

Mentalizing in psychotherapy: patients' and therapists' reflective functioning during the psychotherapeutic process / Mentalizando en psicoterapia: funcionamiento reflexivo de pacientes y terapeutas durante el proceso psicoterapéutico

Cecilia de la Cerda, Alemka Tomicic, J. Carola Pérez, Claudio Martínez & Javier Morán

To cite this article: Cecilia de la Cerda, Alemka Tomicic, J. Carola Pérez, Claudio Martínez & Javier Morán (2019): Mentalizing in psychotherapy: patients' and therapists' reflective functioning during the psychotherapeutic process / Mentalizando en psicoterapia: funcionamiento reflexivo de pacientes y terapeutas durante el proceso psicoterapéutico, Estudios de Psicología, DOI: [10.1080/02109395.2019.1583469](https://doi.org/10.1080/02109395.2019.1583469)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/02109395.2019.1583469>



Published online: 15 Apr 2019.






Submit your article to this journal [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Mentalizing in psychotherapy: patients' and therapists' reflective functioning during the psychotherapeutic process / *Mentalizando en psicoterapia: funcionamiento reflexivo de pacientes y terapeutas durante el proceso psicoterapéutico*

Cecilia de la Cerda ^a, Alemka Tomcic ^b, J. Carola Pérez^c,
Claudio Martínez ^b, and Javier Morán^d

^aUniversidad de Playa Ancha; ^bUniversidad Diego Portales; ^cUniversidad del Desarrollo; ^dUniversidad de Valparaíso

(Received 14 May 2018; accepted 13 February 2019)

Abstract: There has been a growing interest in mentalization in clinical research given its relationship with normal and psychopathological functioning and its explanatory potential as a mechanism of psychotherapeutic change. This study uses the Reflective Functioning Scale (RFS) to identify and characterize mentalization manifestations in psychotherapeutic interaction. Method: the RFS was applied to a sample of relevant episodes — 44 sessions from five different psychotherapy processes carried out with adult patients who had different diagnoses. Results: we observed a higher probability of reflective functioning (RF) passages in relevant events than in neutral segments. There were no differences in the RF passages according to episode or actor type, but there were in RF Failures, which is more likely in patients and during rupture episodes. Discussion: although certain modifications are necessary, the RFS can be applied to clinical material, and it is a promising strategy for the study of mentalization within psychotherapy.

Keywords: mentalization; social cognition; reflective function; clinical intervention; psychotherapeutic interaction; process of change

Resumen: La mentalización ha adquirido importancia en la investigación clínica dada su relación con el funcionamiento normal y psicopatológico y su potencial explicativo como mecanismo de cambio psicoterapéutico. Este estudio aplica la Escala de Función Reflexiva (EFR) para identificar y caracterizar las manifestaciones de la mentalización en la interacción psicoterapéutica. Metodología: se aplicó la EFR a una muestra de episodios relevantes de 44 sesiones provenientes de cinco psicoterapias realizadas a pacientes adultos con diferentes diagnósticos. Resultados: se observó mayor probabilidad de ejemplares de función reflexiva en episodios relevantes que en segmentos neutros. No hay diferencias en ejemplares de

English version: pp. xx–xx / *Versión en español:* pp. xx–xx

References / *Referencias:* pp. xx–xx

Translated from Spanish / *Traducción del español:* Liza D'Arcy

Authors' Address / *Correspondencia con los autores:* Cecilia de la Cerda, Escuela de Psicología, Universidad de Playa Ancha, Chile. E-mail: cilajuanita@gmail.com

función reflexiva según tipo de episodio o actor, sí en fallas de FR, que es más probable en los pacientes y en episodios de ruptura. Discusión: aunque con algunas modificaciones la EFR puede ser aplicada a material clínico, perfilándose como una prometedora estrategia para el estudio de la mentalización dentro de la psicoterapia.

Palabras clave: mentalización; cognición social; función reflexiva; intervención clínica; interacción psicoterapéutica; proceso de cambio

Considered a form of social cognition, mentalization has been defined as an imaginative mental activity that allows us to perceive and interpret our own and others' human behaviour in terms of intentional mental states, such as thoughts, feelings, needs, desires, beliefs, purposes and reasons (Bateman & Fonagy, 2012). It has been studied in relation to normal and psychopathological development, and its explanatory power as a mechanism for psychotherapeutic change has been acknowledged. Acquired in early childhood and closely associated with attachment systems and affective regulation, its presence and failures or dysfunctions are considered to be based on certain aetiological models of mental illness (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006; Fonagy, Luyten, & Bateman, 2015). In the context of psychotherapy, the qualities and variations of mentalization have been measured and studied, confirming its role as a change factor (Bateman & Fonagy, 2006, 2012; Clarkin & Levy, 2006; Levy et al., 2006; Luyten, Mayes, Blatt, Target, & Fonagy, 2015). In addition, it has been a useful tool for the diagnosis and treatment of patients with personality disorder, as there is evidence that patients with severe mental disorders have flaws in their mentalization skills and that successful psychotherapies have a favourable impact on them by increasing their mentalizing abilities (Fonagy & Luyten, 2009; Levy et al., 2006). On this basis, studies often use it as a variable to evaluate the effectiveness of different psychotherapeutic models (Bateman & Fonagy, 2006, 2012; Levy, Clarkin et al., 2006; Levy, Meehan, et al., 2006), but an understanding of how this capacity is expressed *during* the psychotherapeutic process remains an area to be developed.

Until now, the most frequently used model to evaluate mentalization or reflective function has been to apply the Reflective Functioning Scale (RFS) (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998) to the Adult Attachment Interview (AAI) (George, Kaplan, & Main, 1996) to patients before and after psychotherapy, or in certain sessions during the treatment process (Hörs-Sagstetter, Mertens, Isphording, Buchheim, & Taubner, 2015; Josephs, Anderson, Bernard, Fatzer, & Streich, 2004; Karlsson & Kermott, 2006).

The purpose of this study was to study mentalization *during* psychotherapy, identifying and characterizing the way in which this function is manifested, in patients and therapists, and in different moments of the psychotherapeutic interaction, in order to prove the feasibility of applying RFS to the psychotherapeutic context and to establish the main particularities that such an application would imply. Its secondary objectives, stemming from the above, would be to analyse the functions exercised by mentalization within an interactional, dynamic and multidimensional phenomenon such as psychotherapy, specifically to understand the role it plays in therapy as a mechanism of change.

Method

A cross-sectional study of quantitative design was carried out with the purpose of characterizing the manifestations of mentalization in patients and therapists participating in psychotherapeutic interactions.

Sample

The sample comprised 1,332 speaking turns from 51 psychotherapy session segments (17 Change Episodes, 17 Rupture Episodes and 17 neutral segments) from five complete psychotherapeutic processes (see [Table 1](#)). The patients, four females and one male, whose average age at the start of therapy was 34.7 ($SD = 12.1$), received an average of 32.8 psychodynamically or cognitively oriented outpatient psychotherapy sessions ($SD = 6.4$). The therapists, three males and two females, had between three and 15 years' professional experience.

Patients and therapists were informed of the study objectives before beginning the therapy process and consented both to the recordings and to the collection and subsequent handling of the data that emerged for research purposes. The study was approved by the Pontificia Universidad Católica and the Universidad Diego Portales (CEI-UDP) Ethics Committees.

Procedures

The sessions were videotaped and transcribed for later analysis. Each of the procedures described below were conducted independently by trained judges:

Determination of relevant episodes

Relevant episodes were defined as special segments in the therapy session that facilitated comprehension of the connection between the therapy exchange and its result (Timulak, 2007). Change Episodes (CE) and Rupture Episodes (RE) were used. A CE is an interaction segment in which the patient presents a change in their subjective theory regarding themselves, their problems and their relationships within their environment. Once the moment of change in the patient has been identified, corresponding to the end point of the episode, its beginning is established by identifying the moment in the session the participant begins to talk about the content of the change the patient presented (Psychotherapy and Change Research Group, 2011). An RE is an interaction segment that identifies communication markers which highlight a breakdown of the therapeutic alliance by the patient, either because of withdrawal or confrontation (Eubanks-Carter, Muran, Safran, & Mitchell, 2008). Its onset is established with the first signs of rupture and ends with the first signs of resolution or improvement. Five pairs of trained coders analysed the session videos and transcripts to determine relevant episodes for the study. Their encodings were validated through intersubjective agreements (Flick, 2009).

Table 1. Description of psychotherapeutic processes and relevant episodes.

Patient (F/M)	Therapist Sex (F/M)	Psychotherapeutic Process				Segment studied (Included in the study/total)					
		Age	Diagnosis	Modality	Initial OQ	RCI	Sessions	N	Change E.	Rupture E.	Neutral
1 F	F	28	Adaptive disorder	Psychodynamic	80	6	88 ^a	45	5/19	6/26	2
2 M	M	25	Anxiety Disorder	Cognitive-Behavioural	50	28	11	16	3/6	2/10	2
3 F	M	19	Depression	Psychodynamic	49	7 ^b	31 ^b	37	5/23	4/14	4
4 F	M	46	Personality Disorder	Cognitive-Behavioural	55	15	15	45	3/11	5/34	2
5 F	F	52	Adaptive Disorder	Psychodynamic	75	19	19	10	1/8	0/2	7

Note: the diagnosis was reported by each therapist. F = Female M = Male. E = Episodes. Result: therapeutic success was defined as those that comply with the criteria of reaching a Reliable Change Index (RCI) score of 15 or more (von Bergen & de la Parra, 2002).

Determination of neutral segments (NS)

NS are fragments in psychotherapy sessions that lack the necessary elements to codify a CE or an RE. For its delimitation, the average of the already coded CE and RE speaking turns was calculated, and fragments that had the same number of consecutive turns were randomly selected, chosen from those sessions that did not have any CE or RE.

Determining reflective function passages and categories

The Reflective Function Scale (RFS, Fonagy et al., 1998) was applied to the transcriptions of the relevant episodes and neutral segments. This scale categorizes three stages. First, three trained judges codified transcripts of the episodes, identifying passages of the patient's and therapist's reflective function (RF) or missed opportunities for reflective function (RF Failure). Secondly, both RF and RF Failure were assigned the categories contemplated by the RFS (see Fonagy et al., 1998). Finally, a score between -1 and 9 was given to each RF or RF Failure: a higher score meant the quality of reflective function was higher.

Data analysis

Descriptive and multilevel statistical analyses (Multinomial Hierarchical Logistic Regression Model, HLM) were used.

The levels of the dependent variable Type of Passages were: RF Passages, Failure of RF Passages or Non-Passages (category of reference) to determine the probability of reflective functioning in CE or RE and NS. In the first instance, all patient and therapist speaking turns identified in each type of episode or segment were included. The procedure considered the estimation of an unconditional model with the outcome variables, in order to evaluate its reliability and suitability for a multilevel analysis. Subsequently, a two-level model was established: Level 1 corresponded to the speaking turn; Level 2, to the episode or segment where the speaking turn was detected¹. At level 1, the Actor (1 = Patient; 0 = Therapist) was modelled as a predictor of the dependent variable. At Level 2, the Segment Type was modelled as a predictor (1 = Relevant Episode, 0 = Neutral Segment). In a second instance, the patient and therapist speaking turns corresponding to the CE and RE were included, also following the procedure described above, but incorporating as a predictor of Level 2 the Type of Relevant Episode (0 = RE, 1 = CE). Both analyses were performed using the 'Restricted PQL' estimation method.

To determine the quality of reflective functioning in the relevant episodes, a two-level Hierarchical Linear Model was estimated, using the scores assigned to the RF and RF Failure Passages as a dependent variable. At level 1, the Actor (1 = Patient; 0 = Therapist) was modelled as a predictor of the dependent variable. At Level 2, the Episode Type was modelled as a predictor (1 = CE, 0 = RE). In addition, an interaction between levels was modelled: Actor x Episode Type. The estimation method used was Restricted Maximum Likelihood (REML) method.

Results

Identification of RF and RF Failure passages

When analysing speaking turns, an exploration of the 51 segments from the therapy sessions included in the sample showed that 18% of the turns fell within mentalization passages. When analysing the mentalization passages, of the 138 mentalization passages identified, 116 were RF passages and 22 RF failure passages (Table 2).

Presence of passages according to segment type and actor

As a way to confirm the choice of relevant episodes (CE and RE) as appropriate for the observation of reflective functioning, a multilevel multinomial logistic regression analysis was performed to compare the probability of finding an RF or RF Failure passage in relevant episodes (CE and RE) versus neutral segments (NS). The results (see Table 3) indicate that RF passages are more likely to be found in relevant episodes (CE or RE) compared to NS. Conversely, no differences were observed between relevant and neutral episodes for RF Failure passages. Regarding the actor, RF passages were more likely in the therapists' speaking turns and RF Failures were more likely in patients' speaking turns.

Relationship between type of passage and type of episode and actor

To determine the presence of RF in different relevant episodes of the psychotherapeutic session, we compared the probability of finding RF and RF Failure passages in Change Episodes (CE) and Rupture Episodes (RE). The analyses (Table 3) indicate that there are no differences in the probability of observing RF passages according to the type of relevant episode. On the other hand, differences were observed in the presence of RF Failure passages between CE and RE, with the most probable example being RF Failure in CE. Finally, regarding the actor, the analyses show that RF passages do not show differences between patients and therapists, while RF Failure passages were more likely during patients' speaking turns.

Quality of RF according to type of episode and actor

In order to determine differences in the quality of the RF between CE and RE, and between patients and therapists, the RF and RF Failure passages' reflective functioning average quality scores were compared (see Figure 1). The analyses show an interaction effect between type of episode and actor. Although the therapists obtained higher average scores in the quality of reflective functioning — patients' average was 2.41 points lower than therapists' — and their reflective performance was 0.8 points higher in the CE compared to the RE, the interaction effect indicates that the differences in the quality of reflective functioning between CE and RE are more marked in patients (see Table 4).

Table 2. Summary of data analysed, Study 1: two levels of analysis.

	Change Episodes (N = 17)	Rupture Episodes (N = 17)	Neutral Segments (N = 17)	Total (N = 51)
	Speaking turns Analysis level (N = 1,332)			
No Passages of Mentalization (±)	336 (31%)	363 (33%)	396 (36%)	1,095 (100%)
Has Passages of Mentalization	102 (43%)	92 (39%)	43 (18%)	237 (100%)
	Mentalization Passages Analysis level (N = 138)			
FR ^a	55 (93%)	44 (80%)	17 (71%)	116 (84%)
Failure ^b	4 (7%)	11 (20%)	7 (29%)	22 (16%)

Note: RF = Reflective Function

^aEstimated percentages of individuals with RF according to episode type

^bEstimated percentages of individuals with RF Failure according to episode type

Table 3. Parameters of Multinomial Hierarchical Logistic Regression Model analysis.

	RF according to segment type ^{a,c}		RF according to episode type ^{b,d}	
	Mentalization	Failure	Mentalization	Failure
Intercept	-2.57 (0.33) ***	-5.633 (0.68)	-1.52 (0.31)***	-4.11(0.63)***
Participant	-0.39 (0.17)*	2.44 (0.53)***	-0.19 (0.19)	2.23 (0.55)***
Segment type	1.23 (0.38)**	0.54 (0.57)	-	-
Episode Type	-	-	0.16 (0.42)	-2.14 (0.77)**

Note: ^aLevel 1 $N = 1,332$, Level 2 $N = 51$.^bLevel 1 $N = 893$, Level 2 $N = 34$. Participant: 1 = Patient versus. 0 = Therapist. Segment type: 1 = Relevant Episode (Change Episode or Rupture Episode) versus. 0 = Neutral Segments. Episode Type: 1 = Change Episode versus. 0 = Rupture Episode. Gamma coefficients (γ); Standard error (SE) follows the estimated parameter in parentheses. Final Models: ^cLog [Probability of Dependent Variable (1)/(3)] = $\gamma_{00} + \gamma_{10} * Participant + \gamma_{01} * Segment Type + u_{0i}$; and Log [Probability of the Dependent Variable (2)/(3)] = $\gamma_{00} + \gamma_{10} * Participant + \gamma_{01} * Segment Type + u_{0i}$. ^dLog [Probability of Dependent Variable (1)/(3)] = $\gamma_{00} + \gamma_{10} * Participant + \gamma_{01} * Episode Type + u_{0i}$; and Log [Probability of the Dependent Variable (2)/(3)] = $\gamma_{00} + \gamma_{10} * Participant + \gamma_{01} * Episode Type + u_{0i}$
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

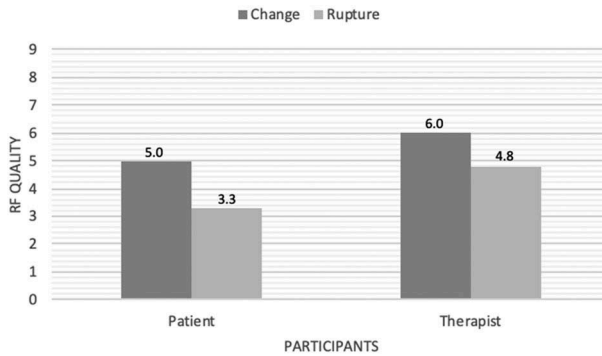


Figure 1. Patients’ and therapists’ RF quality, according to episode type.

Table 4. Predictors for Reflective Function Quality (HLM).

Predictors		β (SE)
γ_{00}	Intercept	5.19 (0.28)***
γ_{01}	Episode Type	0.80 (0.38)*
γ_{10}	Actor	-2.41 (0.53)***
γ_{11}	Actor * Episode Type	1.57 (0.75)*

Note: ^aLevel 1 $N = 114$, Level 2 $N = 27$. Actor: 1 = Patient versus. 0 = Therapist. Episode Type: 1 = Change Episode versus. 0 = Rupture Episode. Beta (β) coefficients; Standard Error (SE) follows the estimated parameters in parentheses. Model: Quality of RF = $\gamma_{00} + \gamma_{10} * Participant + \gamma_{01} * Episode Type + \gamma_{11} * Participant * Episode Type + u_{0i} + u_{1i} * Participant + \epsilon_i$
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Discussion

The application of the RFS to therapeutic interaction allowed us to consider its results at various levels. The analyses carried out showed that it is possible to find passages of reflective function and reflective function failure both for patients and for therapists in relevant episodes of psychotherapy sessions. This first finding, despite its simplicity, is of great importance, since it indicates that it is possible to use the RFS for the identification of passages that reflect reflective functioning in different interactive scenarios present during the psychotherapeutic dialogue.

Regarding the differences found in the manifestations of mentalization for the different types of interactive scenarios, the comparisons between change and rupture in the model explained allowed us to demonstrate that — although in general there are passages in both episodes — by focusing on RF, it manifests itself similarly in episodes of change and rupture. The results, at least in this sample, challenge the expectation of finding a greater proportion of RF passages in episodes of change than in episodes of rupture. Exploring the material produced from applying the scale helps to clarify this finding. Although patients and therapists manifest mentalization both in scenarios of change and in scenarios of rupture, one might think that the function acquired by mentalization in one type of episode or another is different. In this sense, and according to the thematic content of the extracts, when patients mentalize during episodes of change, they do so in harmony with the therapist, in a collaborative and coherent manner, as in a process of joint construction. Conversely, in episodes of rupture, they would mentalize with the purpose of self-affirmation, manifesting a different position, differentiating themselves and maintaining this differentiation before the therapist. That is why mentalization can be postulated as at the service of self-regulation and regulation with the other. This idea concurs with the results found by Martínez, Tomicic, Medina, and Krause (2014), who note that monological (non-dialoguing) resolution strategies which serve self-affirmation and dialogical strategies (dialogues) which serve to repair the relationship can be identified in ruptures. In these, the nature of the interaction favours exploring new positions, resulting in the emergence of differentiation and the acceptance of otherness.

The results showed differences for reflective function failures: patients fail more than therapists, although in both cases the reflective function fails more in episodes of rupture compared to those of change. This could be because the tension inherent in ruptures, where collaboration with the other is interrupted and it becomes necessary to sustain the scene relationally, produces an activation of *arousal*, especially in patients with early attachment difficulties, trauma experiences or mental or personality disorders (Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2012). And when the warning system is triggered by the conflict, the capacity for mentalization is compromised (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012; Luyten et al., 2012). This is consistent with studies that indicate that patients with personality disorders show more marked emotional activation and regulatory difficulties

(Clarkin, Fonagy, Levy, & Bateman, 2015; Fonagy et al., 2015; Fonagy, Luyten, & Strathearn, 2011), and also with those who argue that when the warning system is put into operation, the mentalization capacities associated with cognitive control are affected (Lieberman, 2007; Luyten et al., 2012; Mayes, 2006). However, a larger sample of passages of reflective function failure in significant interactive episodes is required to formulate more precise statements in this regard.

Finally, we must consider that the application of the RFS to the change and rupture episodes of the psychotherapy process collected for this study has at least two significant differences to its original application. It would be misleading to think that the reflective functioning scores obtained here are similar to those that are obtained when the scale is applied to subjects with the Adult Attachment Interview (AAI) (George et al., 1996). In it, the questions oblige the interviewee to fully use their reflective abilities, and as such, the reflective function score assigned to the individuals can be considered representative of their possible reflective capacity in that specific interview context. In this case, the passages identified during psychotherapy are spontaneous and impromptu manifestations, more influenced by interaction than by obligation, almost a procedural mentalization, occurring as a rapid and intuitive emotional reaction (Bateman & Fonagy, 2006, p. 3).

On the other hand, while in its original format, the objective of the RFS is the evaluation of the individual's global reflective capacity; in the application of the scale to a therapeutic interaction the result is not, as it was initially believed, a categorical evaluation of the patient's or therapist's mentalization capacity. As proposed by Luyten et al. (2012), to observe mentalization, it is essential and a priority to remember that it is a *specifically relational ability* (p. 51) and that, therefore, it will fluctuate depending on the attachment interaction in which it manifests. It is also essential to consider that mentalization will fluctuate, within the same relationship, moment by moment. Subsequently, the reflective functioning passages scores or therapeutic segments analysed must be observed with caution too, as if they were representative of participants' global reflective capacity. Furthermore, from this emerges the idea that this moment-by-moment assessment of the quality of the mentalization expressed by the therapist and patient refers to a mentalization in movement, which adapts, configures and linguistically and spontaneously expresses itself to be at the service of the association more than to demonstrate capacity. For this reason, a second criticism raised by Luyten et al. (2012, p. 50) is valid: to properly observe the mentalization, the fluctuations that it will manifest in different contexts of *arousal* must be considered. In the case of the application of the scale to psychotherapy, variations in emotional intensity, behaviours of closeness or distance and conflicts between therapist and patient will determine various mentalization configurations and functions. That these functions are at the service of change does not depend on the brilliance or virtuosity of outstanding reflective functioning, but on the adequacy between the reflective complexity of the assertions of one and the other participant and the level of functioning that is intertwined with contents that have been produced both at cognitive and emotional levels.

Regarding its limitations, this study contains caveats regarding the sample groups involved. Although the necessary number of segments, episodes and speaking turns were available to carry out the adequate amount of analyses, these were nested within a small number of psychotherapeutic processes. Expanding the sample to a greater number of psychotherapy processes would be of interest, in order to include other influential factors, such as the type of therapy used, types of patients and diagnoses, among others. A second limitation refers to the low number of reflective function failures, which limits drawing conclusions in that area. On this basis, identifying a significantly greater number of reflective function failures is essential, as it would allow us to deepen our knowledge about what happens when patients or therapists do not reach minimal reflective functioning and, particularly, whether it is possible to recover this capacity during the session.

Note

1. A three-level model was initially established, where Level 3 was understood to be the complete psychotherapy of each patient. However, the model was simplified since there was no significant variability to explain at this level.

Mentalizando en psicoterapia: funcionamiento reflexivo de pacientes y terapeutas durante el proceso psicoterapéutico

Considerada como una forma de cognición social, la mentalización ha sido conceptualizada como aquella actividad mental imaginativa que nos habilita para percibir e interpretar el comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales, como los pensamientos, sentimientos, necesidades, deseos, creencias, propósitos y razones, propios y ajenos (Bateman & Fonagy, 2012). Ha sido estudiada en relación con el desarrollo normal y psicopatológico, reconociéndosele su potencia explicativa como mecanismo de cambio psicoterapéutico. Adquirida en la infancia temprana y estrechamente vinculada con los sistemas de apego y de regulación afectiva, su presencia y sus fallas o disfunciones se consideran a la base de algunos modelos etiológicos de la enfermedad mental (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006; Fonagy, Luyten, & Bateman, 2015). En el contexto de la psicoterapia, las cualidades y variaciones de la mentalización han sido medidas y estudiadas, confirmándose su rol como factor de cambio (Bateman & Fonagy, 2006, 2012; Clarkin & Levy, 2006; Levy et al., 2006; Luyten, Mayes, Blatt, Target, & Fonagy, 2015). Además, ha constituido una herramienta útil para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad, existiendo evidencia de que los pacientes con graves trastornos mentales presentan fallas en sus habilidades de mentalización, y de que las psicoterapias exitosas inciden favorablemente aumentando las habilidades mentalizadoras de los pacientes (Fonagy & Luyten, 2009; Levy et al., 2006). De ahí que los estudios la suelen utilizar como una variable de resultado que sirve para la evaluación de la efectividad de distintos modelos psicoterapéuticos (Bateman & Fonagy, 2006, 2012; Levy, Clarkin et al., 2006; Levy, Meehan, et al., 2006) quedando como ámbito a desarrollar la comprensión de cómo esta capacidad se expresa *durante* el proceso psicoterapéutico.

Hasta ahora, el modelo más frecuentemente utilizado para evaluar la mentalización o función reflexiva ha sido aplicar la Escala de Función Reflexiva (EFR) (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998), a la Entrevista de Apego Adulto (AAI, George, Kaplan, & Main, 1996) a pacientes antes y después de la psicoterapia, o bien en algunas sesiones escogidas durante el proceso de tratamiento (Hörz-Sagstetter, Mertens, Ispording, Buchheim, & Taubner, 2015; Josephs, Anderson, Bernard, Fatzer, & Streich, 2004; Karlsson & Kermott, 2006).

El presente estudio se propuso estudiar la mentalización durante la psicoterapia, identificando y caracterizando la manera en que esta función se manifiesta tanto en pacientes como en terapeutas, y en distintos momentos de la interacción

psicoterapéutica, con el fin de probar la factibilidad de aplicación de la EFR al contexto psicoterapéutico y establecer las principales especificidades que dicha aplicación implica. Con esto se busca responder la pregunta acerca de las funciones que procedimentalmente ejerce la mentalización dentro de un fenómeno interaccional, dinámico y multidimensional como es la psicoterapia, y en especial, comprender el rol que desempeña en ella como mecanismo de cambio.

Metodología

Se realizó un estudio transversal de diseño cuantitativo con el propósito caracterizar las manifestaciones de la mentalización para pacientes y terapeutas en la interacción psicoterapéutica.

Muestra

La muestra correspondió a 1,332 turnos de palabras pertenecientes a 51 segmentos de sesiones de psicoterapia (17 Episodios de Cambio, 17 Episodios de Ruptura y 17 segmentos neutros) provenientes de cinco procesos psicoterapéuticos completos (ver [Tabla 1](#)). Los pacientes, cuatro mujeres y un hombre, con una edad promedio al inicio de la terapia de 34.7 años ($DS = 12.1$), recibieron una media de 32.8 sesiones de psicoterapia ambulatoria ($DS = 6.4$) de orientación psicodinámica o cognitiva. Los terapeutas, tres hombres y dos mujeres con tres a 15 años de experiencia profesional.

Pacientes y terapeutas fueron informados antes de comenzar las terapias, y consintieron tanto para las grabaciones como para la recolección y el manejo posterior de los datos para propósitos de investigación. El estudio fue aprobado por los Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Universidad Diego Portales (CEI-UDP).

Procedimientos

Las sesiones fueron video-grabadas, y transcritas para su posterior análisis. Cada uno de los procedimientos que se describen a continuación fueron realizados de manera independiente por jueces entrenados:

Determinación de episodios relevantes

Los episodios relevantes segmentos especiales de la sesión terapéutica que hacen posible comprender la conexión entre el intercambio terapéutico y su resultado (Timulak, 2007). Se utilizaron Episodios de Cambio (EC), y Episodios de Ruptura (ER). Un EC es un segmento de interacción en el que el paciente presenta un cambio en su teoría subjetiva respecto a sí mismo, sus problemas y las relaciones con su entorno. Una vez identificado el momento de cambio en el paciente, el que corresponde al punto final del episodio, se establece su inicio

Tabla 1. Descripción de los procesos psicoterapéuticos y de los episodios relevantes.

Paciente	Terapeuta	Sexo (F/M)	Edad	Diagnóstico	Modalidad	OQ Inicial	ICC	Sesiones	N	Segmento estudiado (Incluido en el estudio/total)		
										E. de Cambio	E. de Ruptura	Neutral
1	F	F	28	Trastorno Adaptativo	Psicodinámico	80	6	88 ^a	45	5/19	6/26	2
2	M	M	25	Trastorno de Ansiedad	Cognitivo- Conductual	50	28	11	16	3/6	2/10	2
3	F	M	19	Depresión	Psicodinámico	49	7 ^b	31 ^b	37	5/23	4/14	4
4	F	M	46	Trastorno de Personalidad	Cognitivo- Conductual	55	15	15	45	3/11	5/34	2
5	F	F	52	Trastorno Adaptativo	Psicodinámico	75	19	19	10	1/8	0/2	7

Nota: el diagnóstico fue reportado por cada terapeuta. F = Femenino M = Masculino. E = Episodios. Resultado: Terapias exitosas fueron definidas como aquellas que cumplen el criterio de obtener un Índice de Cambio Confiable (ICC) de 15 o más (von Bergen & de la Parra, 2002).

identificando el momento de la sesión en el que los participantes comienzan a hablar acerca del contenido del cambio presentado por el paciente (Psychotherapy and Change Research Group, 2011). Un ER es un segmento de interacción en el que se identifican marcadores de comunicación que dan cuenta de una ruptura de la alianza terapéutica por parte del paciente, sea por retirada o confrontación (Eubanks-Carter, Muran, Safran, & Mitchell, 2008). Su inicio se establece con los primeros indicios de ruptura y su final con los primeros indicios de resolución o superación de la misma. Para la determinación de episodios relevantes, cinco pares de codificadores entrenados analizaron videos y transcripciones de las sesiones. Sus codificaciones fueron validadas por medio de acuerdos intersubjetivos (Flick, 2009).

Determinación de segmentos neutros (SN)

Son fragmentos de las sesiones de psicoterapia en que no se identifican los elementos necesarios para codificar un EC o un ER. Para su delimitación, se calculó el promedio de turnos de palabras de los EC y ER ya codificados, y a continuación se seleccionaron aleatoriamente fragmentos que tuvieran esa misma cantidad de turnos consecutivos, elegidos de aquellas sesiones en las que no fueron detectados EC o ER.

Determinación de ejemplares y categorías de función reflexiva

A las transcripciones de los episodios relevantes y segmentos neutros se les aplicó la Escala de Función Reflexiva (EFR; Fonagy et al., 1998) la que considera tres etapas. Primero tres jueces entrenados codificaron las transcripciones de los episodios, identificando ejemplares de función reflexiva (FR) o de falla de la función reflexiva (Falla de FR) de paciente y terapeuta. En segundo lugar, tanto para el caso de los ejemplares de FR como de Falla de FR, se asignaron las categorías que la EFR contempla (ver Fonagy et al., 1998). Finalmente, se asignó a cada ejemplar de FR o Falla de FR un puntaje entre -1 y 9, siendo el ejemplar de funcionamiento reflexivo de mejor calidad si presenta un puntaje alto.

Análisis de los datos

Se utilizaron análisis estadísticos descriptivos y Multinivel (Multinomial Logistic Hierarchical Regression Analysis, HLM).

Para determinar la probabilidad de funcionamiento reflexivo en EC o ER y SN, los niveles de la variable dependiente Tipo de Ejemplar, fueron Ejemplar de FR, Ejemplar de Falla de FR o No-Ejemplar (categoría de referencia). En primera instancia se incluyeron todos los turnos de palabra de paciente y terapeuta identificados en cada tipo de episodio o segmento. El procedimiento consideró la estimación de un modelo no condicional con las variables de resultado, con el fin de evaluar su confiabilidad y adecuación para un análisis multinivel. Luego, se estableció un modelo de dos niveles: el Nivel 1

correspondió al turno de palabra; el Nivel 2, al episodio o segmento en que se encuentra el turno de palabra¹. En el nivel 1, se modeló el Actor (1 = Paciente; 0 = Terapeuta) como predictor de la variable dependiente. En el Nivel 2, se modeló como predictor el Tipo de Segmento (1 = Episodio Relevante; 0 = Segmento Neutro). En una segunda instancia, se incluyeron los turnos de palabra de paciente y terapeuta correspondientes a los EC y ER, siguiendo el procedimiento ya descrito, pero incorporando como predictor de Nivel 2 el Tipo de Episodio Relevante (0 = ER; 1 = EC). Ambos análisis fueron realizados utilizando el método de estimación ‘*Restricted PQL*’.

Para determinar la calidad del funcionamiento reflexivo en los episodios relevantes se estimó un Modelo Lineal Jerárquico de dos niveles, utilizando los puntajes asignados a los ejemplares de FR y de Falla de FR como variable dependiente. En el Nivel 1 se modeló el Actor (1 = Paciente; 0 = Terapeuta) como predictor de la variable dependiente. En el Nivel 2, se modeló como predictor el Tipo de Episodio (1 = EC; 0 = ER). Además, se modeló una interacción entre niveles: Actor*Tipo de Episodio. El método de estimación usado fue REML (‘*Restricted Maximum Likelihood*’).

Resultados

Identificación de ejemplares de FR y de Falla de FR

En el nivel de análisis de los turnos de palabra, el examen de los 51 segmentos de las terapias incluidos en la muestra revela que 18% de los turnos están dentro de ejemplares de mentalización. En el nivel de análisis de los ejemplares de mentalización, de los 138 ejemplares de mentalización identificados, 116 son ejemplares de función reflexiva y 22 son ejemplares de falla de la función reflexiva (Tabla 2).

Presencia de ejemplares según tipo de segmento y actor

Como una manera de confirmar la elección de los episodios relevantes (EC y ER) como pertinentes para la observación del funcionamiento reflexivo, se realizó un análisis de regresión logística multinomial multinivel para comparar la probabilidad de encontrar un ejemplar de FR o de Falla de FR en episodios relevantes (EC y ER) versus en segmentos neutros (SN). Los resultados (ver Tabla 3) indican que es más probable encontrar ejemplares de FR en episodios relevantes (EC o ER) en comparación con los SN. Por el contrario, para los ejemplares de Falla de FR no se observan diferencias entre episodios relevantes y neutros. Con respecto al actor, los ejemplares de FR fueron más probables en los turnos de palabra de los terapeutas, y las fallas de FR lo fueron en los turnos de palabras de los pacientes.

Relación entre tipo de ejemplar y tipo de episodio y actor

Para determinar la presencia de funcionamiento reflexivo en diferentes episodios relevantes de la sesión psicoterapéutica se comparó la probabilidad de encontrar ejemplares de FR y de Falla de FR en Episodios de Cambio (EC) y Episodios de

Tabla 2. Resumen datos analizados, Estudio 1: dos niveles de análisis.

	Episodios de Cambio (N = 17)	Episodios de Ruptura (N = 17)	Segmentos Neutros (N = 17)	Total (N = 51)
Nivel de análisis de Turnos de palabra (N = 1,332)				
Sin Ejemplar de Mentalización (±)	336 (31%)	363 (33%)	396 (36%)	1,095 (100%)
Con Ejemplar de Mentalización	102 (43%)	92 (39%)	43 (18%)	237 (100%)
Nivel de análisis de Ejemplares de Mentalización (N = 138)				
FR ^a	55 (93%)	44 (80%)	17 (71%)	116 (84%)
Falla ^b	4 (7%)	11 (20%)	7 (29%)	22 (16%)

Nota: FR = Función Reflexiva

^aPorcentajes estimados de ejemplares con FR según tipo de episodio

^bPorcentajes estimados de ejemplares con Falla de la FR según tipo de episodio

Tabla 3. Parámetros de análisis de Regresión Logística Multinomial Jerárquica

	FR según tipo de segmento ^{a,c}		FR según tipo de episodio ^{b,d}	
	Mentalización	Falla	Mentalización	Falla
Intercepto	-2.57 (0.33) ***	-5.633 (0.68)	-1.52 (0.31)***	-4.11(0.63)***
Participante	-0.39 (0.17)*	2.44 (0.53)***	-0.19 (0.19)	2.23 (0.55)***
Tipo de Segmento	1.23 (0.38)**	0.54 (0.57)	-	-
Tipo de Episodio	-	-	0.16 (0.42)	-2.14 (0.77)**

Nota: ^aNivel 1 N = 1,332, Nivel 2 N = 51. ^bNivel 1 N = 893, Nivel 2 N = 34. Participante: 1 = Paciente versus. 0 = Terapeuta. Tipo de Segmento: 1 = Episodio Relevante (Episodio de Cambio o Episodio de Ruptura) versus. 0 = Segmentos Neutros. Tipo de Episodio: 1 = Episodio de Cambio versus. 0 = Episodio de Ruptura. Coeficientes Gamma (γ); Error estándar (SE) sigue al parámetro estimado entre paréntesis. Modelos Finales: ^cLog [Probabilidad de la Variable Dependiente (1)/(3)] = $\gamma_{00} + \gamma_{10} * Participante + \gamma_{01} * Tipo de Segmento + u_0$; and Log [Probabilidad de la Variable Dependiente (2)/(3)] = $\gamma_{00} + \gamma_{10} * Participante + \gamma_{01} * Tipo de Segmento + u_0$. ^dLog [Probabilidad de la Variable Dependiente (1)/(3)] = $\gamma_{00} + \gamma_{10} * Participante + \gamma_{01} * Tipo de Episodio + u_0$; and Log [Probabilidad de la Variable Dependiente (2)/(3)] = $\gamma_{00} + \gamma_{10} * Participante + \gamma_{01} * Tipo de Episodio + u_0$
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Ruptura (ER). Los análisis (Tabla 3) indican que no hay diferencias en la probabilidad de observar ejemplares de FR según el tipo de episodio relevante. Por el contrario, se observaron diferencias en la presencia de ejemplares de Falla de FR entre EC y ER, siendo más probable el ejemplar de Falla de FR en EC. Finalmente, en relación con el actor, los análisis muestran que los ejemplares de FR no muestran diferencias entre pacientes y terapeutas, mientras que los ejemplares de Falla de FR fueron más probables en los turnos de habla de los pacientes.

Calidad del funcionamiento reflexivo según tipo de episodio y actor

Con el fin de determinar diferencias en la calidad del funcionamiento reflexivo entre los EC y ER, y entre pacientes y terapeutas, se compararon los puntajes promedio de calidad del funcionamiento reflexivo de los ejemplares de FR y Falla de FR (ver Figura 1). Los análisis muestran un efecto de interacción entre tipo de episodio y actor. Si bien los terapeutas obtuvieron puntajes promedio más altos en la calidad del funcionamiento reflexivo — siendo el promedio de los pacientes 2.41 puntos más bajo que el de los terapeutas — y la calidad de funcionamiento reflexivo fue 0.8 puntos más alto en los EC en comparación con los ER, el efecto de interacción señala que las diferencias de calidad del funcionamiento reflexivo entre los EC y ER son más marcadas en los pacientes (ver Tabla 4).

Discusión

La aplicación de la EFR a la interacción terapéutica permite considerar sus resultados en diversos niveles. Los análisis realizados muestran que es posible encontrar ejemplares de función reflexiva y de falla de función reflexiva tanto para pacientes como para terapeutas en episodios relevantes de las sesiones de psicoterapia. Este primer hallazgo, pese a su simpleza, es de gran importancia, ya que nos indica que es posible usar la EFR para la identificación de ejemplares que dan cuenta de funcionamiento reflexivo en distintos escenarios interactivos presentes en el diálogo psicoterapéutico.

En cuanto a las diferencias encontradas en las manifestaciones de la mentalización para los distintos tipos de escenarios interactivos, las comparaciones entre cambio y ruptura en el modelo explicado permiten señalar que, si bien en general encontramos ejemplares en ambos episodios, al focalizarse en los ejemplares de función reflexiva, esta se manifiesta en una proporción similar en episodios de cambio y de ruptura. Los resultados, al menos en esta muestra, desafían la expectativa de encontrar una mayor proporción de ejemplares de función reflexiva en episodios de cambio que en episodios de ruptura.

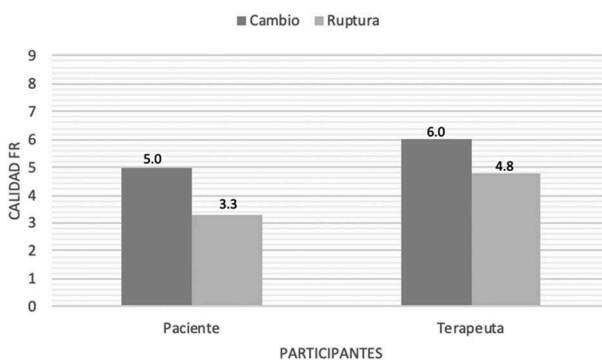


Figura 1. Calidad de FR de pacientes y terapeutas, según tipo de episodio.

Tabla 4. Predictores para Calidad de Función Reflexiva (HLM).

	Predictores	β (SE)
γ_{00}	Intercepto	5.19 (0.28)***
γ_{01}	Tipo de Episodio	0.80 (0.38)*
γ_{10}	Actor	-2.41 (0.53)***
γ_{11}	Actor * Tipo de Episodio	1.57 (0.75)*

Nota: ^aNivel 1 $N = 114$, Nivel 2 $N = 27$. Actor: 1 = Paciente versus. 0 = Terapeuta. Tipo de Episodio: 1 = Episodio de Cambio versus. 0 = Episodio de Ruptura. Beta (β) coefficients; Error Estándar (SE) sigue los parámetros estimados entre paréntesis. Modelo: Calidad de la FR = $\gamma_{00} + \gamma_{10} * Participante + \gamma_{01} * Tipo de Episodio + \gamma_{11} Participante * Tipo de Episodio + u_0 + u_1 * Participante + r$.
^{*} $p < .05$; ^{**} $p < .01$; ^{***} $p < .001$

Contribuye a esclarecer este hallazgo prestar atención al material producido en la aplicación de la escala. Pese a que pacientes y terapeutas manifiestan mentalización tanto en escenarios de cambio como en escenarios de ruptura, podría pensarse que la función que adquiere la mentalización en uno y otro tipo de episodios sea diferente. En este sentido, y según el contenido temático de los extractos, cuando los pacientes mentalizan en los episodios de cambio lo hacen en sintonía con el terapeuta, de manera colaborativa y coherente, como en un proceso de construcción conjunta. Por el contrario, en los episodios de ruptura mentalizarían con una función de autoafirmación, manifestando una posición diversa, diferenciándose y sosteniendo frente al terapeuta esa diferenciación. De allí es que pueda postularse la mentalización como puesta al servicio de la autorregulación y la regulación con el otro. Esta idea es concordante con los resultados de Martínez, Tomicic, Medina, y Krause (2014), quienes advierten que en las rupturas pueden identificarse estrategias de resolución monológicas (no dialogantes) al servicio de la autoafirmación, y estrategias dialógicas (dialogantes) al servicio de la reparación de la relación. En éstas, la naturaleza de la interacción favorece la exploración de nuevos posicionamientos, resultando en el surgimiento de la diferenciación y en la aceptación de la alteridad.

Para el caso de las fallas de función reflexiva los resultados mostraron diferencias: fallan más los pacientes que los terapeutas, aunque en ambos falla más la función reflexiva en los episodios de ruptura en comparación con los de cambio. Puede pensarse que la tensión propia de las rupturas, donde la colaboración con el otro se interrumpe y se hace necesario sostener la escena relacionalmente, produce una activación del *arousal*, especialmente en los pacientes con dificultades en el apego temprano, experiencias de trauma o trastornos de la personalidad (Luyten, Fonagy, Lewyck, & Vermote, 2012). Y con el sistema de alerta disparado por el conflicto, la capacidad de mentalización queda comprometida (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012; Luyten et al., 2012). Lo anterior es coherente con los estudios que señalan que los pacientes con trastornos de personalidad muestran una activación

emocional más acentuada y dificultades de regulación (Clarkin, Fonagy, Levy, & Bateman, 2015; Fonagy et al., 2015; Fonagy, Luyten, & Strathearn, 2011), también con aquellos que sostienen que cuando el sistema de alerta se pone en funcionamiento las capacidades de mentalización asociadas al control cognitivo se afectan (Lieberman, 2007; Luyten et al., 2012; Mayes, 2006). Con todo, se requiere una muestra mayor de ejemplares de falla de la función reflexiva en episodios interactivos significativos para formular aseveraciones más precisas al respecto.

Por último, es importante considerar que la aplicación de la EFR a los episodios de cambio y de ruptura de las psicoterapias aquí recolectadas tiene al menos dos importantes diferencias con su aplicación original. Resultaría engañoso pensar que se está ante puntajes de funcionamiento reflexivo similares a los que se pueden obtener de la aplicación de la escala a la entrevista de apego adulto AAI (Entrevista de Apego Adulto) (George et al., 1996). En ella, las preguntas de demanda fuerzan que el entrevistado despliegue al máximo sus capacidades reflexivas y, por lo mismo, la puntuación de función reflexiva asignada a los ejemplares se puede considerar representativa de la capacidad reflexiva posible para ese individuo en tal contexto de entrevista. En cambio, los ejemplares que se identifican durante la psicoterapia se manifiestan de manera espontánea y contingente, más influidos por la interacción que por la exigencia, acercándose a la idea de una mentalización procedural, que ocurre a la manera de una *rápida e intuitiva reacción emocional* (Bateman & Fonagy, 2006, p. 3).

Por otra parte, mientras en su formato original el objetivo de la EFR es la evaluación de la capacidad reflexiva global de un individuo, en la aplicación de la escala a la interacción terapéutica el resultado no es, como se pudo creer inicialmente, una evaluación categorial de la capacidad de mentalización de paciente o terapeuta. Como lo plantearon Luyten et al. (2012), para observar la mentalización es indispensable y prioritario tomar en cuenta que se trata de una *habilidad específicamente relacional* (p. 51) y que, por tanto, fluctuará dependiendo de la interacción de apego en que se manifieste. Adicionalmente, es indispensable considerar que la mentalización fluctuará, dentro de una misma relación, momento a momento. Luego, es necesario observar con precaución los puntajes de funcionamiento reflexivo de los ejemplares o de los segmentos terapéuticos analizados como si fuesen representantes de la capacidad reflexiva global de los participantes. En cambio, surge la idea de que esta evaluación momento a momento de la calidad de la mentalización expresada por terapeuta y paciente hace referencia a una mentalización en movimiento, que se adapta, configura y expresa lingüísticamente de manera contingente, para quedar al servicio del vínculo más que al de la demostración de una capacidad. Se torna relevante entonces un segundo reparo planteado por Luyten et al. (2012, p. 50): para observar la mentalización han de considerarse las fluctuaciones que ésta manifestará en distintos contextos de *arousal*. En el caso de la aplicación de la escala a la psicoterapia, las variaciones de intensidad emocional, los patrones de cercanía o de distanciamiento y los conflictos entre terapeuta y paciente determinarán diversas

configuraciones y funciones de la mentalización. Que estas funciones estén al servicio del cambio no depende de la brillantez o virtuosismo de un funcionamiento reflexivo sobresaliente, sino de la adecuación entre la complejidad reflexiva de las aseveraciones de uno y otro participante y del nivel de funcionamiento que se entrelaza con los contenidos elaborados tanto a nivel cognitivo como emocional.

En lo que concierne a sus limitaciones, este estudio contiene salvedades en cuanto a los grupos muestrales involucrados. Si bien se contó con la cantidad necesaria de segmentos, episodios y turnos de palabra para realizar los análisis utilizados, estos se anidan en un número reducido de procesos psicoterapéuticos. En el futuro será necesario ampliar la muestra a un número mayor de psicoterapias, a fin de incluir otros factores influyentes, tales como los tipos de terapia, el tipo de pacientes y los diagnósticos, entre otros. Una segunda limitación alude al escaso número de fallas de función reflexiva, lo que acota las conclusiones a ellas referidas. Al efecto, será indispensable contar con un número sustantivamente mayor de fallas de función reflexiva que permita profundizar en los conocimientos acerca lo que ocurre cuando pacientes o terapeutas no logran un funcionamiento reflexivo mínimo y, particularmente, si es posible la recuperación de esta capacidad durante la sesión.

Nota

1. Inicialmente se estableció un modelo de tres niveles considerando como Nivel-3 a la psicoterapia completa de cada paciente. Sin embargo, el modelo fue simplificado dado que no se presentó variabilidad significativa a explicar en este nivel.

Acknowledgements / Agradecimientos

This work was carried out with support from the Government of Chile, National Council of Science and Technology, Fondecyt Project No. 1150639, the National Doctorate Programme No. 2457-11 and 21140172-14, and the Milenio scientific initiative, project IS 130005, funded by the Ministry of Economy, Development and Tourism Innovation for Competitiveness Fund (Fic). / *Este trabajo fue desarrollado con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología del Gobierno de Chile, Proyecto Fondecyt N° 1150639, el Programa de Doctorado Nacional N° 2457-11 y 21140172-14, y por la iniciativa científica Milenio, proyecto IS 130005, financiado por el Fondo de innovación para la competitividad (Fic) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo.*

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors. / *Los autores no han referido ningún potencial conflicto de interés en relación con este artículo.*

ORCID

Cecilia de la Cerda  <http://orcid.org/0000-0002-4145-8152>

Alemka Tomicic  <http://orcid.org/0000-0003-3272-1198>

Claudio Martínez  <http://orcid.org/0000-0001-7866-9124>

References / Referencias

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Clarkin, J., Yeomans, F., & Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for borderline personality*. New York, NY: Wiley.
- Clarkin, J. F., Fonagy, P., Levy, K. N., & Bateman, A. (2015). Borderline personality disorder. In P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target, & S. J. Blatt (Eds.), *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology* (pp. 3–26). New York, NY: The Guildford Publications.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2006). Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Focusing on the mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 405–410.
- Eubanks-Carter, C., Muran, C., Safran, J., & Mitchell, A. (2008). *Rupture resolution rating system* (Unpublished guide). Beth Israel Medical Center, NYC.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Fonagy, P., Bateman, A., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3–42). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- 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.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Bateman, A. (2015). Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *6*, 380–392.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *32*, 47–69.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London: University College London.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview* (3rd ed., Unpublished manuscript). Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Hörz-Sagstetter, S., Mertens, W., Isphording, S., Buchheim, A., & Taubner, S. (2015). Changes in reflective functioning during psychoanalytic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *63*, 481–509.
- Josephs, L., Anderson, E., Bernard, A., Fatzer, K., & Streich, J. (2004). Assessing progress in analysis interminable. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *52*, 1185–1214.
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy*, *43*, 65–84.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 481–501.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *74*, 1027–1040.

- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259–289.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43–64). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Blatt, S. J., Target, M., & Fonagy, P. (2015). Theoretical and empirical foundations of contemporary psychodynamic approaches. In P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target, & S. J. Blatt (Eds.), *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology* (pp. 3–26). New York, NY: The Guildford Publications.
- Martínez, C., Tomicic, A., Medina, L., & Krause, M. (2014). A microanalytical look at mutual regulation in psychotherapeutic dialogue: Dialogic discourse analysis in episodes of rupture of the alliance. *Journal Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(2), 73–92.
- Mayes, L. C. (2006). Arousal regulation, emotional flexibility, medial amygdala function, and the impact of early experience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 178–192.
- Psychotherapy and Change Research Group. (2011). *Manual for the observation and coding of change and stuck episodes*. Retrieved from www.psychotherapyandchange.org
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, 305–314.
- Von Berger, A., & de la Parra, G. (2002). OQ 45.2 Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 161–176.