

Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento según la teoría de la mentalización de Peter Fonagy

Autor

Luis Villalba

Prof. Adj especializado en Psicoterapia. Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Miembro Asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

Correspondencia:

luiseduardovillalba@gmail.com

Introducción

La Psicoterapia basada en la mentalización (PBM), propuesta por A. Bateman y P. Fonagy¹, se basa en la comprobación de que los pacientes con trastorno de personalidad límite (TPL) tienen un importante déficit en esta área, que explica gran parte de su psicopatología.

La mentalización es entendida como la capacidad de interpretar las acciones de los demás y de uno mismo, determinadas por el estado mental, deseos, necesidades, sentimientos, creencias y razones. Los estudios centrados en la mentalización permiten establecer un puente entre los procesos biológicos y psicológicos. La mentalización es la función de la corteza prefrontal pensada desde una psicología general, como la que nos permite organizar nuestras acciones, controlar nuestros impulsos, sobre la base de la posibilidad de pensar en sus consecuencias, sin dejarnos llevar por las emociones y mantener una capacidad autorreflexiva. Si bien estos no son conceptos novedosos, este abordaje pondrá su foco en desarrollar la mentalización.

Este tipo de psicoterapia se ha visto validado por un estudio de eficacia que comentaremos más adelante, que tiene el enorme valor de haber mostrado resultados luego de años de finalizado el tratamiento. “Dada la naturaleza muy arraigada y crónica del trastorno límite de la personalidad, el seguimiento a largo plazo es fundamental para el establecimiento de la importancia de estos tratamientos. Los resultados son impresionantes: 8 años después de la asignación al azar inicial y 5 años después de la finalización de terapia basada en la mentalización, no solo mostraban superioridad estadística en suicidabilidad, uso del servicio y uso de medicamentos reducidos y mejora en el funcionamiento global y profesional, sino que también exhiben un notable nivel

de cambio clínico (solo el 13% reunió criterios para el trastorno de la personalidad borderline en comparación con el 87% de aquellos en el grupo de tratamiento habitual)²”.

Peter Fonagy nació en 1952, en Budapest, Hungría. Estudió Psicología en el University College London. Una breve síntesis de su trayectoria señala que es psicoanalista didáctico y supervisor de la Sociedad Psicoanalítica Británica, profesor de Psicoanálisis y director del Sub-Departamento Clínico de Salud Mental del University College London.

Su interés por la clínica lo llevó a profundizar en la observación y conceptualización de la psicopatología y tratamiento en pacientes con trastorno de personalidad límite (TPL). Conjuntamente con la violencia y el apego temprano, estas conceptualizaciones son para el autor relevantes en la aproximación diagnóstica de los mismos.

Busca integrar la teoría psicoanalítica –según su perspectiva de la misma– con la investigación empírica, con el objetivo de favorecer el diálogo con los conocimientos provenientes de las neurociencias y de las ciencias cognitivas. Otro de sus objetivos es la evaluación de resultados de la psicoterapia¹.

Fonagy publica en el año 2004, junto con A. Bateman, “Psicoterapia para los trastornos de personalidad límite. Tratamiento basado en la mentalización”. En este libro sintetiza su pensamiento psicopatológico así como su visión del tratamiento de los pacientes con TPL. Está planteado como un manual, detallando los pasos a seguir en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes con trastornos de personalidad límite. Intenta colaborar para que el lector especializado pueda apoyarse en él, como guía en el abordaje de estos pacientes.

Entre sus referentes teóricos psicoanalíticos está D. Winnicott, del cual toma la idea de que el infans necesita de otro, de una madre suficientemente buena que facilite un am-

biente que le permita desarrollarse, creando un espacio intermedio donde el afuera y el adentro rompen sus categorías habituales. Ya no un afuera y un adentro del infans, como anteriormente otras posturas psicoanalíticas lo propusieron. Winnicott conceptualiza un espacio transicional, que busca crear una comprensión, favoreciendo en el infans la emergencia de lo que él denomina “self verdadero”, construcción de su identidad, concepto por demás complejo, del que solo intentamos una síntesis que su brevedad puede distorsionar.

De M. Klein toma el concepto de identificación proyectiva, mecanismo defensivo esencial, en los inicios del desarrollo del psiquismo, ya que desde el comienzo permite deshacerse de aspectos persecutorios en el otro, primer objeto, como forma de preservar su yo aún frágil y en formación. En el transcurso del tiempo, si todo se va desarrollando de manera adecuada puede quedar al servicio de la comprensión, identificándose con otro para encontrar de este modo la empatía necesaria, que conlleva una relación saludable y satisfactoria.

Por último, de W. Bion utiliza el concepto de la función “*revèrie*” de la madre u objeto cuidador que transforma en su mente las experiencias sensoriomotrices del bebe, para devolverlas a este de manera más atenuadas, creando un aparato o contenedor para pensar los pensamientos. Este autor, a partir del estudio de la psicosis, puso especial énfasis en los trastornos del pensamiento².

Peter Fonagy no solo toma conceptos psicoanalíticos, sino que también recoge la influencia de la llamada “Filosofía de la mente” de Daniel Dennett. Este autor se ocupa principalmente de la naturaleza de los estados mentales³. La descripción de las ciencias de la naturaleza, como la biología, la ciencia cognitiva, la informática, la cibernética, la lingüística, la medicina, la farmacología, etc., hace de lo humano un papel relevante. Daniel Dennett enfoca su visión desde una perspectiva evolucionista.

Psicólogos experimentales como Mary Main e Inge Bretherton se interesan por las ideas de Dennett en tanto plantea que los seres humanos tratan de entenderse unos a otros en términos de estados mentales (pensamientos, sentimientos, creencias y deseos) para poder

darle un sentido y, aun más importante, anticipar las acciones del otro. Para lo que han diseñado una serie de pruebas basadas en la “falsa creencia”, que demuestran que la capacidad de entender las conductas de los demás sobre la base de los contenidos mentales es algo que se conquista alrededor de los 3 a 4 años⁴.

Es así que Peter Fonagy y Mary Target relacionan estas ideas con la teoría del apego, estableciendo correlaciones empíricas entre las diferentes formas de apego descritas por Bowlby y Mary Ainsworth y el desarrollo de la mentalización. Destacan que sus fallas pueden explicar en parte el funcionamiento de pacientes *borderline*⁵.

Las raíces del desarrollo del TPL

El papel de la especularización

Existen dos formas de representación de los estados mentales; las de primer orden serían la inscripción directa de las sensaciones físicas y las secundarias aquellas que en la relación de apego, la persona con la que el niño establece una relación de apego, por lo general la madre, significa la experiencia, permitiendo así el desarrollo de la mentalización. Esta función del adulto es llamada por el autor “*reflexiva*” (“*reflective*”, “*mirroring*”). La figura de apego resuena o refleja con su experiencia interna y produce una respuesta apropiada. Esta respuesta no es consciente y expresa en gran medida la forma de apego del objeto que está a cargo, sea su madre o cuidador-a. Según la visión de los autores, los objetos que llevan adelante esta función están capacitados para leer e interpretar la expresión facial, vocal o postural de las emociones o afectos del bebe. Producen conductas interactivas moduladoras de afecto que incluirán la producción repetida de un reflejo externo de las expresiones afectivas del bebe, contingente (dependiente, relacionado) con el estado emocional disposicional del infante. El niño se angustia y aparece –contingencia en el tiempo– un afecto categorialmente similar en el adulto, aunque el adulto no reproduce el afecto del bebe tal como este lo experimenta.

El hecho de que esta respuesta no sea siempre exacta también es importante, porque permite discriminar lo que pertenece al niño y lo que está sintiendo la madre, lo que colaboraría a la discriminación con el otro. Esta respuesta puede ser adecuada pero intensa y genera dificultades en la discriminación yo-objeto. Cuando la respuesta es nula o muy alejada a lo que le está sucediendo (lo que a su vez nos hace pensar que el objeto-adulto no necesariamente haya logrado un apego adecuado en su desarrollo) se generan experiencias que no poseen representaciones de segundo orden, lo que podría explicar los sentimientos de vacío típicos de los pacientes límites.

* Hace referencia a la clasificación según la Entrevista del Apego Adulto, AAI, sobre los patrones de apego: autónomos/seguros; inseguros/preocupados; inseguros/despreocupados.

Equivalencia psíquica y modo aparente. Mentalización

Para Fonagy, desde la perspectiva de la teoría de la mente, la experiencia normal de la realidad psíquica es un logro evolutivo en el que deben integrarse dos modos de funcionamiento psíquico.

En el primero, los estados mentales no se consideran representaciones sino una correspondencia exacta con la realidad; la realidad externa y la interna tienen un mismo estatus. A este modo de funcionamiento lo llama de “equivalencia psíquica”, equiparar lo externo con lo interno; implica un proceso de doble vía, lo que puede provocar el carácter terrorífico de algunas fantasías infantiles¹.

El segundo sería un modo de funcionamiento al que llaman “modo aparente o simulado”; este puede ser pensado como una defensa del anterior, en que la realidad se vuelve atemorizante. En el modo aparente, la realidad psíquica no se vincula con la realidad externa; va a ser necesaria la presencia de un adulto para ir lentamente estableciendo las relaciones entre estos dos mundos o bien modos de funcionamiento que le permitan las conexiones necesarias para entender tanto su mente como la de los demás. El logro de la mentalización determina las acciones que nos permiten las modificaciones necesarias del mundo externo.

El concepto de “postura intencional” proviene de D. Dennett, quien en 1989 lo acuñó para referirse a que los seres humanos poseemos

un sistema mental de interpretación que nos permite explicar y predecir los comportamientos de los otros. Este sistema de interpretación funciona tanto para atribuir a los demás, así como a nosotros mismos, una serie de intenciones, creencias y deseos que guiarían nuestras acciones. A esto lo llama “capacidad de mentalizar”³.

Psicopatología

Un modelo transgeneracional de los trastornos de personalidad

La relación entre maltrato (psico-físico) y trastorno límite de personalidad permitió establecer que muchos de estos sujetos a cargo también padecían el mismo trastorno.

La entrevista de Apego Adulto muestra que las personas maltratadas presentan mayoritariamente patrones de apego preocupado*. En estos pacientes también se observa una capacidad reflexiva disminuida. Para este autor la imagen de sí mismo (self) se forma en la interacción, y por tanto dependerá de la capacidad reflexiva de este, como del tipo de apego que posibilite la capacidad reguladora del self ante las tensiones generadas por las sensaciones internas.

Cuando el apego es inseguro y más precisamente preocupado y el sujeto a cargo refleja con angustia y miedo las angustias y miedos del niño, este pierde la capacidad de discriminar entre sus miedos y el de las figuras significativas de su vida. Puede ocurrir otra forma de falla en la capacidad reflexiva del niño: si este no recibe ninguna atención, generará que importantes áreas queden sin significar. Esto producirá dentro del self lo que llama self ajeno o extranjero (“Alien self”), que es una parte de sí mismo que actúa como una amenaza que no se puede controlar como propia. Los pacientes con TPL tienden a expulsar estas partes del self colocándolas en otros para controlar y regular a su propio self. El autor llamó a esto “Modelo Regulador Externo”.

Tenemos entonces una teoría etiopatogénica basada en las dificultades en establecer un apego seguro, y más específicamente el

establecimiento de un apego preocupado. Esto interactúa con las dificultades en la capacidad reflectiva impidiendo la mentalización y generando lo que llama el “Alien self”, cuya consecuencia es el establecimiento de un modelo controlador externo.

Otro punto interesante a tener presente es la observación de que los niños maltratados bloquean las representaciones de ira u odio de los cuidadores hacia ellos, imposibilitando así la capacidad de representar sus propios sentimientos.

Esta teorización nos brinda una posible explicación psicopatológica del TPL, en tanto plantea la persistencia de modos de funcionamiento psíquico propios de la infancia que permanecen impidiendo el adecuado desarrollo de la mentalización.

Sintomatología del trastorno de personalidad borderline

La inestabilidad sería una consecuencia de las dificultades en la capacidad reflexiva, conduciéndolos a controlar sus emociones a través de otros, externalizando el Alien self para así controlar y regular estados emocionales en los que se siente en riesgo de desaparecer, o de la fusión con otros y por tanto de la pérdida de los límites.

La impulsividad es uno de los rasgos más significativos, dando cuenta de la persistencia de modos de funcionamiento primitivos centrados en la acción. El modo teleológico correspondiente al modo de equivalencia psíquica, interpreta las acciones del otro exclusivamente relacionadas con las consecuencias en la realidad; no entiende que los otros actúan sobre la base de pensamientos, deseos o creencias propios.

Este modo de funcionamiento es base de la ideación paranoide tan frecuente en estos pacientes. La posibilidad de entender que los otros se manejan no solamente por lo que perciben sino como agentes autónomos. La capacidad de mentalizar permite encontrar maneras de atenuar la vivencia amenazante que puede adquirir la realidad, comprendiendo las acciones de los otros en función del funcionamiento psíquico. Por tanto, la capacidad de procesamiento o mentalización actúa como

un amortiguador en las relaciones sociales, estado de la mente que en estos pacientes es deficitario.

Las consecuencias de esta forma de pensamiento y control de las emociones, hace de sus vínculos repeticiones signadas por la violencia y el abuso, generando un tiempo circular.

La frecuencia de intentos de autoeliminación o el suicidio, se dará en los momentos de separación, cuando este ya no puede controlar a su sí mismo-ajeno, colocado en el otro. El suicidio representa la destrucción fantaseada del Alien self, un último recurso para controlar una representación intolerable.

Psicoterapia basada en la mentalización

Se focaliza en el estado mental del paciente, evitando hablar de aquellos contenidos mentales alejados de la realidad subjetiva que presenta, tomando en cuenta los contenidos preconsciente-consciente. Se busca integrar dichas representaciones y no ir a la búsqueda de insights disruptivos. Es útil entonces el uso de “pequeñas interpretaciones” y no reflexiones complejas que apunten a contenidos inconscientes. Siguiendo las ideas de Winnicott se plantea la necesidad de favorecer áreas transicionales donde se pueda “jugar” con los pensamientos y emociones. Cuando aparecen las actuaciones buscar la ligazón con los estados mentales que las precedieron, aunque no aparezca en el discurso espontáneo del paciente, al modo de nuevas construcciones, buscando expandir la mentalización. El psicoterapeuta debe colocarse en un lugar más activo que el que ocupa tradicionalmente en la psicoterapia analítica de pacientes más neuróticos. La sintonía mental con el paciente es fundamental, focalizándose en la realidad psíquica percibida conjuntamente. Es fundamental que el técnico a cargo de este tipo de pacientes posea a su vez la capacidad de preguntarse por su lugar: ¿Qué está pasando ahora? ¿Por qué el paciente dice esto ahora? ¿Por qué actúa así? ¿Por qué siento esto ahora? ¿Qué pasó en sesiones pasadas que explica lo que está pasando ahora? La capacidad de mentalización del psicoterapeuta es fundamental para alcanzar un cambio en el paciente.

Con frecuencia se hace difícil seguir las

asociaciones, por la imperfecta representación del estado mental del otro, distorsionado por los déficits en la mentalización. Los pacientes tienen dificultades de comunicar sus experiencias emocionales. Y en cuanto al vínculo terapéutico hay que sostener una dependencia desesperada, junto a una notable crueldad. Experiencias de desintegración o de pérdida de identidad de manejo complejo ya que el “como si” de la transferencia está ausente. Al decir de Winnicott, el psicoterapeuta no es como la madre, es la madre.

Es necesario comenzar estos tratamientos centrándose en la dificultad de mentalización.

Importancia terapéutica

El vínculo transferencial es la principal herramienta terapéutica, ya que permite modificar las formas de apego patológico. La mentalización de la función reflectiva del terapeuta permitirá desarrollar representaciones secundarias, estableciendo conexiones entre los modos “equivalencia” y “aparente”, todo lo que contribuye al desarrollo de la mentalización. Se logra una mayor regulación afectiva, lo que junto con lo anterior disminuye la impulsividad.

Este tipo de abordaje ha sido validado y estudiado empíricamente en diversos trabajos, el más relevante de los cuales es el siguiente: “Seguimiento de 8 años de pacientes tratados por TPL: Tratamiento basado en la mentalización versus tratamiento usual”. Como comenta en el editorial Kenneth N. Levy⁶: de acuerdo con el artículo de Bateman y Fonagy publicado en este número, donde se muestran los resultados positivos de los tratamientos de larga duración para los pacientes con trastorno de personalidad límite, estos tienen una particular significación y están destinados a convertirse en un estudio seminal en los anales de la psiquiatría.

Este estudio evaluó el efecto del tratamiento basado en la mentalización por hospitalización parcial, comparado con el tratamiento usual para el trastorno de la personalidad límite, 8 años después de la entrada, en un ensayo aleatorio y controlado y 5 años después de

que el tratamiento basado en la mentalización fue completado.

Se realizaron entrevistas por los psicólogos de la investigación, ciegos en la asignación de grupo original, y revisión estructurada de las notas médicas de 41 pacientes desde la evaluación inicial. Análisis multivariante de la varianza, chi cuadrado, análisis de la varianza, estudios univariado y no paramétricos (Mann-Whitney), estadísticas que se utilizaron para contrastar los dos grupos en función de la distribución de los datos.

Resultados: cinco años después de la aprobación de la gestión de tratamiento basado en la mentalización, el grupo de pacientes en tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial continuó mostrando superioridad clínica y estadística al tratamiento usual, en suicidalidad (23% frente al 74%), el diagnóstico (13% frente al 87%), la utilización del servicio (2 años frente a 3,5 años de tratamiento psiquiátrico ambulatorio), uso de medicamentos (0,02 versus 1,90 años, toman tres o más medicamentos), función global por encima de los 60 (45% frente al 10%) y el estado de la formación profesional (empleados o en la educación 3,2 años versus 1,2 años)².

Por lo que se concluye que los pacientes con 18 meses de tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial, seguido de 18 meses de terapia grupal de mantenimiento, están mejores que los que reciben tratamiento usual, aunque su función social general permanece deteriorada.

Hay que destacar que este tratamiento está pensado para ser suministrado en forma institucional, en donde se pueden realizar diferentes técnicas que van desde la psicoterapia individual hasta la internación. Los abordajes psicoterapéuticos se realizan en forma individual y grupal, acompañados de un seguimiento psiquiátrico. La posibilidad de la internación en las crisis así como su manejo está estipulada desde un principio.

Esta síntesis pretende ser un estímulo para adentrarse en la teorización de Peter Fonagy y encontrar modos nuevos de abordar la clínica para este tipo de personalidad y su adecuación a los recursos con los que cuenta un servicio de psiquiatría o un equipo conformado por distintos técnicos especializados.

Bibliografía

1. **Bateman A, Fonagy P.** Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization based treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
2. **Bateman A, Fonagy P.** 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *Am J Psychiatry* 2008; 165:631-638.
3. **Dennett D.** The Intentional Stance. Cambridge, MA. USA: MIT Press; 1987.
4. **Fonagy P.** El uso de múltiples métodos para hacer al psicoanálisis relevante en el nuevo milenio. En: Bernardi R. *Psicoanálisis. Focos y Aperturas*. Montevideo: Psicolibros; 2001.
5. **Fonagy P.** Teoría del Apego y Psicoanálisis. España: Espaxs; 2004.
6. **Levy KN.** Psychotherapies and Lasting Change. *Am J Psychiatry* 2008; 165:556-559.