

La terapia basada en la mentalización para pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial*

IZASKUN VILORIA RODRÍGUEZ** Y SERGI BALLESPÍ SOLA***

RESUMEN

Presentamos la segunda parte de un trabajo dedicado a estudiar la relación entre la mentalización (MZ) y la conducta violenta, así como la adaptación de la Terapia Basada en la Mentalización (*Mentalization-Based Therapy* o MBT). En esta ocasión, se profundizará en la MBT, y cuyo objetivo principal es crear un entorno terapéutico en el que los estados mentales propios y ajenos se conviertan en el foco de atención. Gracias a los estudios piloto realizados por Bateman y Yakeley (2013), sabemos que la MBT parece ser un tratamiento con considerable potencialidad para pacientes con trastorno de personalidad antisocial (TPA) por su gran nivel de aceptación y sus efectos prometedores en la reducción de sintomatología agresiva. PALABRAS CLAVE: mentalización, terapia basada en la mentalización, MBT, trastorno de personalidad antisocial, TPA.

ABSTRACT

MENTALIZATION-BASED TREATMENT FOR PATIENTS WITH ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER. This is the second of two papers addressing the relationship between mentalizing (MZ) and violent behavior. This second paper aims to explain Mentalization-based treatment (MBT). The main MBT goal is to create a therapeutic environment wherein mental states are the focus of attention and intervention. There is some evidence from the pilot study conducted by Bateman and Yakeley (2013) which demonstrates that MBT is a potential psychotherapy for antisocial personality disorder (ASPD) patients due to its high degree of acceptance on the part of patients and its promising effects in terms of decreasing aggressive symptoms. KEYWORDS: mentalization, mentalization-based treatment, MBT, antisocial personality disorder, ASPD.

RESUM

LA TERÀPIA BASADA EN LA MENTALITZACIÓ PER A PACIENTS AMB DIAGNÒSTIC DE TRASTORN ANTISOCIAL DE LA PERSONALITAT. Presentem la segona part d'un treball dedicat a estudiar la relació entre la mentalització (MZ) i la conducta violenta, així com l'adaptació de la Teràpia Basada en la Mentalització (*Mentalization-Based Therapy* o MBT). En aquesta ocasió, s'aprofundirà en la MBT, que té com a objectiu principal crear un entorn terapèutic en el qual els estats mentals propis i aliens es converteixen en el focus d'atenció. Gràcies als estudis pilot realitzats per Bateman i Yakeley (2013), sabem que la MBT sembla ser un tractament amb considerable potencialitat per a pacients amb TPA pel seu gran nivell d'acceptació i els seus efectes prometedors en la reducció de la simptomatologia agressiva. PARAULES CLAU: mentalització, teràpia basada en la mentalització, MBT, trastorn antisocial de la personalitat, TPA.

Introducción

Este documento representa la segunda parte de un trabajo dedicado a estudiar la relación entre la mentalización

(MZ) y la conducta violenta. En este caso, se profundiza sobre la Terapia Basada en la Mentalización (*Mentalization-Based Treatment* o MBT), una psicoterapia ideada inicialmente para el tratamiento de pacientes con trastorno

*La primera parte de este artículo, "El papel de la mentalización en la etiología de la conducta violenta", se publicó en el número 27 (abril de 2016).

**Estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria (Universitat Autònoma de Barcelona).

***Doctor en psicología. Profesor e investigador de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Contacto: zk.vr92@gmail.com

Recibido: 21/9/16 – Aceptado: 5/10/16

de personalidad límite (TLP), que en la actualidad está siendo adaptada para pacientes con trastorno de personalidad antisocial (TPA).

La mentalización (MZ) o función reflexiva (RF) es una forma de actividad mental imaginativa involucrada en la percepción e interpretación del comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales (Fonagy y Target, 2006; Stein y Allen, 2007). Se trata de una habilidad que nos permite entender nuestros propios estados mentales (emociones, sentimientos, pensamientos, deseos, creencias, etc.) así como los de las personas que nos rodean. Comprender el comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales permite dar sentido a nuestra conducta y a nuestro mundo social. La incapacidad para leer a las personas, en cambio, se asocia a un peor funcionamiento psicológico. Recientes investigaciones demuestran, de hecho, que la “ceguera mental” (*p. ej.*, la incapacidad para “ver” los estados mentales propios o de los demás) se asocia cada vez a más psicopatologías (Allen, Fonagy y Bateman, 2008; Busch, 2008; Sharp, Fonagy y Goodyer, 2008; Bateman y Fonagy, 2012).

Los fallos significativos de MZ se han vinculado a la violencia, puesto que la psicogénesis de la violencia está ligada a las experiencias traumáticas en la infancia, y es la MZ precisamente un factor mediador entre estas experiencias tempranas en el sistema de apego y posteriores dificultades en la regulación afectiva, la atención y el autocontrol (Bak et al., 2015; Fonagy y Bateman, 2016).

Desde el modelo de la MZ, se propone que una disfunción en el sistema de apego puede inhibir las habilidades de regulación afectiva así como la capacidad para mentalizar (Bateman et al., 2016). Así, el comportamiento antisocial y la violencia suelen ocurrir cuando la capacidad para comprender los estados mentales de los que nos rodean se ve comprometida en situaciones que amenazan a la autoestima, tales como el rechazo interpersonal o las faltas de respeto. Normalmente, la MZ (es decir, la capacidad de imaginar o visualizar el estado mental de la víctima) dificulta el acto violento, y los individuos con habilidades mentalizadoras vulnerables pueden mostrarse inestables en momentos de estrés interpersonal (Bateman et al., 2016).

El trastorno de personalidad antisocial es una patología a la cual no se dedica mucha investigación. Sin embargo, las revisiones sistemáticas y los documentos policiales identifican el TPA como un área prioritaria

para la investigación, con el fin de reunir evidencia que sirva de guía para el desempeño del trabajo tanto de clínicos como del cuerpo policial. No existe todavía un tratamiento de primera elección para este trastorno. No obstante, la MBT se presenta como una psicoterapia que tiene como objetivo específico desarrollar la habilidad para reconocer y entender los estados mentales propios y ajenos, una habilidad que ha demostrado verse comprometida en pacientes con TPA (Bateman et al., 2016).

En enero de 2015, el profesor Peter Fonagy inició un estudio en la Universidad de Londres para establecer la utilidad de la MBT ayudando a hombres violentos con diagnóstico de TPA a controlar su comportamiento agresivo. Este estudio constituye la continuación del estudio piloto desarrollado en dos lugares distintos: en el Enfield and Haringey Mental Health Trust, con el profesor Anthony Bateman; y en el Portman Clinic, Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, con la doctora Jessica Yakeley. Todavía no se han publicado los resultados del estudio que comenzó en 2015, pero los resultados preliminares del estudio piloto dirigido por Yakeley (2013) muestran una reducción de la intensidad de la sintomatología agresiva en los pacientes con TPA tras 6 meses de terapia.

MBT: terapia basada en la mentalización

El objetivo principal de la MBT es crear un entorno terapéutico en el que los estados mentales propios y ajenos se convierten en el foco de atención. Esta terapia puede resultar especialmente adecuada para pacientes con TLP y TPA, que necesitan mejorar su capacidad para mantener la MZ cuando su autoestima se ve amenazada.

Funcionamiento y niveles de intervención de la MBT

La MBT se organiza alrededor de un período de tratamiento de 12 meses (18 meses en el estudio piloto), empezando con una valoración del procedimiento y sesiones introductorias. A ello le siguen sesiones semanales tanto individuales como grupales integradas con atención psiquiátrica (Bateman y Fonagy, 2004, 2006).

En la MBT, el terapeuta sigue el principio siguiente: si el paciente es emocional, con la consiguiente pérdida de mentalización, entonces sólo se pueden aplicar

intervenciones seguras. En este contexto, una intervención segura es aquella que disminuye el *arousal* (la activación), permitiendo así la oportunidad de restablecer la MZ.

Bateman y Fonagy (2013) organizan la intervención en una serie de niveles: los niveles iniciales son más seguros simplemente porque no requieren de una alta capacidad de MZ por parte del paciente. Una vez el paciente es capaz de reflejar en cierta medida los estados mentales actuales, es posible considerar la ampliación del proceso terapéutico usando intervenciones en niveles más complejos. De este modo, en la práctica, los terapeutas de la MBT se mueven alrededor de los niveles de acuerdo con su sensibilidad respecto al estado de *arousal* del paciente y de su capacidad mentalizadora. Conforme avanza el tiempo, esto ayuda al paciente a alcanzar una mejor MZ de la relación entre él y el terapeuta.

El primer paso, entonces, consiste en la validación del sentimiento de transferencia, considerando la transferencia como un mecanismo de defensa en el cual los sentimientos y las actitudes originalmente asociadas a figuras y situaciones importantes de las experiencias infantiles se atribuyen a otros en las situaciones interpersonales actuales, incluyendo el contexto psicoterapéutico. En este caso, el terapeuta será la figura segura, en sustitución de la figura negligente de apego en la infancia, que permitirá al paciente aprender ahora a identificar y comprender los estados mentales en uno mismo y en el terapeuta (el otro).

El segundo paso es la exploración. Los eventos que generan los sentimientos de transferencia se deben identificar, y los comportamientos ligados a esos pensamientos o sentimientos deben hacerse explícitos, a veces de un modo dolorosamente detallado. El terapeuta se muestra activo indagando en los eventos relativos al episodio violento. No se le permite al paciente cambiar de tema y se exploran los actos violentos del mismo modo que se exploran los intentos de suicidio o las conductas autolesivas en el tratamiento del TLP (Fonagy y Bateman, 2008).

Más adelante, el terapeuta intenta poner en consideración los estados mentales y los sentimientos internos del paciente. Sin embargo, esto resulta difícil para el paciente, a quien le cuesta identificar sus estados emocionales. Las afirmaciones y preguntas del terapeuta son siempre equilibradas, proporcionan soporte y validación. En la MBT siempre se intenta ver

las cosas desde el punto de vista del paciente mientras se le somete a preguntas para mover su mente hacia otras perspectivas.

Al final, se trata de una colaboración para llegar a una perspectiva alternativa. En la MBT, esto se traduce en una expansión de la forma de entender los sucesos y experiencias violentos. Este proceso es colaborativo y requiere esfuerzo; paciente y terapeuta adoptan una postura inquisitiva hacia los pensamientos y sentimientos. Después, el terapeuta resume la perspectiva alternativa, y finalmente el paciente y su propia reacción son cuidadosamente monitorizados.

Ambos autores sugieren seguir estos pasos en secuencia. A menudo hablan de mentalizar la relación, en lugar de mentalizar la transferencia. Mentalizar la relación es un modo de fomentar que el paciente piense en la relación en la que se encuentra en el momento presente (la relación terapéutica) con el objetivo de centrar la atención del paciente en otra mente, la del terapeuta, y de ayudar al paciente a contrastar su propia percepción de sí mismo con como es percibido por otra persona, por el terapeuta o por los miembros de un grupo terapéutico.

Un dato importante que señalan los autores es que los pacientes que han cometido actos de violencia extrema no experimentan sufrimiento o remordimientos asociados a los estados mentales del resto de personas; por tanto, para generar conflicto, pensar en la víctima será del todo inefectivo si se pretende inducir un cambio comportamental. En consecuencia, el foco de la terapia es ayudar a los pacientes a mantener la MZ centrándose en sus propios estados mentales cuando su integridad personal se ve comprometida.

MBT y violencia reactiva

Fonagy y Bateman (2008) proponen que la violencia reactiva es consecuencia de fallos en la MZ, y que el hecho de ser capaz de mentalizar constituye un factor de protección contra la violencia. Entendemos por violencia reactiva aquella también denominada como “defensiva”, “impulsiva” o “de sangre caliente”. Es aquella violencia relacionada con una baja capacidad de resistencia a la frustración (Hubbard et al., 2001), sesgos en la interpretación de las relaciones sociales y atribuciones hostiles al comportamiento de los demás, acompañado de una carencia de habilidades para la resolución de conflictos (Hubbard et al., 2002; Crick y Dodge, 1996; Schwartz et al., 1998).

Fonagy y sus colaboradores, entonces, no tratan con la violencia instrumental (propia de pacientes con trastorno de personalidad antisocial de tipo psicopático), sino que se centran en la violencia que tiene su origen en un trauma y surge como producto del abuso o negligencia en la socialización con las figuras objetales primarias (padres o cuidadores).

De ello resulta una teoría parcial, que puede explicar por qué algunos individuos son afectiva o reactivamente violentos, pero que no se centra en la capacidad de otros individuos para involucrarse en violencia que es planificada, con propósito y sin emociones (violencia instrumental), la cual no es producto de la reactividad emocional. Por tanto, los estudios de Fonagy sobre la eficacia la MBT se centran en pacientes con trastorno de personalidad antisocial donde el tipo de violencia que predomina es la reactiva (impulsiva) y no la instrumental.

Ciertamente, se podría predecir que los individuos con TPA con altos niveles de psicopatía ya tienen una elevada capacidad para mentalizar, observable en su habilidad para embaucar y manipular al resto, así que promover en este perfil de pacientes el entrenamiento en MZ sería arriesgarse a hacer de ellos mejores psicópatas. Sin embargo, su aparente capacidad para mentalizar es en realidad muy restringida y es rara vez generalizable a situaciones interpersonales complejas (Bateman y Fonagy, 2006). La psicopatía puede ser vista como la ejemplificación de un parcial pero fundamental emparejamiento de MZ, descrito por Baron-Cohen (1994), como “lectura-de-mentes sin empatizar”.

Fonagy considera que muchos de los pacientes hacia quien dirige su terapia nunca tuvieron la oportunidad de aprender sobre los estados mentales en un contexto de relaciones de apego apropiado. O, alternativamente, sus experiencias de apego pudieron haber sido crueles o constantemente perturbadas. Para otros, una emergente capacidad para mentalizar ha sido destruida por una figura de apego, que generó suficiente ansiedad para que el pequeño deseara evitar el hecho de pensar en las experiencias subjetivas del resto. Es importante ser conscientes de la posibilidad de que la violencia tenga sus raíces en la desorganización del sistema de apego, como ya se ha expuesto en este trabajo previamente. Fonagy y Bateman proponen una sinergia entre las defensas psicológicas, el desarrollo neurobiológico, y los cambios en la actividad neural durante estados

post-traumáticos en los que la actividad de MZ se ve comprometida.

Efectividad de la MBT

Los resultados preliminares del estudio piloto, dirigido por Jessica Yakeley (2013) para adaptar la MBT a pacientes con TPA, muestran que todos los pacientes que empezaron dicho tratamiento disminuyeron su agresión hacia los otros y hacia sí mismos, en términos de intensidad, pasados los primeros seis meses del tratamiento. Todos los miembros del grupo también mostraron una reducción del malestar subjetivo. Esto son estudios piloto únicamente, y todavía es pronto para decir si la MBT en hombres antisociales será tan efectiva como lo ha sido en pacientes con TLP.

En la actualidad, todavía no contamos con los resultados del estudio dirigido por Peter Fonagy en la Universidad de Londres, iniciado en enero de 2015 como continuación al estudio piloto ya mencionado.

No obstante, este 2016 se han publicado los resultados de un estudio realizado por el equipo de Fonagy y Bateman, en la Universidad de Londres, que investiga si los pacientes con TLP y TPA comórbidos que reciben tratamiento con MBT tienen mayor probabilidad de mejorar, en relación a síntomas de agresividad, que aquellos que siguen un tratamiento estructurado de intensidad similar, pero que excluye los componentes característicos de la MBT. En este caso, el tratamiento estructurado combinaría *counselling*, apoyo e intervenciones orientadas al problema.

Lo que muestra este estudio es que la MBT resulta beneficiosa en pacientes con TLP y TPA comórbidos, puesto que reduce la ira, hostilidad, paranoia y la frecuencia de las autolesiones y los intentos suicidas, así como mejora el estado de ánimo, los síntomas psiquiátricos generales, los problemas interpersonales y el ajuste social.

En conclusión, la MBT parece ser un tratamiento con considerable potencialidad para pacientes con TPA por su gran nivel de aceptación y sus efectos prometedores.

Discusión

Fonagy y Bateman proponen que cierto tipo de personas violentas con un complejo trastorno de personalidad, específicamente TPA, han sufrido experiencias infantiles traumáticas y disruptivas en el sistema de

apego, que han interferido en su desarrollo neurobiológico así como en el desarrollo de sus defensas psicológicas (Fonagy y Bateman, 2006, 2008, 2009, 2013, 2016). Esto ha comprometido su capacidad de MZ, reduciendo el umbral de su reactividad emocional. Diversos estudios, que muestran patrones de vínculo alterados en pacientes forenses y en reclusos diagnosticados de TPA, configuran la evidencia empírica que respalda la hipótesis de que el TPA es un trastorno cuyas raíces se encuentran en el apego (Frodi, Dernevik, Sepa, Philipson, y Bragesio, 2001; Levinson y Fonagy, 2004; Van Ijzendoorn et al., 1997).

Los casos de violencia severa, como en cualquier tipo de paciente con trastorno mental grave, no suelen tratarse con terapia psicológica como primera elección. No obstante, la conceptualización reciente del TLP como un problema basado en una alteración de la MZ y la correspondiente creación de un tratamiento expresamente ideado para restablecer la función reflexiva (Bateman y Fonagy, 2009) han hecho que aumente la atención hacia el valor terapéutico del paradigma de la MZ, y que proliferen los estudios aportando evidencia de la eficacia de la MBT.

No obstante, hay cuatro cuestiones en torno de la MBT sobre las que se puede reflexionar. La primera es si no existen ya otras terapias que, aunque no lo expliciten en sus manuales, ya cuenten con la promoción de la MZ como principio terapéutico fundamental. Así, por ejemplo, los pasos de la MBT podrían parecerse a los de la Terapia Breve y Focal; la parte en la que se centra en la transferencia recuerda la Terapia Focalizada en la Transferencia de Otto Kernberg (Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2015) y, en general, es posible que toda la línea de tratamientos de orientación psicodinámica, aunque los terapeutas no sean conscientes de ello ni se lo hayan propuesto de forma manualizada, persigan, como de hecho hacen, lo que en esencia plantea la MBT: afianzar una alianza terapéutica (relación de apego) con el paciente, sobre la que sea posible hacer surgir y por tanto vehicular la transferencia (revivir esas experiencias traumáticas), con el fin de promover la atención y comprensión de estados mentales (aspectos dolorosos, a menudo reprimidos), fomentando así la capacidad de MZ (al fin y al cabo, generando espacio mental y promoviendo lo que Bion denominaba función analítica).

La segunda cuestión sobre la que reflexionar es hasta qué punto, de acuerdo con lo que se acaba de decir, se

requiere de MZ para promover la MZ. Es decir, si para fomentar el desarrollo de la MZ se requiere, como se decía más arriba, que “paciente y terapeuta adopten una postura inquisitiva hacia los pensamientos y sentimientos; después que el terapeuta resuma la perspectiva alternativa, y finalmente que el paciente y su propia reacción sean cuidadosamente monitoreados” no se está dejando de exigir al paciente, de alguna manera, lo que en otras modalidades de terapia psicodinámica se le requiere: cierta capacidad de introspección y una cierta tolerancia al malestar (al *arousal* emocional, en términos de MZ). Por tanto, hay que reflexionar sobre qué pacientes son indicados para este tipo de tratamiento o si, simplemente, lo son todos los que tengan TPA.

De hecho, este mismo punto lleva a plantearse la cuestión de si, una vez más, o al menos en apariencia, nos encaminamos hacia una orientación nomotética más que ideográfica en la indicación terapéutica en psicopatología. Es decir, si se establece que la MBT —o cualquier otro tratamiento— es indicado o eficaz para un trastorno específico, se está optando por un abordaje nomotético de esa psicopatología, lo cual implica obviar, al menos desde un punto de vista conceptual, las diferencias individuales que deberían tenerse en cuenta para ajustar adecuadamente cualquier tratamiento basado en la relación.

En este sentido, resulta preocupante que en un momento en que las terapias cognitivo-conductuales, las tradicionalmente estandarizadas, están suavizando su encorsetamiento en pro de una mayor flexibilidad y dando un paso hacia lo ideográfico, las terapias psicodinámicas, tradicionalmente ideográficas y seguramente flexibles en exceso (*p. ej.*, demasiado atentas a las diferencias individuales e imposibilitando cualquier intento de manualización) pudieran ahora acercarse irremediabilmente hacia lo nomotético.

En cualquier caso —y este es el cuarto y último punto— no deja de ser interesante, a este respecto, la reflexión que se desprende de todo lo dicho: y es que unos tipos de tratamiento y otros se están aproximando entre sí en muchos aspectos, abriendo un nuevo camino en el campo de la psicoterapia.

Para terminar con una alusión a la eficacia de la terapia que aquí nos ocupa, es importante señalar que contamos con evidencia prometedora en favor de la MBT como una posible terapia eficaz para el tratamiento de la conducta violenta. Sin embargo,

los autores de dichos estudios (Yakeley et al., 2013; Bateman et al., 2016) recomiendan que la MBT se estudie en profundidad para poder establecer tanto los efectos a largo plazo en la sintomatología específica del TPA (agresión, violencia, comportamiento intimidatorio), como sus efectos sobre otros diagnósticos del Eje I y II (por ejemplo, impulsividad, funcionamiento social, bienestar general).

Cabe destacar que, si bien el modelo psicodinámico no es el único utilizado en la práctica forense, es un enfoque que resulta valioso en este campo gracias a su énfasis en las relaciones interpersonales, la experiencia propia y su significado. Promover la capacidad de identificar las emociones e intenciones, tanto ajenas como propias, puede no sólo mejorar el funcionamiento social sino también reducir el riesgo de conducta antisocial. Además, la MZ ha demostrado ser un factor protector contra la agresión en personas con rasgos violentos (Taubner et al., 2013) y su estimulación contribuye a reducir la violencia escolar (Fonagy et al., 2009).

Bibliografía

- ALLEN, J. G., FONAGY, P. Y BATEMAN, A.W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, EEUU: American Psychiatric Association.
- BAK, P. L., MIDGLEY, N., ZHU, J. L., WISTOFT, K. Y OBEL, C. (2015). The Resilience Program: preliminary evaluation of a mentalization-based education program. *Frontiers in Psychology*, 6, 753.
- BARON-COHEN, S. (1994). The Mindreading System: New directions for research. *Cahiers de Psychologie Cognitive/Current Psychology of Cognition*, 13(5), 724-750.
- BATEMAN, A. Y FONAGY, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford. University Press.
- BATEMAN, A. Y FONAGY, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. University Press: Oxford.
- BATEMAN, A. Y FONAGY, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 181-94.
- BATEMAN, A. Y FONAGY, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166(12), 1355-64.
- BATEMAN, A. Y FONAGY, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental clinical practice*. Arlington, EEUU: American Psychiatric Association.
- BATEMAN, A. Y FONAGY, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613.
- BATEMAN, A., O'CONNELL, J., LORENZINI, N., GARDNER, T. Y FONAGY, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*, 16(1): 304-315.
- BUSCH, F. N. (2008). *Mentalization: theoretical considerations, research findings and clinical implications*. Nueva York, EEUU: Analytic Books.
- CRICK, N. R. Y DODGE, K. A. (1996). Social information processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.
- FONAGY, P. Y BATEMAN, A. (2016). Adversity, attachment and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 59-66.
- FONAGY, P. Y TARGET, M. (2006). The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576.
- FONAGY, P., TWEMLOW, S. W., VERNBERG, E. M., NELSON, J. M., DILL, E. J., LITTLE T. D. Y SARGENT, J. A. (2009). A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 607-16.
- FRODI, A., DERNEVIK, M., SEPA, A., PHILIPSON, J. Y BRAGESIO, M. (2001). Current attachment representations of incarcerated offenders varying in degree of psychopathy. *Attachment y Human Development*, 3, 269-283.
- HUBBARD, J. A. DODGE, K. A., CILLESSEN. H. N., COIE, J. D. Y SCHWARTZ, D. (2001). The dyadic nature of social information processing in boys' reactive and proactive aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 268-280.
- HUBBARD, J. A., SMITHMYER, C. M., RAMSDEN, S. R., PARKER, E. H., FLANAGAN, K. D., DEARING, K. F., RELYEA, N. Y SIMONS, R. F. (2002). Observational, physiological, and self report measures of children's anger: relations to reactive versus proactive aggression. *Child Development*, 73, 1101-1118.
- LEVINSON, A. Y FONAGY, P. (2004). Offending and attachment: The relationship between interpersonal

awareness and offending in a prison population with psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12, 225–251.

SCHWARTZ, D., DODGE, K. A., COIE, J. D., HUBBARD, J. A., CILLESSEN, H. N., LEMERISE, E. A. Y BATEMAN, H. (1998). Social-cognitive and behavioral correlates of aggression and victimization in boy's play groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 431-440.

SHARP, C., FONAGY, P. Y GOODYER, I. (2008). *Social cognition and developmental psychopathology*. Oxford, Inglaterra: Oxford.

STEIN, H. Y ALLEN, J. G. (2007). Mentalizing as a framework for integrating therapeutic exposure and relationship repair in the treatment of a patient with complex posttraumatic psychopathology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(4), 273–290.

TAUBNER, S. Y CURTH, C. (2013). Mentalization mediates the relation between early traumatic experiences and aggressive behavior in adolescence. *Psibologija*, 46(2), 177–192.

TAUBNER, S., WHITE, L. O., ZIMMERMANN, J., FONAGY, P. Y NOLTE, T. (2013). Attachment-related mentalization

moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 929–38.

TAUBNER, S., WHITE, L. O., ZIMMERMANN, J., FONAGY, P. Y NOLTE T. (2013). Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 41(6), 929–38.

VAN IJZENDOORN, M. H., FELDBRUGGE, J. T. T. M., DERKS, F. C. H., DE RUITER, C., VERHAGAN, M. F. M., PHILIPSE, M. W. G., ET AL. (1997). Attachment representations of personalitydisordered criminal offenders. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 449–459.

YAKELEY, J. Y ADSHEAD, G. (2013). Locks, Keys, and Security of Mind: Psychodynamic Approaches to Forensic Psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law*, 41(1): 38-45.

YEOMANS, F. E., CLARKIN, J. F. Y KERNBERG, O. F. (2015). *Trasferencia-focussed psychotherapy for borderline personality disorder. A clinical guide*. Washington, EEUU: American Psychiatric Publishing.