

## «Sense un lloc a la teva ment, sense un lloc al món.» Aspectes tècnics del treball amb adolescents desatesos

---

*Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXXIII/2*

Mark Dangerfield<sup>1</sup>  
Barcelona

*L'autor presenta una part dels resultats del seu projecte d'investigació a l'Hospital de Dia d'adolescents de Badalona i planteja la necessitat d'implementar modificacions tècniques en el treball psicoterapèutic amb adolescents que han patit negligències severes. Resumeix les aportacions principals de la teoria de la mentalització desenvolupada per Peter Fonagy i col·laboradors, del Centre Anna Freud de Londres, i algunes idees sobre la teràpia basada en la mentalització per a adolescents (MBT-A). Conclou l'article amb un exemple del treball clínic amb un adolescent.*

**Paraules clau:** adolescència, confiança epistèmica, MBT-A, mentalització, negligència

### **Introducció**

Hi ha una sòlida evidència que demostra que patir negligències emocionals durant la infància causa trastorns en el desenvolupament psíquic. A l'Hospital de Dia d'Adolescents de Badalona, de la Fundació Vidal i Barraquer,

---

1. Psicòleg clínic i psicoterapeuta a l'Hospital de Dia d'Adolescents de Badalona (Fundació Vidal i Barraquer). Psicoanalista (SEP-API). Professor de l'Institut Universitari de Salut Mental (Universitat Ramon Llull). Supervisor MBT-A acreditat per l'Anna Freud Centre de Londres. AMBIT Assistant Trainer a l'Anna Freud Centre de Londres. E-mail: markdangerfield@hotmail.com

treballem amb adolescents que presenten quadres compatibles amb trastorns mentals greus. A la vegada, es posen de manifest dinàmiques familiars disfuncionals en un percentatge molt elevat dels casos. Les dades que hem recollit en els darrers anys, que detallaré breument en aquest treball, donen suport a l'evidència ja existent que demostra la relació entre el fet de patir adversitats en la infantesa i un major risc psicopatològic, així com la relació entre les adversitats sofertes en la infantesa dels adolescents atesos amb el fet que els seus progenitors també haguessin patit adversitats en la seva pròpia infantesa. Aquest fet ens ajuda a entendre la transmissió transgeneracional del trauma relacional i les seves repercussions en els àmbits conductual, psicosocial i psicològicorelacional.

Els joves que atenem han patit en molts casos negligències durant la infantesa que, en termes molt generals i independentment de les manifestacions en l'àmbit clínicofenomenològic, les podem entendre com experiències traumàtiques -sovint preconceptuals (Grimalt, 2012; López-Corvo, 2014)- que han causat importants danys en l'organització de l'esfera emocional i els han afectat la capacitat de modular les emocions, la capacitat de donar sentit a la pròpia experiència emocional i els han empès a organitzar mecanismes de supervivència (Mitrani, 1992) per tal de gestionar les intenses ansietats que els desborden: tot allò impensable que pobla el seu món intern.

El treball terapèutic en aquest àmbit és una tasca dura i complexa, sobretot pel que implica d'haver de fer-nos càrrec de les massives projeccions d'ansietats no mentalitzades. Caldrà tenir en compte el predomini dels buits emocionals i forats al *self*, al món intern dels joves, és a dir, un món intern ple de dolor sense paraules. Aquests joves necessiten un continent extern, però és freqüent veure que el contacte amb les seves necessitats emocionals és molt amenaçador, perquè els desestabilitza el fràgil sistema de supervivència. Tolerar la dependència i la necessitat d'afecte és un fet que es viu sovint com a catastròfic per la manca de confiança en un objecte suficientment disponible i fiable, i es veu que el contacte amb l'altre implica la por d'una repetició traumàtica de la vivència d'abandó, de rebuig i de menyspreu. La vivència de no existir per als altres que els ha acompanyat quasi sempre i que, a la vegada, els fa sentir molta ràbia cap al món, cosa que comprensiblement també els causa terror. Per tot el que s'ha dit fins ara, en la relació terapèutica cal ser força actius amb vista a tractar de construir un vincle. Quedar-se en una posició més neutra o distant té importants contraindicacions, ja que molt probablement els joves ho viuran com a força persecutori o com quelcom que confirma la vivència de menyspreu i de manca d'interès.

Fonagy, en una entrevista que vam publicar a la revista *Temas de Psicoanàlisis* l'any 2013 -vaig tenir la sort de poder formar part del consell editorial de la revista al llarg dels sis primers números-, explica com va arribar a entendre la necessitat de repensar el model terapèutic per treballar amb pacients tan danyats: «Jo treballava en aquell moment amb pacients greus [...] Els oferia interpretacions i esperava que els meus *insights* d'alguna

manera transformessin les seves vides [...] Però no succeïa. El tractament clàssic simplement no tenia aquest efecte. Les meves interpretacions eren irrelevantes per a ells [...] no importava el que jo digués. Jo podia sentir en una sessió que havia entès especialment bé i interpretat de manera reeixida i copiosa, però això no era l'important. Llavors vaig començar a preguntar-me què era l'important. Així va ser com les meves idees van cristal·litzar al voltant del concepte de *mentaltzació*: pensar sobre els pensaments i sentiments era l'important; el fonamental no era el contingut de la interpretació, sinó el treball d'orientar-se cap aquest contingut.

Tal com diu Fonagy, és important implementar mesures terapèutiques adaptades a les característiques d'aquests joves, amb modificacions tècniques considerables de la psicoanàlisi o de la psicoteràpia psicoanalítica. Penso que molts companys psicoanalistes o psicoterapeutes d'orientació dinàmica ja introdueixen modificacions tècniques si han de treballar amb aquest perfil de joves, tot i que potser sense sistematitzar o manualitzar aquesta intervenció. En aquest sentit, ja fa un temps que vaig trobar unes aportacions molt valuoses de la teoria de la mentalització i de les seves aplicacions terapèutiques, una de les quals és el Tractament Basat en la Mentalització per a Adolescents, MBT-A en les sigles en anglès.

En aquest treball presentaré primer un resum d'algunes de les dades que il·lustren la dramàtica realitat de les adversitats sofertes en la infantesa, així com el greu problema de la manca de detecció d'aquestes adversitats per part dels professionals, i després abordaré el concepte de mentalització segons el model desenvolupat per Peter Fonagy i altres autors del Centre Anna Freud de Londres. Seguidament plantejaré algunes característiques de l'enfocament terapèutic basat en la mentalització i ho il·lustraré amb una vinyeta clínica per tal d'exemplificar alguns dels aspectes tècnics descrits.

### **Dades sobre les adversitats en la infantesa**

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va presentar l'any 2014 unes dades alarmants sobre les estimacions que fan del maltractament que pateixen els menors a Europa. L'OMS diu que dels 190 milions de menors d'edat censats a Europa l'any 2014, 18 milions pateixen abús sexual, 44 milions maltractament físic i 55 milions maltractament psicològic. Això representa que un 30% dels menors a Europa pateix algun tipus de maltractament, sense comptabilitzar la negligència parental, que és sempre més elevada (Dangerfield, 2012; Varese *et al.*, 2012) i que també comporta greus conseqüències en el desenvolupament emocional dels infants. Són dades molt preocupants, però el més alarmant és que la mateixa OMS diu que el 90% dels casos de maltractament no s'arriben a detectar mai.

Sabem que l'abús sexual, el maltractament i la negligència soferts durant la infantesa són experiències molt comunes entre les persones que desenvolupen greus problemes de salut mental (Goff, Brotman, Kindlon,

Waites & Amico, 1991; Mullen, Martin, Anderson, Roamns & Herbison, 1993; Read & Fraser, 1998; Janssen, Krabbendam, Bak, Hanssen, Vollebergh, de Graaf & Van Os, 2004; Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005; Bendall, Jackson, Hulbert & McGorry, 2008; Shevlin *et al.*, 2008; Sorensen *et al.*, 2010; Dangerfield, 2012; Varese *et al.*, 2012). Hi ha evidència clara que les víctimes solen ser reticents a revelar les seves històries d'abús i els professionals solem ser reticents a explorar-les (Read, Hammersley & Rudegeair, 2007; Dangerfield, 2012). Una història de trauma o d'abús ha estat clarament identificada com un factor de risc de trastorns mentals greus, així com un factor de risc de suïcidi en l'adolescència (OMS, 2013, 2014). El 2013, Zsuzsanna Jakab, directora regional per Europa de l'OMS, va afirmar: «Ha arribat el moment que es reconegui el maltractament infantil com un problema de salut pública i no només com un problema de justícia penal o social». Malauradament, tot i que és complex entendre'n els motius, encara ens trobem lluny d'aquest moment.

L'any 2012 es va publicar un article sobre la primera metaanàlisi duta a terme sobre treballs de recerca fets entre 1980 i el novembre de 2011, amb la idea d'examinar la relació entre la psicosi i les adversitats sofertes en la infància (Varese, Smeets, Drukker, Lieverese, Lataster, Viechtbauer, Read, Van Os & Bentall, 2012). El títol del treball és conclouent: «Les adversitats en la infància augmenten el risc de psicosi». Els autors expliquen que es demostra que hi ha una relació estadísticament significativa entre les adversitats sofertes en la infància i l'augment del risc de desenvolupar algun trastorn psicòtic.

Hi ha molts altres treballs de recerca -que per qüestions d'espai no citaré en aquest treball- que demostren la relació entre diferents tipus d'adversitats sofertes i el major risc de patir diferents trastorns psicopatològics, així com un risc més gran de tenir conductes autodestructives que habitualment es manifesten a partir de l'adolescència.

També hi ha proves que els esdeveniments adversos en la infància no són prou estudiats en l'àmbit de la salut mental. Les històries d'abús no es tenen en compte o moltes vegades ni tan sols s'investiguen (Cavanagh, Read i New, 2004). Estudis duts a terme als Estats Units i al Regne Unit han descobert que els professionals de la salut mental identifiquen menys de la meitat dels casos d'abús dels quals s'ha informat els investigadors. La proporció identificada pels clínics varia del 48% al 0% (Jacobson & Richardson, 1987; Craine *et al.*, 1988; Mills, 1993; Muenzenmaier *et al.*, 1993; Read, Hammersley & Rudegeair, 2007).

Voldria citar breument algunes dades del projecte de recerca que estem duent a terme a l'Hospital de Dia on, havent estudiat els casos atesos entre 2008 i 2015 (N=182), trobem que un 95% compleix criteris d'inclusió en una o diverses categories d'adversitats a la infantesa -abús sexual, maltractament físic, maltractament psicològic, negligència parental, mort parental i assetjament

escolar (*bullying*)-, dels quals un 12% han patit abús sexual, un 13% maltractament físic, un 44% maltractament psicològic, un 28% negligència parental i un 3% assetjament escolar. Aquestes dades es refereixen a l'indicador principal detectat, però entenent que si un menor pateix abús sexual en l'entorn familiar més proper -que, segons tots els estudis, són la pràctica totalitat dels casos d'abús sexual- també pateix maltractament físic, psicològic i negligència parental. Això implica que les xifres absolutes en cada categoria siguin en realitat les següents: un 12% dels pacients ha patit abús sexual, un 25% maltractament físic, un 69% maltractament psicològic i un 97% dels adolescents, negligència parental.

Una dada molt preocupant del nostre estudi és la manca de detecció de les adversitats i, per exemple, trobem en el cas dels abusos sexuals que només el 22% havien estat detectats abans que ingressessin al nostre centre, mentre que el 78% dels casos va ser detectat durant l'ingrés. En el 22% de casos detectats abans de l'ingrés no hi havia cap cas d'intent de suïcidi, mentre que en el 78% dels casos on els abusos no havien estat mai detectats malgrat que havien estat atesos per diferents serveis de salut mental, ens trobem que un 47% dels joves ens arriben després d'haver fet un intent de suïcidi. Les dades parlen per elles mateixes, tot i que no és la intenció d'aquest treball aprofundir en aquesta qüestió. Només voldria citar Read (Read, Hammersley & Rudegair, 2007) quan ens recorda que els professionals de la salut mental no hem d'estar convençuts de la relació causal de les adversitats sofertes amb les diferents categories diagnòstiques -relació causal sobre la qual hi ha moltes proves científiques- per entendre la importància de preguntar a les persones que tractem d'ajudar sobre el que ha succeït en la seva vida.

Una altra dada que voldria destacar és que de la totalitat dels casos (N=182), un 84% dels pares havia patit adversitats en la seva pròpia infantesa, mentre que només en un 11% dels casos no es va poder confirmar que les haguessin patit i en un 5% dels casos no va ser possible recollir les dades. Aquestes dades confirmen la hipòtesi de la transmissió transgeneracional del trauma relacional que he mencionat a la introducció i que no tinc intenció de desenvolupar en aquest treball. El que sí que val la pena mencionar és que hi ha estudis que demostren que la capacitat de mentalització no s'hereta biològicament, sinó que es desenvolupa en el context de relacions d'aferrament o de vincle primerenc (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). La capacitat de mentalització es desenvolupa de manera òptima en el context d'un vincle segur (Allen, 2013; Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Bleiberg, Rossouw, & Fonagy, 2012) i, de la mateixa manera, l'experiència clínica ens mostra que les pitjors capacitats de mentalització es donen en les relacions en què ha predominat un vincle desorganitzat. Això es veu en les persones que presenten trastorns greus de personalitat, casos en els quals també s'ha demostrat que han crescut en entorns relacionals on ha predominat l'estil d'aferrament desorganitzat.

Aquest és el drama de la transmissió transgeneracional del trauma relacional, perquè si una persona ha patit adversitats greus a la infància sense haver rebut l'ajuda adequada i suficient, molt probablement no tindrà els recursos interns necessaris per poder oferir una relació emocional mínimament segura als seus fills, amb el conseqüent impacte sobre el desenvolupament de les capacitats de mentalització dels fills. Per ser capaç de protegir i cuidar, cal tenir objectes interns fiables, cal sentir que es pot confiar en l'esperança en les relacions humanes, la possibilitat de confiar en algú que ens pugui ajudar. Si no és així, la història es repeteix: per a un adult que no hagi conegut una altra opció en aquesta vida, el món no és fiable i es converteix en un lloc inhòspit, un lloc en el qual es sobreviu organitzant un «fals *self*» que sostingui, però que amaga una enorme fragilitat i dèficits en l'àmbit emocional. Els dèficits en les capacitats de mentalització dels progenitors fan que es mostrin maldestres en les relacions afectives profundes, amb importants dificultats en la capacitat de gestionar la seva pròpia vida emocional i, en conseqüència, la seva relació amb els altres.

A la vegada, en estudis eminentment clínics, hi ha diversos autors, entre els quals destacaria Tizón (2015), que plantegen la hipòtesi sobre la transmissió transgeneracional dels patrons de relació predominants en les dinàmiques familiars. Des de la concepció de la psicopatologia entesa com l'organització de conductes i representacions mentals engendrades en les relacions que afecten substancialment el desenvolupament individual i/o social (Tizón, 2015), hi ha molts elements que donen suport a la hipòtesi que el fet de créixer en un entorn relacional negligent, amb importants carències afectives i amb un patiment emocional intens, té relació amb un risc superior de desenvolupar patrons de relació que reproduïen aquests estils de relació danyats, amb un augment significatiu del risc psicopatològic, social i tot sovint vital. Uns casos, per desgràcia massa freqüents, en els quals ens trobem històries d'adversitats que es repeteixen transgeneracionalment.

Abans d'entrar en aspectes de l'enfocament terapèutic des del tractament basat en la mentalització (MBT-A), que considero molt indicat per a adolescents que han patit negligències greus durant la infantesa, voldria aturar-me breument per exposar unes quantes idees que ajudin a aclarir de què estem parlant quan parlem de mentalització.

### **Què és la mentalització?**

Combinant el marc de la teoria psicoanalítica, la teoria de l'aferrament i aspectes de la investigació sobre el desenvolupament sociocognitiu, un grup de professionals de la salut mental liderats per Peter Fonagy han proposat un marc de referència per a la psicopatologia i la psicoteràpia. El mateix Fonagy diu que, en realitat, és un model poc innovador, ja que més aviat es tracta d'un intent conscient d'agrupar coneixements de diferents disciplines acadèmiques i pràctiques clíniques per crear una terminologia comuna i donar una importància cabdal a la recerca i a l'avaluació de la intervenció terapèutica.

Aquests autors entenen la mentalització com la capacitat de comprendre les accions pròpies i alienes en termes de pensaments, sentiments, esperances i desitjos. És una funció que permet comprendre i comunicar la conducta pròpia i l'aliena en termes d'estats mentals intencionals.

M'agrada particularment una definició senzilla que diu el següent: la mentalització és la capacitat de veure'ns a nosaltres mateixos des de fora i els altres des de dins. La mentalització també fa referència al procés d'entendre quan hi ha un malentès, és a dir, l'esforç conscient d'intentar entendre quan hi ha un malentès és l'essència de la mentalització. És la capacitat d'entendre que les idees i les emocions, tant les pròpies com les alienes, són representacions mentals i no còpies fidels de la realitat externa (Fonagy & Target, 1997). En aquest sentit, la mentalització és un procés i no un contingut. Un procés segons el qual l'individu tracta de donar un sentit al món que l'envolta i atribueix a si mateix i als altres estats mentals. Això li permet preveure i comprendre el seu propi comportament, el dels altres i les relacions interpersonals.

Mentalitzar, la representació dels nostres estats mentals, és la columna vertebral del sentit d'un mateix i de la nostra identitat (Fonagy & Target, 1997). Veure'ns nosaltres mateixos i els altres com a éssers *agentius* i intencionals conduïts per estats mentals que són significatius i comprensibles, crea la coherència psicològica sobre un mateix i els altres que és essencial per manegar-nos en el complex món social (Bateman & Fonagy, 2016). Implica també la capacitat de diferenciar-nos psicològicament dels altres i, a més, està fora de tot dubte que els estats mentals influencien la conducta: creences, desitjos, sentiments i pensaments, tant si en som conscients com si no, sempre influencien el que fem (Bateman & Fonagy, 2016).

Una mentalització efectiva implica tenir curiositat pels estats mentals propis i aliens, consciència de l'impacte emocional que les coses que diem i que fem poden tenir sobre els altres, consciència que els estats mentals són opacs -una obvietat, tot i que val la pena recordar que per molta experiència que tingui un professional de salut mental mai no serà, afortunadament, un «lector de ments»-, la capacitat d'adoptar diferents perspectives sobre una mateixa realitat, una actitud no paranoide i poder confiar en els altres.

La mentalització té naturalesa multidimensional, perquè des de la neurociència se n'han identificat 4 dimensions diferents (Lieberman, 2007), que són molt útils en contextos clínics: (1) La mentalització automàtica vs la mentalització controlada o mentalització implícita vs mentalització explícita. És impossible estar mentalitzant tota l'estona, però això no vol dir que en certs moments no estigui en marxa malgrat que no en siguem conscients. El treball terapèutic sempre va encaminat a estimular la mentalització explícita del pacient. (2) Mentalització d'un mateix vs mentalització dels altres. (3) Mentalització pel que fa a característiques internes vs les característiques externes. (4) Mentalització cognitiva vs mentalització afectiva, mentalitzar el

que tant nosaltres com l'altra persona podem estar pensant, o bé mentalitzar el que podem estar sentint.

La mentalització serà efectiva si l'individu pot mantenir un equilibri a través d'aquestes dimensions i si les aplica de manera apropiada segons el context. Si ho pensem, podrem veure com diferents tipus de trastorns psicopatològics poden distingir-se en base a diferents combinacions d'alteracions al llarg de les 4 dimensions.

Cal recordar que la mentalització és fràgil i que l'ésser humà no és gaire bo pel que fa a mentalitzar, ja que està dissenyat per perdre aquesta capacitat molt sovint. És una capacitat que molt fàcilment es desborda i que mai no és del tot estable, consistent o unidimensional. Quan rebem un impacte emocional que ens pertorba la capacitat de mentalització recorrem a una figura d'aferrament que ens doni tranquil·litat i confiança, per tal de recuperar-nos, o bé als objectes interns fiables que ens acompanyen des de dins i ens permeten recuperar una certa calma que ens ajudi a retrobar les capacitats de mentalització minvades per l'ansietat viscuda. Tots tenim més dificultats per mentalitzar en situacions d'ansietat elevada, mentre que la capacitat de recuperar la mentalització en aquestes situacions ens fa més resilients. En aquest sentit, el procés terapèutic té com a objectiu principal que els adolescents desenvolupin una capacitat de mentalitzar en situacions potencialment desestabilitzants que els porten a actuacions de risc.

Quan es perd la capacitat de mentalització es dona una nova emergència d'unes maneres d'experimentar-se un mateix i els altres que tenen paral·lelismes amb les formes amb les quals es comporten els nens petits abans que hagin desenvolupat plenes capacitats de mentalització. Són els modes de «no mentalització», que s'anomenen equivalència psíquica, el mode teleològic i el mode de simulació. Aquests modes són el resultat de desequilibris entre les dimensions de la mentalització esmentades anteriorment. És important per al clínic poder reconèixer i entendre aquests modes de «no-mentalització» per tal de tractar-los quan apareguin, ja que solen ser causa d'importants dificultats interpersonals i donar com a resultat conductes destructives (Bateman & Fonagy, 2016).

L'equivalència psíquica implica tractar la pròpia ment i els seus continguts com si fossin fets concrets de la realitat externa, és a dir, estats en què la realitat mental és viscuda com la realitat externa, sense possibilitat d'adoptar una perspectiva diferent. És el que sovint s'anomena «un pensament molt concret» en els joves que atenem (Bateman & Fonagy, 2016).

En el mode de simulació, s'observa una tendència a omplir el discurs de paraules o de teories que estan molt desconnectades de l'emoció i de la realitat que vivim. El discurs del pacient sona buit, sense sentit, il·lògic i circular. Són estats en els quals predomina la dissociació i, en casos extrems, la desrealització. En aquest estat, el pacient pot hipermentalitzar o



pseudomentalitzar, que són estats en els quals hi ha molt discurs sobre suposats estats mentals però molt poca connexió amb la realitat (Bateman & Fonagy, 2016). Aquest estat és també observable en certs moments de reunions d'equips o en sessions clíniques en què s'entaulen grans discussions teòriques sobre un cas, però alhora les discussions s'allunyen del contacte amb la realitat de l'estat emocional i del patiment del pacient.

En el mode teleològic, o pensament tipus «*quick fix thinking*», de solucions concretes ràpides i màgiques, es comprenen les accions en termes de l'àmbit físic en lloc del que succeeix en l'àmbit mental, i es busca l'alleugeriment ràpid del malestar per mitjà d'accions sense pensament. En aquest mode de funcionament hi ha molta actuació, i els estats mentals són reconeguts només si els resultats són físicament observables (Bateman & Fonagy, 2016). També s'observen amb certa freqüència en equips quan l'ansietat d'un determinat cas que ens ocupa ens fa adoptar una actuació precipitada.

### **Desenvolupament de la capacitat de mentalització i concepte d'«alien self»**

En el moment de néixer, el nadó és incapaç de regular les seves emocions. Per aconseguir-ho, necessita un vincle segur amb algú que entengui i respongui als canvis moment-a-moment en el seu estat emocional. La mentalització es dona pel retorn al nadó de la seva experiència emocional de manera marcada -«*marked mirroring*»-, cosa que etiqueta l'emoció i comunica que és controlable. Això va formant el que es coneix com a «representació secundària» de l'experiència de l'infant en la seva ment (Bateman & Fonagy, 2004). Aquesta experiència repetida gradualment formarà el *self* nuclear del nen (Fonagy, 2000), que és una representació basada en la comprensió dels sentiments de l'infant per part del cuidador en el context d'un vincle segur, així com la percepció del nen per part de l'adult com un ésser intencional. Això porta a una representació interna d'ell mateix com a ésser intencional-agentiu, que es generalitza a la representació dels altres i dona lloc al desenvolupament d'un model de mentalització del món (Fonagy, 2000). Aquest model ajuda el nen a percebre el món relacional amb sentit i en certa manera previsible, així com a respondre a les complexitats de la realitat social amb resiliència (Fonagy, 2000).

En el cas en què aquest procés no es desenvolupi de forma mínimament adequada, cosa que sobretot succeeix en les relacions en les quals predomina un tipus de vincle desorganitzat, pot donar lloc a la constitució del que Fonagy ha anomenat «*alien self*» (Fonagy, 2000). Per definir aquest concepte, proposaria fer un exercici d'imaginació de posar-nos en el lloc d'un nen molt petit i posar paraules -que aquest infant encara no té- a la manera com ens explicaria el que representa aquest procés desajustat i de manca de contingència de l'adult des de la seva perspectiva. Ens podríem imaginar que ens diria una cosa com ara: «Si qui em cuida percep malament el meu estat intern, si s'espanta o s'enfada pel meu malestar, el que jo veuré i

experimentaré és la por o la ràbia en l'altre. Llavors, l'experiència que introjecto és l'experiència que el meu malestar espanta o fa enfadar l'altre, a qui necessito molt, la qual cosa em porta a l'experiència interna que jo faig por o faig enrabiar l'altre!». Seria com si aquest nen anés incorporant aquesta experiència negligent com un aspecte nuclear del seu *self* quan, en realitat, és l'estat de qui el cuida el que es converteix en un «estat alien» de l'infant, mentre que el seu estat real és que està sol i molt espantat per unes ansietats que el desborden.

Aquest concepte d'«alien self» es refereix al procés en el qual les representacions del cuidador sobre el nen estan basades en atribucions errònies, cosa que promourà que el nen internalitzi representacions desajustades de si mateix. La representació secundària en la ment del nen serà aliena, estranya a l'estat mental i a la intencionalitat autèntica del nen. Aquesta representació estranya es converteix en part del concepte intern del *self*, «alien self» (Fonagy, 2000). Si la relació amb els cuidadors està predominantment marcada per experiències repetides d'aquest tipus, es donarà una situació en què la ment del nen estarà dominada per un «alien self».

L'experiència interna de l'«alien self» és similar a l'experiència d'un turmentador intern: autocrítica constant, odi a si mateix, absència de validació interna i expectativa de fracàs. El *self* és odiat i, a través de les lents projectades de l'«alien self», el món extern pot ser percebut com a potencialment hostil, humiliant i persecutori. A la vegada, les representacions internes són incongruents amb les pròpies experiències i les representacions dels altres estaran també desajustades i comportaran l'experiència que el món relacional no té sentit ni és previsible o manejable. De tot plegat es desprèn que l'«alien self» impedeix el desenvolupament de la mentalització (Rossouw, 2012) i és un element important per comprendre aspectes del funcionament dels adolescents desatesos.

Des de la perspectiva psicoanalítica, Britton (1992) ens diu que si una mare falla en «absorbir la identificació projectiva de l'infant i es resisteix a tots els intents que fa el nen per conèixer la ment de la mare, li dona una imatge d'un món que no vol conèixer ni desitja ser conegut». Britton ens ho recorda, com també feia Bion (1957), que ho va tractar des de la seva descripció de la tríada d'arrogància, estupidesa i curiositat, que indicava la presència d'un pensament psicòtic a conseqüència del que ell va anomenar «catàstrofe mental primitiva».

La buidor viscuda pels joves en la seva infantesa ha fet que hagin estat poc capaços d'introjectar i integrar una «presència de ment» (Mitrani, 2007) capaç de rebre, digerir i transformar les experiències emocionals des de les etapes més primerenques de la seva vida. Per aquest motiu, tal com descriu Mitrani, es poden sentir empesos a utilitzar el seu propi cos i les sensacions del seu cos com a continent dels fets no mentalitzats, la qual cosa, des del

model de la mentalització, s'explica també com una necessitat de recuperar un cert control davant de les ansietats de fragmentació. Unes ansietats que tenen una forta relació amb la vivència primitiva de l'abisme catastròfic davant de l'objecte impermeable o l'objecte absent, que formen part de les seves experiències relacionals primerenques. L'adolescent ha quedat sol en el silenci del terror sense nom (Bion, 1962), i tot sovint ens comunica un estat en el qual no confia en l'objecte disponible capaç de metabolitzar les seves ansietats. L'experiència relacional de l'objecte que no accepta la identificació projectiva, seguint Bion, fa que la por de morir que ha tractat de comunicar li retorni com un terror sense nom. En aquestes condicions, l'objecte no tan sols no ha rebut les ansietats de mort i les ha fet més tolerables, sinó que denuda de significat l'experiència (-K), amb la qual cosa pot inclús sostreure el desig de viure, un fet que podem veure tot sovint en els impulsos suïcides de molts joves.

### **Negligències en la infància i falles en la capacitat de mentalització en l'adolescència**

Tal com hem vist, és en les relacions de vincle primerenc quan els nens aprenen a mentalitzar. Tots hem tingut experiències de manca de sintonia amb els nostres cuidadors, fins i tot hi ha dades que diuen que la mitjana de vegades en les quals la percepció de la mare està en sintonia amb l'estat mental del seu fill petit és d'un 30% (Fonagy, comunicació personal). Llavors, ¿com podem entendre el fet que no tots tinguem un «*alien self*» semblant? La resposta és ben senzilla, perquè té a veure amb la quantitat d'experiències de manca de sintonia, per la qualitat de la relació quan hi ha sintonia i per la presència de la reparació que ens valida. Tots els cuidadors s'equivoquen o llegeixen malament els estats mentals dels infants, però la possibilitat que aquesta manca de sintonia sigui reconeguda i reparada és també una experiència valuosa amb vista a afavorir la mentalització. Aquest és un aspecte important que s'ha de tenir en compte en la relació terapèutica, com exposaré més endavant.

El problema apareix quan la manca de sintonia es converteix en una negligència: quan el cuidador està constantment desajustat o absent. El nen no desenvoluparà la representació secundària del món intern que l'ajuda a donar-li sentit i tindrà molta més probabilitat d'actuar les experiències internes -sobretot les que impliquen malestar- en lloc de poder-les regular ell sol. En aquests casos, ens trobem amb infants amb un món intern dominat per una prevalença d'experiències emocionals no integrades, en el context de dinàmiques patològiques dels objectes primerencs que han estat introjectades. Això incidirà en diferents esferes fonamentals de l'organització de la seva vida emocional i relacional i alhora augmentarà considerablement el risc psicopatològic. La capacitat de mentalització queda greument danyada.

En l'adolescència, aquestes minvades capacitats de mentalització tenen una incidència directa en una major dificultat per trobar sentit a la conducta

de les altres persones, una major dificultat per saber o entendre els nostres propis sentiments, una major ansietat, la sensació de pèrdua, ràbia i desesperació. També hi ha més presència de sentiments paranoïdes i de por de perdre les persones més properes. Però un dels sentiments que és font d'un patiment més intens i d'un perill més gran d'actuacions tant autodestructives com heterodestructives és sentir-se dolent, sentir-se destruït des de dins. És molt freqüent trobar-nos amb joves que se senten desbordats per un intens odi cap a ells mateixos i per pensaments del tipus: «sóc horrible, m'odio, hauria d'estar mort, ningú no em trobarà a faltar», etc. Com a conseqüència, el jove té la necessitat de recuperar el control de l'espiral d'ansietats confusionals i catastròfiques que l'envaeixen, per la qual cosa recorre a l'actuació com a forma desesperada de sentir que torna a tenir un cert sentiment de ser agent de la seva pròpia vida.

En perdre capacitat de mentalització hi ha un sentiment de fragmentació, de pèrdua de coherència i de pèrdua del sentiment de ser agent de la pròpia vida. La figura d'aferrament no conté, per la greu negligència imperant en la relació o senzillament per absència. Els objectes interns als quals un recorre per buscar contenció des del món intern tampoc no serveixen, ja que no hi ha una presència suficient d'objectes interns mínimament continents, sinó més aviat un predomini de l'«*alien self*» que augmenta la desesperació. Aquesta situació estimula l'actuació violenta, tant autodestructiva com heterodestructiva, una violència que podem entendre com un escut davant d'aquestes ansietats catastròfiques, com una mena d'il·lusió de recuperar un control davant la vivència catastròfica i no només com l'evacuació d'un malestar que no pot ser processat de cap altra manera. Una experiència violenta intensa crea un focus i conté la fragmentació, ja que fa sentir que es recupera un control davant del caos i el buit. Aquestes actuacions són clars símptomes dels dèficits en la capacitat de mentalització (Bateman & Fonagy, 2004), així com també dels desesperats intents d'alliberar el *self* de l'«*alien self*» (Fonagy *et al.*, 2002).

En les autolesions trobem un dramàtic exemple d'aquest desesperat mecanisme de supervivència, perquè, a més de tota la lectura que podem fer des de la dimensió sensorial de l'acte autolesiu, és valuós pensar-ho també des de la sensació de recuperar un cert control sobre un dolor psíquic insuportable per part de l'adolescent.

Qualsevol mecanisme que faci sentir que s'atura la fragmentació és valuós, com el fet de moure's cap a projeccions massives sobre objectes externs i estimular vivències altament persecutòries. Una ansietat persecutòria és un estat que es pot mentalitzar, perquè hi ha un perseguidor, mentre que la vivència més primitiva i catastròfica de l'absència seria el buit no mentalitzable, el dolor no mentalitzable del qual es pot fugir tornant a l'esfera sensorial, aferrant-se a les sensacions com a forma de supervivència psíquica (Coromines, 1991, 1994). És el forat negre, l'abisme, una àrea molt més terrorífica i primitiva que la de l'objecte dolent

perseguidor, que permet recuperar un cert control sobre l'amenaça catastròfica de la des-mentalització.

En la necessitat de recuperar un cert control veiem com les accions i les assumpcions reemplacen el pensament. Això és quelcom que ens passa a tots quan perdem la capacitat de mentalització: estem segurs que tenim la raó, augmenten les certeses que tenim sobre els altres i sobre nosaltres mateixos, fem més generalitzacions, etiquetem i actuem, ens sentim segurs sobre el que algú sent i/o pensa, assumim que els altres se senten exactament com nosaltres. Tot queda al servei de tractar de controlar el que sentim que està fora de control.

L'adolescent amb dèficits de mentalització que no se sent entès, pot sentir que el món li va en contra, cosa que ataca i destrueix el seu sentit de «si mateix», el qual, a més, està en procés de formació. Això destrueix el que ell és i desferma ansietats de fragmentació, cosa que conforma una realitat insuportable que l'empeny a l'actuació.

### **Aspectes tècnics: algunes aportacions de la MBT-A**

Un concepte desenvolupat per Fonagy per entendre el treball terapèutic és el concepte de «confiança epistèmica» (Fonagy & Allison, 2014) -del mot grec *epistémè*: coneixement o les arrels del coneixement-, que es refereix al tipus específic de confiança requerida per permetre una disponibilitat a aprendre d'algú altre, sobretot l'aprenentatge de competències socials. La confiança epistèmica és un tipus de confiança particular en què predomina el sentiment que el coneixement humà i la informació humana comunicada per altres éssers humans són fiables.

Fonagy descriu com en la relació terapèutica aquesta confiança es basa en el coneixement -o està estimulada per ell- que el pacient té sobre el fet que el terapeuta ha connectat amb autenticitat i empatia amb ell, de manera que entén fonamentalment el seu patiment. Aquesta connexió empàtica, que podem entendre com el fet que el pacient s'ha sentit adequadament mentalitzat, és el que permet al pacient que senti que pot confiar en el que el terapeuta li oferirà en termes de coneixement. És el que permetrà que el pacient pugui aprendre sobre si mateix per mitjà de la ment d'algú en qui confia. A la vegada, quan el pacient tingui experiències de manca de contingència per part del terapeuta, les probabilitats que estigui obert a rebre aprenentatge del terapeuta disminuiran. Aquesta teoria es deriva del treball experimental de Gergely, Csibra i altres (Gergely & Csibra, 2005) sobre la construcció social del jo subjectiu.

Si pensem en el perfil d'adolescents que han estat greument desatesos al llarg de la seva infantesa, seguint el que descriu Fonagy en relació amb la confiança epistèmica, podem entendre que en la seva història relacional les experiències negligents els han dut a un tancament d'aquesta via d'aprenentatge, ha quedat danyada la seva capacitat d'aprendre a través de

l'experiència emocional amb altres i es mostren més inflexibles i rígids davant el canvi. Aquest és un obstacle fonamental al qual ens enfrontem en el treball terapèutic, perquè configura un escenari inicial de la relació en què el jove molt sovint no demana ajuda, sinó que més aviat la rebutja activament. En aquests casos pot ser freqüent que el terapeuta o l'equip que treballa amb el jove tracti de trobar la manera d'introduir algun canvi en aquesta manera de pensar o de sentir-se del jove, quan des de la intervenció centrada en la mentalització el primer que ens hauríem de preguntar és què hem de canviar en la nostra pròpia ment per tal de poder arribar a aquest jove que no espera res de bo de la relació amb un adult.

La nostra tasca principal és tractar d'oferir una relació en què els adolescents puguin tenir l'experiència d'algú que està genuïnament interessat en ells, algú que té al pensament la ment de l'adolescent, que els fa sentir que ells importen com a éssers humans i que tracta de respondre de forma contingent en un ampli ventall de situacions. En diferents treballs Fonagy descriu com aquesta experiència relacional pot tenir un efecte terapèutic, perquè afavoreix un canvi en la seva disponibilitat i actitud mental envers les relacions, de tal manera que puguin estar més oberts a ser influenciats per possibles relacions benignes i benèvols que ja podien tenir al seu entorn, però que eren incapaços de veure i aprofitar. Això és el que els ajuda a millorar: el poder obrir la porta a la confiança epistèmica, que havia estat tancada i per tant, havia donat lloc a unes capacitats molts danyades d'aprendre de l'experiència emocional, cosa que ha fet viure aquests joves dominats per una hipervigilància epistèmica i una desconfiança epistèmica, en lloc de la confiança que els permet rebre allò valuós que les relacions humanes afortunadament poden oferir.

Amb tot el que s'ha esmentat fins ara, l'objectiu general d'aquest model és «desenvolupar un procés terapèutic en el qual la ment del pacient es converteixi en el focus del tractament» (Bateman & Fonagy, 2016), és a dir, estimular la mentalització explícita del pacient i ajudar-lo a desenvolupar una millor comprensió del que ell sent i pensa d'ell mateix i dels altres, de com això afecta directament la manera com es respon a si mateix i als altres, així com la possibilitat d'entendre que els errors en la comprensió d'un mateix i dels altres poden conduir a actuacions per tal de mantenir una certa estabilitat mental i per esmorteir l'impacte d'emocions incomprensibles (Bateman & Fonagy, 2016). El terapeuta haurà de recordar aquest objectiu al pacient en tot moment, perquè un aspecte essencial del treball és ajudar a veure que el procés terapèutic no és quelcom misteriós que succeeix sense que el pacient se n'adoni, sinó que el jove ha d'entendre el focus que sempre tindrem present (Bateman & Fonagy, 2016).

Per a molts d'aquests joves greument desatesos, apropar-nos a pensar en aspectes centrals de la seva història passada i present és insuportable, i el contacte amb les emocions i amb la necessitat és catastròfic, perquè tenen un món intern poblat d'objectes abandonics, negligents i/o maltractadors, i

pensen el mateix de la relació terapèutica. Per aquest motiu, el que ens plantejem com a objectiu principal és la necessitat de donar-nos temps per intentar desenvolupar el pensament en àrees que siguin tolerables. Això es pot aconseguir més fàcilment si els acompanyem des de l'àmbit més primitiu: des de l'àmbit sensorial a partir del qual començar a construir junts el pensament, és a dir, des de la mentalització de la nova experiència emocional compartida amb nosaltres. És més important estimular la mentalització sobre l'àmbit sensorial del que estem compartint -que es posi en marxa el procés de mentalització- que no pas el contingut concret del discurs.

Un problema central per a molts pacients és la seva vulnerabilitat a la pèrdua de la capacitat de mentalització. Aquesta vulnerabilitat s'associa amb una sensibilitat interpersonal que dispara la desregulació emocional i la impulsivitat. Hi ha proves que demostren que les millors capacitats de mentalització són resilents, de manera que el nostre objectiu principal és abordar aquesta vulnerabilitat, tractar de millorar la capacitat de mentalització de l'adolescent i la seva família i deixar com a secundari l'enfocament de les realitats insuportables que sovint presenten aquests casos. El tractament està basat en la relació, i el terapeuta és vist com un participant actiu i que contribueix a l'impacte emocional sobre el pacient amb l'objectiu de crear una experiència de relació nova en la qual ajudar al desenvolupament de la capacitat de mentalització.

Seguint aquesta idea, un principi de la MBT-A és que no podem abordar els estats en els quals predomina la no-mentalització amb mentalització. Quan algú no està mentalitzant no hem de forçar-lo a mentalitzar, perquè no ens podrà escoltar. Haurem de fer-li saber que estem al seu costat, validar el seu estat emocional encara que sigui per vies no verbals, però mostrant-li que estem al seu costat, que estem amb ell i que li donem suport. A mesura que passa la tempesta emocional, podrem tractar de recuperar la capacitat de mentalització en àrees menys sobrecarregades emocionalment, amb el focus posat a estimular i ajudar a desenvolupar la mentalització explícita del pacient.

S'ha definit la posició o actitud del terapeuta -«*mentalizing stance*»- com una taula amb quatre potes sòlides que la sostenen i faciliten el procés terapèutic. Aquests quatre principis que sostenen l'actitud del terapeuta són: la curiositat feta explícita, interrompre els moments en què el pacient no mentalitza, mantenir l'equilibri entre les diferents dimensions de la mentalització i destacar els moments en què el pacient mentalitza. A continuació, explicaré amb més detall aquests principis.

### **Curiositat**

No és una idea gaire nova, però sí molt útil, perquè no hi ha res pitjor per a un adolescent que fer veure que sabem què és estar en la seva pell. És la via directa perquè el jove ens digui que no ens vol veure més. Hem de mostrar la

humilitat necessària de no saber què és realment estar en el lloc de l'altre, tot i que sí que podem fer un treball d'imaginació. És important poder dir als nois que no sabem llegir-los el pensament i que els necessitem molt per tal que ens ajudin a entendre'ls. Cal fer explícita la nostra curiositat fent explícita la nostra posició del no saber, dient per exemple: «Estic una mica confós, em pots ajudar a entendre el que passa?»; «No sé què és estar a la teva pell, però tinc imaginació i la puc utilitzar per fer algunes hipòtesis»; «No sé si et servirà el que et diré, però...»; «En el treball que farem junts t'oferiré idees, hipòtesis i et preguntaré què et semblen, si creus que encaixen amb quelcom del que et passa o si no». Mai no direm res a un jove sense demanar la confirmació de si creu que allò que li hem dit és pertinent en el seu cas i en aquell moment o no ho és. Si no entenem alguna cosa del que ens diu, o veiem que està perdut en un discurs i no mentalitza, podem dir una cosa com ara: «Mira, és que aquí m'he perdut... no sé si perquè estic una mica espès avui, però abans has dit una cosa que sí que m'ha ajudat a entendre...». A l'apartat següent veurem amb més detall la intervenció per aturar la no-mentalització, però podem avançar que un aspecte tècnic és aturar-los i demanar que es remuntin a un moment anterior on sí que estaven mentalitzant.

Els adolescents desatesos vénen desconfiats i sovint se senten perseguits, encara més pel fet d'haver de veure un professional de la salut mental, per la qual cosa aquesta explicitació de la curiositat i l'interès sincer per ells és molt important. També està bé fer-los saber que no sabem llegir el pensament, ja que tractar de llegir el pensament o imposar idees sobre el que pensem dels altres és precisament el contrari d'una bona mentalització. Els direm que no tenim respostes però sí molta curiositat per trobar-les junts. Aquesta posició implica diferenciar-se del terapeuta que es manté en una posició més neutra i distant, cosa que només els faria sentir més perseguits del que ja se senten. A més, és molt irritant per a un jove entrar en un despatx i veure un adult en silenci que se'l mira i se suposa que ja sap el que li passa.

El tractament basat en la mentalització ens porta a oferir-nos com a model, fent explícits els nostres processos implícits de pensament. D'aquesta manera, oferim un model d'un objecte que no és perfecte, d'un objecte que és conscient del fet que el nostre coneixement té límits: «Sóc curiós perquè sé que no sé». També oferim un model d'interès sobre els estats mentals propis i aliens, fem reflexions sobre com ens podríem sentir o el que pensem d'una determinada situació i ens preguntem en veu alta com ha de sentir-se i què ha de pensar l'altra persona.

### **Interrompre la no-mentalització**

Té a veure amb mantenir l'equilibri. No es fa sempre que el jove i/o la família no mentalitza, perquè cal deixar desplegar una mica el discurs, tot i que no gaire. Podem permetre que es desplegui una mica, però interrompre'l quan veiem que es converteix en una cosa inútil que no ens porta enlloc. Cal que el terapeuta tingui un paper actiu quan ho detecta, especialment si és un patró



conegut del jove o de la família. Hi ha diferents maneres de fer-ho, però amb aquest perfil de pacients és molt recomanable que el terapeuta parli posant les idees en ell mateix, perquè a part de ser molt menys persecutori així també es comunica un estat mental nostre d'aquest precís moment. Ho podem dir de diferents maneres, com per exemple: «Perdona, ¿podem parar un moment? És que em sento una mica confós o perdut...». Si no sabem què dir al pacient, molt probablement no està mentalitzant, cosa que serà alhora un indicatiu que hem d'aturar el discurs per tractar de portar-lo a mentalitzar de nou: «Mira, és que ara no sé què dir, però si recuperem allò que deies de...». «Mira, ara mateix jo no entenc res, no sé si estic una mica adormit o confós, però l'última part que he entès era...». També seria adequat dir quelcom com ara: «Si ara dic alguna cosa sobre el que expliques faria veure que t'entenc, però no és així. L'últim que he entès ha estat... si us plau, ¿podem tornar-hi i llavors mirar de veure si puc entendre més bé el que m'estàs explicant?». És novament la tècnica de parar i retrocedir a un moment anterior en el qual hi havia alguna cosa que tenia sentit. Si fem veure que l'entendem o ens mantenim en silenci és molt pitjor, perquè el pacient no entén res del que li passa i nosaltres podem estar en un mode de simulació, amb la qual cosa la situació pot resultar veritablement caòtica.

En situacions de desregulació emocional i desbordament -com veurem a la vinyeta clínica- busquem la manera d'aturar el jove i tractar activament de focalitzar-lo en àrees menys conflictives per recuperar una certa mentalització efectiva. A la vegada, els hem d'ajudar a entendre per què aquest estat no els ajuda, així com a entendre i identificar què és el que estimula la no-mentalització, o com s'ha arribat a aquest estil de funcionament.

### **Mantenir l'equilibri**

Mantenir l'equilibri entre les diferents dimensions de la mentalització: entre el món intern i el món extern, entre un mateix i els altres, entre el que passa aquí i ara i el que passa en altres moments, entre el que pensa l'adolescent i el que sent, entre el que imagina que pensa l'altre i el que imagina que sent l'altre, etc. Quan estem treballant amb la família cal buscar també un equilibri entre les intervencions dels diferents membres, entre el que pensen que sent un membre o un altre, etc. També requereix un paper molt actiu per part del clínic, que intervé sempre que la mentalització desapareix, perquè es descompensa aquest equilibri i el jove pot estar, per exemple, molt centrat a parlar d'algun adult amb qui ha tingut un conflicte. En aquest cas podem buscar l'equilibri que el retorna a un estat de mentalització més bo fent una pregunta com la següent: «¿I tu com et vas sentir en aquell moment?».

### **Destacar la mentalització**

Destacar la mentalització treballant centrats en l'aquí i ara, hem de descriure com veiem i pensem que està pensant el jove amb qui estem treballant. L'objectiu és detectar, destacar i valorar quan veiem que apareix una

mentalització efectiva i reforçar positivament els moments en què apareix la mentalització: «M'agrada molt la teva forma de pensar que ara ets capaç de mostrar. Fixa't en la diferència que hi ha amb la manera com pensaves fa tan sols 5 minuts, quan semblaves tan segur, amb tanta certesa sobre el que deies sobre tal persona... en canvi, ara et preguntes sobre com es pot sentir aquesta persona quan tu fas alguna cosa com la que havies fet... ¿T'adones de la diferència?».

El tractament centrat en la mentalització es focalitza molt en aquesta qualitat particular de la ment quan apareix i el clínic adopta una actitud activa en mode psicopedagògic: «Això és el que et dic que busquem, el que acabes de fer ara mateix, aquest tipus de pensament que acabes de poder fer...».

### **Síntesi d'aspectes importants de la nostra intervenció**

Per raons d'espai no puc pretendre abordar de forma detallada en aquest treball les diferents fases i l'estructura del procés terapèutic, però sí que voldria enumerar alguns dels aspectes que considero força valuosos per treballar amb adolescents desatesos.

En primer lloc, com tots sabem, destacar la importància cabdal dels primers contactes amb l'adolescent i de com són de decisius per a la resta del procés. He descrit les dificultats de vinculació dels joves i la persecució augmentada pel fet d'anar a un servei de salut mental o a un lloc amb un nom tan poc atractiu com «Hospital de Dia». Aprofito per dir que ens hauríem de plantejar canviar aquest nom, que estimula tot tipus de fantasies que precisament no ajuden al fet que els joves tinguin gaires ganes de venir, a part que penso que il·lustra l'excessiva medicalització de la xarxa de salut mental a Catalunya, cosa que tampoc no afavoreix una assistència més centrada en les necessitats i el patiment real dels joves, tot i que és un tema que deixo aquí, ja que caldria dedicar-hi com a mínim un treball sencer. Tornant a la qüestió que ens ocupa, el que es planteja des del model basat en la mentalització és trobar-se amb l'adolescent allà on sigui, és a dir, en un lloc que ell senti com a segur. Això implica un capgirament del plantejament assistencial, ja que no es tracta de seguir demanant als joves que s'adaptin al que nosaltres els podem -o volem- oferir en els nostres serveis de salut mental, sinó pensar com ens hi hem d'adaptar i apropar per tal que es pugui començar a establir una relació. Això resulta inquietant per al clínic, perquè implica plantejar-nos sortir del despatx i anar a trobar-se amb el jove a casa seva, a l'institut o al parc. Però també cal recordar que, en principi, nosaltres comptem amb millors recursos interns per fer front a aquestes noves situacions relacionals mentre que, per als joves greument desatesos, el fet de demanar-los que prenguin un paper actiu per establir una relació amb un adult desconegut que els diu que els vol ajudar, és força més complicat. Però no es tracta que el clínic es llanci al carrer tot sol a buscar el jove, sinó de repensar certs aspectes del treball en equip i en la xarxa que ho facilitin.

Sovint el que veiem és que els professionals de la salut mental busquem molt comprensiblement com tractar de desenvolupar millors maneres d'intervenir i millors maneres d'estar amb el pacient, però fem massa poc èmfasi en el que hem de fer per donar-nos suport a nosaltres com a terapeutes i per tal de millorar la relació amb altres que ens ajudin en aquesta tasca. En aquest sentit, al Centre Anna Freud de Londres han desenvolupat el model AMBIT (Bevington *et al.*, 2012) -inicialment era «*Adolescent Mentalization Based Integrative Treatment*», tot i que ara amplia les franges d'edat i han canviat «*Adolescent*» per «*Adaptive*», que és un model assistencial basat en la mentalització per a equips que treballen amb joves que presenten múltiples i greus dificultats. Va ser desenvolupat per professionals de l'*Anna Freud Centre* de Londres, entre els quals destaquen Peter Fonagy, Dickon Bevington i Peter Fuggle, com a resposta a la necessitat d'una intervenció ben estructurada i basada en l'evidència que pugui ser implementada de forma realista per atendre aquests adolescents d'alt risc. L'enfocament AMBIT amplia el camp d'intervenció i proporciona eines per estimular la mentalització aplicant principis i pràctiques basades en la mentalització en quatre àmbits diferents: en el treball amb els joves i les seves famílies -és el que habitualment predomina en tots els equips o consultes privades de salut mental-, entre els companys de l'equip, en les xarxes interinstitucionals més àmplies i en el suport als equips a fi d'adoptar una posició d'aprenentatge respecte a la seva pròpia pràctica. Diuen que cal donar la mateixa importància a cadascun d'aquests aspectes -cosa que no passa mai als serveis de salut mental- ja que, si no és així, no tindrem èxit en el treball amb el jove.

En aquest article no em puc dedicar a explicar aquest model d'intervenció per a equips, però, en la línia del que estava exposant en relació amb el paper actiu del clínic fora del despatx per tractar d'afavorir la relació amb el jove a fi de proporcionar una ajuda accessible, assequible i, sobretot, immediata per a les situacions de crisi, el que AMBIT proporciona és un enfocament diferent des de l'equip que dona suport actiu a les capacitats de mentalització del clínic, de manera que en aquesta nova tasca estigui més acompanyat i seguit pels companys. És un enfocament terapèutic que es porta als joves estiguin on estiguin. És altament flexible perquè es pot dur a terme al carrer, en un parc o a casa. AMBIT pretén treballar en qualsevol marc de treball que el jove senti com a segur. Un objectiu clau d'AMBIT és millorar la relació dels joves amb «l'ajuda», per incrementar la probabilitat d'una actitud de recerca d'ajuda per part del jove en el futur, així com afrontar les dificultats actuals en múltiples dominis.

En les trobades inicials amb els joves i la seva família cal que passem de les intencions implícites a les explícites. Hem de reconèixer que sovint no som gens fàcils d'entendre per als adolescents, per la qual cosa cal que obrim espais d'intencions explícites compartides entre nosaltres i el pacient, amb acords sobre on hem d'anar, sobre què cal treballar, i definint objectius i plans. Les idees dels joves sobre per què fem el que fem poden ser molt diferents de les nostres. Hem d'ajudar-los perquè ens mentalitzin a nosaltres

prenent una actitud activa i decidida per explicar per què estem fent el que estem fent o intentant fer. Els hem de retornar una imatge d'ells mateixos que els ajudi a sentir-se entesos, així com un plantejament del camí de tractament i dels objectius, cosa que pot ajudar a millorar el sentiment de control de l'adolescent i la seva família pel que fa al procés.

Les visites domiciliàries tenen un alt valor amb vista a facilitar la vinculació amb el jove i també per al procés diagnòstic, ja que sovint podem obtenir informació que no obtindríem mai des del nostre servei de salut mental. L'experiència mostra també que una molt bona manera de fer explícita la nostra curiositat i el nostre interès sincer per l'adolescent que funciona a un nivell molt concret, és demanar-li si ens vol ensenyar la seva habitació i allò que li agrada fer quan té temps per a ell: videojocs, música, etc.

La clau per estimular, reparar i mantenir la funció de mentalització en una persona jove és el desenvolupament d'alguna cosa semblant a un vincle segur amb una figura de confiança. Això pot ser experimentat pel jove com que el professional té la ment de l'adolescent «en la seva pròpia ment». L'adolescent amb danys greus no pot anar cap a l'objecte, és l'objecte el que ha d'anar cap a ell. Per això cal insistir molt en el paper actiu del clínic en aquest moment inicial per tal d'aconseguir aquesta fita, així com en la necessitat de ser autèntics amb els adolescents: explícitament autèntics i càlids. Hem d'explicitar el que pensem i sentim en relació amb ell: «Sóc aquí perquè m'agradaria poder parlar amb tu, tractar d'entendre una mica més el que et passa, com et sents...». No podem estar en silenci, encara que s'ha d'anar en compte amb la distància i no mostrar-nos tampoc gaire propers.

El tractament basat en la mentalització no és tant un conjunt de tècniques, sinó, sobretot, una manera d'estar del terapeuta amb l'adolescent. El paper del clínic no és tant la capacitat de llegir sempre amb precisió els estats interns propis o aliens, sinó més aviat una forma d'aproximar-se a les relacions que reflecteix l'expectativa que el propi pensament i els propis sentiments seran il·luminats, enriquits i modificats pel fet d'aprendre dels estats mentals dels altres. Alhora cal que anem fent explícita la nostra curiositat, consciència de l'impacte de l'emoció, consciència que la ment del pacient és opaca i modelar la capacitat d'adoptar diferents perspectives. Bateman & Fonagy (2012) descriuen aquesta actitud del terapeuta dient que implica curiositat i un focus explícit que s'ha d'identificar, explorar les ruptures en la mentalització i patrons comuns de resposta en aquests estats i emfatitzar una comunicació col·loquial.

Les intervencions més freqüents del clínic seran les de validació de l'experiència emocional del jove, seguides de les de clarificació, elaboració i desafiament de posicions del pacient -una valuosa recomanació de Fonagy: utilitzar «què creus que...?» en lloc de preguntes que s'inicien amb un «Per què?», ja que aquestes darreres són més persecutòries. Seran menys freqüents

les intervencions centrades en la mentalització bàsica de les emocions que s'expressin i encara menys freqüents les intervencions centrades a mentalitzar la transferència. Es parla de mentalitzar la transferència i no d'interpretar la transferència. Aquest tipus d'intervenció serveix per fer que els pacients pensin sobre la relació en la qual són aquí i ara, amb l'objectiu de fer-los posar l'atenció en una altra ment, acompanyant-los en el procés de contrastar la pròpia percepció d'ells mateixos amb la percepció que l'altre té d'ells. D'aquesta manera els portem a mentalitzar sobre aspectes de la relació (Bateman & Fonagy, 2016) seguint uns passos en què primer validem l'experiència viscuda en aquell moment, explorant la reacció actual del pacient, acceptant i explorant la nostra contribució al que passa o al que està sentint amb la idea de col·laborar a arribar a una comprensió. També presentarem una perspectiva alternativa a la situació viscuda i explorarem la reacció del pacient davant la nova comprensió (Bateman & Fonagy, 2016).

Les intervencions han de ser curtes i simples. Si són llargues els perdem. Centrar-nos en el que poden sentir, però no només això. Cal explorar fets, detalls de les coses que els han passat, ja que només podrem entendre el que senten de veritat si anem a explorar els detalls de la seva vida. Així també tenim més informació per imaginar-nos com ens sentiríem nosaltres en aquesta situació. És valuós utilitzar el sentit de l'humor, un llenguatge corrent, evitar qualsevol tipus d'argot professional i tractar de mantenir el clima de la sessió en to calmat -mantenir l'equilibri- per no generar emocions intenses que disminueixin la capacitat de mentalització. Evitar fer-los sentir que el que fem és alguna cosa estranya o estressant, perquè això augmenta el clima d'ansietat. Tenir present també que després de qualsevol cosa que els diem sobre el que creiem entendre sobre ells, sempre ho acompanyarem amb una pregunta per tal de comprovar si ho senten com una cosa pertinent o no. En aquest sentit, Bateman i Fonagy (2016) ens recorden que NO hem de fer intervencions del tipus: «El que realment sents és...», «crec que el que realment m'estàs dient és...», «crec que les teves expectatives sobre aquesta situació estan distorsionades...», «el que vas voler dir és que...», perquè ens posen en una actitud on tenim certeses i fem atribucions sobre estats mentals del pacient, típic d'un funcionament no mentalitzant.

Fent una síntesi de la nostra intervenció, diríem que s'han d'identificar els trencaments o falles en la capacitat de mentalització, retrocedir al moment abans d'aquesta ruptura, explorar el context emocional abans de la ruptura, intentar mentalitzar el que no ha pogut ser mentalitzat i tractar d'identificar la nostra contribució a la ruptura de la mentalització en el cas que hi haguem contribuït.

### **Treball amb pares**

Molt breument, dir que l'objectiu és ajudar els pares a desenvolupar capacitats que els ajudin a entendre millor els seus fills, de manera que puguin fer-se càrrec de les seves necessitats. Si podem veure el món des de la

perspectiva del nostre fill, podrem entendre millor les seves necessitats. A la vegada, això pot portar els pares a pensar sobre el que passa en les seves mentes i el que interfereix en què puguin veure més clarament el seu fill, o en la manera com pensen sobre les necessitats del seu fill. L'objectiu és tractar que un pare o una mare pugui tenir el seu fill al cap, que és una de les experiències més importants que un fill pot tenir.

En les entrevistes familiars dominades típicament per projeccions massives entre els diferents membres, cal intervenir convidant a mentalitzar-se els uns als altres. D'aquesta manera aturem activament el caos, que només estimula els modes de no-mentalització i els convidem a tenir el seu fill al cap, o almenys que ho intentin davant nostre i del noi. També demanem al noi que faci el mateix amb els seus pares; tot això està facilitat per una sèrie de tècniques i jocs que no tindrà espai per exposar -desenvolupats des de la MBT-F (tractament basat en la mentalització per a famílies)-, i tan sols n'exposaré un com a exemple: és cert que si preguntem a un membre de la família què creu que pensa o sent algú altre que és allà, el més probable és que ens digui que no ho sap. Però la situació és ben diferent si fem ús de la tècnica dels «globus de text», on dibuixem en un foli un globus de pensament típic dels còmics, i diem al membre de la família -al qual estem convidant a mentalitzar a l'altre- que en aquest joc es tracta d'imaginar-se que ell és aquest altre membre de la família i que ara ha d'omplir el que està pensant i/o sentint en aquest moment, sobre el que està passant o sobre el que s'està dient en aquest moment de la sessió. Els resultats són valuosament sorprenents.

### **Vinyeta clínica**

Per concloure, presentaré una vinyeta d'un noi de 16 anys que anomenaré Joan, que vaig atendre a l'Hospital de Dia i que provenia d'un entorn relacional força danyat, en què havia estat greument desatès durant la infantesa. El noi havia estat expulsat de diversos instituts i presentava trastorns de conducta greus, caracteritzats per esclats verbals molt violents envers els altres i per conductes autodestructives. La situació que descriuré té lloc sis mesos després de l'ingrés del noi, per la qual cosa ja feia temps que havíem pogut establir una relació prou bona, que entenc que va ser afavorida per la meua actitud força activa cap a ell, així com per poder oferir una contenció a les intenses ansietats persecutòries que viu. El noi es mostra fàcilment desbordat per aquestes ansietats i perd les seves capacitats de mentalització que, d'altra banda, pot anar desenvolupant en els moments en què està més tranquil.

La sessió que transcriuré va tenir lloc el mes de setembre, coincidint amb el primer dia de l'espai d'aula amb la professora de l'Hospital de Dia, en la qual cada noi treballa durant uns 50 minuts temes relacionats amb el nivell acadèmic en què es troba. No havien passat ni 5 minuts des de l'inici de l'espai d'aula, quan sento uns cops i uns forts crits que vénen del passadís. Quan reconec la veu del noi, m'hi dirigeixo ràpidament. Quan el trobo, està

completament fora de si, enmig d'un esclat explosiu -un bon exemple d'un estat on no hi ha mentalització-, cridant amb ira tota mena d'insults contra la professora i pegant puntades de peu i cops de puny a una porta i a la paret. Tinc por que es faci mal, perquè ja s'havia trencat la mà diverses vegades en episodis similars -només una vegada durant el temps que ha estat amb nosaltres. Quan veu que m'hi apropo em diu en to amenaçador:

*Pacient: Deixa'm Mark! No em toquis, no em toquis hòstia!*

Jo li dic que no el tocaré i ell continua donant puntades de peu i cops de puny a la paret i insultant la professora. Llavors jo li dic que tinc por que es faci mal i no vull que això passi. Ell segueix insultant la professora i donant cops de puny a la paret. Jo li dic:

*Terapeuta: Estic preocupat perquè crec que et pots fer molt de mal a les mans si segueixes colpejant la paret.*

*Pacient: A la merda, no m'importa una puta merda!*

*Terapeuta: A mi sí, Joan. A mi m'importa. No vull que et facis mal.*

En Joan tolera que jo m'aproxi cada vegada més. Llavors, amb la idea de tractar de desviar el seu focus d'atenció cap a un lloc on pugui ser més factible recuperar la capacitat de mentalització, li dic:

*Terapeuta: Escolta, ¿què et sembla si sortim d'aquí? Per què no ens en anem ara? Només tu i jo.*

*Pacient: Val! Anem-nos-en d'aquesta merda de lloc!*

Continua colpejant les portes i la paret mentre caminem cap a la porta principal. També deixa anar insults. Sortim de l'edifici i anem caminant pel pati. Jo el segueixo caminant al seu costat. Es dirigeix cap a un racó agradable del pati on hi ha un banc amb arbres al voltant que ofereixen una valuosa ombra en aquest encara molt calorós dia d'estiu. S'asseu amb força rapidesa al banc i jo m'assec al seu costat. Segueix proferint insults amb molta ràbia cap a la professora i jo tracto de validar el seu estat emocional tot dient:

*Terapeuta: Ja ho entenc. Avui no ha estat fàcil amb ella...*

*Pacient: No és gens fàcil, collons! Et dic Mark que la vull matar!*

Segueix culpant-la de tots el seus mals i insultant-la, força desbordat. Jo continuo al seu costat i dic alguna cosa més en la línia de validar i acompanyar-lo en el seu estat. Tot seguit, passo a tractar d'estimular la mentalització en un altre àmbit que crec que serà molt més tolerable, i opto per l'àmbit sensorial que estem tots dos sentint:

*Terapeuta: Ostres, encara fa força calor, oi? Aquest estiu fa molta calor, no? Sort que ara tenim aquesta bona ombra.*

Ell m'escolta i sembla que la desesperació i la ràbia van disminuint.

*Terapeuta: Escolta Joan, ¿com la portes tu aquesta calor? Perquè jo sento que ja n'he tingut més que suficient aquest any.*

Aquí el convido activament a mentalitzar-se sobre com viu aquesta sensació de calor i mostro primer el meu propi procés de pensament sobre el mateix.

*Pacient: No m'agrada... a mi tampoc... tan fotudament enganxosa!*

Aquí veiem com ell afegeix una altra qualitat sensorial sobre el que està sentint: l'efecte enganxós de la intensa humitat. Llavors veu un mosquit, que es convertirà en un valuós coterapeuta.

*Pacient: Collons, mira! I també mosquits... mira aquest putó mosquit que ara ens vol picar!...*

*Terapeuta: Ostres, tens raó! I és un mosquit tigre, no? Què en penses?*

Aprofito per convidar-lo a mentalitzar sobre el mosquit.

*Pacient: Sí, tio, collons, sí que ho és! Aquests són els pitjors...*

En Joan es comença a calmar, concentrat en el mosquit. Jo segueixo amb la idea de desenvolupar la mentalització en aquesta experiència que ara compartim.

*Terapeuta: T'ha picat alguna vegada un d'aquests?*

*Pacient: Sí, tio... més d'un cop... i és una merda tio, fa un mal de collons!... Pitjor que els normals, molt pitjor... però espera... Vaig a matar aquest fill de puta!*

El valuós coterapeuta està volant al nostre voltant i jo tracto d'estimular la mentalització que va desplegant en Joan en diferents dimensions:

*Terapeuta: Hi ha gent que els hi té molta por. Com et sents amb aquest mosquit al voltant nostre?*

*Pacient: No em mola gens... Però jo lluito contra ells! No me'n vaig corrents com una maricona... Sempre intento matar-los... i sobretot si en trobo un a la meva habitació, perquè això ho odio...*

*Terapeuta: Ostres, tens raó. És realment molest. Jo també ho odio.*

*Pacient: Quan vols dormir i se sent el putó soroll «bzzzz... bzzzz». Un putó mosquit que et vol picar! És que ho odio, això!*

*Terapeuta: Sí, és realment pesat voler dormir i tenir un mosquit allà que et vol picar. Escolta, i aquest? Què creus que farà?*

*Pacient: Ens vol picar el fill de puta... però ens estem movent massa.. o sigui que millor no ens moguem... no et moguis ara, Mark... deixa que se t'acosti, perquè llavors vindrà cap a nosaltres, perquè si ens movem no es quedarà quiet a sobre nostre... perquè l'espantem si ens movem...*

*Terapeuta: Sí, bona idea, Joan. Està ben pensat.*

Veiem com en Joan ha passat d'un moment en què estava desbordat i totalment incapaç de mentalitzar, a un estat on ha recuperat la capacitat de mentalització, cosa que valoro.

*Pacient: Veus... ja ve... el fill de puta s'acosta...*

El mosquit va a atacar en Joan, el qual després d'un parell d'intents aconseguix matar-lo. Es posa molt content quan ho aconseguix i jo li valoro que ho hagi aconseguit. Seguint amb l'objectiu principal del tractament basat en la mentalització, el que m'interessa en aquest moment és aquest procés en què en Joan és capaç de recuperar la seva capacitat de mentalització sense cap altra intenció que aquesta. Com que veig que ho estem aconseguint i, com a



conseqüència, ha disminuït el seu estat de desbordament emocional, tracto d'obrir més el focus d'atenció interessant-me pel que ha fet durant el cap de setmana, ja que avui és dilluns. Ell diu que no ha fet gran cosa i jo li pregunto si s'ha vist amb algú.

*Pacient: Bé... ja saps... havia quedat amb la Maria i l'Anna (noms ficticis de dues noies que ha conegut recentment i amb les quals està desenvolupant una bona relació), però l'Anna va dir que no...*

*Terapeuta: Vaja. I com et vas sentir després d'això?*

*Pacient: No mola...*

*Terapeuta: Ja ho entenc. Escolta, però, em podries ajudar a veure què vol dir per a tu això de no mola? Per veure si et puc entendre millor.*

*Pacient: Doncs no mola és que no mola Mark... Què cony! ... Doncs que em vaig cabrejar bastant, però bastant eh... això és no mola, molt cabrejat... perquè tenia ganes de veure-la el dissabte i la tia va i m'escrivi un missatge per dir-me que no...*

Malgrat la reticència inicial pot desenvolupar l'emoció que acompanya l'episodi que m'explica. Jo intervenc validant i retornant el que estic entenent del que m'explica.

*Terapeuta: Ja, vaja, és decebedor, sí. Així que, si t'entenc bé, estaves esperant veure-la dissabte i reps un missatge d'ella dient que no.*

*Pacient: Sí, això és el que va passar.. ella va dir que no... i sí... volia veure-la, però llavors ella diu que no...(s'inquieta una mica).*

*Terapeuta: Perquè, què opines sobre això? Vull dir, què creus que va fer que l'Anna digués que no?*

*Pacient: Ella va dir que estava enfadada amb mi... i que no em volia veure per això... Collons! Enfadada amb mi! I per què collons estava enfadada amb mi?*

*Terapeuta: Bé, aquesta és una bona pregunta Joan. Què va passar? Què en penses?*

*Pacient: Doncs... el que va passar va ser que ella va dir que estava enfadada perquè vaig dir alguna cosa sobre un paio amb qui ella també s'està veient... És que aquest paio és molt «xungo»... És un puto «xungo»! (Xungo, en el sentit d'indesitjable i perillós). És que jo el conec aquest fill de puta... viu al meu barri... és un desgraciat i sé que aquest fill de puta sempre va jugant amb les noies, les provoca i se n'aprofita... i jo no vull que l'Anna es fiqui en embolics amb aquest tio perquè et dic que és molt «xungo» ... i això va passar, que li vaig dir a l'Anna...*

*Terapeuta: D'acord, està molt bé. Així que si t'entenc bé el que tu volies era advertir l'Anna sobre aquest paio, oi que sí?*

*Pacient: Doncs sí collons... això és el que vaig fer...*

*Terapeuta: Escolta i què és el que li vas dir a l'Anna?*

*Pacient: Doncs érem al whatsapp i li vaig escriure un missatge... mira... Tinc la conversa aquí... (me l'ensenyava)... ella diu que ha de veure aquest paio i jo li dic: «Compte que t'estàs arrossegant com una gossa amb aquest paio que és un xungo fill de puta».*

Cal dir que aquest és un llenguatge habitual d'en Joan, que sol utilitzar una gran quantitat de paraules grolleres i d'insults en el seu discurs habitual.

*Terapeuta: Ja veig. Llavors ella llegeix això que li escrius tu i s'enfada.*

*Pacient: Sí, tio! Va i em diu: «S'ha acabat, ja no parlo més amb tu... avui no ens veiem», i tanca la conversa i no m'obre més... collons!*

*Terapeuta: D'acord, es va enfadar. Però, entens què és el que la va fer enfadar del que li vas dir?*

*Pacient: Collons Mark tio!... Però és que ella ja sap que jo parlo així... però ja sé per on vas...*

*Terapeuta: Què penses?*

*Pacient: Doncs això de com es diuen les coses i com ho sent la gent...*

Aquí en Joan mostra que té presents els objectius del que anem treballant sobre tractar de mentalitzar-nos a nosaltres, els altres i l'impacte emocional que tenim sobre els altres, uns aspectes sobre els quals sovint li recordo ben explícitament que hem d'anar pensant junts. Jo li dic:

*Terapeuta: Clar, perquè escolta, jo m'imagino que tu no li volies fer mal a l'Anna. Oi que no?*

*Pacient: Collons, és clar que no li vull fer mal a l'Anna... si ella és col·lega.*

*Terapeuta: Però llavors, amb el que has pensat del com es diuen les coses, això que saps que anem treballant tu i jo de com impacten en les altres persones les coses que dius o fas, com els fan sentir, potser podem pensar en una altra manera de dir el mateix.*

*Pacient: Sí... sí...*

*Terapeuta: Això d'imaginar-nos al lloc de l'altre, pensar com es pot sentir. Dir-ho d'una altra manera. Què en penses?*

*Pacient: Si que és veritat que no mola molt com l'hi vaig dir... sí... però escolta, Mark, com l'hi diries tu? Com l'avisaries que aquest paio és un xungo?*

*Terapeuta: Per què no ho proves tu ara?*

*Pacient: No, no... fes-ho tu, Mark, vinga... com l'hi diries tu?*

Penso que mostra un interès sincer sobre el que jo puc pensar com a alternativa i decideixo dir-li:

*Terapeuta: Doncs a veure, una cosa així com: Mira Anna, em caus molt bé i no vull que aquest paio et faci mal, així que vés amb compte, si us plau, perquè el conec i sé que ha fet mal a altres noies.*

*Pacient: Què cabró tio! Està de puta mare!... Collons, és que així és clar que sona diferent... així segur que no es cabreja, tio... ets un cabró... quina bona frase!...*

De sobte, fa un gir per mostrar que ha pensat alguna cosa i diu, en to de sorpresa:

*Pacient: Hòstia puta!...Hòstia puta!... però és que és el mateix que m'acaba de passar amb la professora, Mark! És que ara he pensat que és just el mateix que m'acaba de passar amb la profe!*

*Terapeuta: Doncs està molt ben pensat, Joan! Em sembla que això que fas ara és el que sempre diem que és el nostre objectiu, que puguis pensar d'una manera que t'ajudi a entendre el que sents i el que et passa amb la gent. Molt bé!*

*Pacient: Doncs sí, tio... perquè avui el que ha passat és que la profe va i em posa un full davant amb un munt de text per llegir, que era molt llarg tio, a més, el primer dia de classe! Que avui és el primer dia, cony! I m'he creuat molt... ja m'he creuat i m'ha passat que ho he vist i li he dit que s'ho emportés i que s'ho fiqués al cul...*

*Terapeuta: Vaja, llavors potser podem entendre com s'ha sentit ella amb això que li has dit.*

*Pacient: Sí, sí... és clar... s'ha empenyat molt amb mi... amb raó, és clar...*

*Terapeuta: Escolta, i ara pots pensar en una forma diferent de dir-li això mateix a la professora?*

*Pacient: Sí... li podria dir: Mira profe, que fa dos mesos que no lleigeixo res, no pots posar-me una cosa una mica més curta per llegir?*

*Terapeuta: Està molt bé Joan, molt bé. I com t'imagines que es pot sentir ella si l'hi dius així?*

*Pacient: Doncs segur que no es cabreja com ha passat, segur... i tot hagués anat millor... no s'hagués disparat tot com ha passat.*

*Terapeuta: Entesos, escolta, i què creus que és el que fa que es disparin les coses?*

*Pacient: Quan jo salto... quan em cabrejo jo per alguna cosa és que ja em creuo i començo a dir de tot... és això... això és el que fa que es dispari tot... perquè hòstia!, és que l'he liat bastant, avui, eh...*

*Terapeuta: Escolta i com et sents ara?*

*Pacient: Bé... molt millor... ja no estic cabrejat...*

*Terapeuta: I què penses del que hem parlat aquesta estona?*

Aquesta darrera intervenció meva és un recurs tècnic que es recomana fer servir quan s'acaba una sessió per tal de fer que el pacient se'n vagi mentalitzant sobre la sessió.

*Pacient: Que està bé... mola això... ho provaré... hi he de pensar, he de controlar aquest moment quan em creuo... ho provaré, segur...*

*Terapeuta: Doncs, què et sembla si tornem a dins? Vols tornar a entrar?*

*Pacient: Sí, anem!*

*Terapeuta: I saps quin taller et toca, ara?*

*Pacient: Doncs crec que música ...*

*Terapeuta: I com et veus ara fent música?*

*Pacient: Bé, bé... m'agrada la música...*

Tornem cap a dins i en Joan pot reprendre les activitats amb normalitat.

Com crec que es pot observar, el que em guia tota l'estona és l'objectiu d'ajudar a recuperar la capacitat de mentalització del noi en un intens moment de desregulació emocional que l'ha portat a l'actuació. Aquest és l'objectiu principal de l'enfocament terapèutic que he tractat de sintetitzar en aquest treball. Per aprofundir en la modalitat d'intervenció terapèutica basada en la mentalització, recomano dirigir-se a la gran quantitat de publicacions sobre el tema de Fonagy, Bateman i altres autors, que detallo a les referències bibliogràfiques, tot i que espero haver pogut aclarir una mica alguns aspectes d'aquest model, així com la utilitat i la pertinença per treballar amb adolescents amb danys importants en l'organització del pensament.

## RESUMEN

El autor presenta una parte de los resultados de su proyecto de investigación en el Hospital de Día de adolescentes de Badalona y plantea la necesidad de implementar modificaciones técnicas en el trabajo psicoterapéutico con adolescentes que han sufrido negligencias severas. Resume las aportaciones principales de la teoría de la mentalización desarrollada por Peter Fonagy y colaboradores, del Centro Anna Freud de Londres, y algunas ideas sobre la terapia basada en la mentalización para adolescentes (MBT-A). Concluye el artículo con un ejemplo del trabajo clínico con un adolescente.

**Palabras clave:** adolescencia, confianza epistémica, negligencia, MBT-A, mentalización

## SUMMARY

The author of this paper presents some of the findings of his research project at the Day Hospital for adolescents of Badalona and raises the question of a need to implement technical modifications in the psychotherapeutic work with adolescents that have suffered severe neglect. He gives an overview of the main contributions made by the theory of mentalization developed by Peter Fonagy and his colleagues at the Anna Freud Center of London and of some ideas on therapy based on mentalization for adolescents (MBT-A). The author concludes his paper with a clinical example of his work with an adolescent.

**Key words:** adolescence, epistemic trust, neglect, MBT-A, mentalization

## BIBLIOGRAFIA

ALLEN, J.G. (2013). *Restoring Mentalizing in Attachment Relationships: Treating Trauma With Plain Old Therapy*. Arlington, American Psychiatric Publishing

- ALLEN, J.G., FONAGY, P. & BATEMAN, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, American Psychiatric Publishing
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford, Oxford University Press
- (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing
- (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. Oxford, Oxford University Press
- BENDALL, S., JACKSON, H.J., HULBERT, C. & MCGORRY, P.D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), p. 568-579
- BEVINGTON, D., FÜGGLE, P., FONAGY, P., TARGET, M. & ASEN, E. (2012). Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) - a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, 18 (1), p. 46-51
- BION, W.R. (1957). Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. *Int. J. Psychoanal.*, 38, p. 266-275
- (1962). *Learning from Experience*. London, Tavistock
- BLEIBERG, E., ROSSOUW, T. & FONAGY, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. A (A. Bateman & P. Fonagy) *Handbook of mentalizing in mental health practice*, p. 463-510. Washington DC, American Psychiatric publishing
- BRITTON, R. (1992). Keeping Things in Mind. *New Library of Psychoanalysis*, 14, p. 102-113
- CAVANAGH, M.R., READ, J. & NEW, B. (2004). Sexual abuse inquiry and response: a New Zealand training programme. *New Zealand Journal of Psychology*, 33 (3), p. 137-144
- COROMINES, J. (1991). *Psicopatologia i desenvolupaments arcaics. Assaig psicoanalític*. Barcelona, Espaxs
- (1994). Possibles vinculacions entre organitzacions patològiques de l’adult i problemes del desenvolupament mental primari. *Rev. Cat. Psicoanàl.*, XI/1-2
- CRAINE, L.S., HENSON, C.E., COLLIVER, J.A. & MACLEAN, D.G. (1988). Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry*, 39 (3), p. 300-304
- DANGERFIELD, M. (2012). Negligencia y violencia sobre el adolescente: abordaje desde un Hospital de Día. *Temas de Psicoanálisis*, 4, juny 2012 ([www.temasdepsicoanálisis.org](http://www.temasdepsicoanálisis.org))
- FONAGY, P. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal American Psychoanalytic Association*, 48 (4), agost 2000, p. 1129-1146
- FONAGY, P. & ALLISON, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, p. 372-380
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. & TARGET, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY, Other Press
- FONAGY, P. & TARGET, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, p. 679-700

- GERGELY, G. & CSIBRA, G. (2005). The social construction of the cultural mind. Imitative learning as a mechanism of human pedagogy. *Interaction Studies*, 6 (3), p. 463-481
- GOFF, D., BROTMAN, A., KINDLON, D., WAITES, M. & AMICO, E. (1991). Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research*, 37, p. 73-80
- GRIMALT, A. (2012). Traumes preconceptuals: l'assassinat de la ment i el self oblidat. *Rev. Cat. Psicoanal.*, XXIX/ 2, p. 69-88
- JACOBSON, A. & RICHARDSON, B. (1987). Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry. *American Journal of Psychiatry*, 144, p. 908-913
- JANSSEN, I., KRABBENDAM, L., BAK, M., HANSSSEN, M., VOLLEBERGH, W., DE GRAAF, R. & VAN OS, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, p. 38-45
- LIEBERMAN, M.D. (2007). Social Cognitive Neuroscience: A Review of Core Processes. *Annual Review of Psychology*, 58, p.259-289
- LÓPEZ-CORVO, R.E. (2014). *Traumatized and Non-Traumatized States of the Personality: A Clinical Understanding Using Bion's Approach*. London, Karnac Books
- MILLS, A. (1993). Helping male victims of sexual abuse. *Nursing Standard*, 7, p. 36-39
- MITRANI, J.L. (1992). On the Survival Function of Autistic Manoeuvres in Adult Patients. *Int. J. Psychoanal.*, 73, p. 549-559
- (2007). Bodily Centred Protections in Adolescence: An Extension of the work of Frances Tustin. *Int. J. Psychoanal.*, 88, p. 1153-1169
- MUENZENMAIER, K. *et al.* (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, p. 666-670
- MULLEN, P., MARTIN, J., ANDERSON, J., ROAMNS, S. & HERBISON, G. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, p. 721-732
- READ, J. & FRASER, A. (1998). Abuse histories of psychiatric in patients: to ask or not to ask? *Psychiatric Services*, 49 (3), p. 355-359
- READ, J., VAN OS, J., MORRISON, A.P. & ROSS, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, p. 330-350
- READ, J., HAMMERSLEY, P. & RUDEGEAIR, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, p. 101-110
- ROSSOUW, T. (2012). Self-harm and young people: Is MBT the answer? A (Midgely & Vrouva, eds.) *Minding the child: Mentalization based interventions with children, young people and their families*, p. 131-144. London, Routledge
- ROSSOUW, T.I. & FONAGY, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51 (12), p. 1304-1313
- SHEVLIN, M., HOUSTON, J., DORAHY, M. & ADAMSON, G. (2008). Cumulative Traumas and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (1), p. 193-199

- SORENSEN, H., MORTENSEN, E., SCHIFFMAN, J., REINISCH, J., MAEDA, J. & MEDNICK, S.A. (2010). Early developmental milestones and risk of schizophrenia: a 45-year follow-up of Copenhagen Perinatal Cohort. *Schizophrenia Research*, 118 (1-3), p. 41-47
- TIZÓN, J.L. (2015). *Psicopatología del poder. Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*. Barcelona, Herder Editorial
- VARESE, F., FEIKJE, S., DRUKKER, M., RITSAERT, L., TINEKE, L., VIECHTBAUER, W., READ, J., VAN OS, J. & BENTALL, R.P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin* (març 2012)

