1999): El nacimiento psíquico de la experiencia emocional. (Sobre el equipamiento mental para el contacto y comprensión de la realidad psíquica). En Tabak de Bianchedi, E. y otros. *Bion conocido / desconocido*. (pp.

- 149-186) Bs. As. Lugar Editorial.
- Rennie, D (1990) Toward a representation of the client's experience of the psychotherapy hour, en Lietaer, G., Rombauts, J., Richard Balen (Eds) *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*
- Rennie, D (1998) *Person-Centred Counselling. An Experiential Approach* SAGE Publications. London, 2004
- Rennie, D (2000) Aspects of the Client's Conscious Control of the Psychotherapeutic Process. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol 10, No. 2.
- Rennie, D (2001) The client as a self-aware agent in counselling and psychotherapy *Counselling and Psychotherapy Research*, 1 (2), 2001, 82-89
- Rennie, David (2004) Reflexivity and Person-Centered Counseling *Journal of Humanistic Psychology*, Vol 44 Nro 2, Spring 2004, 182-203
- Rodgers, B (2002) An exploration into the client at the Heart of Therapy: A qualitative perspectiv. *Person-Centered and Experiential Psychoterapies*. Volume 2 Nro 1
- Rosenblatt, A. (2004) Insight, elaboración y práctica: el papel del conocimiento Procedimental *Aperturas psicoanalíticas* N°. 18
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000305&a=Insight-elaboracion-y-practica-el-papel-del-conocimiento-procedimental>
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Semerari, A. (1991) Hacia una teoría cognitiva de la relación terapéutica *Revista de psicoterapia*, Vol. 2, N°. 5, pp. 5-26
- Silvestri, A., Blanck, G. (1993) *Bajtin y Vygotsky: la organización semiótica de la conciencia*. Ed Anthropos.
- Strean, H.S. (1990) *Resolving Resistances in Psychotherapy*. Brunner/Mazel, Publishers. New York.
- Tallman, Karen, Bohart, Arthur (1999) The Client as a Common Factor: Clients as Self Healers en *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy* 1999, American Psychological Association
- Vygotsky, L., (1934) *Pensamiento y Lenguaje*. Ediciones Paidós, 1995
- Winnicott, D.W. (1971) *Playing & Reality*. Routledge.