



Marisol Filgueira Bouza

O Casal 32A Sésamo. 15189 Culleredo (A Coruña).

Tf. 610088585

marisol.filgueira@wanadoo.es

ma.soledad.filgueira.bouza@sergas.es

Doctora en Psicología (Universidad Autónoma de Madrid), Especialista en Psicología Clínica, Psicoterapeuta (FEAP), Psicodramatista (Instituto Moreno <Academy of Psychodrama> Beacon NY, ITGP-Madrid, AEP), Terapeuta Familiar (Universidad de Santiago de Compostela, ATFMG).

Fundadora, Directora, Supervisora y Profesora Estable del Instituto de Instituto Galego de Psicoterapia <https://institutogalegodepsicoterapia.wordpress.com/psicoterapiagalicia@gmail.com> (escuela de formación y supervisión en psicoterapia de grupo, psicodrama y terapia familiar, fundada en 1986, antes Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama en Galicia ITGP-G).

Supervisora Clínica y Docente (AEP, FEAP, ATFMG, FEATE, RENOSUR Psicodrama).

Tutora y Supervisora de Practicum y PIR.

Miembro de la Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM-AEN).

Ex-Presidenta, Ex-Vicepresidenta y Ex-Vocal de Formación de la Asociación Española de Psicodrama (AEP). Asesora de la Comisión de Formación de la AEP.

Coordinadora del Manual de Formación de la AEP.

Traductora de Textos (inglés, francés) e Intérprete de Conferencias (inglés).

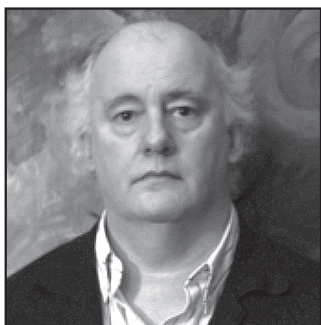
Amplia experiencia docente, publicaciones e investigación en las áreas de capacitación.

Facultativo Especialista de Área, Psicólogos Clínicos, Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Hospital Psiquiátrico Dr. Cabaleiro Goás. Toén (Orense), 1986-1994.

Unidad de Salud Mental El Ventorrillo (1995). USM Carballo (1995-1996). USM Cambre (desde 2011, actualmente). A Coruña.

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Marítimo de Oza (1996-2011). A Coruña.

Hospital de Día: Programa de Trastorno Mental Grave, Subprogramas de Tratamiento Asertivo Comunitario, Trauma y Disociación. Hospital Marítimo de Oza (desde 2011, actualmente). A Coruña.



Carlos Mirapeix Costas

Plaza del Cuadro 3, 3º B y C. 39004 Santander. Cantabria. Tfno: 942 22 33 01 / 606 622 036

www.fundipp.org
c.mirapeix@fundipp.org

Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad de Cantabria), Médico especialista en Psiquiatría.

Psicodramatista (Formación como Psicodramatista y Psicoterapeuta de grupo con Daniel Valiente en el Centro Psicoanalítico de Madrid y en el "Intensive International Training Program in Clinical Psychodrama", desarrollado en: Suecia, Holanda, Suiza, Irlanda y Bélgica. Con Doreen M. Elefthery (Certified trainer of the American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama).

Psicoanalista (Member of The International Federation of Psychoanalytic Societies).

Psicoterapeuta Cognitivo-Analítico formado en el Cognitive-Analytic Therapy training program, Munro Clinic, Guy's Hospital. London. England.

Member of the Advisory Board of the Society for Exploration of Psychotherapy Integration (S.E.P.I.) USA

Ex-Director de la Unidad de Trastornos de la Personalidad, (Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria).

Director y Presidente del Patronato de la Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad.

Su actividad docente se concentra en la Formación:

Profesor de Psicoterapia en varios Máster de post-grado (Universidades de Alcalá de Henares, Barcelona, Deusto y Roma)

Co- Director del curso de Especialista Universitario en Psicoterapia integrada en TP'S (Universidad de Deusto).

Sus publicaciones tratan principalmente de Psicoterapia Integrada y Trastornos de la personalidad.

Introdujo en España la psicoterapia cognitivo analítica y ha desarrollado un modelo integrado de tratamiento de los trastornos de la personalidad, junto con un proyecto de formación para psiquiatras y psicólogos.

Director de programas de Formación en Psicoterapia Cognitivo Analítica.

Puso en marcha en Cantabria la primera unidad española de tratamiento ambulatorio intensivo de trastornos graves de la personalidad.

Ex Tesorero y miembro de la Asociación Española de Psicodrama.

Ex Presidente y miembro de la Escuela Española de Psicoterapia.

Ex profesor asociado de Psiquiatría Clínica, (Universidad de Cantabria)

Presidente de Honor de la Asociación de Psicoterapia Cognitivo Analítica de España (APCAE).

Variaciones del psicodrama y función reflexiva

Filgueira Bouza, MS (*) y Mirapeix Costas, C (**)

RESUMEN:

La idea central de este artículo es referirnos a un perfil de pacientes o patologías (trauma grave, disociación, TLP, somatización...) que conllevan una baja capacidad de función reflexiva (auto-observación, mentalización), para quienes la intervención debe focalizar los procesos de construcción del pensamiento en los estados mentales en el momento de la interacción y no tanto la reconstrucción histórica de la vida del sujeto. Pretendemos señalar los riesgos y las ventajas de las técnicas activas en este ámbito y proponer técnicas activas específicas que pueden mejorar los resultados en el tratamiento de dichas patologías por el incremento de la función reflexiva.

PALABRAS CLAVE: psicodrama, identidad, self, rol, mentalización, catarsis, regulación, grupo, individuo.

ABSTRACT:

The core idea of this paper is to approach a profile of patients or pathologies (severe trauma, dissociation, BPD, somatization...) presenting a low ability of reflective function (self-observation, mentalization), for whom the intervention must focus the processes of thought construction in the mental states during interaction, rather than the historical reconstruction of personal life. We try to point out the risks and advantages of the action techniques in this field and propose specific action techniques that may improve the outcomes in the treatment of such pathologies by means of the increase of the reflective function.

KEY WORDS: psychodrama, identity, self, role, mentalization, catharsis, regulation, group, individual.

I.	Introducción
II.	Reflexiones teóricas
III.	Aspectos técnicos
IV.	Conclusiones y recomendaciones
	Bibliografía

(*) **Filgueira Bouza, MS.** Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Psicodramatista, Terapeuta Familiar. Directora del Instituto Galego de Psicoterapia. Programa de Trastorno Mental Grave, Hospital Marítimo de Oza. A Coruña.
<https://institutogalegodepsicoterapia.wordpress.com/> psicoterapiagalicia@gmail.com
marisol.filgueira@wanadoo.es

(**) **Mirapeix Costas, C.** Psiquiatra, Psicoanalista, Psicodramatista, Psicoterapeuta Cognitivo-Analítico. Director de la Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad (FUNDIPP). Santander.
<http://fundipp.org/> c.mirapeix@fundipp.org

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día no hay una teoría única y cerrada del ser humano y, por ende, de la psicopatología y su tratamiento. Las aproximaciones integradoras son las que parecen las más razonables, recientemente sustentadas por los teóricos más relevantes en el campo de los trastornos complejos, como son los trastornos de la personalidad, el trauma y la disociación (Livesley 2016, Van der Hart 2008).

En diversos abordajes terapéuticos, se vienen utilizando las denominadas técnicas activas, muchas de ellas procedentes del psicodrama de J.L. Moreno. Algunos psicodramatistas (también terapeutas centrados en lo verbal) han hecho demasiada defensa de técnicas activas movilizadoras y generadoras de catarsis emocionales. Ahora sabemos que, para los pacientes que no tienen capacidad para procesar la información compleja desde el punto de vista cognitivo y emocional, hay intervenciones excesivamente cargadas emocionalmente que pueden resultar incluso iatrogénicas, tal y como han señalado los autores del modelo de psicoterapia de los trastornos de la personalidad basada en la mentalización (Bateman & Fonagy, 2006, 2007).

Además de iatrogénico, puede resultar simplemente ineficaz someter al paciente a un esfuerzo de implicación emocional y trabajo complejo a nivel cognitivo y de regulación emocional y conductual, sin que esté preparado para ello. Tenemos tres elementos conceptuales que nos ayudan a dirigir la práctica dentro de los márgenes que vamos a señalar. Por un lado, la función reflexiva, por otro la zona de desarrollo proximal (Vygotsky) y por otro la ventana de tolerancia emocional (Ogden).

Lilienfeld (2007) presenta una lista provisional de terapias potencialmente dañinas. En ella se señala el riesgo iatrogénico de los métodos catárticos, que consiste en la exacerbación de emociones dolorosas: la catarsis emocional, especialmente en ausencia de una reestructuración cognitiva constructiva de las situaciones conflictivas, suele tener el efecto-rebote de intensificar las emociones negativas a largo plazo.

En relación a este debate, Kellerman (2000) advierte sobre las precauciones específicas a tener en cuenta para el tratamiento psicodramático de pacientes con trauma grave. Dichas consideraciones, junto con las

recomendaciones para la adaptación de las técnicas psicodramáticas al tratamiento del trauma y la disociación, el debate sobre el riesgo de retraumatización, y la estructuración del proceso terapéutico se revisan en Filgueira Bouza (en imprenta) y González Vázquez (en imprenta).

Mirapeix (2014), considerando que determinadas patologías presentan una disminución de la función reflexiva, y ello limita las posibilidades o el efecto esperado de las técnicas, advierte sobre la necesidad de evaluar previamente la capacidad de mentalización del paciente para poder decidir sobre las técnicas de elección, el beneficio esperable y el formato terapéutico idóneo a cada caso, y no marcar objetivos inalcanzables para el paciente.

Las recomendaciones de secuenciación de los tratamientos son comunes e inspiradas en la realidad clínica, por un lado, y, por otro, en el modelo de secuenciación técnica sustentado en el eclecticismo de Livesley (2000, 2005, 2012 y 2016).

El proceso terapéutico del trauma se ha estructurado en fases (Van der Hart, Horowitz, Pérez Sales, Van der Kolk, Downing...):

- 1º refuerzo de bases (alianza terapéutica segura, estructura, recursos, apoyos)
- 2º estabilización (reducción de síntomas)
- 3º abordaje del trauma (revisión de los recuerdos traumáticos, la biografía y la cultura familiar)
- 4º reintegración y rehabilitación (reaprendizaje, desarrollo de habilidades, resolución)

Con los siguientes objetivos (Horowitz, Griffith...):

- 1º recuperar el equilibrio emocional
- 2º procesar el significado del evento traumático
- 3º reestructurar la identidad y las relaciones
- 4º integrar la experiencia emocional en el conjunto de la narrativa vital

Gunderson (2007), Fonagy & Luyten (2009), Luyten (2011), Mirapeix et al. (2006)... proponen clasificaciones en relación a criterios de selección. Hasta ahora, ninguna clasificación ha utilizado la función reflexiva como variable de selección estratégica o de definición de fase (Mirapeix, 2014). El modelo integrador multicomponente, con referencia al self como integrador del componente esencial sobre el cual se

articulan todas las intervenciones, es politécnico y multifásico a un nivel estratégico, pero centrado siempre en el self del individuo, que, aunque múltiple, es uno (Mirapeix, 2006, 2008, 2013, 2014).

II. REFLEXIONES TEÓRICAS

Decía Kurt Lewin que no hay nada más práctico que una buena teoría. En esta dirección vamos a exponer algunos elementos teóricos que consideramos nucleares, y que van a sustentar las propuestas técnicas que vamos a hacer:

- Una visión del self desde la perspectiva de la multiplicidad.
- La mentalización o capacidad reflexiva.
- Las dos vías regias y complementarias para la eficacia de la psicoterapia: la introspección y la acción.

Sólo es posible aproximarse a una concepción múltiple del self y a la diferenciación entre la acción y la introspección cuando el sujeto tiene una suficiente capacidad reflexiva. Actualmente se plantea esta capacidad de autorreflexividad como un factor común en toda psicoterapia, sea de la orientación que sea (Allen...).

2.1 La Multiplicidad del Self

Nos interesa este concepto por tratarse de un planteamiento defendido por autores que enfocan la patología grave desde esta perspectiva. Ribot (1885) y Janet (1896) sostienen la teoría de que no tenemos un alma sino una confederación de almas que está dirigida por un ego hegemónico. En su *Psicología Analítica*, Jung (1934) considera la Sombra como uno de los arquetipos principales de lo inconsciente colectivo.

Lo que viene a continuación es una síntesis de la teoría de roles de Moreno y el modelo de la multiplicidad del self de Ryle.

La visión de la identidad de Jacob Levy Moreno está vinculada a los roles que el sujeto desempeña, describiendo la estructura del individuo, su identidad, como “el juego del mosaico de roles en constante

interrelación”. El concepto moreniano de identidad contiene implícitamente la idea de rol. El individuo interpreta roles en consonancia con las normas de convivencia y, por el desempeño de roles, adquiere autoconciencia (su identidad). El Yo se forma por conglomerados cada vez más complejos de roles que van afluyendo progresivamente hasta la confluencia de una totalidad integrada. El Yo total tiene tres partes intermediarias: el Cuerpo, a cuya conciencia se accede por medio de los Roles Psicósomáticos, la Psique, por los Roles Psicodramáticos, y la Sociedad, por los Roles Sociales. “Rol es la forma de funcionamiento que asume el individuo en el momento específico en que reacciona a una situación específica en la cual están implicadas otras personas u objetos” (B. Engram).

Los roles son los elementos del sistema-escena (situación de interacción), los aspectos que se ponen en juego en la interrelación. La escena se define como el entramado dinámico de relaciones entre roles, tanto a nivel intrapsíquico en los contenidos individuales, como en las relaciones manifiestas interpersonales en un grupo (Población Knappe y López Barberá, 1988). En este planteamiento está presente una clara interacción entre una concepción más social y contextual de Moreno y la internalización de patrones de relación interpersonal y de conflicto intrapsíquico. En este sistema escena, toman vida la actuación de roles internos a través de estados mentales concretos, que tienen sus propias voces que cuentan su historia: es la visión del self dialógico y polifónico (Leiman, 2004) central en el modelo cognitivo analítico (Ryle, 2006; Mirapeix 2004).

Las escenas pueden clasificarse, a grandes rasgos, en Escena Manifiesta (la que se interpreta sobre el escenario y es observable) y Escena Latente (la que subyace a lo representado, ocurriendo en la profundidad oculta del individuo y del grupo). Lo que ocurra en la Escena Manifiesta dependerá en buena medida de la Escena Latente, esto es, de las escenas internas de los sujetos en interacción, los roles y escenas que hayan introyectado a lo largo de su desarrollo (Población Knappe, 1985; López Barberá, 1991; Martínez Bouquet, 1977, 2005). Estas escenas contienen procedimientos de relación de la persona con los demás y consigo mismo. Hay un isomorfismo entre cómo un sujeto trata a los demás y cómo se trata a sí mismo.

En intervenciones con pacientes con déficit en la función reflexiva, nos limitamos a trabajar con escenas manifiestas. El trabajo inicial con las técnicas (activas) que mejoran la función reflexiva podría permitir más adelante, en el proceso terapéutico, el acceso a escenas latentes. El asunto clave aquí es hasta dónde es capaz de comprender todo esto el paciente que presenta una disminución de su función reflexiva. La respuesta viene de la mano de la zona de desarrollo proximal de Vygotsky (1980), donde el paciente sólo va a ser capaz de integrar aquello que se encuentra dentro de su capacidad de comprensión cognitiva, emocional y de acción. Lo que le proponga a un paciente no puede ser algo que quede fuera de su capacidad de comprensión y no lo pueda procesar, o sea tan cercano a su forma de ver las cosas que no le aporte nada nuevo y no le sea de utilidad.

El concepto de rol sería equivalente al de estado del self, o al polo activado de un rol recíproco, y que guía el comportamiento de la díada implícita de roles recíprocos del sujeto (Mirapeix, 2008). Cada individuo tiene un repertorio de roles desde los que actúa y se enfrenta con el abanico de contra-roles en los que actúan los demás. De esta interacción surge toda la gama de ajustes y conflictos posibles.

Los roles se agrupan en racimos o “clusters” (maternales, paternas, filiales/fraternos) de creciente complejidad, por la interacción familia-sociedad, que va configurando el Átomo Social de cada individuo, esto es, el conjunto de relaciones emocionalmente significativas, o la unidad, núcleo o red de interacciones básicas necesarias para el equilibrio social o socioestasis.

Cada rol requiere un rol complementario: quien actúa en un rol determinado crea con su conducta, de forma consciente o inconsciente, verbal o no verbal, una demanda del rol recíproco (dinámica de roles). Si el otro corresponde y asume el rol que se le pide (satisfacción de demandas/expectativas), la interacción es congruente y armoniosa; en el caso contrario (discrepancia entre las demandas/expectativas), será incongruente (falta de armonía). Actualmente estamos recurriendo a los modelos socio-cognitivos, como es el modelo del sistema de procesamiento cognitivo-afectivo (Mischel y Shoda, 1995), que nos permite una descripción de las dinámicas rela-

cionales desde esta perspectiva contextual: hay una circularidad relacional en la que el otro es el contexto de mi conducta, y yo soy el contexto de la suya. Desde esta perspectiva y los desarrollos que venimos exponiendo, la dinámica de las relaciones interpersonales sólo es comprensible con esta circularidad.

Cuando no se satisfacen las expectativas de los roles, recurrimos a estrategias para regular la interacción. Las dos partes de la interacción tienen alguna responsabilidad en su mantenimiento y algún poder para detenerla o alterarla (v. técnicas psicodramáticas de intervención sobre la escena para trabajar el insight y equilibrar la relación, en el apartado III. Aspectos Técnicos).

La descripción de la teoría psicodramática de roles no incluye claramente el concepto de función reflexiva. Para que el trabajo psicodramático con los roles funcione, cabe pensar que debe haber, inevitablemente, una capacidad de auto-observación con un funcionamiento adecuado, a esto nos referíamos antes con la función reflexiva como factor común en psicoterapia. La propuesta de Bustos para el tratamiento psicodramático de roles (localización cenestésica, afectiva e imaginaria de la defensa, y trabajo simbólico con los personajes -externos o internos- de las escenas buscando el autoanálisis, la “rematrización” de los roles y la integración en la interacción) se aplica, precisamente, cuando no hay un funcionamiento adecuado a nivel relacional, y recurre, en la intervención, a las técnicas psicodramáticas para recuperar los déficits y alteraciones en los roles y funciones. Parece este un punto de debate importante: la auto-observación, en la teoría psicodramática, ¿vendrá por mi reflejo en el otro?

De nuevo, el análisis de la acción ejecutada ha de mantenerse dentro de los niveles de capacidad de procesamiento del individuo. La ventana de tolerancia emocional (zona óptima de activación) de Ogden, por un lado, y la zona de desarrollo proximal de Vygotsky, por otro, delimitan con claridad cuáles son las fronteras que no debe sobrepasar el terapeuta, incluyendo también aquí el concepto de función reflexiva.

La formulación sobre la patología hay que ligarla con las disfunciones en la génesis de los roles recíprocos debido a experiencias traumáticas de aprendizaje y trastornos del apego. Se ha elaborado una visión

de la psicopatología desde la óptica psicodramática donde se consideran dinámicas relacionales en el desarrollo temprano que condicionan predisposiciones psicopatológicas (Población Knappe, 1985, y en: Filgueira Bouza et al., 2009). La diferenciación entre escena manifiesta y latente es equiparable a la conceptualización de estados mentales observables y roles recíprocos implícitos. En el trabajo que proponemos nos quedaremos inicial y exclusivamente en la escena manifiesta y en los estados mentales que expresa el sujeto en el contexto relacional.

Abundan los modelos que entienden el psiquismo desde la perspectiva de la multiplicidad del self y los estados mentales: la Terapia de los Estados del Yo (J.G. y H.H. Watkins, 1997) sobre los conflictos entre diferentes “estados del ego” que constituyen una “familia del self” en un individuo; la Psicoterapia Cognitivo-Analítica, que sienta las bases para un tratamiento multicomponente de los trastornos de la personalidad (Mirapeix Costas, 2008; González Torres y Mirapeix Costas, 2010); el modelo de la disociación estructural de la personalidad de Onno Van der Hart (2007), diferenciando la parte aparentemente normal (PAN) de la personalidad y la parte emocional (PE)... A finales del siglo pasado, Richard Schwartz, desarrolló el modelo de Sistemas Familiares Internalizados (IFS: Internal Family Systems), que gira fundamentalmente en torno a esta concepción de múltiples estados del self o subpersonalidades.

Insistimos, este nivel de trabajo hay que ajustarlo a la capacidad de la función reflexiva del paciente. No es la matriz teórica del terapeuta la que manda sino la necesidad del paciente y la planificación estratégica. Lo que sigue a continuación es una breve exposición de algunos aspectos subyacentes al marco teórico de referencia de los autores. Que tengamos en mente esto, no quiere decir que vayamos a utilizarlo con el paciente. La utilización de la función reflexiva como marcador estratégico, supone saber diferenciar entre aquellos componentes teóricos que tiene el terapeuta en mente para poder comprender la patología del paciente, y aquellos otros que va a utilizar en su intervención técnica, tanto dirigido al trabajo con las escenas manifiestas o con los estados mentales y sus transiciones en el contexto relacional que envuelve todo esto. Que el terapeuta tenga una construcción más compleja en mente en relación a

los contenidos de la escena latente que subyace a la manifiesta, o de la estructura de roles recíprocos implícita en la configuración de diferentes estados mentales, no quiere decir que vaya a ser utilizado en la intervención técnica.

La coherencia conceptual derivada de esta visión del self como algo múltiple, dinámico y con una estructura interna, confluyente con la visión de los roles internalizados de Moreno y la teoría psicodramática, es tremendamente útil y facilita las intervenciones técnicas. El esfuerzo SINTÉTICO que estamos realizando para articular el modelo de roles de moreno, la multiplicidad del self y la internalización de los roles recíprocos, es algo que consideramos de suma utilidad tanto a nivel teórico como técnico.

2.2 La mentalización o función reflexiva

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 anterior (Mirapeix, 2007, p. 26).

El concepto de función reflexiva es denominado de distintas formas: mentalización, capacidad reflexiva o de auto-observación... La ontogenia del término está bien descrita en otro lugar (Choi Kain & Gunderson, 2008). Pero lo podemos sintetizar a través del denominado PAHORC: proceso de auto- y hetero- observación relacional y contextual (Mirapeix, 2014, 2015). Se trata de un proceso dinámico de conciencia reflexiva. Ningún modelo psicoterapéutico, sea de la escuela que sea, puede ser eficaz si el paciente no tiene esta capacidad para mentalizar o capacidad reflexiva.

Tomar en consideración la función reflexiva, es algo que determina el tipo de intervención desde el inicio. Solo cuando se ha alcanzado un adecuado nivel de reflexividad, es posible un trabajo más en profundidad con contenidos que supongan cargas emocionales y todo lo que ello implica. El objetivo de este marcador estratégico, la función reflexiva, es poder determinar de forma anticipada qué informa-

ción, en términos cognitivos, emocionales, somáticos y conductuales, el paciente va a ser capaz de integrar. Ello supone contextualizar y delimitar cuáles son los objetivos y el tipo de técnicas recomendadas.

Desde el psicodrama, se habla de la ‘perlaboración’ necesaria en la última fase del proceso catártico para acceder al reaprendizaje de roles, lo que implica una toma de conciencia derivada con comprensión integrada del self en el seno de las interacciones grupales. Esto nos lleva a proponer de nuevo la idea de que, en psicodrama, esta función debe activarse a través de la mirada del otro y mi reflejo en el otro en el curso de la interacción. Recordemos que el espacio psicodramático es un espacio visual, “tabicado por la acción fundamental de la mirada”, por oposición al espacio auditivo de la terapia individual verbal (v. la función integrativa de la técnica del espejo en el apartado III. Aspectos Técnicos).

En la génesis de la función reflexiva se encuentra la función especular del otro que sea capaz de reflejar adecuadamente los estados mentales del bebé. Es la interacción con las figuras parentales, la que construye nuestra capacidad de vernos a nosotros mismos.

El foco del presente artículo gira en torno a aquellos pacientes que, por su severidad (trastornos graves de la personalidad, trastorno límite en particular, trauma psicológico complejo, disociación, pacientes psicósomáticos graves...), presentan -se ha demostrado- una disminución de la capacidad de la función reflexiva. También los psicóticos crónicos con deterioro presentan dificultades para elaborar, incorporar e integrar la experiencia entre sesiones, pero pueden mejorar este aspecto a lo largo del proceso (lo estamos constatando en el grupo de Teatro Espontáneo del programa de Trastorno Mental Grave).

A nuestro juicio, este es un marcador estratégico (Luyten, 2009, 2011) que delimita cuándo va a ser posible utilizar técnicas dirigidas a la introspección o a la acción movilizadora de contenidos traumáticos y, por otro lado, cuándo va a ser recomendable utilizar intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva. Dicho en los términos que planteamos, el PAHORC, son intervenciones dirigidas al incremento del proceso de auto- y hetero- observación relacional y contextual, es decir al incremento de la conciencia reflexiva. Para que un paciente tenga una construcción narrativa sobre lo que le sucede, es

necesario que la conciencia reflexiva, el PAHORC, funcione plenamente. Al fin y al cabo somos el sumatorio de experiencias vitales y los subsecuentes estados mentales vividos a lo largo del eje tiempo, entretejidos a través de un hilo narrativo que confiera a nuestra vida identidad, coherencia y propósito.

El uso de la función reflexiva como marcador estratégico, implica no sólo tener claro el concepto, también supone entender el comportamiento en términos de estados mentales propios y ajenos, y de su interacción en un contexto social. Además, supone tener sistemas que permitan evaluar ese concepto de función reflexiva, para los que el psicodrama tiene una utilidad innovadora.

Los pacientes de los grupos psicodramáticos de trauma y disociación hablan mucho de lo que reflexionan entre sesiones sobre lo vivido en las mismas, las distintas maneras de expresar/compartir vivencias y experiencias comunes, aluden mucho a la identificación y a la comprensión mutua por saber/sentir que han pasado por lo mismo, les preocupa mucho más hacer que recibir algún daño con el relato de las experiencias traumáticas, y suelen referirse a éstas, desdramatizándolas, en una etapa avanzada del proceso grupal con la seguridad que aporta el fortalecimiento de nuevos vínculos en el seno del grupo, mejorando las relaciones fuera del grupo; es notable también el incremento en autoestima y autoconfianza, asertividad, derivado de sentirse útiles trabajando en las escenas de otros y aportando diversos estilos de afrontamiento. Entendemos que todo esto demuestra su capacidad para ponerse en el lugar del otro y discriminar identidades y experiencias (yo-tú, pasado-presente-futuro...), y que, por tanto, alude a la rehabilitación de la capacidad de mentalización/ función reflexiva con el método psicodramático.

Curiosamente, los métodos que se vienen desarrollando para la evaluación de la función reflexiva, incluyen la utilización de videos en los que se representan escenas de interacción social (MASC, Movie Assesment of Social Cognition, validada en España por Lahera y cols., 2014). No hay mejor herramienta en psicoterapia que el psicodrama para la puesta en escena de interacciones entre sujetos que van a permitir un primer nivel de evaluación de la complejidad cognitiva del sujeto, en este caso implicado en la acción como protagonista. Esto nos va a permi-

tir -en vivo y en directo- poder evaluar el grado de comprensión de la escena que propone dramatizar en términos de complejidad cognitivo-afectiva, y lo que hemos denominado el proceso de auto y hetero observación relacional y contextual, es decir: la capacidad de usar una conciencia reflexiva.

Hemos corroborado este efecto, incluso en casos de disociación grave. Resulta interesante este acuerdo aquí, que requiere un mayor desarrollo. Efectivamente, el psicodrama permite la actuación y representación de estados mentales concretos y valorar, a su vez, la influencia que esto pueda tener en el otro. Cuando la situación terapéutica salta del diván freudiano al escenario moreniano, uno se encuentra con la intercomunicación y con la influencia terapéutica de todos los participantes, esto es, la terapia interpersonal. “Ya no existe una psicoterapia de dirección única del médico al paciente, sino que la terapia es esencialmente, para Moreno, interterapia” (Garrido Martín, 1978, p. 67). La dinámica de los roles recíprocos se pone en juego en la dramatización de escenas de inter-acción, los conflictos y las posibles soluciones surgen in situ de la improvisación.

El concepto moreniano de ‘Encuentro’ representa la capacidad empática de ponerse en el lugar del otro y poderlo vivenciar desde su subjetividad. Pero: “Mirar al otro con sus propios ojos está dificultado... por las graves dificultades de mentalización en los individuos con historia grave de trauma... Sólo es posible este tipo de mirada cuando los cuidadores primarios han podido mirar al niño con lo que Daniel Siegel denomina ‘mindsight’, dándose cuenta de lo que siente de modo sintónico e intuitivo. Podemos pensar que desarrollar esta capacidad de mirar al otro ha de ser parte central del trabajo grupal, pero pensemos en un individuo rescatado tras perderse en un territorio hostil, que lleva muchísimo tiempo sin alimentarse. Aunque es evidente que está desnutrido y, por tanto, necesita alimentarse, darle directamente agua y comida puede hacerle enfermar o incluso morir. El proceso ha de ser muy gradual y cuidadosamente estudiado para que su organismo pueda asimilar los alimentos y adaptarse a la nueva situación... La introducción a la experiencia grupal ha de ser enormemente cuidadosa y progresiva...” (González Vázquez, en imprenta).

En cuanto al desarrollo del repertorio de roles y la identidad: “Los conceptos de matriz indiferenciada

y matriz social de Moreno cobran particular sentido en los pacientes que han crecido en entornos traumáticos, donde esta primera simbiosis con la madre y la posterior diferenciación del self no pueden realizarse. Fantasía y realidad no son tan evidentemente diferentes para estos individuos, evolutivamente estancados en estadios muy tempranos, interfiriendo así en la posibilidad de representar en el espacio psicodramático desde un ‘como si’. Yo y el otro, el mundo interno y el mundo externo, un pensamiento y un acto, allí y entonces y aquí y ahora, todo está mezclado en una amalgama indiferenciada. Estas diferenciaciones que pueden ser en otros individuos evidentes, han de ser señaladas y explicadas de modo explícito en los supervivientes de trauma crónico y temprano. La experiencia de nuestros grupos con este tipo de pacientes es que una etapa previa de trabajo psicoeducativo aporta cambios extraordinariamente positivos cuando se incorporan al grupo psicodramático” (González Vázquez, en imprenta).

Como veremos en la parte técnica, trabajamos tanto a nivel individual como grupal y esto tiene unos requerimientos técnicos específicos, que mencionaremos aunque sea de forma sucinta.

La comprensión de estos procesos por el trabajo psicoeducativo y la experiencia de compartir en el grupo psicodramático sus experiencias personales con una modulación en la intensidad de las emociones, con la vivencia de ser comprendidos por otros que han atravesado por las mismas circunstancias, con la aceptación empática del grupo y el equipo terapéutico, con la oportunidad de experimentar cercanía y calidez en nuevos vínculos sin las devastadoras consecuencias del pasado..., parece devolver esa capacidad reflexiva comprensiva (la reestructuración cognitiva y el reaprendizaje de roles implícitos en la perlaboración catártica) necesaria para la diferenciación de los distintos elementos presentes en esa amalgama, y la autoconfianza mínima para que se permitan intentos de volver a entablar relaciones fuera del grupo, una vez dominada la tendencia a aferrarse a la matriz grupal como único escenario relacional posible, con la consecuencia de una flexibilización en los roles estereotipados, una paulatina ampliación en el repertorio de roles y la recuperación progresiva de la interacción espontánea, esto es, la salud desde la perspectiva moreniana.

2.3 Autoobservación, Insight y Catarsis

Como hemos venido señalando a lo largo del artículo, el marcador estratégico que establece el nivel de trabajo y la intensidad del mismo es la función reflexiva vinculada a la capacidad de auto-observación de la propia conducta en términos de los estados mentales presentes, de sus componentes, de la transición entre los mismos y de la interacción con los estados mentales de los otros con los que nos relacionamos. El funcionamiento correcto de esta capacidad de reflexividad es la que va a permitir un trabajo posterior dirigido a la introspección, al insight y a la catarsis. Hay que tener en cuenta que esta última, el componente catártico en psicodrama, es un elemento nuclear, y es precisamente en el enfoque secuencial de trabajo minucioso, determinado por el adecuado funcionamiento de la función reflexiva, cuando se hace necesario una reflexión previa con respecto tanto al poder como a los riesgos de la catarsis. La expresión de una intensa emocionalidad vinculada a contextos interpersonales, especialmente aquellos en los que se ponen en juego componentes relacionados con los vínculos de apego, puede ser de riesgo en personas con baja función reflexiva. Una alta emocionalidad en el contexto de apego sistemáticamente produce una disminución de la función reflexiva, que previamente ya estaba deteriorada. Por lo tanto, la ventana de tolerancia emocional y la zona de desarrollo proximal, siguen siendo dos marcadores a utilizar desde el punto de vista técnico para mantener el trabajo clínico ajustado a las capacidades individuales de reflexividad.

La noción de catarsis en Moreno contiene la idea de una liberación del pasado por un presente creador: “gracias a la improvisación dramática, el pasado se devuelve al pasado y deja de determinar al individuo al que se refiere por la experiencia misma que lo hace, su libertad creadora”.

Para el trabajo específico dirigido al incremento de la función reflexiva, nos interesa un comentario a los distintos momentos del proceso catártico psicodramático:

a) Reviviscencia: el trabajo con la función reflexiva es un trabajo con los procesos mentales y no tanto con los contenidos del pasado. Vale con que el paciente viva aquí y ahora sus sensaciones, las nombre, las vincule con sus pensamientos, rela-

ciones y contexto. Si hace esto, habremos dado un paso de gigante.

b) Rememoración: no es un proceso dirigido al aumento de la función reflexiva.

c) Abreacción: puede ser útil centrándose en el aquí y en el ahora; en la emoción, y condición, y predisposición a la acción sentida en el momento presente.

d) Insight: excelente objetivo, pero limitado a la toma de conciencia de los estados mentales propios, de los cambios entre estados, de las relaciones interpersonales sustentadas en estados mentales y en la influencia del contexto en los mismos.

e) Verbalización: del estado mental y sus componentes.

f) Perlaboración: el uso cotidiano y mejora de lo aprendido.

III. ASPECTOS TÉCNICOS

En el apartado anterior, hemos abordado algunos aspectos teóricos relevantes. En lo referido a cuestiones técnicas, entramos en un campo extenso, como son los mecanismos en los que se sustenta el cambio terapéutico. Aunque éste no es el objetivo de este artículo, sí que haremos alguna reflexión en torno a esta cuestión tan relevante.

La integración que proponemos va más allá de la palabra, pero no se queda exclusivamente en acción. La circularidad e interacción entre intervenciones verbales y no verbales, intervenciones centradas en la introspección y en la acción, mantienen una retroalimentación con el objetivo de que el sujeto integre el material complejo que estamos trabajando.

En Filgueira Bouza (2013, en imprenta), se facilita un catálogo de técnicas psicodramáticas con explicación de sus funciones, objetivos y procedimiento de aplicación. En otro artículo reciente (Mirapeix, 2014), se pasa revisión a dos niveles de implementación técnica dirigidos al incremento de la función reflexiva en pacientes con trastorno límite de la personalidad, un nivel básico y otro avanzado. Ambos se pueden realizar tanto a nivel individual como grupal y a lo largo de esta sección hablaremos de ello.

3.1 Técnicas activas para trabajar con la multiplicidad del yo

Para poder trabajar con diferentes estados mentales desde esta perspectiva de la multiplicidad del self, en psicoterapia cognitivo-analítica utilizamos un cuestionario cualitativo de evaluación específica de los diferentes estados mentales que puede presentar un paciente en general y específicamente un paciente con trastorno límite de la personalidad. Nos referimos al procedimiento para la descripción de estados (SDP) cuya descripción, soporte teórico en relación a la multiplicidad del self y utilización fue descrito con detalle en un artículo previo (Mirapeix, 2008).

La utilización de este cuestionario tiene claros componentes psicoeducativos, que permiten identificar los diferentes estados mentales y estados del self, facilitando la adquisición de un lenguaje que permita describir con más matices los diferentes estados mentales en los que un paciente se puede encontrar y a los que su deficiente función reflexiva le dificulta acceder, especialmente a describirlos de forma detallada.

Recientemente tuve ocasión de presentar la metodología específica de trabajo con los diferentes estados mentales y su reconocimiento en un nivel de complejidad creciente (en el 6º congreso internacional de psicoterapia cognitivo-analítica ICATA, celebrado en Patras, Grecia 25-27 Septiembre 2015). Esta metodología incluye dos técnicas fundamentales que describiré, inicialmente referidas al trabajo individual, aunque pueden ser utilizadas grupalmente. La primera la denomino el **“Mapeado Ortogonal”** de los diferentes estados mentales, referido en primer lugar a la identificación individual de dichos estados mentales y a la descripción de las transiciones entre los mismos. El segundo nivel técnico es la descripción de los contenidos relacionales que se ponen en juego en la relación interpersonal con las personas de nuestro entorno. Los otros también tienen una mente con diferentes estados mentales, motivaciones y expectativas. La representación ortogonal de los estados mentales que intuimos en el otro y la relación entre los nuestros y los de la otra persona y viceversa, son una primera aproximación a una comprensión circular, recíproca, que se da sistemáticamente en el contexto social. Esta metodología tiene una gran posibilidad de ser represen-

tada psicodramáticamente con un juego grupal en el que los distintos auxiliares representan diferentes estados del self, en un nivel básico, o pueden representar a otros en un nivel avanzado. Hay una segunda técnica que utilizamos para la descripción de los estados mentales que está inspirada en un ejercicio del **“Poliposicionamiento del Self”**, descrito en un trabajo reciente (Blaser, 2013, Hintberger 2014). Es un ejercicio en el que se presta atención a posiciones diferenciales en cuanto a la capacidad de auto-observación: situado en mí mismo y auto-observando mis estados mentales, situado fuera de mí observándome, y un tercer posicionamiento situado empáticamente en la piel de otro situado enfrente de mí que me observa. Este ejercicio del poliposicionamiento puede tener un manejo absolutamente psicodramático. Precisamente, lo relevante de utilizar un enfoque psicodramático en la técnica descrita es hacer hincapié en el uso exclusivo de esta intervención para la identificación de los diferentes estados mentales, pudiendo ser estos observados desde mí mismo, desde un yo externo observador y empáticamente desde los ojos del otro.

Castro Soto (2013), propone el uso de máscaras y el trabajo con la sombra como objetos intermediarios para explorar distintas facetas del yo:

“Bajo la máscara de nuestro ego consciente descansan ocultas todo tipo de emociones y sentimientos: la rabia, la vergüenza, la mentira, el resentimiento, la lujuria, los celos, el orgullo, las tendencias asesinas y suicidas... también la alegría, el goce, la tolerancia, la aceptación... Creer que somos uno que tiene existencia por sí mismo, desligado de la inconmensurable pluralidad de los propios egos, representa una ilusión. La personalidad es como una confederación de varias almas, que se pone bajo el control de un ego hegemónico. Estas almas múltiples estarían en combate permanente, y esta lucha es la que nos hace estar en constante búsqueda de un alma hegemónica adecuada que nos permita estabilizar nuestras reacciones y nuestros deseos”.

Estos ejercicios con las máscaras, deben utilizarse para identificar los diferentes estados mentales que pueden ponerse en juego en un individuo y en su contexto relacional. Queremos hacer hincapié en la necesidad de trabajar con la escena manifiesta y focalizar exclusivamente en los diferentes estados

mentales, en sus componentes y transiciones y en los procesos contextuales en términos relacionales y situacionales.

Mejorar el autoconocimiento favorece el equilibrio emocional y fortalece la autoestima, cimientos para las relaciones sociales satisfactorias. Sabemos que las emociones y los sentimientos interfieren en nuestro estado de ánimo y están permanentemente presentes en la toma de decisiones que en la vida cotidiana tenemos que afrontar. Con estas técnicas podemos identificar qué emoción o sentimiento predominante puede estar condicionando nuestro comportamiento y nuestras actitudes (las que, de alguna manera, repetimos con mucha frecuencia) en las relaciones interpersonales, sometiendo nuestra voluntad. Asimismo, permiten experimentar sobre una posible relación lineal entre los tres elementos: la expresión, la proyección y la manifestación.

En lo dicho anteriormente, hay un componente psicoeducativo en relación a favorecer la identificación de las emociones que están vinculadas de forma directa a los estados mentales que experimenta el paciente. Esto no siempre sucede así, precisamente la presencia de la función reflexiva disminuida conlleva una dificultad en la identificación de los propios estados mentales e inevitablemente de las emociones asociadas a los mismos.

La **Máscara** serviría de ayuda para poder conectar con los aspectos de expresión de las relaciones externas. Partiendo de la premisa de que la tendencia general de la utilización de las máscaras es la actitud inconsciente de esconderse detrás del otro rostro, recurrimos a este objeto intermediario para ayudar a nuestro autoconocimiento a través del proceso de reconocimiento y significación de cada uno de los rostros que van poblando nuestra historia personal, y desenmascarar conflictos, miedos, ansiedades, fantasías, etc., e incluso identificar las zonas congeladas del cuerpo.

Procedimiento: los participantes elaboran una máscara (con cartulina y pinturas) para mostrar su imagen y conocer cómo les perciben los demás, en busca de coincidencias y discrepancias entre la autoimagen (imagen interna) y la imagen que me devuelven los otros (imagen social). Reflexionamos sobre un cuadro con 3 categorías: Qué me veo, Qué me ven los demás, Qué coincide.

Esta metodología de trabajo con máscaras es muy cercana al ejercicio del poliposicionamiento del self, que puede ser abordado con esta técnica. De nuevo, hacer hincapié en que debemos quedarnos exclusivamente en la identificación de los estados mentales, sus componentes, transiciones y procesos de interacción con los otros. No debe de hacerse lo anterior de forma simultánea sino a modo de progresión en la complejidad, de la auto-observación que da paso a una más adecuada hetero-observación y al proceso de circularidad relacional y contextual. El desvelamiento de los contenidos simbólicos e intrapsíquicos profundos no forma parte de esta fase del trabajo de incremento de la función reflexiva y de la utilización de las técnicas activas psicodramáticas para conseguir dicho objetivo. Una de las posibles innovaciones en el trabajo con la identificación de estados mentales y de emociones es utilizar las nuevas tecnologías y los diferentes ejercicios de identificación de estados emocionales que están disponibles en internet.

Una exploración según el modelo del **Átomo Social de Moreno**, aplicado a la multiplicidad del yo: **Átomo de la Confederación de Almas** (Ribot, Janet), situando, en el círculo central, la faceta más hegemónica de mí mismo, y, en los otros dos, otras facetas más periféricas, analizando los pros y los contras del yo hegemónico, y en qué puede nutrirse de los más periféricos. Seleccionamos una identidad-conglomerado con los rasgos que nos pueden ser más útiles para seguir el camino. El paralelismo entre esta concepción de la confederación de almas y el modelo de los múltiples estados del self es evidente y es el soporte teórico conjunto para el desarrollo de un trabajo integrador como el estamos planteando en este artículo.

El trabajo con **Títeres** permite explorar los diferentes roles (facetas del yo) en los que se presenta, desenvuelve e interactúa la persona (consigo misma, con los demás y con su entorno), y contribuye a la auto- y hetero- observación sobre su uso circunstancial y su funcionalidad. Desarrolla la conciencia sobre los estados y procesos en marcha en la interacción, mejorando la autoconciencia, el autocontrol, la regulación emocional y la selección de la respuesta más adecuada a la situación. Lo aprendido a través del trabajo con los títeres se puede mejorar y consolidar aplicándolo a escenas de interacción con

personas reales (terapeutas auxiliares, miembros del grupo...).

Esto responde a lo que señala Mirapeix (2014) sobre Mikael Leiman: “¿Quién de ti habla a quién de mí? ¿de qué, por qué y para qué?”, y sobre el valor heurístico de asignar nombres a los procesos mentales. Parece una técnica adecuada para observar, desmenuzar y describir los componentes de los estados mentales cambiantes, rastrear sus transiciones más sutiles, capturar momentos experienciales, reflexionar sobre el procesamiento secuenciado de las relaciones entre roles recíprocos, a través del análisis de secuencias de micro-escenas y sus correlatos cognitivos, emocionales y somáticos (integración con terapia sensoriomotriz), de micro-procesos de cambio, y la observación/discriminación in situ de los procesos recíprocos de percepción-atribución-planificación...

Asociado con las **técnicas del soliloquio, el doble y el cambio de roles** sirve a la búsqueda de las voces interiores que se apagan, nacen o prevalecen, y a su filiación; también a la ampliación de conciencia que aporta el **mindfulness**. La **técnica de la moviola** la manejamos para avanzar y retroceder en el tiempo el tránsito entre escenas, y contribuir a visualizar el proceso diacrónico de introyección de pautas y roles en la narrativa escénica de la historia personal, y cómo dicho proceso repercute en la interacción sincrónica del aquí-ahora. Nuestras sesiones siempre terminan con el comentario-feedback del paciente, el equipo terapéutico y, en su caso, el grupo, sobre el trabajo realizado. Todo ello facilita al paciente la comprensión y el mejor manejo de los procesos cognitivo-afectivos, la auto- y hetero- observación, y el incremento de la función reflexiva.

Otra interesante técnica para trabajar con la autoimagen complementada en el otro es el **Dibujo en Espejo Progresivo**, del arteterapeuta y psicoanalista italiano Maurizio Pecciccia (2013), pensada para explorar la transferencia y la contratransferencia, y mejorar la comunicación en terapia individual con psicóticos. Nosotros la hemos adaptado para trabajar la empatía (cambio de roles), el co-inconsciente y la co-producción de recursos en grupo (‘intersubjetividad’). Esta técnica sería sólo utilizable en una fase avanzada del entrenamiento en incremento de la función reflexiva.

Procedimiento:

1. Se escogen parejas que se sientan en el suelo de espaldas en contacto físico.
2. Cada individuo hace un dibujo libre.
3. Se pasa el dibujo al compañero, se le pone encima una hoja de acetato (transparente) y cada uno dibuja sobre la hoja transparente lo que le sugiere el dibujo del compañero que ve por debajo.
4. Nuevo intercambio de dibujos: cada uno recupera su dibujo con la transparencia del compañero encima, y usa otra transparencia para añadir algo más al dibujo original, evocado por la contemplación de lo que añadió el compañero. (Este paso puede obviarse si alarga demasiado el tiempo de trabajo en pacientes que sucumben pronto a la fatiga).
5. Se reúnen todas las parejas en el círculo grupal y se hace una puesta en común (comentario de lo evocado con los dibujos).
6. Con los elementos emergentes, escogemos personajes y montamos una escena. Se puede trabajar con sociodrama o psicodrama.

El ejercicio aporta información relevante sobre lo que el otro percibe de mí que me pasa desapercibido, cómo me puede complementar el otro en mis percepciones y decisiones, lo que se valora de mí, cómo puedo ser útil a los demás...

3.2 Técnicas activas para la toma de conciencia y la catarsis en la acción

Hay dos técnicas regias en psicodrama para fomentar la toma y ampliación de conciencia:

- el **soliloquio**, verbalizar los contenidos que se van evocando al entrar en escena y durante el transcurso de la escena;
- el **doble**, un auxiliar, identificado con el protagonista, verbaliza lo que el protagonista no puede expresar; el **doble múltiple** amplía este efecto con varios auxiliares verbalizando diferentes aspectos o contradicciones que le bloquean.

Cabe defender que estas dos técnicas mejorarán asimismo la auto-observación (función reflexiva).

Al explicar la Teoría de Roles, hacíamos referencia a estrategias para regular la interacción durante la

dinámica recíproca complementaria rol/contrarol. Estas estrategias constituyen también técnicas psicodramáticas de intervención sobre la escena para trabajar el insight sobre las dinámicas internas vs. externas, y equilibrar la relación:

- la **extensión del rol**, consiste en asumirlo con más fuerza;
- la **expansión del rol**, supone enriquecerlo en matices;
- la **sustracción del rol**, se trata de asumir el rol recíproco con más fuerza que su autor para obligar a una inversión de roles...

El **cambio de roles** entrena la empatía y mejora la interacción armoniosa al favorecer la toma de conciencia sobre las perspectivas (percepciones, emociones...) del otro.

En palabras de Moreno (1967):

- La técnica del soliloquio ‘amplifica’ los procesos inconscientes de A.
- La técnica de inversión de roles se propone ligar a A al inconsciente de B y a B al inconsciente de A.
- En la técnica del doble B le procura a A un inconsciente auxiliar.
- La técnica del espejo ‘refleja’ la imagen corporal y el inconsciente de A.

3.3 Técnicas activas para mejorar la función reflexiva

Una interesante elaboración del trabajo con técnicas activas para mejorar la capacidad reflexiva en formato individual lo encontramos en Pos y Greenberg (2012), quienes desarrollan la técnica de “**las dos sillas**” para los conflictos del yo en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), utilizando los principios integradores de la Terapia Focalizada en Emociones (TFE) en trauma complejo y en parejas. Procedente de la Psicoterapia Gestalt (Perls, 1974), la técnica de la “Silla Vacía” se utiliza para trabajar con partes enfrentadas en la experiencia de una persona. Estos autores desarrollan una adaptación de la técnica para el trabajo de integración en el TLP, cuando se constatan fluctuaciones en los estados del yo, debilidad del funcionamiento meta-cognitivo o reflexivo, y la tendencia a organizarse los estados del yo en base a los procesos interpersonales en marcha. (Y este es el per-

fil al que se refiere el presente artículo). Los objetivos son aportar estructura a la experiencia del yo del paciente límite, estimular la conciencia metacognitiva, proporcionar una experiencia viva del proceso de polarización, atenuar la activación emocional e incrementar la experiencia de coherencia del yo. La intervención con las dos sillas está indicada para las escisiones autocríticas del yo, y sus característicos mecanismos autointerruptores de respuestas defensivas adaptativas del “yo malo” (parte experiencial) consideradas indeseables por el “yo bueno” (parte coercitiva). Las narrativas y necesidades de cada yo se expresan desde cada una de las sillas. Lo óptimo sería que emergiese un yo integrado capaz de experimentar y reconciliar ambos conjuntos de necesidades. Se alcanza la resolución si emerge una relación adaptativa de orden superior que respeta las necesidades de ambas partes. Se trata de transformar una relación hostil dominante entre dos organizaciones del yo en una relación de aceptación mutua o integración. Esta resolución es consistente con una síntesis dialéctica en la que el conflicto se trasciende y se transforma para promover el crecimiento y el funcionamiento adaptativo. Para ello, es necesario que el paciente sea capaz de tomar conciencia, explorar y simbolizar la experiencia emocional en lenguaje. También supone la capacidad de regular las emociones a un nivel suficientemente elevado como para experimentarlas de manera óptima, pero lo bastante bajo como para no arrollar las capacidades reflexivas. (Este es el eje nuclear de la reflexión teórica y técnica que buscamos). Durante el trabajo con las sillas, las dos organizaciones del yo deben contactar con la emoción, aprender a manejarse con los límites y colaborar en la implementación de respuestas funcionales, experimentando seguridad y sintonización empática de aceptación en la relación con el terapeuta, que contribuye a validar su experiencia y pericia. Se mantienen los siguientes principios de la TFE para el cambio: toma de conciencia, regulación de la expresión, reflexión, transformación y experiencia correctora, planteando estrategias adicionales, como el uso más sensible de la relación terapéutica, la identificación de ciclos desadaptativos entre organizaciones del yo, la reflexión empática dialéctica y el humor genuino, dirigidas a mejorar la capacidad de los pacientes para reflexionar, experimentar y regular las emociones.

La técnica psicodramática del **Espejo** permite reflejar la imagen y reflexionar sobre el feedback que aporta la imagen reflejada. Se completa con el reflejo y la reflexión, o mirada múltiple, de las **Esculturas Grupales** (imágenes no verbales representativas de lo que acontece internamente y en la interacción) y la **Multiplicación Dramática** (diferentes abordajes y “resoluciones” de la misma escena por varios miembros del grupo que se identifican y resuenan), efectos enriquecidos en el formato grupal, aunque estas técnicas se pueden adaptar al formato de psicodrama individual/bipersonal (el terapeuta y, en su caso, algún miembro del equipo auxiliar pueden dar la réplica). Favorecen esa reflexión característica sobre “el efecto que provocho en el otro”, la imagen que me devuelven sobre mi... , produciendo una ampliación de perspectivas, y ello en el aquí y ahora de la interacción (nivel manifiesto), sin necesidad de profundizar en lo latente.

La imagen corporal contrasta lo ‘exterior-anterior-vista’ (esto es, lo que existe fuera, delante de uno, lo que se ve y el hecho de ser observado) con lo interior-posterior-oído (esto es, lo que existe dentro, detrás de uno –el analista clásico-, lo que se oye y el hecho de ser escuchado). La acción psicodramática está ubicada en el espacio del escenario. Si se encuentra totalmente inmerso en la escena, el protagonista deslinda un territorio propio o espacio personal resultante de las relaciones mantenidas entre los personajes. El auditorio observa el transcurso de la escena desde fuera condicionándola. El control de la visión modifica la producción verbal, activando niveles fantasmáticos distintos y organizando el clima y los contenidos en otra dirección. El material manifiesto resultante del contexto grupal es diferente del que resulta en el contexto individual. El espacio marcado por la mirada contiene la relación física en la escena y el espacio psíquico delimitado por la mirada. El deseo nos precipita hacia el otro, su mirada limita el tiempo para reflexionar, nos conduce a la apropiación del espacio ajeno y de su cuerpo, accesibles fundamentalmente en la técnica del cambio de roles, ampliando el propio esquema corporal. Los momentos de completa y profunda inmersión en el acto constituyen estados inconscientes que se convierten en matrices (‘locus’) de aprendizajes novedosos, generando nuevas experiencias, nuevos estados y nuevos roles, los cuales

activan las reservas culturales que nos dominan mayoritariamente por el horror al vacío, a lo desconocido, y por la necesidad de buscar seguridad, poder y perfección. Cuando el grupo configura su matriz de identidad (cohesión, confianza, pertenencia) favorece dichos aprendizajes novedosos.

Existen dos niveles de trabajo, básico y avanzado, en el incremento de la función reflexiva (Mirapeix, 2014). 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 (Bateman y Fonagy, 2006), incluida la utilización de algunas intervenciones muy similares aunque éstas se realicen desde un marco teórico y técnico diferente.

Intervenciones básicas sobre la FR, focalizando en la mente del paciente:

1. Evaluación de los Estados Mentales con el SDP.
2. La representación ortogonal.
3. Microanálisis de la arquitectura intra-estado (los componentes somáticos).
4. Microanálisis de la transición inter-estados.
5. Descripción de reciprocidades.
6. Isomorfismo relacional.
7. Consolidación de lo aprendido.

Intervenciones avanzadas sobre la FR, focalizando en la mente del otro, en la relación y en el contexto:

1. La lectura de la mente del otro y el lenguaje no verbal.
2. La circularidad interpersonal.
3. La multivocalidad del self dialógico.
4. Análisis contextual.
5. Las intervenciones diacrónicas: el eje tiempo.
6. La relación terapéutica.
7. Las técnicas activas.
8. El análisis de secuencias dialógicas.
9. Metaprocramiento.

Favorecer la conciencia reflexiva viene facilitado por la descripción operativa del trabajo secuencial siguiendo la guía estratégica mencionada: proceso de auto- y hetero- observación relacional y contextual. Ésta puede ser utilizada de forma sincrónica, en el aquí y en el ahora, para analizar la micro-estructura de los estados, los sutiles cambios de uno a otro, o la combinación de componentes de un estado y de otro nuevo que se genera, los disfraces de los estados, o estados negados o de bloqueo que aparecen como vacío y que esconden, tras el mismo, emociones traumáticas. Esta guía estratégica, tiene también una utilidad diacrónica a lo largo del eje tiempo, en función del rango de tiempo que es analizado.

3.4 Técnicas activas y mentalización en el formato individual

Cerramos este apartado técnico con una mención específica a la metodología conocida como **Psicoterapia de la Relación (yo-tú y yo-yo), Psicodrama Mental o Psicodrama Interno** (Fonseca Filho, 1991, 2000; Cuckier 1992) por su relevancia para los objetivos de este artículo. El Psicodrama Mental es un proceso de mentalización de escenas donde el protagonista visualiza y vivencia la acción pero no la ejecuta. Bajo la dirección del terapeuta, que, tras un caldeoamiento del paciente en estado de relajación, sigue y explora indicadores físicos, emocionales e imaginarios, el sujeto accede a su mundo interno, sus personajes y la interacción entre ellos. Con los recursos del psicodrama clásico, va tomando contacto con dichos estímulos y vivenciando la acción mentalmente. Es un libre viajar por las relaciones del mundo interno en busca de la capacidad de autoresolución y autocura, desarrollando el autotele con las figuras internas. El terapeuta es una mezcla de director de psicodrama y yo-auxiliar (actor terapéutico), desempeñando roles internalizados del paciente, por el principio del doble (sintonía télica) y la entrega (inmersión en los roles a través del co-consciente y el co-inconsciente). La relación entre el terapeuta y el paciente consiste en una co-existencia y co-creación (como en la escena primigenia de la matriz de identidad). Juegos estructurados con los roles internos (juego del personaje, disfraces, marionetas...), depurando polaridades innecesarias, permiten la elaboración de los conflictos mediante el desarrollo de la percepción de responsabilidad en la creación y mantenimiento de conductas defensivas.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Cualquier enfoque de la intervención ha de evaluar las posibilidades y limitaciones del paciente para integrar la experiencia.

Deben conocerse y prevenirse los riesgos de las técnicas específicas, todos los enfoques los tienen.

Un enfoque integrativo tiene más posibilidades de ajustarse a las necesidades del caso.

Tanto en formato individual como grupal, la intervención requiere de una preparación o caldeoamiento previo que aporte al paciente conocimiento sobre los aspectos a tratar, el procedimiento, las técnicas y los objetivos, le aporte seguridad en el espacio terapéutico y confianza en el/los agente/s terapéutico/s, y permita la adaptación de las técnicas y regulación de expectativas, así como del tono y el clima más adecuado durante el manejo del proceso terapéutico.

La baja función reflexiva impone unos ajustes necesarios en el tratamiento de los perfiles psicopatológicos aquí mencionados con las técnicas activas.

Cerramos con unas reflexiones producto de un debate en torno al **abordaje de las alteraciones del apego** (al parecer un denominador común en los perfiles que abordamos en el presente artículo) **con la metodología psicodramática en formato grupal** (Fariña y Filgueira, 2015): “le otorgo un peso enorme a la experimentación de seguridad interpersonal como base para posibilitar el desarrollo de habilidades mentalizadoras, (lo que resulta) necesario pero insuficiente. He leído cómo es en el contexto de interacción con la figura de apego donde se desarrollan esas capacidades en la infancia, y... cómo “cuando el grupo conforma su matriz de identidad (cohesión, confianza y pertenencia) favorece dichos aprendizajes”. Creo que la matriz de identidad no sólo favorece sino que es necesario que exista y que, si no es así y se utilizan las técnicas mencionadas, puede llegar a ser incluso perjudicial por darse situaciones que pueden ser retraumatizantes (como experimentación de rechazo, de incompreensión en lugar de comprensión y empatía... en situaciones de apertura y vulnerabilidad). ... es obvio que (depende) del buen hacer del director psicodramático el

adecuar las técnicas a los perfiles personales y al momento de la matriz grupal, pero lo remarco porque, con el trabajo psicodramático propuesto, se posibilita precisamente una reparación del daño interpersonal... es como ofrecer la posibilidad de aprender en el presente porque no se pudo hacer en el pasado pues, como consecuencia del daño interpersonal, no fue posible el aprendizaje de estas capacidades. Quizás reflejo una preocupación muy mía (en el sentido) de que el acercamiento de técnicas no desdibuje la importancia de las bases y de cómo hacemos las cosas... (Muy sugerente) la consideración de la zona de desarrollo proximal de Vygotsky como referencia a tener presente a la hora de adecuar el trabajo. No sólo a la hora de enfocarnos en lo manifiesto, (además) me ha llevado a pensar sobre el desarrollo emocional y sus repercusiones a la hora de aplicar la técnicas: primero identificamos las emociones y pen-

samientos en nosotros mismos, para después poder descubrir que los demás también los tienen e incluso diferentes a los nuestros, y posteriormente somos capaces de darnos cuenta de que nuestras acciones pueden provocarlos en los demás". Cabe pensar que las emociones básicas que marcan las pautas de la dinámica interactiva entre el infante y su cuidador primario a lo largo del proceso de desarrollo de la identidad y los roles (fusión-separación-encuentro) desde la escena primigenia de la matriz de identidad total indiferenciada serán determinantes para la adquisición primero de autoconfianza y después de seguridad interpersonal en las etapas posteriores (matriz de identidad diferenciada, matriz familiar y matriz social), también para el desarrollo de la empatía, la capacidad para ponerse en el lugar del otro, percibirlo "con sus ojos" y llegar a jugar su rol... lo que parece esencial a efectos de la mentalización.

Bibliografía

- **Allen, J. (2005).** *Coping With Trauma: Hope Through Understanding, 2nd ed.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
- **Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008)** *Mentalizing in Clinical Practice.* Arlington, USA: American Psychiatric Publishing.
- **Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2006).** *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide.* Oxford: Oxford University Press.
- **Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2007).** *Borderline personality disorder, day hospitals, and mentalization.* In B. van Luyn, S. Akhtar & W. J. Livesley (Eds.). *Severe personality disorder: Everyday issues in clinical practice* (pp. 118-136). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- **Blaser, K. (2013).** *Intra- and interpersonal mindful and non-mindful mental states: Comparison of a new spatial attention concept and the IAA mindfulness model of Shapiro.* *Mindfulness*, 4, 64-70. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-012-0097-2>
- **Bustos, D. y Nosedá, E. (2007).** *Manual de Psicodrama en la Psicoterapia y en la Educación.* Buenos Aires: RV Ediciones.
- **Castro Soto, M. (2013 15-17 Marzo).** *Las Máscaras, las Sombras y el Yo Hegemónico en Prácticas de Autocuidado. Taller del Grupo de Autocuidado e Intervisión ITGP-Galicia. Punta de Couse. Hío-Vilanova, Cangas de Morrazo (Pontevedra).*
- **Choi Kain, L.W. & Gunderson, J.G. (2008).** *Mentalization: Ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder.* *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- **Cuckier, R. (1992).** *Psicodrama Bipessoal. Sua técnica, seu terapeuta e seu paciente.* São Paulo: Agora.
- **Downing, R. (2003).** *Understanding Integration as a natural part of trauma recovery.* Sidran Institute. <http://www.sidran.org/resources/for-survivors-and-loved-ones/understanding-integration/>
- **Engram, B.E. (unpublished manuscript).** *Role Theory.* Saint Elizabeth's Hospital. Washington, D.C.

- **Fariña Pagés, L. y Filgueira Bouza, M.S. (2015).** *Taller: "Apego y Psicodrama". 5º Ciclo del Grupo de Autocuidado e Intervisión ITGP-Galicia 2015-2016. Ambroa (A Coruña), 18 a 20 de Diciembre de 2015.*
- **Filgueira Bouza, M.S. (1991).** *Placebo y Psicoterapia. En: "Estado actual da terapéutica en saúde mental". Asociación Galega de Saúde Mental. Vigo.*
- **Filgueira Bouza, M.S. (1993 2º trim).** *Ciencia y Psicoterapia. Informaciones Psiquiátricas, 132, 129-141.*
- **Filgueira Bouza, M.S. (1997).** *Ritos Terapéuticos. En: "1er. Congreso Iberoamericano de Psicodrama y XIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Diversas culturas, una misma escena". Instituto de Estudios de Iberoamérica y Portugal. Universidad de Salamanca. Salamanca. Intergraf. Y en: Recrearte, 2005(Jun), 3, III. - <http://www.iacat.com/Revista/recrearte/recrearte03/Psicodrama%20Ritos.pdf>*
- **Filgueira Bouza, M.S. (2006).** *Me lo dice el cuerpo: Expresión somática y trabajo corporal en psicoterapia. VI Congreso da Asociación Galega de Saúde Mental: "O saber holístico: homenaxe ó Profesor Rof Carballo". Lugo, 9 a 11 de Junio 2005. En: Luis F. Vila Pillado y Ramón M. Area Carracedo, Comp. O saber holístico: homenaxe ó Profesor Rof Carballo. Vigo: Asociación Galega de Saúde Mental.*
- **Filgueira Bouza, M.S. (2006 Feb).** *Expresión somática y trabajo corporal en psicoterapia. Comunicación a la Mesa de la FEAP: "El Cuerpo en Psicoterapia". En: 7º Congreso Virtual de Psiquiatría "Interpsiquis 2006". <http://www.interpsiquis.com>*
- **Filgueira Bouza, M.S (2013 Jun).** *La Terapia Psicodramática (desde el enfoque clásico moreniano). Vínculos, 3ª etapa, 1, 5-41. - http://www.itgpsicodrama.org/revista_vinculos/vinculos_junio13.pdf*
- **Filgueira Bouza, M.S. (en imprenta).** *Psicodrama y trauma: investigación y tratamiento. En: Torres P. y Filgueira Bouza, M.S. (Eds.). Dramaterapia y Psicodrama (Vol. II): aproximaciones al trabajo con traumas y duelos. Ediciones EDRAS - Escuela de Postgrado Facultad de Artes Universidad de Chile, Santiago de Chile. - <https://www.dropbox.com/s/li3mvegb0acn8lmg/PD%20Trauma%20Investigaci%C3%B3n%202010-2013%20MS%20Filgueira%20Bouza.pdf?dl=0>*
- **Filgueira Bouza, M.S. (en imprenta).** *Psicodrama integrativo en la comorbilidad del trauma. En: Torres P. y Filgueira Bouza, M.S. (Eds.). Dramaterapia y Psicodrama (Vol. II): aproximaciones al trabajo con traumas y duelos. Ediciones EDRAS - Escuela de Postgrado Facultad de Artes Universidad de Chile, Santiago de Chile - <https://www.dropbox.com/s/mapacnickinhp6wu/PD%20Integrativo%20Trauma%20T%C2%AA%26Tio.%202013%20MS%20Filgueira%20Bouza.pdf?dl=0>*
- **Filgueira Bouza, M.S. (coord.) et al. (2009).** *Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama: Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. <http://www.lulu.com> 18.09.2009. Madrid: Clemente Martínez Pérez. - <http://www.aepsicodrama.es/contenido/manual-de-formacion-en-psicodrama-aep-para-encargarlo>*
- **Filgueira Bouza, M.S., Ferrer i Balsebre, L. y Castro Soto, M. (1986-2005).** *Temas de Psicodrama. Apuntes ITGP-Galicia.*
- **Filgueira Bouza, M.S., Rodríguez Otero, J.E., García Fernández, J., Lacruz Pardo, M.F., Pintos de Ceanaharro, J.L., Rey Pousada, R., Rodríguez-Arias Palomo, J.L. y Rodríguez Marticorena, J. (2009).** *Psicoterapias: Análisis de Procesos y Resultados. Ponencia presentada en el Iº Congreso Galego de Psicoloxía Clínica: "A Psicoloxía Clínica da Galicia do Futuro". Sección de Psicoloxía Clínica do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. Vigo 28 a 30 de Maio de 2009. Revista Oficial da Sección de Psicoloxía Clínica, Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. Anuario nº 3. - http://www.copgalicia.es/pdf/Anuario_de_Psicoloxia_Clinica_3.pdf*
Artículo-resumen en:
- <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=13&IdArticulo=517> 12/1/2009
- **Fonagy, P. & Luyten, P. (2009).** *A developmental mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. Development and Psychopathology, 21, 1355-1381.*
- **Fonseca Filho, J.S. (1991 Prim).** *El enfermo, la enfermedad y el cuerpo. Una visión a través del psicodrama interno. Vínculos, 2, 7-14.*
- **Fonseca Filho, J.S. (2000)** *Psicoterapia da relação. Elementos de psicodrama contemporâneo. Sao Paulo: Ágora.*
- **Garrido Martín, E. (1978).** *Jacob Levi Moreno.- Psicología del Encuentro. Madrid: Atenas.*
- **González Torres, M.A., y Mirapeix Costas, C. (2010 Feb-Mar).** *Una experiencia de formación integradora. Psicoterapia multicomponente para los Trastornos de la Personalidad. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis. <http://www.interpsiquis.com>*
- **González Vázquez, A. (2010).** *Trastornos Disociativos. Madrid: Pléyades. <http://www.trastornosdisociativos.com/>*
- **González Vázquez, A. (en imprenta).** *Trauma, Disociación y Psicodrama. En: Torres P. y Filgueira Bouza, M.S. (Eds.). Dramaterapia y Psicodrama (Vol. II): aproximaciones al trabajo con traumas y duelos. Ediciones EDRAS - Escuela de Postgrado Facultad de Artes Universidad de Chile, Santiago de Chile. <https://www.dropbox.com/s/d72ga7z6mp11a7r/PD%20TR%20DS%20A.%20Gonz%C3%A1lez.pdf?dl=0>*

- **González, A. y Mosquera, M.D. (2012).** *EMDR y Disociación: El abordaje progresivo*. Madrid: Pléyades.
- **Griffith, J.L. y Elliot Griffith, M. (1996).** *El cuerpo habla: diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- **Griffith, J.L. y Elliot Griffith, M. (1997).** *La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas*. En: Marcelo Pakman (comp.). *Construcciones de la Experiencia Humana (Volumen II)*. Barcelona: Gedisa.
- **Guías Clínicas de la ISSTD (2000).**
Libre acceso en <http://www.istd-d.org>
- **Hinterberger T., Zlabinger M., Blaser K. (2014).** *Neurophysiological Correlates of Various Mental Perspectives*. *Frontiers in Human Neuroscience Vol 8*. <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2014.00637/full>
- **Horowitz M.J. (1999).** *Essential papers on posttraumatic stress disorder*. New York: New York University Press.
- **Gunderson, J.G. (2007).** *Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder*. *Am J. Psychiatry*, 164(11): 1637-1640.
- **Janet, P.M.F. (1896 Janv. 24).** *Résumé historique des études sur le sentiment de la personnalité*. *Revue Scientifique*, 5(4), 97-103.
- **Janet, P. (1907).** *The Major Symptoms of Hysteria*. New York: McMillen.
- **Jung, C.G. (1934, 1954).** *Sobre los arquetipos de lo inconsciente colectivo*. En: *Obra Completa de Carl Gustav Jung (1999)*. Vol. 9/1. Madrid: Trotta.
- **Kellerman, P.F. (2000).** *The therapeutic aspects of Psychodrama with traumatized people*. En: Kellerman, P.F. y Hudgins, M.K. *Psychodrama with Trauma Survivors*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- **Lahera, G., Boada, L., Pousa, E., Mirapeix, I., Moron-Nozaleda, G., Marinas, L., Gisbert, L., Pamias, M., & Parellada, M. (2014).** *Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC): Spanish Validation*. *J. Autism. Dev. Disord.* available from: PM:24522969.
- **Leiman, M. (2002).** *Toward Semiotic Dialogism The Role of Sign Mediation in the Dialogical Self*. *Theory & Psychology*, 12, (2) 221-235.
- **Leiman, M. (2004).** *Dialogical sequence analysis*. In H.J.M. Hermans & G. Dimaggio (Eds.). *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 255-269).
- **Lilienfeld, S.O. (2007).** *Psychological Treatments that Cause Harm*. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 1, 53-70.
- **Livesley, W.J. (2000).** *A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder*. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 211-232.
- **Livesley, W.J. (2005).** *Principles and strategies for treating personality disorder*. *Can. J. Psychiatry*, 50, (8) 442-450 available from: PM:16127961.
- **Livesley, W.J. (2012).** *Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder*. *J. Pers. Disord.*, 26, (1) 17-42 available from: PM:22369165.
- **Livesley et al (2016):** *Integrated Treatment for Personality Disorder: A Modular Approach*. Guilford Press.
- **López Barberá, E. (1991 Prim).** *Psicodrama de Parejas*. *Vínculos*, 2, 15-35.
- **López Barberá, E. (2006).** *Encuentro con la Familia Interna*. En: *El grupo interno familiar en la formación del psicoterapeuta*. XXXIII Symposium SEPTG. Pamplona. <http://septg.ssl-cdwweb.com/symposio/sim33/index.php>
- **López Barberá, E. y Población Knappe, P. (1997).** *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- **Luyten, P. (2011).** *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.
- **Martínez Bouquet, C. (1977, 2005).** *Fundamentos para una teoría del psicodrama*. México: Siglo XXI.
- **Mirapeix Costas, C. (2006).** *Tools for increasing mentalization: the state description procedure*. 16-9-2006. *Basic common principles in psychotherapy of personality disorders*. SPR European chapter. Varese. Italy. Ref Type: Generic.
- **Mirapeix Costas, C. (2007).** *El tratamiento psicoterapéutico*. En: Vázquez-Barquero J. (editor). *Psiquiatría en Atención Primaria*. Grupo Aula Medica.
- **Mirapeix Costas, C. (2008 Sep).** *Desarrollo del self, múltiples estados mentales y metodología de evaluación desde la psicoterapia cognitivo-analítica*. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, I(2). <http://www.revistadeapra.org.ar/mirapeix.htm>
- http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Mirapeix_APRA_2008.pdf
- **Mirapeix Costas, C. (2013).** *Mechanism of change in cognitive analytic therapy*. 4-10-2013. *International Congress of Cognitive Analytic Therapy*. Málaga. Ref Type: Generic
- **Mirapeix Costas, C. (2014 Abr).** *Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP*. *Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, I(II).
- http://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incremento_de_la_fr.pdf
- **Mirapeix, C (2015):** *Conciencia reflexiva del self relacional: Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia*. *Revista Norte de Salud Mental*. Vol 13, N° 53. <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/838>

- **Mirapeix Costas, C., Urizar-Aldaca, M., Landín, S. y Nieto, A. (2006 Mar).** *Tratamiento multicomponente, de orientación cognitivo analítica del TLP.* *Psiquiatria.com*, 10(1).
- <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/658>
- **Mischel, W. , & Shoda, Y. (1995).** *A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure.* *Psychological Review*, 102, 246-268.
- **Moncrieff, J. (2010 Nov).** *Psychiatric Diagnosis as a Political Device.* *Social Theory & Health*, 8, 4, 370–382
<http://www.palgrave-journals.com/sthl/>
- **Moreno, J.L. (1967).** *Las bases de la psicoterapia.* Buenos Aires: Hormé.
- **Moreno, J.L. (1977).** *El Teatro de la Espontaneidad.* Buenos Aires: Vancú.
- **Moreno, J.L. (1978).** *Psicodrama.* Buenos Aires: Hormé.
- **Navarro Roldán, N. (2014 14-16 Marzo).** *El Faro de mi Vida.- convivir con mis luces y mis sombras. Taller del Grupo de Autocuidado e Intervisión ITGP-Galicia. Fisterra (A Coruña).*
- **Ogden, P. and Minton, K. (2000 Oct).** *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory.* *Traumatology*, VI(3), Article 3.
- **Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009).** *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia.* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- **Ogden, P., Pain, C., Minton, K. and Fisher, J. (in print).** *Including the Body in Mainstream Psychotherapy for Traumatized Individuals.* <http://www.sensorimotorpsychotherapy.org/article%20APA.html> (to be published in the American Psychological Association. Division 39 publication, *Psychologist Psychoanalyst*).
- **Peciccia, M. and Donnari, S. (2013).** *Therapeutic mirror images in the therapy of schizophrenia: progressive mirror drawing and video-integration in group therapy.* 12th European Arts Therapies Conference. Paris, France 11–14 September 2013 <http://www.ecarte.info/paper-presentations/maurizio-peciccia-and-simone-donnari-paper.htm>
- **Pérez Sales, P. (2006).** *Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia Integradora. Programa de Autoformación en Psicoterapia de respuestas automáticas.* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- **Perls, F. (1974).** *Sueños y Existencia. Terapia Gestáltica.* Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- **Población Knappe, P. (1985 Oct).** *La Escena Primigenia y el Proceso Diabólico.* *Encuentro*, 1, 20-28.
- **Población Knappe, P. y López Barberá, E. (1988).** *Psicodrama y Teoría General de Sistemas.* *Encuentro Internacional de Psicodrama.* Barcelona.
- **Pos, A.E. and Greenberg, L.S. (2012).** *Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in Emotion-focused therapy for Borderline Personality Disorder.* *Journal of Personality Disorders*, 26(1), 84–107.
- **Ribot, T.A. (1885, 1899).** *De la personnalité.*
- **Rodríguez Morejón, A. (2004 Ene-Abr).** *La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados.* *Papeles del Colegio*, 25, 87, 45-55.
- **Ryle, A. (1997).** *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder.* Chichester, USA: John Wiley.
- **Ryle A, Kerr I. (2006):** *Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica.* Desclée de Brouwer.
- **Ryle A. & Fawkes L. (2007).** *Multiplicity of selves and others: cognitive analytic therapy.* *Journal of Clinical Psychology*, 63(2):165-74.
- **Stop DSM (2011 Abr).** *Manifiesto por una Psicopatología Clínica, que no Estadística* <http://www.stopdsm.blogspot.com/>
- **Schwartz, R.C. (1997).** *Internal Family Systems Therapy.* New York: The Guilford Press.
- **Schützenberger, A.A. (1970).** *Introducción al Psicodrama.* Madrid: Aguilar.
- **Timimi, S. (2011 Mar).** *No More Psychiatric Labels: Campaign to Abolish Psychiatric diagnostic Systems such as ICD and DSM (CAPSID).* *The International Critical Psychiatric Network (ICPN).* <http://www.criticalpsychiatry.net/wp-content/uploads/2011/05/CAPSID12.pdf> INFOCOP ONLINE (24.05.2013). *Los psiquiatras se suman a la abolición del DSM y el CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en salud mental.* http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4586
- **Van der Hart, O; Steel, K; y Nijenhuis, E. (2007).** *El yo atormentado.* Bilbao: Desclée de Brouwer. <http://www.onnovdhart.nl/>
- **Van der Kolk, B.A. (2003).** *Psychological trauma.* American Psychiatric Publications.
- **Van der Kolk, B., McFarlane, A. and Weisarth, L. (1996).** *Traumatic Stress.* New York: Guilford Press.
- **Vygotsky, L. (1980).** *Pensamiento y Lenguaje.* Buenos Aires: Lantaró.
- **Watkins, J.G. and Watkins, H.H. (1997).** *Ego States: Theory and Therapy.* New York: Norton. <http://www.clinicalsocialwork.com/legostate.html>