

APERTURAS PSICOANALÍTICAS

HACIA MODELOS INTEGRADORES

Revista de Psicoanálisis

Abril 2000 - No.4

[VER NÚMEROS ANTERIORES](#)

[VER NÚMERO ACTUAL](#)

Apegos patológicos y acción terapéutica

Peter Fonagy*

Trabajo presentado en el “*Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo*”, en la reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de mayo de 1999. Traducido con autorización del autor.

En el no. 3 de Aperturas Psicoanalíticas se puede acceder a otro trabajo del autor [“Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría”](#), del que éste es una continuación.

Traducción de Mariano de Iceta

Un modelo transgeneracional de los trastornos de personalidad

Existen evidencias de una asociación específica entre el maltrato infantil y ciertos trastornos de personalidad. Siendo infantes, estos sujetos tuvieron a menudo cuidadores que estaban dentro del llamado “espectro borderline” de los trastornos de personalidad severos (Barach, 1991; Benjamin & Benjamin, 1994; Shachnow et al., 1997). El aspecto de la herencia social puede ser una pista importante para nuestra comprensión del trastorno. Hay estudios, tanto de nuestro grupo (Fonagy et al., 1996) como de otros (Patrick, Hobson, Castle, Howard & Maughan, 1994), que demuestran distorsiones considerables de la representación del apego en individuos con trastornos de personalidad, sobre todo borderline. En nuestro estudio, los sujetos con diagnóstico de trastorno de personalidad borderline tenían mayoritariamente patrones de apego preocupados (Nota traducción: hace referencia a la clasificación según la Entrevista del Apego Adulto, AAI, sobre los patrones de apego: autónomos/seguros; inseguros/preocupados; inseguros/despreocupados; no resuelto. Ver “Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría”), asociados con experiencias no resueltas de trauma y una llamativa reducción de la capacidad reflexiva. En un estudio posterior comparamos nuestro grupo de pacientes con un grupo controlado de pacientes remitidos para evaluación psiquiátrica forense. En este último grupo predominaban los patrones de apego despreocupados (AAI), el trauma no resuelto era menos evidente (aunque la prevalencia de traumas era comparable) y la capacidad reflexiva era aún menor (Levinson & Fonagy, remitido para publicación).

Hemos propuesto que algunos individuos con trastornos de personalidad son aquellas víctimas de maltrato infantil que lo afrontaron rechazando captar los pensamientos de sus figuras de apego, evitando así tener que pensar sobre los deseos de sus cuidadores de hacerles daño (Fonagy et al., 1996). El continuar alterando defensivamente su capacidad para representarse estados mentales propios y de los otros les lleva a operar con impresiones esquemáticas e imprecisas sobre los pensamientos y los sentimientos. Son inmensamente vulnerables a las relaciones íntimas. Hay aquí dos proposiciones: 1) los individuos que sufren un trauma precoz pueden inhibir defensivamente su capacidad para mentalizar; y 2) algunas características de los trastornos de personalidad pueden estar basadas en dicha inhibición. Intentaré abordar ambas

proposiciones separadamente.

El impacto del maltrato sobre la función reflexiva

Existe un cúmulo de evidencias sobre el deterioro que el maltrato produce en la capacidad reflexiva y el sentido del self del infante. Schneider-Rosen y Cicchetti (Schneider-Rosen & Cicchetti, 1984; Schneider-Rosen & Cicchetti, 1991) observaron que los infantes que fueron maltratados mostraban menos afecto positivo al reconocerse a sí mismos en un espejo que los controles. Beeghly y Cicchetti (Beeghly & Cicchetti, 1994) mostraron que dichos infantes tenían un déficit específico en el uso de términos sobre su estado interno y que ese lenguaje tendía a depender del contexto. Nuestro estudio en la Clínica Menninger con infantes maltratados de 5 a 8 años de edad encontró déficits específicos en tareas que requirieran mentalización, especialmente en aquellos que habían sido remitidos por abusos sexuales o abusos sexuales y físicos. Estos resultados sugieren que el maltrato infantil puede hacer que los infantes se retiren del mundo mental.

Hemos sugerido que esta situación puede inducir, y probablemente a menudo lo hace, un ciclo de desarrollo severo y extremadamente perturbado. El aislamiento psicológico del maltrato aumenta el malestar, activando al sistema de apego. La necesidad de proximidad persiste así e incluso se incrementa como consecuencia del malestar causado por el abuso. La proximidad mental se hace insoportablemente dolorosa, y la necesidad de cercanía se expresa en el nivel físico. De este modo, el infante puede paradójicamente sentirse impulsado a acercarse físicamente al abusador. Es probable que su habilidad para adaptarse, modificar o evitar la conducta del abusador se vea reducida aún más por una limitada capacidad de mentalización. En la contradicción entre la búsqueda de proximidad en el nivel mental y el nivel físico radica el apego desorganizado observado de forma tan sistemática en infantes maltratados.

¿Por qué debería socavar la capacidad reflexiva un ambiente familiar de maltrato? En primer lugar, el reconocimiento del estado mental del otro puede ser peligroso para el self en desarrollo. El infante que reconoce el odio o la violencia que implican los actos de violencia de sus progenitores se ve forzado a verse a sí mismo como carente de valor o como no digno de ser querido. En segundo lugar, el significado de los estados intencionales es negado o distorsionado. Los padres abusadores a menudo exigen creencias o sentimientos opuestos a su conducta. El infante no puede poner a prueba o modificar las representaciones de los estados mentales, que se vuelven rígidas e inapropiadas y que quizás sean abandonadas. En tercer lugar, el mundo público, donde la función reflexiva es común, y que podría generar un modo alternativo de experimentarse a sí mismo es mantenido rígidamente al margen del contexto de apego. Finalmente, la disfunción puede ocurrir, no a causa del maltrato sino de la atmósfera familiar que lo rodea. Es conocido que la paternidad autoritaria, asociada comúnmente con el maltrato, retrasa el desarrollo de la mentalización (ver Astington, 1996). Estos jóvenes y sus madres encuentran difícil el adoptar una actitud de juego (Alessandri, 1992), por lo que el andamiaje social para el desarrollo de la mentalización que consideramos en el anterior trabajo (ver Aperturas nº 3) puede estar ausente en estas familias. Asimismo es improbable el desarrollo de una instancia mentalizante en un infante que se siente tratado generalmente como un objeto físico sin importancia.

Si la falta de consideración de la intencionalidad del infante por parte de los cuidadores es persistente, las consecuencias pueden tener lugar no sólo a nivel funcional sino también a nivel del desarrollo neural. El trabajo de Bruce Perry (1997) sugiere que los huérfanos rumanos, institucionalizados al poco de nacer y que sufrieron un abandono y un maltrato severos durante la mayor parte de su primer año de vida, presentan una pérdida significativa de función cortical en las áreas fronto-temporales. La implicación de dichas áreas en la capacidad de inferir estados mentales ha sido mostrada de manera independiente (Frith, 1996). A los cuatro años, aquellos que habían sido adoptados antes de los cuatro meses de edad presentaban con mucha menor frecuencia un apego desorganizado que aquellos adoptados más tarde (Fisher, Ames, Chisholm, & Savoie, 1997). Igualmente ha sido demostrado de manera independiente que el apego inseguro, particularmente el desorganizado, está asociado con un enlentecimiento en el retorno a niveles basales del aumento de cortisol inducido por la separación (Spangler & Grossman, 1993). La exposición crónica a niveles elevados de cortisol asociada con una crianza insensible mantenida en el tiempo puede dar lugar a anomalías en el desarrollo neural que derivan en un déficit de mentalización.

Trastorno de personalidad y déficit de mentalización

Así, con respecto a la segunda proposición, ¿hay algunas características de los trastornos de personalidad que tengan su origen en un déficit de mentalización? En varios estudios (Fonagy et al., 1996; Levinson & Fonagy, enviado para publicación), nuestro equipo encontró una baja capacidad de reflexión en los relatos de apego de individuos con antecedente penales o con un diagnóstico de personalidad borderline. Resulta

tentador argumentar que algunos problemas de violencia y de estados borderline pueden ser explicados como formas de organización de un self no mentalizante, correspondientes a las formas de apego despreocupado y preocupado (de la clasificación AAI), respectivamente. Pero esta es una simplificación excesiva ya que en ambos casos existen variaciones a lo largo de las situaciones y de los tipos de relaciones. Así por ejemplo, el delincuente adolescente es consciente de los estados mentales de otros miembros de su banda y el individuo borderline es a veces hipersensible a los estados emocionales de los profesionales de la salud mental y de los miembros de su familia.

Siguiendo los principios de la “Teoría dinámica de las capacidades” del desarrollo de Kurt Fischer (Fischer, Kenny, & Pipp, 1990), podemos asumir que el maltrato se asocia con un “fraccionamiento” o escisión de la capacidad reflexiva a lo largo de tareas y dominios. Durante las etapas precoces del desarrollo, al igual que la comprensión de la conservación del volumen del líquido cuando cambia su forma no está aún generalizada a la conservación del área cuando cambia la forma de ésta, la capacidad reflexiva en un dominio de la interacción interpersonal puede no estar al principio generalizada a otros. En un desarrollo normal, habría algún grado de integración y generalización de un modelo mentalizante del comportamiento; sin embargo, en el trastorno de personalidad el desarrollo fracasa – la coordinación normal de capacidades previamente separadas no aparece, el fraccionamiento parece adaptativo para el individuo y continúa dominando sobre la integración.

Los modelos teleológicos (Nota traducción: no se toman en cuenta los estados mentales o intenciones del otro sino a las consecuencias de una conducta en la realidad) de comportamiento persisten en todos nosotros, y aumentan en sofisticación, ya que en muchas circunstancias proporcionan predicciones útiles y explicaciones adecuadas. Por ejemplo, si en un día lluvioso observo a mi amigo cruzar la calle yo podría, adoptando un modelo intencional (N.T. de atribuir al otro intenciones), inferir que no quiere mojarse (estado desiderativo) y que cree que en la otra acera hay una tienda que vende paraguas (estado de pensamiento), aunque de hecho cerró hace dos semanas. Entonces, yo sonrío disimuladamente. Sin embargo, la misma acción podría ser interpretada como racional dentro de un marco teleológico: se podría concluir que mi amigo ha cruzado la calle para ser capaz de andar más deprisa (que es el resultado observable), ya que hay demasiada gente en esta acera (restricción de la velocidad que tenía al caminar, que es también lo observable). Claramente, la aplicación del modelo intencional puede volverse problemática en el contexto de las relaciones de apego. Asumamos que X era un amigo íntimo. El adoptar una actitud teleológica podría ser útil para evitar percibir el deseo de X de querer evitarme y su estado de pensamiento por el cual él cree que no le he visto, o que cree que yo creo que él no me ha visto.

Las inferencias mentalizantes de la actitud intencional no tienen mayor probabilidad de ser correctas que las físicas en un modelo teleológico. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, los modelos mentalizantes son de un valor único en las situaciones interpersonales complejas, que impliquen por ejemplo un conflicto, una decepción potencial, o irracionalidad. Desafortunadamente, los modelos internos activos (N.T. también traducidos como modelos internos de trabajo) llegan a dominar el comportamiento de los individuos con trastornos de personalidad en las relaciones íntimas emocionalmente cargadas, y en cualquier situación interpersonal que active representaciones de relación derivadas de las relaciones de apego primarias. Estos individuos pueden encontrarse en desventaja porque: a) sus cuidadores no facilitaron la capacidad de mentalización dentro de una relación de apego seguro (vulnerabilidad); b) han adquirido ulteriormente una falta de interés emocional para considerar la perspectiva de los demás que son hostiles además de no reflexivos (trauma); c) las relaciones subsecuentes se ven amenazadas por la falta de un modelo que haga atribuciones sobre el estado mental en el trauma original y en las experiencias ulteriores (falta de resistencia); d) pueden repartir de forma no balanceada los recursos mentalizantes entre sus mundos interno y externo, volviéndose hipervigilantes hacia los otros pero sin aprehender sus propios estados (adaptación no balanceada).

¿Por qué las interacciones cargadas emocionalmente podrían desencadenar una “regresión” a un pensamiento no mentalístico? Schuengel y colaboradores (Schuengel, 1997) han proporcionado recientemente evidencias sobre la hipótesis de Main y Hesse que los cuidadores de infantes desorganizados frecuentemente responden al malestar del infante con un comportamiento ya sea asustadizo o atemorizante. Es como si la expresión emocional del infante desencadenara un fallo temporal en el cuidador para percibir al infante como una persona intencional. El infante llega a percibir su propia excitación como una señal de peligro de abandono. No deberíamos pues sorprendernos de que la activación emocional en estos infantes pueda convertirse en un desencadenante del funcionamiento teleológico no mentalizante; despierta una imagen del progenitor que abandona al infante en un estado de ansiedad o rabia al que el infante reacciona con una respuesta disociativa complementaria.

Apego desorganizado y trastorno de personalidad

Hasta ahora hemos estado delimitando la implicación principal de este modelo. Hemos sugerido que la función reflexiva y su contexto de apego son la base de la organización del self. La internalización de la imagen que el cuidador/a tiene del infante como de un ser intencional es capital. La representación emergente del self del infante quedará trazada en lo que podría llamarse "self constitucional" o primario (la experiencia del infante de un estado del self real, el self como es). En caso de malos tratos, la representación no se corresponderá con la experiencia primaria del infante. La intencionalidad hostil del cuidador excluye una imagen del self tan coherente. La experiencia interna no encuentra la comprensión externa, permanece sin nombrar, confusa, y el afecto no contenido genera más desregulación.

Existe una presión abrumadora sobre el infante para que desarrolle una representación de los estados internos. Como hemos visto, dentro del sistema de apego bio-psico-social el infante busca aspectos del medio relacionados de manera contingente con las expresiones de su self. Winnicott (1967, p.33) nos advertía que ante la falla para encontrar su estado actual especularizado por el otro, es probable que el infante internalice el estado actual de su madre como parte de su propia estructura del self. El infante incorpora en su estructura del self naciente una representación del otro (Fonagy & Target, 1995). Cuando se ve confrontado con un cuidador asustado o atemorizante, el infante incluye como parte de sí mismo el sentimiento de su madre de ira, odio o miedo, y la imagen de sí mismo como atemorizante o inmanejable. Esta dolorosa imagen debe entonces externalizarse para que el infante adquiera una autorrepresentación coherente y soportable. El comportamiento de apego desorganizado del infante, y sus secuelas, interacciones controladoras y mandonas con el progenitor, deben ser entendidas como un intento rudimentario para hacer desaparecer los aspectos inaceptables de la autorrepresentación. Los intentos posteriores de manipular el comportamiento de los otros permiten la externalización de partes del self y limitan una mayor intrusión de estos otros en la autorrepresentación. Este núcleo disociado del self es una ausencia, más que un genuino contenido psíquico. Refleja una brecha en los límites del self, creando una apertura para la colonización por los estados mentales de otras figuras de apego importantes. Desastrosamente, en el caso de algunos infantes maltratados en fases posteriores del desarrollo, ese otro no será un otro neutral sino un torturador. Una vez internalizada y alojada dentro de la autorrepresentación, esta representación "ajena" tendrá que ser expelida no sólo porque no coincide con el self constitucional sino, también, porque es persecutoria. Las consecuencias para las relaciones interpersonales y para la regulación del afecto son entonces desastrosas (Carlsson & Sroufe, 1995).

Esta es, creemos, la esencia del apego de tipo desorganizado. La investigación muestra que el comportamiento desorientado y desorganizado es reemplazado gradualmente, a lo largo de los cinco primeros años de vida, por frágiles estrategias conductuales que buscan controlar al progenitor, bien por medio de actos punitivos o de una conducta de cuidar al otro que es inapropiada para la edad (Cassidy & Marvin, 1992; Main & Cassidy, 1988). Existen evidencias independientes que muestran que los padres de estos infantes sienten que el infante toma el control de la relación y, consecuentemente, se sienten progresivamente más inmovilizados, indefensos y que fracasan a la hora de proveer cuidados (George & Solomon, 1996; Solomon & George, 1996). Las descripciones de las madres de niños desorganizados son con frecuencia muy notables: ellas ven al infante como una réplica de sí mismas y se sienten como fusionándose con el infante. Suponemos que estas experiencias se explican por la externalización por el infante de aspectos de su autorrepresentación que se relacionan no con la internalización de la representación materna del self sino con la representación de la madre dentro del self. La tendencia en estos niños a mostrar precozmente conductas de cuidado (West & George, en prensa) es, asimismo, consistente con la idea que la representación de la madre es internalizada dentro del self.

La externalización de la imagen de la madre desde dentro de la autorrepresentación sirve a la función de adquirir una autorrepresentación coherente. Tal externalización sólo puede ser adquirida satisfactoriamente si se controla a la madre suficientemente como para ser un vehículo adecuado para que la autorrepresentación "ajena" sea experimentada como externa. Esta estrategia puede ser reforzada, durante la infancia, a medida que el comportamiento ofensivo o amenazante a menudo compele al adulto a retomar una posición de autoridad y así reactivar el propio sistema de cuidado del progenitor que éste había abandonado temporalmente (West & George, en prensa).

El mecanismo aquí descrito puede ser un ejemplo prototípico de la noción psicoanalítica de identificación proyectiva (Klein, 1946) o, más específicamente, lo que Elizabeth Spillius (Spillius, 1994) ha denominado "identificación proyectiva evocadora". Para decirlo de manera sencilla: el apego desorganizado se enraiza en un self desorganizado. El individuo, cuando está solo se siente inseguro y vulnerable por la proximidad de una representación torturadora y destructiva de la que no puede escapar porque es experimentada desde dentro del self en lugar de desde fuera del self. A menos que su relación permita la externalización, se siente casi literalmente en riesgo de desaparecer, de la fusión psicológica y de la disolución de todos los límites entre sí y el otro.

Sintomatología del trastorno de personalidad borderline

Revisemos brevemente algunos de los síntomas comunes en los estados borderline desde el punto de vista de este modelo.

1. El *sentido inestable del self* de muchos de estos pacientes es una consecuencia de la ausencia de capacidad reflexiva. Un sentido del self estable sólo puede ser ilusorio cuando el self "ajeno" es externalizado en el otro y controlado allí. El individuo es entonces un agente activo que toma el control, al margen de la fragilidad del self. El alto precio pagado es que al forzar al otro a comportarse como si fuera parte de su propia representación interna, el potencial para una relación "real" se pierde, y el paciente está preparando el camino para el abandono.

2. La *impulsividad* de estos pacientes puede ser debida asimismo a: a) falta de conciencia de sus estados emocionales asociada con la ausencia de una representación simbólica de los mismos, y b) la dominancia de estrategias físicas pre-mentalísticas centradas en la acción, particularmente en la relaciones amenazantes. En el modo teleológico no mentalístico, el comportamiento del otro se interpreta en términos de sus consecuencias observables, no como algo impulsado por el deseo. Sin embargo, sólo cuando la conducta es interpretada como intencional, uno puede concebir influirlo a partir de modificar el estado mental del otro. Hablar de ello tiene sentido si el comportamiento del otro se explica a partir de deseos y creencias. Si, por el contrario, se interpreta únicamente según las consecuencias observables, se establece un tipo de "indefensión mentalística aprendida". Obviamente el modo de intervención será la acción física. Esta puede incluir palabras, que suenan como un intento de cambiar las intenciones de la otra persona, pero que son de hecho intimidación, esfuerzos para forzar a la otra persona a un curso de acción diferente. Sólo se ve un estado final en la realidad física. Esto puede representarse en términos del cuerpo de esa persona. El paciente puede amenazar físicamente, golpear, dañar o incluso matar; alternativamente puede provocar, excitar o incluso seducir.

Estos pacientes aportan numerosos recuerdos de haber sido tratados de este modo. Un joven confesó a su padre que había roto accidentalmente una lámpara. El padre le tranquilizó diciéndole que no pasaba nada ya que no lo había hecho a propósito. Más tarde el padre vio que la lámpara rota era su favorita y golpeó a su hijo tan fuertemente que le rompió el brazo cuando este lo alzó para protegerse. En estos ejemplos, la mente del padre está trabajando de acuerdo a un modo no mentalizante (teleológico). La acción del padre está dirigida por lo que el infante ha hecho (resultado observable) y no por la intención que éste tuvo (estado mental).

3. La *inestabilidad emocional* y la *irritabilidad* requieren que pensemos sobre la representación de la realidad en los pacientes borderline. La ausencia de mentalización reduce la complejidad de esta representación; sólo es posible una versión de la realidad, no pueden existir falsas creencias (Fonagy & Target, 1996) (N.T. falsas creencias se refiere a que cuando el sujeto es guiado por una actitud mentalizante considera que lo que hace el otro, aun cuando sea inadecuado con respecto a la realidad o para nosotros, depende de un sistema de creencias del cual la falsa creencia es su consecuencia). Si la conducta del otro y el conocimiento de la realidad no encajan, normalmente intentamos comprender la conducta del otro en términos mentalizantes. Por ejemplo, "Confundió mi billete de 20\$ por uno de 10\$ (falsa creencia). Esa es la razón por la que me devolvió 5\$ de cambio". Si esta y otras posibilidades no se le ocurren a uno rápidamente, y las alternativas no pueden ser comparadas fácilmente, se acepta una construcción ultrasimplificada de forma acrítica: "¡Me estaba estafando!". Este hecho lleva con frecuencia, especialmente en individuos que tuvieron un cuidado no-reflexivo, coercitivo, a construcciones paranoides sobre el estado desiderativo del otro.

La mentalización actúa como un amortiguador: cuando la conducta de los otros es inesperada, esta función amortiguadora permite al individuo crear hipótesis auxiliares sobre creencias que previenen conclusiones automáticas sobre intenciones maliciosas. Una vez más, vemos el individuo traumatizado con una desventaja doble. Los modelos internos activos ("modelos internos de trabajo") basados en el abuso suponen que la malevolencia es lo más probable. Independientemente, ser incapaz de generar hipótesis alternativas, particularmente en situaciones de estrés, hace que la experiencia de peligro sea aún más convincente. Normalmente, el acceso al amortiguador que significa la actitud mentalizante permite a uno jugar con la realidad (Target & Fonagy, 1996). Se sabe que la comprensión es falible. Pero si sólo existe una forma de ver las cosas, el intento por una tercera parte, como el del terapeuta, de persuadir al paciente que está equivocado puede ser percibido como un intento de enloquecerlo.

Los esquemas interpersonales son notablemente rígidos en los pacientes borderline porque no pueden imaginar que el otro pudiera tener una construcción de la realidad diferente de la que ellos experimentan como convincentes. En la actitud teleológica, la vida es simple: el individuo ve el resultado de la acción, y

esto es visto como su explicación. Una comprensión más profunda requeriría reconocer motivaciones y creencias subyacentes alternativas que dieran cuenta de la conducta observada.

4. Sólo unas palabras sobre el *suicidio*. Los clínicos están familiarizados con el enorme temor de abandono físico en los pacientes borderline. Esto, quizás más que ningún otro aspecto, alerta a los clínicos sobre los modelos de apego desorganizado con los que tales pacientes son forzados a vivir. Cuando se necesita al otro para la propia coherencia, el abandono significa la reinternalización de la intolerable autoimagen "ajena", y la consecuente destrucción del self. El suicidio representa la destrucción fantaseada de este otro "ajeno" dentro del self. Los intentos de suicidio se buscan a menudo para evitar la posibilidad de abandono; parecen un último intento forzado de restablecer una relación. La experiencia del infante puede haber sido que sólo algo extremo consiguió producir cambios en la conducta del adulto, y que sus cuidadores emplearon medidas coercitivas similares para influenciar su propio comportamiento.

Mientras el suicidio y la autoagresión son manifestaciones frecuentes del apego desorganizado en mujeres, en los hombres con patología similar es más común la violencia contra otras personas. Una persona así sólo puede mantener una relación si esta le capacita para externalizar las partes "ajenas" del self. La relación que los hombres violentos se ven forzados a establecer es una en la que el otro significativo puede actuar como un vehículo para los estados del self intolerables. Ellos controlan su relación a través de una cruda manipulación para engendrar la autoimagen que intentan desesperadamente olvidar. Recurren a veces a la violencia cuando la existencia mental independiente del otro amenaza este proceso de externalización. En estas ocasiones, se adopta una acción radical y dramática porque el individuo está aterrorizado por la posibilidad que la coherencia del self adquirida a través del control y la manipulación será destruida por el retorno de lo que ha sido externalizado.

El acto violento en estos momentos tiene una función doble. Primero, recrear y re-experimentar el self "ajeno" dentro del otro y, segundo, destruirlo en la creencia inconsciente que será destruido para siempre. Al percibir el terror en los ojos de su víctima, son reasegurados de nuevo y la relación recupera su importancia máxima donde esta externalización es posible e indudablemente absoluta. Permítaseme concluir considerando con algún detalle la presentación clínica de los hombres implicados en el abuso de sus parejas en términos del marco teórico propuesto, basada tanto en las descripciones clínicas disponibles y en nuestras propias entrevistas con hombres cuya violencia fue suficientemente extrema como para ser encarcelados.

5. La *escisión*, la representación parcial del otro (o del self) es un obstáculo común para la adecuada comunicación con este tipo de pacientes. Comprender al otro en términos mentales requiere inicialmente integrar las intenciones asumidas de manera coherente. Lo desesperado de esta tarea ante las actitudes contradictorias de un abusador es una de las causas del déficit de mentalización. La solución emergente para el infante, dado lo imperativo de alcanzar representaciones coherentes, es escindir la representación del otro en diversos subconjuntos coherentes de intenciones (Gergely, 1997), primariamente una identidad idealizada y una persecutoria. El individuo encuentra imposible emplear ambas representaciones simultáneamente. La escisión posibilita al individuo crear imágenes mentalizadas de otros pero que son inexactas, ultrasimplificadas y sólo permiten una ilusión de un intercambio interpersonal mentalizado.

6. Otra experiencia común de estos pacientes es el *sentimiento de vacío* que acompaña gran parte de sus vidas. El vacío es una consecuencia directa de la ausencia de representaciones secundarias de los estados del self, ciertamente a nivel consciente, y de la superficialidad con la que se experimentan a los demás y sus relaciones. El abandono de la mentalización crea un profundo sentimiento de aislamiento. Para experimentar el estar con otra persona tiene que haber una mente; para sentir la continuidad entre el pasado y el presente, la conexión es proporcionada por los estados mentales; el vacío y, en extremo, la disociación es la mejor descripción que tales individuos pueden dar de la ausencia de sentido que crea el fallo de la mentalización.

Algunas matizaciones al modelo propuesto

Quizás en este punto es conveniente hacer algunas matizaciones. Primero, las anomalías en la crianza representan sólo uno de los caminos que conducen a la dificultades con la mentalización. Es probable que también la vulnerabilidad biológica, así como los déficits de atención, limiten las oportunidades del infante para desarrollar la capacidad reflexiva. Debemos tener presente que, como en la mayor parte de los aspectos del desarrollo, existe un sutil proceso causal bidireccional inherente a dicha vulnerabilidad biológica. La vulnerabilidad provoca situaciones de conflicto interpersonal además de introducir limitaciones en las capacidades del infante. Así pues los factores biológicos pueden limitar el potencial de mentalización pero también pueden actuar generando entornos donde es improbable que la mentalización se establezca de manera plena.

Segundo, muchos de los que trabajamos con pacientes borderline reconoceríamos sin dudarlos, en ocasiones, aparente sensibilidad aguda para los estados mentales, ciertamente para los propósitos de control y manipulación. La solución probable a este enigma es que los pacientes con trastornos de personalidad severos desarrollan un cierto nivel de habilidades inconscientes para la interpretación de estados mentales. Clements y Perner (1994) muestran que los infantes de menos de tres años tienen una comprensión intuitiva de las falsas creencias que no pueden comunicar verbalmente pero que sí pueden demostrar en sus reacciones no-verbales, como los movimientos oculares. Resulta concebible que, en una etapa en la que se empiezan a desarrollar dichas habilidades inconscientes para la interpretación de estados mentales, las implicaciones de los intentos del infante para inferir las intenciones que impulsan las reacciones de sus cuidadores sean tan negativas que se vean forzados a caer de nuevo en la estrategia de influenciar al otro a través de la acción en lugar de a través de las palabras. Sin embargo, conservan el acceso, a nivel inconsciente, a los estados mentales aunque repudian la conciencia de ello. El paciente borderline no es "ciego a lo mental", diríamos más bien que no es "consciente de lo mental". Toman en cuenta algunos aspectos que influyen en el sistema conductual pero estos no afloran en términos de inferencias conscientes.

Tercero, no todos los padres de individuos con problemas en la mentalización son borderline. Algunos, al menos en nuestra experiencia, son individuos altamente reflexivos que tienen, sin embargo, problemas significativos relacionados con sus hijos y, a veces, con un hijo en concreto. La falta de sensibilidad a los estados intencionales no es una variable global que afecta a todas las situaciones. Debe ser evaluada en el contexto de una relación infante-cuidador específica. En otras palabras, está en relación con la representación que el cuidador tiene de la mentalización específica del infante (Slade, Belsky, Aber & Phelps, en prensa).

Psicoterapia y mentalización

La psicoterapia, cualquiera que sea su forma, trata de la reactivación de la mentalización. Tanto si miramos al protocolo de terapia dialéctica de comportamiento de Marcia Linehan (Linehan, 1993), a las recomendaciones de John Clarkin y Otto Kernberg para la psicoterapia psicoanalítica (Kernberg & Clarkin, 1993), o a la terapia cognitivo-analítica de Anthony Ryle (Ryle, 1997), todos: (1) intentan establecer una relación de apego con el paciente; (2) intentan utilizarla para crear un contexto interpersonal donde la comprensión de los estados mentales se convierta en un foco; (3) intentan (principalmente de forma implícita) recrear una situación donde se reconoce al self como intencional y real para el terapeuta y que este reconocimiento sea claramente percibido por el paciente.

Permítanme extenderme sobre este modelo. Creo que el núcleo de la terapia psicológica con pacientes con trastorno de personalidad severo es la facilitación de los procesos reflexivos. El terapeuta debe ayudar al paciente a comprender y poner nombre a los estados emocionales con la mirada puesta en el fortalecimiento del sistema representacional secundario. A menudo esto se consigue no sólo con las interpretaciones de los cambios en la actitud emocional del paciente momento a momento, sino focalizando la atención del paciente sobre la experiencia del terapeuta. El paciente viene a consulta con un aspecto tímido. El terapeuta dice: "Ud. me ve como amenazante". El terapeuta evita describir estados mentales complejos, raramente se refiere a los conflictos del paciente, o su ambivalencia (consciente o inconsciente). Recuerdo vivamente mi primera experiencia analítica con un paciente borderline. En una fase temprana de su análisis, tras una discusión sobre sus ansiedades relacionadas con la competitividad, sugerí que éstas podrían estar vinculadas con conflictos no resueltos sobre su competencia sexual con su padre cuando era un niño (aún me avergüenzo de mi nivel de ingenuidad). Él parecía pensativo sobre mi interpretación y regresó orgullosamente al día siguiente con el relato de un sueño en el que luchaba con su padre; él tenía un cuchillo y tras un forcejeo se las arregló para cortar el pene a su padre y lo blandía victorioso, recordando a la Estatua de la Libertad. Para entonces tuve la capacidad de hacer una interpretación más correcta acerca de que la ansiedad del día anterior se refería a su sentimiento de estar en competencia conmigo y que, en ese momento (sintiendo que yo había fracasado en ver eso) se podía permitir sentirse triunfante. Aunque redujeron su ansiedad momentáneamente, estas y otras interpretaciones tuvieron un escaso impacto en su forma de ver las cosas. El cambio se genera en estos pacientes con interpretaciones breves, específicas. Raramente puede manejarse adecuadamente la destructividad inevitable en relación con la empresa terapéutica de estos pacientes por medio de la confrontación o de la interpretación de su intención agresiva. Si dichos ataques son vistos como autoprotección, la interpretación útil es a menudo la dirigida a los antecedentes emocionales de las actuaciones ("enactments"), emociones que causan confusión y desorganización. (Para una mejor comprensión del término enactment, ver "A propósito del concepto de enactment", de Enrique Moreno, en este mismo número de "Aperturas Psicoanalíticas").

Como hemos visto, las lagunas en la mentalización generan impulsividad y la intensificación que supone la relación terapeuta destaca a menudo las dificultades del paciente para crear una distancia entre la realidad externa y la interna. La tarea del terapeuta es de alguna manera similar a la de los padres que crearon un

marco para un juego simulado – sólo que en este caso son pensamientos y sentimientos lo que tiene que hacerse accesible por medio de la creación de un área transicional de ese tipo. El terapeuta tiene que habituarse a trabajar con los precursores de la mentalización. El objetivo es la transformación de modelos teleológicos en modelos intencionales. La integración o el intento de aproximar el modo de funcionamiento disociado y simulado del paciente donde nada parece real (ciertamente no las palabras o las ideas) con momentos donde las palabras y las ideas portan una potencia y destructividad increíbles puede parecer una tarea abrumadora. Sin embargo, sólo siendo capaces de pasar a formar parte del mundo simulado del paciente, intentando convertirlo en real mientras que, a la vez, evitamos enredarnos en hacer iguales a los pensamientos con la realidad, entonces el progreso se convierte en concebible.

¿Debe el terapeuta psicoanalítico trabajar en la transferencia con los pacientes borderline? La respuesta es No y Sí. No, en el sentido que señalar la transferencia de patrones de relación precoces en las relaciones actuales, aunque siempre está presente, raramente resulta de utilidad. Sin mentalización, la transferencia no es un desplazamiento, sino que se experimenta como real. El terapeuta es el abusador – no como si lo fuera. Cuando se hacen interpretaciones transferenciales de ese tipo, el paciente es a menudo arrojado a un mundo simulado y, gradualmente, paciente y terapeuta pueden elaborar un mundo que, aunque detallado y complejo, tiene poco contacto experiencial con la realidad. Así, una línea más productiva es el reconocimiento simple del afecto en el aquí y ahora, a la vez que se transmite con las palabras, el tono y la postura, que el terapeuta es capaz de hacer frente al estado emocional del paciente. Sí trabajar en la transferencia en cuanto que la transferencia, usando el término en su sentido más abarcativo, es útil como una demostración concreta de perspectivas alternativas. El contraste entre la percepción del paciente de cómo es imaginado el terapeuta y cómo es en realidad puede ayudar a colocar entre comillas la experiencia transferencial.

El desafío más importante que surge en el tratamiento de pacientes borderline está relacionado con la externalización de los estados del self insoportables. Algunos terapeutas escinden la transferencia creando focos alternativos para los sentimientos del paciente – un farmacoterapeuta y un psicoterapeuta, terapia individual y de grupo. Otros intentan controlar los enactments (actuaciones) haciendo la terapia dependiente de un contrato. Algunas veces, nada de esto es posible, otras ni siquiera es suficiente. Encuentro que la modestia en mis miras es el instrumento más útil. No creo que el insight (la introspección) prevenga el enactment (actuación); mi meta es simplemente el fomento gradual de la mentalización. En consecuencia, raramente interpreto los enactments (actuaciones) sino que intento y abordo sus antecedentes y consecuencias. Soy igualmente permisivo con mi propia tendencia a actuar (enact) en la contratransferencia. Dentro del modelo con el que trabajo, tengo que aceptar convertirme en vehículo para la parte “ajena” dentro de su self para que el paciente permanezca en una proximidad mental. Si voy a serle de alguna utilidad, tengo que convertirme en lo que necesita de mí. Aunque por otra parte sé que si me convierto en esa persona no le seré de utilidad. Lo que intento conseguir es un estado de equilibrio entre las dos – permitiéndome hacer lo que se me requiere aunque intentando retener en mi mente una imagen del estado de su mente tan clara y coherente como sea capaz de alcanzar.

Entonces, ¿cuáles son los signos de una terapia exitosa con un individuo con características borderline severas? Aunque no creo que ninguna teoría, incluyendo la presente, llegue a acercarse a explicar totalmente los problemas del paciente, creo que es importante tener un abordaje teórico coherente. Estos pacientes requieren que seamos predecibles y nuestros modelos de ellos pueden entonces llegar a ser el núcleo de sus auto-representaciones. Es difícil mantener una imagen coherente y estable si el terapeuta cambia de abordaje teórico con frecuencia alarmante. La mentalización sólo puede adquirirse en el contexto de una relación de apego. Y esto significa que la terapia debe incorporar una base segura. Desde mi punto de vista, el apego es inseparable de un foco en el estado mental del otro. No puede haber vínculo sin comprensión, aunque si pueda existir comprensión sin vínculo. En mi experiencia, estos tratamientos siempre implican tiempo y sistematicidad durante períodos tan prolongados que a menudo son difíciles de mantener. El paciente está aterrizado por la cercanía mental contra la que lucha activamente, aun cuando la cercanía física parece ser su meta más importante. Mantener dicha proximidad bajo un ataque constante no es agradable ni es probable que pueda adquirirse a menos que uno deje en la puerta el propio narcisismo. Y un consejo final: nunca subestimar el grado de incapacidad del paciente. Es tan fácil, y relativamente cómodo, implicarse en el mundo representacional de estos pacientes a un nivel de complejidad del que en realidad ellos tienen una escasa apreciación. Son seducidos rápidamente por ese tipo de relaciones y aceptan tales complejidades dentro de un modo simulado, apartados dramáticamente de cualquier cosa que sientan como real. Tales terapias tienden a ser, en términos de Freud, duraderas pero tristemente inútiles a largo plazo.

Viñeta clínica

El Sr. S era un violento joven borderline de 27 años. Con frecuencia me gritaba y me chillaba, y yo me sentía asustado y frustrado a la vez que aturullado en su presencia. Había sido maltratado de forma severa durante

su infancia. Al principio sus asociaciones carecían de profundidad, resonancia y capacidad de evocación, y sus expresiones me dejaban con un sentido de vacío que gradualmente reconocí que era algo que él experimentaba.

A los dos meses de análisis trajo su primer sueño. Empezó la sesión describiendo con doloroso detalle su viaje desde la estación de metro, incluyendo comentarios sobre las casas, las barandillas, los agujeros en el pavimento. Observé que no había mencionado la gente que debía haber encontrado. Dije: "Creo que quiere que sepa lo duro que es para Ud. venir a verme". Él replicó que no tenía que ver con el esfuerzo sino que estaba cansado porque había tenido un mal sueño. El sueño era de un escritorio con muchos cajones. Pasó mucho tiempo encontrando la llave. Sabía que los cajones debían estar llenos, pero cada vez que abría uno estaba vacío. Se quedó en silencio durante un rato y entonces empezó a hablar acerca de detalles del edificio en el que estábamos que le habían impresionado: su tamaño, su grandiosidad, su número de habitaciones. Yo comenté: "Creo que está muy asustado de tener que buscar sus ideas y sentimientos aquí porque siente que sólo encontrará vacío". Respondió que había tanta gente en la estación intentando salir aquella tarde que temió que quizás no pudiera llegar a la sesión. Le dije que también estaba asustado por la cercanía conmigo porque podría reemplazar su vacío en un modo en que quizás le hiciera sentir confuso, asfixiado o atrapado. No respondió. Sentí que realmente no había entendido lo que yo tenía en mente.

Ahora tiendo a pensar en los sueños de los pacientes borderline como intentos rudimentarios de reflexión en individuos que han negado parcialmente esta capacidad, así pues como una ventana única a su mundo mental. Este sueño deja claro que el Sr. S estaba representando su desesperación sobre el vacío que él experimentaba como su mente. Sentía que los cajones deberían haber estado llenos; se sentía presionado por mí a traer ideas, representado en la presión de la gente al salir de la estación, pero era incapaz de extraerlas de su mente. Estaba impresionado con todas las ideas que yo le exponía pero tenía una grandiosidad falsa: estaba impresionado meramente por su número o su aparición, no por su contenido. Mis afirmaciones eran sentidas por él como vacías.

Otro sueño de este análisis puede ayudar a ilustrar el progreso que es posible alcanzar incluso con alguien tan severamente incapacitado como el Sr. S. Durante dos años había trabajado duramente con él no en descubrir conflictos profundos, no en proporcionarle insights (introspecciones) sutiles, sino de manera más simple, explorando los desencadenantes de los sentimientos, identificando pequeños cambios en sus estados mentales, señalando nuestras diferencias en la percepción de los mismos hechos, y colocando el afecto en la cadena causal de la experiencia mental presente. Asimismo empujé al Sr. S a concentrarse en mi estado mental mientras luchaba por reflejar y comprender los, con frecuencia, dramáticos giros y variaciones de sus percepciones y sus emociones.

En una sesión habló de sus padres escudriñándole a él desde el pasado, lo que le ligaba a una imagen de dos conjuntos de ojos rojos mirándoles fijamente desde la oscuridad. Al final de la sesión tuve que pedirle un par de pequeños cambios en las horas de sus sesiones en las dos semanas siguientes. En la siguiente sesión, rechazó tumbarse en el diván. Tras un silencio, recordó dos fragmentos de sueños. Uno era acerca de un león que, para su sorpresa, él mantenía en casa. El otro, más perturbador, era sobre un hombre que aparentemente había sido ejecutado por alguien que había cogido dos pequeñas bolas rojas de su bolsillo, como si fuera a darle cambio a alguien, y había aplastado la cabeza del otro con ellas. El ejecutor le recordaba a su padre y el león a un juguete que tenía de niño y al que había sometido a un "terrible abuso". Recordaba que su melena había desaparecido completamente. Dije que deseaba que supiera que los cambios que yo había calificado de pequeños habían tenido un efecto devastador en él y que si yo, como el león, hubiera sufrido abusos terribles sabría cómo se sentía. Esto le ayudaría a enfrentarse con su sentimiento de no importar.

Sentí su vergüenza y su rabia. Más tarde él expresó que el león había sido un regalo de su padre, y que sus ojos habían sido rojos, pero que faltaban en el sueño. Refiriéndome a los ojos rojos de la sesión previa, sugerí que él sentía que uno de nosotros podría ser asesinado si nos forzaban a ver las cosas desde el punto de vista del otro. Entre lágrimas recordó que cuando tenía seis años su padre, tras un período fuera, al ver el león que él le había regalado sucio y dañado le pegó una paliza tremenda. Recordaba a su padre gritándole: "Meteré a golpes algo de sentido en tu cabeza. Ahora puedes ver cómo siente." Yo dije: "Creo que le asusta que yo le meta a golpes mis locas ideas. Si Ud. intenta ver las cosas desde mi punto de vista podría volverse loco". Él se levantó de golpe y se tumbó en el diván. Había silencio pero también una experiencia mutua de comunicación. [Él dijo posteriormente que no imaginaba que el venir al análisis fuera a hacerle sentirse feliz alguna vez, pero que sí que sentía que tenía más espacio].

Conclusión

En conclusión, ¿cuál es la naturaleza de la cura con este tipo de pacientes? Al final, la actitud mentalística y elaborativa del terapeuta posibilita al paciente encontrarse a sí mismo en la mente del terapeuta como un ser que piensa y siente, e integrar esta imagen como parte de su sentido de sí mismo. Existe una transformación gradual entre un modo no reflexivo de experimentar el mundo interno que fuerza la ecuación (igualdad) entre mundo interno y externo a otro donde el mundo interno es tratado con mayor circunspección y respeto, separado y cualitativamente diferente de la realidad física. Incluso si el trabajo tuviera que detenerse en este punto, se habría conseguido mucho en términos de hacer comprensible, significativa y predecible la conducta. La internalización de la preocupación del terapeuta por los estados mentales facilita la capacidad del paciente para una preocupación similar hacia su propia experiencia. El respeto por la mente genera respeto por el self, respeto por los demás y, en último término, respeto por la comunidad humana. Es este respeto el que dirige y organiza el empeño terapéutico y el que expresa con máxima claridad nuestra herencia psicológica.

Bibliografía

Alessandri, S. M. (1992). Mother-child interactional correlates of maltreated and nonmaltreated children's play behavior. *Development and Psychopathology*, 4, 257-270.

Astington, J. (1996). What is theoretical about the child's theory of mind?: a Vygotskian view of its development. In P. Carruthers & P. K. Smith (Eds.), *Theories of theories of mind* (pp. 184-199). Cambridge: Cambridge University Press.

Barach, P. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation Progress in the Dissociative Disorders*, 4, 117-123.

Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-30.

Benjamin, L., & Benjamin, R. (1994). Application of contextual therapy to the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation Progress in the Dissociative Disorders*, 7, 12-22.

Carlsson, E., & Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Vol. 1: Theory and Methods (pp. 581-617). New York: Wiley.

Cassidy, J., & Marvin, R. S. (1992). Attachment organization in preschool children: Coding guidelines. Seattle: MacArthur Working Group on Attachment - Unpublished Coding Manual.

Clements, W. A., & Perner, J. (1994). Implicit understanding of belief. *Cognitive Development*, 9, 377-395.

Fischer, K. W., Kenny, S. L., & Pipp, S. L. (1990). How cognitive processes and environmental conditions organize discontinuities in the development of abstractions. In C. N. Alexander, E. J. Langer, & R. M. Oetzel (Eds.), *Higher stages of development* (pp. 162-187). New York: Oxford University Press.

Fisher, L., Ames, E. W., Chisholm, K., & Savoie, L. (1997). Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 67-82.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

Fonagy, P., & Target, M. (1995). Towards understanding violence: The use of the body and the role of the father. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 487-502.

Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.

Frith, C. (1996). Neuropsychology of schizophrenia. What are the implications of intellectual and experiential

abnormalities for the neurobiology of schizophrenia? In E. C. Johnstone (Ed.), Biological Psychiatry . London, England: Royal Society of Medicine Press Limited.

George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. In C. George & J. Solomon (Eds.), Defining the Caregiving System (Infant Mental Health Journal, Volume 17) . New York: John Wiley.

Gergely, G. (1997). Margaret Mahler's developmental theory reconsidered in the light of current empirical research on infant development. Paper presented at the Mahler Centennial Conference, Sopron, Hungary.

Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1993). Developing a disorder-specific manual: The treatment of borderline character disorder. In L. L. N.E.Miller, J.P.Barber & J.P.Docherty (Eds.), Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice (pp. 227-246). New York: Basic Books.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In M. Klein, P. Heimann, S. Issacs, & J. Riviere (Eds.), Developments in psychoanalysis (pp. 292-320). London: Hogarth Press.

Levinson, A., & Fonagy, P. (submitted). Attachment classification in prisoners and psychiatric patients. .

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford.

Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. Developmental Psychology, 24, 415-426.

Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. Developmental Psychopathology, 6, 375-388.

Perry, B. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the "cycle of violence". In J. Osofsky (Ed.), Children in a Violent Society (pp. 124-149). New York, N.Y.: Guilford Press.

Ryle, A. (1997). Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The Model and the Method. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. Child Development, 55, 648-658.

Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-image in maltreated and non-maltreated toddlers. Developmental Psychology, 27, 481-488.

Schuengel, C. (1997). Attachment, Loss, and Maternal Behavior: A Study on Intergenerational Transmission. Leiden, The Netherlands: University of Leiden Press.

Shachnow, J., Clarkin, J., DiPalma, C. S., Thurston, F., Hull, J., & Shearin, E. (1997). Biparental psychopathology and borderline personality disorder. Psychiatry, 60, 171-181.

Slade, A., Belsky, J., Aber, L., & Phelps, J. L. (in press). Maternal Representations of their toddlers: Links to adult attachment and observed mothering. Developmental Psychology.

Solomon, J., & George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. In C. George & J. Solomon (Eds.), Defining the Caregiving System (Infant Mental Health Journal, Volume 17) . New York: John Wiley.

Spangler, G., & Grossman, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. Child Development, 64, 1439-1450.

Spillius, E. B. (1994). Developments in Kleinian thought: Overview and personal view. Psychoanalytic Inquiry, 14, 324-364.

Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. International Journal of Psycho-Analysis, 77, 459-479.

West, M., & George, C. (in press). Abuse and violence in intimate adult relationships: New perspectives from attachment theory. In D. G. Dutton (Ed.), Treatment of Assaultiveness . New York: Guilford.

Winnicott, D. W. (1967). Mirror-role of the mother and family in child development. In P. Lomas (Ed.), The Predicament of the Family: A Psycho-Analytical Symposium (pp. 26-33). London: Hogarth.

*** Copyright: Peter Fonagy, PhD, FBA
Freud Memorial Professor of Psychoanalysis, UCL
Director of Research, The Anna Freud Centre
Co-ordinating Director, Child and Family Center and Center for Outcomes Research and Effectiveness, Menninger Foundation**

Dirección:

**Sub-Department of Clinical Health Psychology
University College London
Gower Street
London WC1E 6BT**

E-mail: p.fonagy@ucl.ac.uk