

2015

Conciencia reflexiva del self relacional:

Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia.

Este artículo es una ampliación de la ponencia que presenté en la mesa redonda del XVI Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Madrid del 14 al 18 de Septiembre de 2014.

La mesa se tituló “Metacognición como factor común en Psicoterapia”.

Dr. Carlos Mirapeix. Psiquiatra.

Director Unidad de Trastornos de la Personalidad.

Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad



Resumen:

Presento en este artículo una concepción integradora de abordaje del tratamiento de los trastornos de personalidad en el que se utiliza de forma distinto tipo de técnicas, refiriéndonos en el artículo específicamente a la utilización conjunta del mindfulness y la mentalización en el programa terapéutico. El concepto de conciencia reflexiva del self relacional sustentada en un proceso complejo de auto y hetero observación relacional y contextual, permite articular tanto a nivel teórico como técnico el abordaje presentado.

Palabras clave: mentalización, mindfulness, psicoterapia, personalidad, formación, conciencia, self.

Abstract:

I present in this article an integrated approach addressing the treatment of personality disorders, in which it is used different types of techniques, the article cover specifically the joint use of mindfulness and mentalization in the treatment program. The concept of relational self reflective consciousness is sustained in complex process of a self and other relational and contextual observation, this helps to articulate both the theoretical and technical approach presented here.

Key words: metallization, mindfulness, psychotherapy, personality, training, consciousness, self.

Este artículo es una ampliación de la ponencia que presenté en la mesa redonda del pasado **XVI Congreso Mundial de Psiquiatría** celebrado en Madrid del **14 al 18 de Septiembre de 2014**. La mesa titulada "**Metacognición como factor común en Psicoterapia**" en la que participamos:

- Alberto Fernández Liria.
- Antonio Semerari
- Peter Fonagy (quien finalmente no pudo asistir)
- Y yo mismo.

Mi ponencia verso sobre "**reflective function from cognitive analytic therapy**".



INTRODUCCIÓN:

Presentaré la forma de trabajo que vengo desarrollando en los últimos años con pacientes con trastornos graves de personalidad y específicamente con trastorno límite de personalidad. En los modelos actuales de tratamiento de los trastornos de personalidad, es cada vez más frecuente la utilización de modelos integrados de abordaje (1). En este artículo hablaré desde una perspectiva cognitivo analítica extensa, en la que he integrado, de forma asimilativa, nuevos elementos teóricos y técnicos en el modelo clásico. Describiré la fundamentación teórica para la articulación de estos diferentes elementos que he incorporado y fundamentalmente en este artículo me referiré al Mindfulness y a su utilización conjunta con intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva, cuya función es favorecer el reconocimiento de los múltiples estados mentales cambiantes del self individual y del otro con quien nos relacionamos. Finalmente, hablaré de las cuestiones prácticas que de todo ello se derivan.

Contexto asistencial de donde surge este desarrollo.

Desde hace años que venimos trabajando en un programa de atención especializada de trastornos de la personalidad, dirigido fundamentalmente al tratamiento del trastorno límite de la personalidad y concertado con la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. Este proyecto lleva en funcionamiento desde el año 2001 en unas ocasiones con mayor presupuesto y en otras con algunas limitaciones. Desde entonces, ha sufrido algunas modificaciones en su estructura terapéutica, algunas de ellas vinculadas a intervenciones en las que se han ampliado algunos elementos teóricos que han supuesto modificaciones en el programa terapéutico, aunque siempre se ha mantenido el eje teórico nuclear del modelo cognitivo analítico centrado en la identidad, el concepto de self múltiple y la importancia de los patrones de relación interpersonal. Hoy en día y teniendo en cuenta los nuevos criterios generales de la sección III del DSM-5, parece obligado pensar y acercarse al tratamiento de los trastornos de la personalidad teniendo siempre en mente estos dos ejes: el self y los patrones de relación interpersonal. En este sentido, el modelo cognitivo analítico se ajusta perfectamente a las que van a ser las exigencias futuras de cualquier modelo terapéutico dirigido al abordaje de los trastornos de personalidad.

Desde el inicio, cuando comenzamos con el tratamiento especializado de pacientes con trastornos de la personalidad, introdujimos la utilización de un taller de entrenamiento en habilidades mindfulness, inspirado por el modelo dialéctico conductual (2). Posteriormente, la utilización del procedimiento para la descripción estados (3) y nuestra focalización en el trabajo con la identificación de estados mentales en aquellos pacientes que tenían serias dificultades de sus procesos de auto observación, nos hizo incorporar una concepción de abordaje terapéutico progresivo y multifásico en función del nivel de complejidad cognitiva del paciente, adaptado a su zona de desarrollo proximal (Vigotsky). La visita por aquel entonces de Antonio Semerari, nos brindó la oportunidad de poder conocer más en profundidad su modelo de psicoterapia metacognitiva interpersonal y la importancia de las disfunciones metacognitivas en el abordaje de los trastornos de personalidad (escala de evaluación que las deficiencias metacognitivas, Metacognitive Assesment Scale) (4). Esto nos hizo tomar conciencia de la necesidad de establecer dos niveles de abordaje diferenciados en función del grado de complejidad de las habilidades metacognitivas. A partir de entonces, tomamos contacto con el modelo de psicoterapia basada en la mentalización y profundizamos en la utilización de algunos conceptos y técnicas procedentes de este modelo, hasta que recientemente conocimos el modelo multifásico de Patrick Luyten (5), que nos hizo establecer definitivamente la función reflexiva como un marcador estratégico que discrimina qué objetivos y técnicas hay que utilizar, en función del nivel de la capacidad reflexiva de un paciente concreto. Desde entonces hemos incorporado de forma definitiva, hasta nuevas evoluciones, la función reflexiva como un marcador estratégico; esto resultó definitivo para la remodelación de nuestro programa de evaluación e intervención (6).



Lo innovador del planteamiento.

A pesar de que hayamos incorporado elementos teóricos procedentes de modelos psicoterapéuticos ajenos, como son la terapia dialéctico conductual, la psicoterapia metacognitiva interpersonal y la terapia basada en la mentalización, todo esto se realizó desde la perspectiva de la integración asimilativa, en la que el eje teórico nuclear de referencia es el modelo cognitivo analítico, que mantiene su papel central articulador de este proceso de integración e innovación. Descripciones más detalladas del modelo cognitivo analítico pueden encontrarse en otros lugares (7-9).

Es desde aquí, desde una concepción basada en un self múltiple, social y relacional, desde donde podemos incorporar de forma asimilativa en el marco de referencia cognitivo analítico, las aportaciones que hemos ido viendo como útiles a lo largo de estos años: el mindfulness y la función reflexiva, que será en lo que me focalizaré en este artículo.

Supone un reto la integración teórico y técnica pero el desarrollo del concepto de conciencia reflexiva del self relacional, sustentado en un proceso de auto y hetero observación, relacional y contextual (PAHORC), constituye el eje teórico sobre el que se articula un procedimiento de intervención que he descrito recientemente (6).

SITUACION ACTUAL

Somos muchos los que a nivel Nacional e Internacional estamos trabajando con modelos integradores en psicoterapia en el tratamiento de los trastornos de la personalidad.

La integración de la integración:

La evolución de la psicoterapia en los últimos 20 años, ha profundizado en una visión integradora de la misma y especialmente en lo referido al desarrollo conceptual en el área específica de los factores comunes. Se han desarrollado modelos teóricos e intervenciones técnicas que han resultado de gran utilidad para diferentes escuelas psicoterapéuticas y me refiero específicamente al mindfulness y a la mentalización como factores comunes en diferentes modelos de psicoterapia (10).

En cualquier psicoterapia que se lleve a cabo, sea esta: sistémica, humanista, psicoanalítica, cognitiva o integradora, el desarrollo de una mayor capacidad de autoobservación, llámese esta: habilidad mentalizadora, o función reflexiva, es un requisito indispensable en cualquiera de las modalidades terapéuticas mencionadas (11). Actualmente tenemos datos suficientes para poder afirmar que el incremento de la mentalización o función reflexiva, y la regulación emocional que de ella se deriva, pueden considerarse como un factor común en cualquiera de las psicoterapias mencionadas. Desde mi perspectiva, cuando a esto se suma un entrenamiento en mindfulness, tanto del terapeuta (12) como del paciente (13), se potencia el incremento de la conciencia reflexiva, lo que facilita en mayor medida los procesos de regulación emocional, a través de lo que denomino la conciencia reflexiva del self relacional, sustentada en un proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (6). Esto permite la toma de contacto con la propia identidad, con la complejidad de las interacciones interpersonales y la conciencia de la influencia contextual en todos los procesos mencionados.

La segunda generación de modelos integradores en psicoterapia:

La propuesta básica que quiero realizar, gira en torno a algo que estoy escribiendo actualmente y que verá la luz en los próximos meses: **"El proceso evolutivo dentro de los modelos integradores de psicoterapia"**. De momento, quiero poner de manifiesto que en los últimos



20 años hemos transitado de la primera a la segunda generación de modelos integradores en psicoterapia. El modelo cognitivo analítico inicia su desarrollo hace 30 años, posteriormente ha habido aportaciones muy importantes desde otros modelos psicoterapéuticos que han demostrado una validez empírica. Desde una actitud integradora que fue la que inspiró desde el inicio el desarrollo del modelo cognitivo analítico, y manteniéndose fiel a este espíritu, incorporaremos a nuestro armamentario teórico y técnico aquello que, habiendo demostrado su validez empírica, resulte coherente con el modelo, ampliando de esta manera el modelo clásico. Es por esto que hablo de integración asimilativa (14), en la que el eje metateórico nuclear del modelo cognitivo analítico, es el que articula la incorporación tanto teórica como posteriormente técnica, de las aportaciones procedentes de otros modelos y que posteriormente comentaré con un poco más de detalle.

Es precisamente esta evolución de los modelos integradores de primera generación y la evolución que están sufriendo en los últimos años lo que me permite afirmar que estamos entrando de lleno en la segunda generación de modelos integradores en psicoterapia.

Los modelos integradores en los trastornos de la personalidad:

Los que nos dedicamos al tratamiento de pacientes con trastornos graves de la personalidad, cada vez tenemos una mayor evidencia que los tratamientos de estos pacientes tan graves, requieren de aproximaciones integradoras, tal y como ha sido descrito recientemente en un número monográfico del *Journal of Personality Disorders* (2012), otro sobre la misma temática en el *Journal of Psychotherapy Integration* (2015) y un reciente número especial sobre el replanteamiento de los trastornos de la personalidad en el *Lancet* (2015).

Lo que si podemos garantizar, es que en los nuevos abordajes de trastornos de personalidad empiezan a presentarse modelos de integración que combinan técnicas procedentes de otros modelos (15;16). Es por esto que la integración en el tratamiento de los trastornos de personalidad, está liderando lo que denomino la segunda generación de modelos integradores en psicoterapia.

Quiero mencionar alguno de estos modelos que están ampliando su marco de referencia teórico. En el enfoque basado en la mentalización de Patrick Luyten, se plantea un abordaje multifásico, con distintas fases que suponen focos terapéuticos diferenciados y estrategias y técnicas diferentes según las necesidades del paciente en función de su situación clínica (17). Últimamente la propia terapia dialéctico conductual se plantea como un modelo transdiagnóstico (18), algo que también acaba de publicar Chanen muy recientemente (19;20). Pero sin duda, quien más ha influido en el desarrollo de un abordaje integrador y ecléctico en el tratamiento de los trastornos de personalidad, que también podríamos llamar de segunda generación, es John Livesley (19;21-23)

Hablaba antes de la integración asimilativa, tal y como lo describía Messer (14), esta supone una forma de integración, como la elaboración de una mini teoría, en la que define el integracionismo asimilativo como la capacidad de un terapeuta desde su modelo teórico de integrar aportaciones de otros modelos, acoplándolo y asimilándolo a su marco teórico de referencia. Se trata de ser flexible y abierto para aprender de otros modelos y ser capaz de incorporar aquello que parece relevante a nivel teórico y técnico de otras escuelas e integrarlo dentro del marco teórico propio. Al fin y al cabo, integrar en el modelo cognitivo analítico el mindfulness y la mentalización, junto con otras aportaciones, conservando los principios teóricos básicos del modelo cognitivo analítico, es un ejemplo de integración asimilativa de segundo nivel.

Por otro lado, el planteamiento que vengo haciendo en relación al mindfulness y a la mentalización o función reflexiva, también se puede entender desde una nueva perspectiva vinculada a los factores comunes, entendiendo que tanto la función reflexiva, como el mindfulness son elementos terapéuticos comunes sea cual sea el modelo de psicoterapia que estemos utilizando (10).



ASPECTOS TEÓRICOS:

La superación de una separación incoherente:

El núcleo central de lo que quiero plantear gira en torno a abrir la posibilidad de nuevos desarrollos integradores y me gustaría poder aportar algo de luz en todo ello. Hay una pregunta que resulta necesario hacerse: ¿por qué no se ha utilizado el mindfulness a la hora de realizar intervenciones mentalizadoras? Parecía lógico y razonable que así fuese, ambas aproximaciones compartían algunos elementos teóricos y técnicos, aunque también presentaban diferencias.

Desde mi punto de vista, solo la exigencia de pureza de modelos terapéuticos integradores previos, como es la DBT o la MBT, justifican mantener dos intervenciones técnicas de alta eficacia, mindfulness y mentalización, separadas la una de la otra. Desde mi perspectiva y la de otros muchos, la utilización conjunta de ambas intervenciones, no solo es que tengan una gran utilidad, sino que fundamentalmente están sustentadas en una coherencia teórica de la que voy a hablar a continuación y tienen un efecto sumatorio y potenciador cuando son utilizadas de forma conjunta en la fase activa del tratamiento.

En este artículo vamos a abordar el papel que la atención plena, la presencia lúcida, la serenidad del terapeuta, la actitud y disposición al trabajo con una conciencia reflexiva y responsable ante y con el paciente. La importancia de la regulación emocional en el terapeuta y en el paciente, son elementos nucleares en cualquier tipo de psicoterapia que se practique. No vamos a realizar aquí una revisión de los distintos conceptos mencionados y de su aplicación en diferentes modelos de psicoterapia, pues de todos es conocido el mindfulness y la mentalización o función reflexiva. En lo que especialmente quiero detenerme es en la articulación teórica y utilización secuencial y o simultánea de ambas técnicas en el tratamiento psicoterapéutico.

Definición de Mindfulness:

No voy a detenerme en definir con detalle algo conocido, mindfulness o atención plena significa **prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación** (24). Por otro lado podemos también definir el mindfulness como una cualidad de la mente de estar presente y consciente en un momento determinado. En un momento en que cuerpo y mente se sincronizan totalmente en un instante de realidad presente. Bien podríamos decir que mentalizar es hacer mindfulness de la mente: es ver tu mente desde fuera y la mente del otro desde dentro (25).

Definición de función reflexiva:

Sintetizando también, se trata de una habilidad metacognitiva para comprender la conducta propia y ajena en términos de estados mentales, es pensar acerca de nuestros propios pensamientos y sentimientos, tanto de nosotros como de los otros, en términos de estados mentales. La función reflexiva, puede ser comprendida, o bien como estado, o bien como rasgo, y esto puede suscitar una discusión que ya estuvo presente en un artículo en el año 2007 (26).

La autoobservación en psicoterapia como un factor común:

El papel de la auto observación en psicoterapia cognitivo analítica ha formado parte central del marco teórico y técnico del modelo desde su comienzo (27;28). Por otro lado, la mentalización más allá de ser un modelo de psicoterapia específico (29), actualmente está siendo conceptualizada como un factor común en la psicoterapia. De tal forma, que actualmente



podemos decir que: no es posible llevar a cabo ninguna psicoterapia si no hay una adecuada capacidad de auto observación y de reflexividad (26).

La función reflexiva y el mindfulness:

La incorporación del entrenamiento en mindfulness en los programas de trastornos de personalidad tiene su inicio como todos bien conocen en la terapia dialéctico conductual (2). Desde entonces la evolución de la aplicación del mindfulness en distintos trastornos psicopatológicos (30), específicamente en los trastornos de personalidad (31) y últimamente el entrenamiento de terapeutas hace de la utilización de esta modalidad de intervención una práctica aconsejable dada su eficacia empírica demostrada (12). Además, su finalidad de focalizar en el aquí y en el ahora, en ganar en capacidad de concentración, en la mejora de la atención, facilita los procesos implicados en la auto observación y la subsecuente regulación emocional.

En una revisión reciente sobre los solapamientos conceptuales de la mentalización con el mindfulness, O. Kernberg vinculaba el mindfulness a los modelos cognitivo conductuales (32), que si bien es cierto, lo es sólo parcialmente. Los desarrollos recientes de comprender la mentalización como hacer mindfulness de la mente y el uso del entrenamiento en mindfulness para el entrenamiento de terapeutas, amplían su uso y consolidan la ya antigua vinculación del psicoanálisis con la meditación (E. Fromm y Suzuki). Lo que es claro, es el modelo diferente que tiene de la mente el psicoanálisis y el mindfulness con su inspiración budista. Eso no es óbice para utilizar en nuestro beneficio teórico y sobre todo técnico, una intervención de demostrada eficacia. La adaptaremos a nuestro marco teórico sin reparo y con todo el derecho (Levin y Hayes). En psicoterapia cognitivo analítica, cada vez es más frecuente el uso del mindfulness como una técnica asociada (6;33).

Las aportaciones de Wallin en su texto de apego y psicoterapia son reseñables y en especial su último capítulo, tiene una relación clara con lo que vengo planteando en este artículo (13).

Es un error conceptual pensar que el objetivo fundamental del mindfulness es conseguir una relajación, o una regulación emocional. La esencia del mindfulness estriba en aprender a estar presente con atención plena, en el aquí y el ahora de forma intencional y con una supresión voluntaria del enjuiciamiento de la realidad. El entrenamiento específico de los pacientes en esta modalidad terapéutica, sin lugar a dudas, facilita los procesos de auto observación que traen como consecuencia una mejor identificación de los estados mentales propios, que derivan en una mejor regulación emocional; ésta se convierte pues en la consecuencia pero no en el fin de la intervención de mindfulness. Como tendremos ocasión de ver más adelante, también facilita los procesos de reconocimiento del estado mental del otro con quien nos relacionamos. Puedo afirmar que la utilización conjunta de este enfoque facilita la regulación de estados disociativos.

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

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

Prestar atención a los componentes de cada estado mental no solo es útil, es fisiológicamente necesario. Un estado mental es dinámico y parar percibirle, implica ser consciente de su volatilidad y cambio permanente. Esto es utilizar el poder de la auto observación derivada del mindfulness, esto es hacer mindfulness de la mente, es hacer lo que comentaba antes tomado de Bevington: es ver tu mente desde fuera y la mente del otro desde dentro.



Este es uno de los elementos nucleares de mi propuesta teórica y técnica en este artículo. Voy a recordar que los objetivos del entrenamiento en mindfulness giran en torno a: mejorar el control atencional, entrenarse en estar en el momento presente, en el aquí en el ahora, de forma intencional y sin establecer juicios. Esto va a favorecer la regulación emocional, la toma de conciencia de la duración transitoria de los distintos sucesos mentales, de su composición múltiple y cambiante y hacerse consciente de que no es necesario tener un control, ni evitar las experiencias, pues lo mismo que vienen se van. Hacer mindfulness de los estados mentales es promover la conciencia de su transitoriedad. De tal forma que se producen ciertas paradojas como por ejemplo: actuar sin actuar, de tal forma que permitamos cambiar la impulsividad reactiva por una respuesta reflexiva. Esto solo se consigue a través de un entrenamiento que favorezca el desarrollo de una nueva posición del individuo, en un lugar que le permita observar desde la distancia, un lugar que he denominado: posicionamiento en la metamente.

En qué consiste este posicionamiento desde la metamente. Es un lugar privilegiado para observar con perspectiva, desde fuera, desapegado y descentrado de los procesos mentales, de los diferentes estados mentales y de sus cambios. Es un lugar donde observar el flujo de la conciencia y sobre todo ser capaz de percibir los micro cambios en todas estas actividades mentales (percepciones, pensamientos, emociones, marcadores somáticos, y tendencias a la acción). Este posicionamiento desde la metamente va a permitir percibir la interacción con los otros en un contexto determinado. Es desarrollar en toda su plenitud lo que figura en el título de este artículo que he denominado conciencia reflexiva del self relacional.

Qué otros nombres podríamos dar a este posicionamiento metamental: se ha utilizado distintos nombres para un objetivo común y estos nombres han sido por ejemplo: el observador externo, el testigo, el Self auto observador, el insight metacognitivo, la conciencia.

Al mejorar la función reflexiva, se va a favorecer una mejor identificación de los estados mentales propios, con sus componentes emocionales, somáticos y de tendencia a la acción y va a permitir que el paciente incremente su habilidad para mejorar la percepción de los estados mentales del otro a través de una mayor agudeza en la detección de los componentes no verbales. Todo esto implica una mejor habilidad para la detección y manejo de los sutiles cambios de los estados mentales. La distancia, el descentramiento, la observación sin juzgar, implica un proceso de aceptar con confianza lo que sucede en el aquí y el ahora, en el momento presente, y eso exige de un posicionamiento externo que denominamos posicionamiento en la metamente desde donde opera la conciencia reflexiva.

Un modelo metacognitivo del mindfulness:

Al fin y al cabo, una actitud mindful bien desarrollada y aplicada, es una función metacognitiva avanzada. En esa dirección recientemente se plantea una concepción metacognitiva del mindfulness (34). Esta perspectiva metacognitiva del mindfulness está sustentada en una serie de hipótesis:

- 1.- El mindfulness está relacionado con el más alto nivel de funcionamiento metacognitivo.
- 2.- El mindfulness depende de la cooperación dinámica entre los tres componentes de la metacognición (conocimiento, experiencia y habilidades metacognitivas).
- 3.- Un meta nivel mindful, es siempre consciente, mientras que otros procesos metacognitivos pueden suceder de forma implícita e inconsciente.
- 4.- Cuando el mindfulness es practicado de forma intencional, disminuye la disociación entre conciencia y metaconciencia.
- 5.- Diferentes componentes del metanivel mindful se desarrollan con la práctica continuada.

Por lo tanto, podríamos considerar que la práctica del mindfulness conlleva un entrenamiento metacognitivo, de tal forma que ha de estar sustentado en una serie de autoinstrucciones que facilitan entrar en este estado mindful. El planteamiento que se deriva de esta visión



metacognitiva del mindfulness, es que el estado mindful es intencional, y no puede considerarse un modo habitual cotidiano de conciencia. Este estado mindful viene acompañado de algunas cualidades importantes como es la amabilidad, la paciencia y la compasión. Hay otros autores quienes plantean que no es necesario asumir la práctica de la meditación, para el desarrollo de la capacidad de mindfulness, proponiendo algunos de ellos que hay una forma simple de comprender y aproximarse al mindfulness, como un estado natural de apertura y de receptividad consciente que puede ser experimentado en individuos sin entrenamiento.

Desde la perspectiva de un mindfulness metacognitivo, una comprensión en profundidad del mindfulness, requiere un requisito adicional que debemos de considerar: es un estado intencional, que lleva implícito un compromiso consciente de tomar conciencia de todo aquello que se produce en el momento presente y que soy capaz de darme cuenta de ello. Este acto consciente de estar presente internamente en el aquí y ahora, es lo que marca la diferencia y lo que son los fundamentos para este nivel elevado de funcionamiento metacognitivo. Pudiendo concluir de esta forma que el entrenamiento en mindfulness facilita una conciencia metacognitiva, que no juzga lo percibido desde una posición metaobservadora y permite una percepción multinivel y compleja del procesamiento de la información que tiene el individuo. Este lugar desde donde metaobservar es lo que denomino conciencia reflexiva del self relacional que podemos sustanciar en una denominación más sencilla: la metamente.

UNA APLICACIÓN PRÁCTICA:

Un modelo multifásico y politécnico de orientación cognitivo analítica:

La planificación estratégica y técnica, dependerá -entre otras cosas- de la evaluación de la función reflexiva a lo largo del proceso terapéutico. Este modelo de intervención en fases, en el que la función reflexiva se establece un marcador de planificación estratégica, con una clara distinción en los procedimientos utilizados tanto a nivel de la evaluación como de la intervención (5;17).

Desde la concepción del abordaje integrador y multifásico, voy a presentar aquí una síntesis de aspectos nucleares del planteamiento estratégico que se encuentra ampliado en otro artículo, pero que es necesario para comprender bien la secuencia de intervenciones.

Fase 1: Evaluación, seguridad, intervenciones preparatorias.

Fase 2: Incremento de la función reflexiva.

Fase 3: aplicación del modelo clásico de psicoterapia cognitivo analítica en un paciente con un trastorno de personalidad, con frecuencia un trastorno límite de personalidad y que presenta una función reflexiva conservada. En esta fase a su vez se abordan la problemática específica del o los traumas psicológicos que suelen presentar estos pacientes.

Fase 4: por último, hay una fase dirigida a la integración de todo el trabajo realizado anteriormente, reinserción y alta si procede.

Podríamos terminar diciendo que una vez conseguidos los objetivos de cada una de las fases anteriores nos quedaría por entrar en una última fase dirigida al desarrollo de las potencialidades de cada individuo favoreciendo el desarrollo de toda su capacidad como individuo.

La secuencia de las intervenciones, avanza progresivamente de lo individual a lo relacional y de la identificación simple de los estados mentales propios a un análisis más complejo que está basado en el incremento de la conciencia reflexiva del self relacional a través de lo que he dado en denominar: proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (PAHORC). Es sólo posteriormente a esta fase de trabajo focalizado en la FR, cuando se entra en la siguiente fase y se utilizan los cuestionarios específicos y toda la metodología técnica de la psicoterapia cognitivo analítica clásica.



El entrenamiento en mindfulness facilita las capacidades metacognitivas de auto y hetero observación que están implícitas en un planteamiento multifásico de abordaje en el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad fundamentalmente graves y con deterioro de la función reflexiva.

Uso combinado de ambas técnicas en cada fase:

Este abordaje multifásico supone la necesidad de realizar un entrenamiento en mindfulness en la fase inicial del tratamiento en todos los pacientes, lo que implica a su vez que el equipo terapéutico debe de estar también entrenado y con experiencia personal en la práctica cotidiana de esta habilidad.

Es habitual y recomendable comenzar un ejercicio de dos minutos de focalización en la respiración y en el aquí y en el ahora, tanto en las sesiones individuales como grupales, independientemente del tipo de grupo o de foco terapéutico que se vaya a abordar en las sesiones. Fomentar esta actitud de estar presente en el aquí y en el ahora, desconectarse de lo anterior y promover un estado mental de conexión entre terapeuta y paciente, o con el grupo entero si éste fuese el formato, facilita esa actitud de presencia terapéutica que debemos de adoptar los terapeutas y promover en los pacientes.

Algunos ejemplos clínicos y descripción de las técnicas utilizadas.

Las intervenciones en la fase uno, permiten controlar conductas de alto riesgo para el paciente y para el tratamiento. Los contenidos de esta fase también incluyen intervenciones psicoeducativas y motivacionales. Como muy bien se señala en todos los modelos terapéuticos especializados, las conductas autodestructivas, ideación suicida, conflictos interpersonales graves o conductas que amenazan la continuidad del tratamiento se convierten en focos de intervención. El papel del entrenamiento y las intervenciones que favorecen el incremento de la mentalización, van dirigidas a promover esa conciencia reflexiva que permite serenarse, observar, distanciarse y desapegarse, no juzgar y a través de un análisis minucioso de los diferentes componentes que provocan la conducta, entendidos éstos en términos de estados mentales, va a ser posible una comprensión más lúcida y eficaz de los problemas que presenta el paciente, favoreciendo una regulación emocional y una resolución de los comportamientos destructivos que pretenden evitarse en esta fase utilizando conjuntamente intervenciones basadas en mindfulness y en mentalización.

La segunda fase del diseño estratégico una vez estabilizadas las conductas destructivas y amenazantes, está dirigida al incremento de la función reflexiva, siguiendo el planteamiento estratégico y técnico descrito en el artículo que he mencionado anteriormente (6). Estos abordajes de incremento de la función reflexiva pueden realizarse en tanto a nivel individual como grupal, con formatos y objetivos del tratamiento básicos o avanzados según nivel evolutivo de la función reflexiva de los pacientes.

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

Como no puede ser de otra forma, teniendo en cuenta que el objetivo es el incremento de la función reflexiva, hay algunas similitudes técnicas con el modelo basado en la mentalización (29;35), incluido la utilización de algunas intervenciones muy similares aunque éstas se realicen desde un marco teórico y técnico diferente.



Sirva poner como ejemplo los planteamientos técnicos diferenciales en el abordaje de incremento de la función reflexiva en pacientes en estadio de entrenamiento básico y el otro estadio de entrenamiento avanzado.

Intervenciones básicas sobre la FR: focalizando en la mente del paciente: evaluación de los estados mentales con el SDP, la representación ortogonal, microanálisis de la arquitectura intra-estado (los componentes somáticos), microanálisis de la transición inter-estados, descripción de reciprocidades, isomorfismo relacional y consolidación de lo aprendido.

Intervenciones avanzadas sobre la FR: focalizando en la mente del otro, en la relación y en el contexto: La lectura de la mente del otro y el lenguaje no verbal. la circularidad interpersonal, la multivocalidad del self dialógico, análisis contextual, las intervenciones diacrónicas: el eje tiempo, la relación terapéutica, las técnicas activas el análisis de secuencias dialógicas y el metaprocesamiento.

El uso simultáneo o secuencial del mindfulness en esta fase de intervención, está dirigida a la detección minuciosa de los estados mentales propios, del otro, de las relaciones interpersonales que se desarrollan y el contexto en que se producen. Todo lo anterior se ven favorecido por la actitud específica que se obtiene del mindfulness. Especialmente en ocasiones en que la capacidad de mentalización está afectada por una situación estresante, que pueda producir una hiperactivación emocional, en la que el uso del mindfulness favorece un incremento de la serenidad, distanciamiento y capacidad de auto observación, facilitando el proceso de conocimiento e integración que vamos buscando.

En la fase tres del tratamiento, donde se aborda componentes psicológicos de mayor profundidad, patrones relacionales se han generado la historia del sujeto, problemas psicológicos, emociones intensas reprimidas nunca expresadas y un trabajo dirigido a la reconstrucción narrativa, la utilización de una amplia variedad de técnicas es lo habitual en esta fase. La utilización del mindfulness tanto por parte del terapeuta como del paciente, les permite mantenerse ambos conscientes del sutil proceso de interacción que se produce en esta fase tan compleja. La capacidad de mentalización del terapeuta y la serenidad a la que puede llegar utilizar el mindfulness, sirven de modelado y limitación al paciente a que se aproxime también a su propia mente y a la relación con el terapeuta, con esta actitud de utilización de una conciencia reflexiva del self relacional.

A estas alturas del tratamiento y a punto de entrar en la fase cuatro de integración y alerta en caso de que sea posible, la utilización del mindfulness en la vida cotidiana del paciente, la práctica habitual del mindfulness por parte del terapeuta forman parte de del proceso terapéutico que queda por delante y es aconsejable que ambos, paciente y terapeuta, haya llevado a su vida cotidiana una actitud de la que también obtengan beneficio del mindfulness y de la utilización en su vida cotidiana de una conciencia reflexiva que le permite abordar las relaciones interpersonales de la vida de cada cual desde una perspectiva nueva y enriquecedora.

Amén de otras conclusiones que podamos obtener de lo presentado, una de ellas y que me parece muy importante resaltar, es la necesidad de un entrenamiento en mindfulness todos los terapeutas que se dedican a la psicoterapia general y a la psicoterapia de los trastornos de personalidad en particular.

Las repetidas experiencias de práctica de la atención plena en las sesiones, establecen un nuevo centro de organización en la mente, sustituyendo modelos funcionales inseguros por un nuevo modelo "seguro adquirido" (13). Los ejercicios de mindfulness en el aquí y en el ahora de la sesión, favorecen un posicionamiento en esa conciencia reflexiva -la metamente- que dota de un nuevo nivel de comprensión al sujeto y al proceso de la relación terapéutica. Se construye entre ambos, paciente y terapeuta, un contexto que favorece una conexión lucida, sustentada en la serenidad, la calma y la capacidad de auto observación profunda que viene derivada de la actitud que se consigue con el mindfulness. Aquí aparece con toda su plenitud el efecto de la atención plena y sus consecuencias de presencia relativa y conciencia responsable



(Comunicación personal sobre: **Un consejo sobre la presencia de la conciencia responsable** de Chöguél Namkhai Norbu Rinpoché de la de la Comunidad Budista Dzogché, a través de las enseñanzas con el Prof Elias Capriles).

Contacto:

Carlos Mirapeix. Psiquiatra. Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad. Plaza del Cuadro 3, 3º B y C. Santander 39004. Mail: c.mirapeix@fundipp.org

Bibliografía

- (1) Editorial: Rethinking personality disorder. *The Lancet* 2015 Feb 21;385(9969):664.
- (2) Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. [Article]. *Archives of General Psychiatry* 1993 Dec;50(12):971-4.
- (3) Ryle A, Fawkes L. Multiplicity of selves and others: cognitive analytic therapy. *J Clin Psychol* 2007;63(2):165-74.
- (4) Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolo G, Pedone R, Procacci M. Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2005 Dec;19(6):690-710.
- (5) Luyten P. Integrating systematic process-outcome research in clinical practice: Why we all should do it. 1-4-2011. X Conferencia de la Escuela Española de Psicoterapia. Santander España.
- (6) Mirapeix C. Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incremento_de_la_fr.pdf . 2014.
- (7) Mirapeix C. Psicoterapia Cognitivo Analítica. In: Caro I, editor. *Psicoterapias Cognitivas*. Paidós; 2003.
- (8) Mirapeix C. Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrador de intervención. <http://www.aperturas.org/articulos/php?id=0000310&a=Psicoterapia-cognitivo-analitica-Un-modelo-integrado-de-intervencion> 2004.
- (9) Mirapeix C. Tratamiento ambulatorio intensivo de los trastornos límite de la personalidad. V Congreso Nacional y VI Congreso Europeo de Trastornos de la Personalidad. 16 al 19 de Junio 2004. Zaragoza . 2004.
- (10) Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric; 2008.
- (11) Beitman BD, Soth AM. Activation of self-observation: A core process among the psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration* 2006;16(4):383.
- (12) Rodríguez Vega B, Melero-Llorente J, Bayon Perez C, Cebolla S, Mira J, Valverde C, et al. Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychotherapy Research* 2013;(ahead-of-print):1-12.
- (13) Wallin D. *El apego en psicoterapia*. 2012. DDB Bilbao.



- (14) Messer SB. Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration* 2001;11(1):1-4.
- (15) Clarkin JF, Cain N, Livesley WJ. An integrated approach to treatment of patients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Integration* 2015;25(1):3.
- (16) Dimaggio G. Integrated treatment for personality disorders: An introduction. *Journal of Psychotherapy Integration* 2015;25(1):1.
- (17) Luyten P, Fonagy P. *Psychodynamic Treatment for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: A Mentalizing Perspective*. *Borderline Personality and Mood Disorders*. Springer; 2015. p. 223-51.
- (18) Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy* 2014;59:40-51.
- (19) Chanen AM, McCutcheon L, Kerr IB. HYPE: A Cognitive Analytic Therapy-Based Prevention and Early Intervention Programme for Borderline Personality Disorder. *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. Springer; 2014. p. 361-83.
- (20) Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 2014;134(4):782-93.
- (21) Livesley WJ. Principles and strategies for treating personality disorder. *Can J Psychiatry* 2005 Jul;50(8):442-50.
- (22) Livesley WJ. Moving beyond specialized therapies for borderline personality disorder: the importance of integrated domain-focused treatment. *Psychodyn Psychiatry* 2012 Mar;40(1):47-74.
- (23) Livesley WJ. Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *J Pers Disord* 2012 Feb;26(1):17-42.
- (24) Kabat Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice* 2003;10(2):144-56.
- (25) Bevington D, Fuggle P, Fonagy P. Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. *Attachment & human development* 2015;(ahead-of-print):1-18.
- (26) Bateman AW, Ryle A, Fonagy P, Kerr IB. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *Int Rev Psychiatry* 2007 Feb;19(1):51-62.
- (27) Ryle A. The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *Br J Psychiatry* 1979 Jan;134:46-54.
- (28) Ryle A, Kerr I. *Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica*. Desclee de Brouwer (en prensa); 2006.
- (29) Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010 Feb;9(1):11-5.
- (30) Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice* 2003;10(2):125-43.
- (31) Forster C, Berthollier N, Rawlinson D. A Systematic Review of Potential Mechanisms of Change in Psychotherapeutic Interventions for Personality Disorder. *J Psychol Psychother* 2014;4(133):2161-0487.
- (32) Kernberg OF. *The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives*. American Psychiatric Pub; 2012.

- (33) Marx R, Marx S. *The Eye and the I: The Construction and Use of the Observer in Cognitive Analytic Psychotherapy and Mindfulness Based Therapy*. *British Journal of Psychotherapy* 2012;28(4):496-515.
- (34) Jankowski T, Holas P. *Metacognitive model of mindfulness*. *Consciousness and cognition* 2014;28:64-80.
- (35) Fonagy P, Target M. *The mentalization-focused approach to self pathology*. *J Personal Disord* 2006 Dec;20(6):544-76.

C. Mirapeix

