
Tractament basat en la mentalització per a adolescents (TBM-A)

PID_00248005

Jordi Borrás Galindo

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores



Índex

Introducció.....	5
1. Sistema bàsic de vincle i mentalització.....	7
2. Objectius generals del model TBM-A.....	13
3. Elements mentalitzadors actius de la TBM.....	14
4. Actitud terapèutica.....	17
5. Nivells d'intervenció.....	22
6. Fase inicial. Comunicació coherent del model TBM.....	26
7. Fase intermèdia. Estimulació de la mentalització.....	28
8. Fase final. Aprenentatge social i generalització.....	29
9. Vinyeta clínica.....	30
Bibliografia.....	33

Introducció

Un dels desenvolupaments recents més destacats en el camp de la psicoteràpia d'orientació psicoanalítica correspon al paradigma **vincl-mentalització**, en el qual conflueixen un nombre cada vegada més gran d'autors, recerques, evidències empíriques i aplicacions clíniques que han resultat ser extraordinàriament útils davant dels reptes assistencials actuals, especialment en l'àmbit de l'ajuda psicoterapèutica als adolescents i a les seves famílies.

Delimitarem, a mode d'introducció, el model d'intervenció i els conceptes teòrics en els quals es basa, a partir dels quals mostrarem la particular capacitat d'obertura d'aquest paradigma a la prevenció i el tractament de situacions patològiques, fins ara difícilment abordables des de les exigències canòniques de l'ortodòxia psicoanalítica freudiana i postfreudiana (tractaments perllongats, elevat nombre de sessions setmanals, *setting* rígid, capacitat introspectiva del pacient, anàlisi de la transferència, etc.).

Finalment, la seva integració teòrica amb altres disciplines afins (psicologia evolutiva, neurociència, biologia, etologia, cognitivisme, construccionisme social, etc.), la seva èmfasi en la verificabilitat d'hipòtesis tant evolutives com clíniques i l'obtenció d'esquemes precisos d'intervenció validats empíricament li permeten situar-se més enllà de les crítiques que tradicionalment han estat dirigides cap al model psicoanalític clàssic.

En les línies següents realitzarem una breu presentació del marc conceptual relatiu als sistemes bàsics d'inclinació que generen la mentalització per descriure, a continuació i detalladament, el tractament específic basat en la mentalització que es desprèn del model teòric de què hem parlat.

Finalment, remetem l'estudiant interessat a aprofundir qualsevol de les qüestions aquí presentades a la bibliografia ressenyada al final d'aquest material.

1. Sistema bàsic de vincle i mentalització

El bebè humà neix en un estat de gran vulnerabilitat i, des d'un principi, mostra una predisposició innata a buscar proximitat, a establir activament vincles d'unió i aferrament amb els seus cuidadors principals, amb els quals desenvolupa una relació significativa i elemental per a la seva supervivència basada en la protecció, la regulació i la reciprocitat.

Durant la infància la resposta sensible dels pares inclou captar habitualment i de manera flexible els senyals del bebè (especialment quan s'activa el sistema de vincle o aferrament davant de situacions d'inquietud, por o estrès), interpretar-los de manera empàtica i respondre-hi de manera adequada i eficaç. La progressiva interiorització d'aquesta experiència sobre la base d'un patró habitual de respostes tranquil·litzadores i predictibles per part dels cuidadors propers actua com un autèntic organitzador psíquic del nen, base de la seva identitat i la seva futura autoestima (Marrone, 2009).

En efecte, el nen aprèn molt ràpidament diverses coses fonamentals: a evocar un sentiment d'eficàcia personal en el sentit de propiciar (ser capaç i mereixedor de) respostes amoroses, recíproques i cooperatives; a integrar un sentit de si mateix (*self*) diferenciat, coherent i amb continuïtat en el temps; a percebre que és algú tingut en compte (estimat) i que existeix en la ment dels altres. En definitiva, aprèn a constituir-se en subjecte i interlocutor actiu d'una relació humana.

No obstant això, si la figura cuidadora es manté inaccessible sistemàticament més enllà d'un cert temps, tenen lloc reaccions emocionals significatives (de separació, privació, pèrdua o duel), la manifestació de les quals (traumàtica) es relaciona essencialment amb l'especificitat d'aquest vincle absent o interromput (Bowlby, 2014).

En l'anàlisi de la resposta sensible del cuidador cap al nen destaquem la importància del fenomen que anomenem *mirroring* o *reflex matern contingent* (Fonagy, 2015), en la mesura que sembla un component precursor rellevant per al desenvolupament posterior d'allò que denominarem *mentalització*. Quan la mare es comunica amb el seu bebè, ho fa de la manera següent: tot allò que ella li demostra amb el rostre no és el que està sentint, sinó una versió (des)dramatitzada del que el nen està sentint (més o menys com si la mare li estigués dient: «Aquesta no sóc jo, sóc jo intentant ser com tu perquè no t'angoixis»).

El reflex matern cap al seu fill en un context satisfactori d'aferrament segur té un efecte molt més tranquil·litzador que la seva absència (habitual en relacions d'aferrament insegur o desorganitzat). Mitjançant aquesta associació cau-

sa-efecte entre els seus senyals emocionals (emesos) i el resultat social d'aquest senyal (resposta sensible) el nen es relaxa, aprèn a confiar en si mateix i en els seus cuidadors, la qual cosa genera un sentiment de confiança bàsica que aquí denominarem *confiança epistèmica*, la qual, en sentir-nos segurs pel que fa als altres, ens permet confiar, explorar, aventurar-nos, jugar i aprendre.

La majoria dels nens (en realitat, una mica més de la meitat) han viscut experiències familiars d'aferrament asseguradores i recíproques, particularment en famílies amb capacitat de joc i interaccions lúdiques. Es permeten fer incursions amb confiança en un món percebut com raonablement segur, i així desenvolupen capacitats de mentalització a edats més primerenques.

Les capacitats transmeses per aquesta via són diverses, dins del sistema d'aferrament primerenc associat al *mirroring* contingent que fonamentarà l'assoliment de les futures capacitats de mentalització (Fonagy, 1999):

- El manteniment d'un nivell d'activació òptim.
- L'activació de l'atenció i l'aprenentatge: sembla que un aferrament sintonitzat i contingent adverteix el nen que adquirir informació nova és una cosa segura.
- L'adquisició del control voluntari de l'atenció conjunta.
- L'accés a formes interioritzades de representació de l'experiència subjectiva (la ment s'organitza i organitza les representacions interioritzades de l'experiència en patrons narratius amb continuïtat i coherència pròpia), i la possibilitat progressiva d'identificar intencions, pensaments i emocions en els altres i en un mateix, alhora iguals i diferents.
- La capacitat reflexiva o mentalització, funció clau de l'aferrament, i el seu assoliment més important per a la ment humana.

Modes primaris de mentalització

La disposició vincular inicial del conjunt mare-nen a identificar-se mútuament i afectiva porta el nen a la mentalització si segueix uns passos «prementalitzadors» previs. Destaquem tres patrons o modes precursors de la mentalització (o «prementalitzadors») que apareixen al llarg de l'evolució infantil: l'equivalència psíquica, la simulació (o mode «com si») i el pensament màgic-concret (o mode teleològic).

Equivalència psíquica

Un primer processament primari (automàtic) de prementalització és la cerca de l'equivalència o identitat entre l'activitat mental pròpia i l'aliena: «El que sento i el que percebo és el mateix que el que els altres senten i perceben». Aquesta és la primera vivència mentalitzadora que inferim en el bebè davant de la

resposta sensible de la mare, que li retorna una versió tolerable d'ell mateix i de les seves emocions en un context d'aferrament que facilita les primeres accions intercomunicatives mare-bebè.

Es tracta d'un primer fenomen prementalitzador, intuïtiu, inconscient i automàtic (sempre present, en un grau més o menys elevat) al qual denominem *equivalència psíquica*, ja que estableix un isomorfisme entre allò mental i allò real: «El que sento i el que és a la meva ment és el que realment està passant».

La seva persistència distorsionada en l'adult condueix a la certesa total, a l'abús de termes absoluts, a la intolerància a la crítica, a l'absència d'alternatives... fins a arribar, en els extrems més psicopatològics, a vivències delirants o paranoides. Altres manifestacions d'aquest isomorfisme (de dins cap a fora) prementalitzador emergeixen en situacions d'estrès interpersonal (a l'adolescència o a l'edat adulta) o de caràcter postraumàtic (per exemple, en adults que experimenten records i sentiments traumàtics i els reviu en l'aquí i l'ara com si fossin fets reals i actuals que encara segueixen tenint lloc; Bleiberg, 2013).

Simulació

L'accés progressiu a la simbolització dona lloc a un segon mode prementalitzador (derivat d'una capacitat reflexiva més gran, base de la futura mentalització controlada) al qual denominem *simulació* o *com si*, i que correspon a les modalitats d'activitat simbòlica. Aquestes modalitats permeten als nens jugar amb múltiples rols o perspectives de forma simulada (joc simbòlic) allà on les paraules no es corresponen literalment amb els sentiments, la conducta i la realitat.

En adults sol transformar-se en un discurs ple de paraules o teories allunyades de l'emoció i la realitat, en una hipermentalització buida, negativa i teatral desconnectada de tota intencionalitat o subjectivitat (pròpia o aliena): «La meua conducta no sembla dirigida per mi, simplement passa!, no sé com, per tant, no puc comptar amb ningú ni confiar-hi».

Teleologia

Un últim precursor infantil d'aquesta integració és el mode de processament (encara prementalitzador) anomenat *teleològic*. En aquest mode els estats mentals no poden reconèixer-se necessàriament com a compartits i, per tant, no són confiables, tret que siguin expressats en una conducta evident, concreta, directa i observable: «Només sento que m'estimes si em beses i m'abrades» (solució concreta, ràpida, immediata, sense previsió d'efectes o conseqüències a llarg termini).

Models operatius interns

En suma, i seguint el que afirmava Bowlby (1973, pàg. 203):

«A partir de nuestras experiencias de apego, cada individuo construye en su interior modelos operativos del mundo y de sí mismo, y con su ayuda percibe los acontecimientos, pronostica el futuro y construye sus planes. En el modelo operativo del mundo que cualquiera construye una característica clave es su idea de quiénes son sus figuras de apego, dónde puede encontrarlas y cómo espera que respondan. De forma similar, en el modelo operativo de sí mismo una característica clave es la noción de cuán aceptable o inaceptable aparece ante los ojos de sus figuras de apego».

Hipòtesi de la mentalització

Definim la mentalització com:

«[...] la capacidad de comprender las acciones tanto de los demás como de uno mismo en términos de nuestros pensamientos, sentimientos, deseos y anhelos; se trata de una capacidad muy humana que sustenta nuestras interacciones cotidianas [...]. Mentalizar es principalmente una actividad mental preconsciente imaginativa en la que tenemos que imaginar lo que otras personas pueden estar pensando o sintiendo. [...] Mentalizar consiste, en esencia, en vernos a nosotros mismos desde el exterior y a los demás desde el interior, lo cual nos ayuda a comprender los malentendidos y a recuperar los estados mentales que han inducido al error.»

A. Bateman i P. Fonag (2016, pàg. 29-30)

Mentalitzar, per tant, és atribuir un sentit a la conducta humana (la pròpia i la dels altres) com a reflex d'estats mentals de base intencional i previsible (per exemple, pensaments, sentiments, necessitats, desitjos, idees errònies, enganys, desil·lusions, etc.), la qual cosa ens permet entendre la conducta i interpretar-la. Es tracta d'una capacitat dinàmica, fràgil, inestable i fluctuant, extremadament sensible a l'estrès i als impactes emocionals, particularment si esdevenen en contextos interpersonals, en els quals busquem figures de contenció o aferrament que ens retornin la tranquil·litat i la confiança necessàries per recuperar-la quan la perdem.

En el marc de la mentalització no s'emfatitza allò que tenim en ment (els continguts dels nostres pensaments i motivacions), sinó les capacitats i processos que utilitzem per accedir als estats mentals i interpretar-los. La mentalització mateixa és un procés (no un contingut), una manera d'inferir motivacions internes després dels comportaments observables.

Des d'aquesta perspectiva s'entén que tots els desordres psiquiàtrics comporten una mentalització disfuncional, connectada a trastorns en l'experiència personal (aferrament insegur o desorganitzat) i a una capacitat deteriorada per comprendre i relacionar-se amb altres persones.

Dimensions de la mentalització

L'adquisició de la confiança i el desenvolupament de la capacitat de mentalització comporta una evolució en els modes en què és processada: des de patrons de tipus inconscient-automàtic-no verbal-instrumental-implícit fins a

d'altres basats en el conscient-controlat-simbòlic-representacional-explícit. La integració funcional de tots dos patrons (que coexisteixen i juguen un paper important al llarg de tota la vida) s'aconsegueix entre els tres i els sis anys (Bleiberg, 2013).

La mentalització sempre és una funció flexible de l'equilibri assolit entre els extrems d'aquestes polaritats fonamentals. Tot es desenvolupa al llarg d'un *continuum* dimensional en el qual varia el grau de consciència sobre els estats mentals propis o aliens, depenent del tipus de situacions o contextos i dels requeriments mentalitzadors que impliquin:

- En contextos d'estrès alt o d'activació de l'aferrament, el requeriment mentalitzador sol ser baix a causa de la urgència d'una resposta ràpida. En aquestes situacions predominen, en forma variable, modes de mentalització automàtica centrada en allò extern i lligada a respostes afectives.
- Per contra, en situacions de baix estrès o aferrament hipoactivat s'eleva el requeriment mentalitzador amb predomini variable dels modes controlat, intern i cognitiu.

Existeixen, d'altra banda, aspectes no mentalitzats en la constitució del nostre jo o món intern que denominem *alien self* (Bateman i Fonagy, 2016). De fet, és inevitable que al llarg del desenvolupament perdurin, en tots els individus humans, «buits no mentalitzats», «forats negres» o «punts cecs» en la nostra «constel·lació psíquica», buits d'experiència i representació que ens impedeixen respondre de forma mentalitzada certs sectors de l'experiència interpersonal (probablement els que no van rebre suficient resposta sintònica en les nostres primeres experiències d'aferrament) i que persisteixen com a afectes, sensacions, moviments o símptomes determinats que poden aparèixer sota estrès genèric o específic (per exemple, tics, estereotípies, rituals, fòbies, etc.).

L'estrès o l'excitació emocional intensa activen el sistema d'aferrament i impulsen la mentalització automàtica. La mentalització controlada, en canvi, és facilitada per increments inicials d'excitació, però solament fins a un cert límit o nivell d'estrès. Sobrepassat aquest nivell (punt de canvi o dissociació), la hiperactivació del sistema d'aferrament inhibeix la mentalització controlada i hi persisteix solament l'automàtica, més resistent a nivells alts d'estrès.

Adolescència i mentalització

L'adolescència és una etapa crucial per al desenvolupament de la identitat personal i de les relacions. És a l'adolescència quan es té més consciència personal dels propis models operatius interns, i quan hi ha més capacitat per pensar (mentalitzar) sobre un mateix i els altres.

D'altra banda, però, en l'adolescent convergeixen canvis en el desenvolupament neurològic (reorganització massiva de les àrees cerebrals associades a la cognició social i la mentalització) i puberal que exacerben la seva vulnerabilitat, juntament amb demandes psicosocials i del desenvolupament que comprometen aquesta habilitat de mentalització (més incongruència *self-món*).

Un percentatge substancial (i creixent) dels adolescents que acudeixen als serveis de salut mental presenten símptomes de desregulació afectiva, impulsivitat i inestabilitat en les seves relacions i en la seva pròpia imatge (Dangerfield, 2016).

2. Objectius generals del model TBM-A

Els objectius generals de la teràpia basada en la mentalització per a adolescents, segons el model descrit per Bateman i Fonagy, són els següents:

- 1) Estimular la mentalització de l'adolescent, el qual significa posar la seva ment (és a dir, la seva experiència subjectiva) en el focus o centre del tractament per ajudar-lo a ser més capaç d'aprendre d'altres ments (reaprenentatge social) en un context terapèutic segur (d'inclinació i generació de confiança epistèmica).
- 2) Valorar i proporcionar «reparació» psicoterapèutica, educativa o farmacològica per als símptomes psicopatològics presents en períodes aguts de descompensació o com a trets de personalitat estructuralment vulnerables.

3. Elements mentalitzadors actius de la TBM

Connexió empàtica

Configuració d'un context terapèutic d'inclinació en el qual s'estableix un *mirroring* particular entre pacient i terapeuta. Aquest últim mira de representar a la seva ment l'experiència subjectiva del pacient, i, al seu torn, el pacient pot veure's més o menys correctament reflectit en la ment del terapeuta. D'aquesta manera, repararan conjuntament els errors o malentesos amb una actitud oberta, curiosa i interessada.

Confiança epistèmica

A causa del reconeixement anterior i de la trobada ment-ment, el pacient pot aprendre, a partir de la relació terapèutica, una nova manera de no resposta que substitueixi lentament el vell i dolorós patró no-mentalitzat d'impuls-actuació-descàrrega per un de nou basat en l'espera i la tolerància del fet de no saber. Un segon pas consistirà a generalitzar aquest aprenentatge i a disposar d'estratègies per recuperar aquestes capacitats cada vegada que les perdem.

Calibratge

Convé valorar amb molt de compte la distància interpersonal i la intensitat de les demandes mentalitzadores que proposem al pacient, evitant desafiar l'excés o sobrepassar la seva capacitat real i les habilitats per mentalitzar i representar.

Context i coherència

En lloc de quedar-nos atrapats en la convicció absoluta i inamovible que sempre ens acaba portant a allò conegut, donem sentit a l'experiència proposant la consideració de múltiples perspectives i narratives diverses com a alternatives possibles d'interpretació de la realitat mental (particularment difícil de capturar).

Integració

Es tracta de descobrir la connexió subtil que lliga el que fem, les accions pròpies, amb allò que decidim i volem, és a dir, amb els nostres estats mentals intencionals, i d'advertir la influència i l'impacte final que la nostra conducta exerceix sobre els altres. Aquesta autopercepció com a subjecte agent i actiu ha d'orientar-se per generar esperances realistes i substituir sentiments infundats de victimisme i impotència.

Valor

Cal prendre la determinació ferma de canviar vells hàbits que condueixen invariablement al patiment mitjançant un camí nou i desconegut. Proposem al pacient que abandoni les seves respostes defensives habituals i automàtiques (que almenys són conegudes i produeixen una momentània sensació d'alleujament) per altres de difícils i desconegudes, basades en l'espera, la paciència i la reflexió. Practiquem la mentalització com a experiència viscuda, en situacions internes i interpersonalment potencialment amenaçadores (per exemple, una sessió de teràpia individual, grupal o familiar). D'alguna manera, convidem el pacient a tenir el valor de saltar al buit, a deixar anar la seva vella perxa i a no mirar cap avall. A canvi, per descomptat, hem de ser-hi per desplegar una xarxa de seguretat prou fiable. En això consisteix el valor de la confiança que es desprèn d'una relació asseguradora d'aferrament: «No et deixaré sol fins que tu mateix et sentis preparat per deixar-me».

Paper de les famílies

En el nostre model d'intervenció és fonamental comptar amb el context d'inclinació primària del pacient. Davant de la vulnerabilitat pròpia de tot nen o adolescent jove, la majoria de les famílies actuen com una «bastida mentalitzadora» (Bleiberg, 2013) natural que promou el creixement i dona suport al seu procés de maduració evolutiva cap a nivells més alts d'estabilitat afectiva i competència mentalitzadora.

Així doncs, en primer lloc, s'ha d'ajudar les famílies a mantenir la seva pròpia mentalització a fi que puguin, posteriorment, donar suport a la dels seus fills. Mitjançant diferents sessions familiars o grupals creem un marc comú amb els pares per ajudar-los a entendre què els està passant als seus fills i què passa dins de la família, com es generen les dinàmiques conflictives entre tots ells, els cercles viciosos mútuament coercitius o intimidatoris que oscil·len entre els pols entre acusació-amenaça-agressió i vergonya-culpabilitat-desesperança.

Mitjançant diferents sessions psicoeducatives analitzem tot un conjunt de fenòmens (la problemàtica no mentalitzadora greu de l'adolescent i la seva dimensió familiar) desencadenats per una hiperactivació emocional associada a la percepció (real o imaginària) d'amenaçes a la seguretat física o psicològica d'un mateix o del grup familiar propi.

Proposem als adolescents i a les seves famílies un marc comú des del qual puguin recuperar l'esperança en el futur i participar activament en el tractament que els proposem. Es tracta de transformar les discussions improductives i doloroses del tipus «diàleg de sords» (per exemple, descontrol del jove davant l'hipercontrol dels pares) en alguna cosa diferent: en una trobada en la qual

activem els marcadors de la mentalització (curiositat, respecte, empatia, mutualitat, etc.) i reorganitzem les funcions parentals relatives a la contenció i l'aplicació de límits.

4. Actitud terapèutica

La base del TBM és la posició o actitud mentalitzadora que el terapeuta adopta davant dels pacients (i famílies) en aquest context precís de vincle que els uneix: el tractament. Identifiquem quatre àrees bàsiques de competència mentalitzadora en el terapeuta de TBM.

Actitud d'indagació (no saber)

Confirma i exemplifica el valor de les actituds que considerem bàsiques per a la mentalització: autenticitat, respecte, interès, curiositat, obertura i provisionalitat de les hipòtesis que inferim sobre l'existència de determinats estats mentals (propis o aliens).

El terapeuta indaga activament en l'experiència subjectiva del pacient, pregunta, intenta articular-hi una conversa i, al mateix temps, despertar la seva curiositat sobre els detalls (potser inadvertits o aparentment irrellevants) dels pensaments i sentiments del pacient, i també la forma o moment en què van aparèixer, etc. (què està passant en la teva ment?, com vas viure ser tal cosa?, com se't va ocórrer pensar-ho?, què va ser el que et va donar aquesta idea?).

La capacitat de generar confiança s'activa quan intentem ensenyar als adolescents una habilitat fonamental: els manifestem un interès genuí per saber, conèixer i compartir una mica més de la seva vida mental, sense resultar intrusius ni amenaçadors. Mirem d'apropar-nos a la seva experiència personal de manera consentida mitjançant un diàleg col·laboratiu.

Altres habilitats necessàries per mantenir una actitud de mentalització activa inclouen: no jutjar, privilegiar l'exploració conjunta dels estats mentals intencionals (conscients), evitar dir al pacient (des d'un suposat rol d'expert) què és el que està sentint o pensant *realment*, no interpretar les suposades raons inconscients subjacents a la seva experiència o motivació, fugir de tota presumpció d'exactitud per la nostra banda, animar el pacient a tolerar el descobriment i la provisionalitat, mantenir l'obertura davant les sorpreses o els imprevistos i ajudar-lo a adaptar les seves opinions a les noves informacions o evidències disponibles.

Després de considerar les diferents perspectives (terapeuta, pacient, pares), en primer lloc, les reconeixem, acceptarem i validarem, abans de qüestionar-les o confrontar-les entre elles: «Mm... Puc veure com arribes a aquesta impressió, crec que ho estic entenent... I ara, mentre ho penso, em ve a la ment que, o bé ell, com tu dius, t'estava ignorant sense més, o potser, se m'ocorre, podria estar preocupat per alguna cosa. Això podria ser una possibilitat?».

Finalment, l'element per a nosaltres potser més significatiu: un cert grau d'autorevelació honesta i valenta és el millor exemple de mentalització en acció. Mantenir-nos receptius a diferents perspectives implica un xic del valor que demanem al pacient, i ens permetrà detectar i reconèixer les nostres pròpies errades mentalitzadores i, al mateix temps, explicitar-les com «l'essència bàsica» de tot el procés: la mentalització es perd contínuament, per la qual cosa hem d'estar atents per recuperar-la sempre que això passa. I, finalment, ho verbalitzem: «Em vaig equivocar i no me'n vaig adonar, em vaig confondre, crec que no estic entenent el que estàs intentant dir-me; segurament et vaig fer mal sense voler, mirarem d'estar atents quan ens torni a passar a tu o a mi, perquè serà inevitable que passi, però intentarem solucionar-ho entre tots», etc.

La discontinuïtat en la mentalització és inevitable, es tracta del veritable focus del tractament i, sovint, prové de malentesos o de l'activació automàtica de reaccions defensives que poden ser compreses. Ofereixen la millor oportunitat terapèutica per aprendre a mentalitzar en moments d'intensitat emocional i, al mateix temps, a reparar o restablir la confiança (epistèmica) en un entorn (context d'aferrament) segur.

Mantenir l'equilibri

La clau d'una mentalització funcional depèn de l'equilibri adequat entre les dimensions que la componen, de manera que s'aconsegueixi una distància interpersonal afectiva amb el pacient que permeti operar de forma fluïda, aconseguir un grau suficient de connexió empàtica i facilitar la consciència d'una ment pròpia i diferenciada. El terapeuta ha d'intervenir corregint i compensant les desviacions del pacient cap a algun dels pols de la mentalització: si el pacient es mostra excessivament decantat cap a la introspecció se'l convida a considerar la ment d'altres persones, per exemple, dient-li: «Com creus que se sentiria la teva mare amb tot això?». Quan se centra de forma exclusiva en els altres, es qüestiona la seva pròpia perspectiva; quan l'afecte és el que predomina, s'apel·la a una anàlisi més controlada i reflexiva, etc.

Promovem acuradament en les sessions amb la família i en grup interaccions «naturals» sobre temes problemàtics: intervenim en moments crítics per assenyalar i demostrar com aquests problemes són perpetuats per malentesos i errors en la mentalització.

Interrompre la no mentalització

Les interaccions no mentalitzadores donen lloc a actuacions impulsives que reinstauren el cicle defensiu-simptomàtic i, per tant, constitueixen l'objectiu primari de les nostres intervencions terapèutiques. En aquest sentit convé identificar i reavaluar els moments en els quals la mentalització decau, i proposar una «pausa», a fi de «rebobinar» i posar en el focus de la interacció què és el que acaba de tenir lloc a nivell emocional i interpersonal, aquí i ara, just quan la mentalització comença a fallar: «T'entenc, però espera, parem un mo-

ment: el que passa ara (reacció defensiva) és el que et passa tantes vegades en situacions semblants d'aclapament, etc., o sigui, això que et causa tants problemes; valdria la pena aprendre i assajar una altra manera més útil de protegir-te i cuidar dels altres (i de la por i l'amenaça que et desperten)».

Ajudem els pacients a identificar quan la seva pròpia mentalització comença a fallar i a requerir «una pausa» abans que se sentin envaïts per una sobreacció que els impedeixi escoltar, comprendre o explicar el seu punt de vista. Aquest requeriment és el senyal (per a ells mateixos i pels altres) de la necessitat de fer un pas enrere per reflexionar i recuperar la mentalització controlada.

Destacar i assenyalar la bona mentalització

Busquem activament, durant el curs de la sessió, exemples o casos de bona mentalització, la qual cosa suposa destacar-los i assenyalar-los positivament: «Bé, Marc, l'altre dia vas poder explicar als teus pares com et senties quan "et bloquejaves" i que després et senties culpable pensant que t'havies equivocat un altre cop; i em va semblar que t'adonaves de seguida que en aquest moment realment intentaven comprendre't». Ampliem i fem servir exemples similars per estimular l'atenció i avaluar la presència d'aquelles interaccions que generen una bona mentalització a fi de conduir a una comunicació efectiva i a la resolució de problemes.

El circuit de la mentalització

Els passos implicats en la seqüència circuit d'una bona mentalització proporcionen un marc que orienta el terapeuta, de forma flexible, a facilitar l'aprenentatge de la mentalització per part de l'adolescent. Passem a detallar, de manera seqüencial, quins són aquests passos:

a) Adonar-se'n i posar-hi nom

Quan percebem ruptures en la mentalització hi intervenim interrompent la interacció i forcem una pausa (tal com ja hem esmentat): els adolescents solen entendre la indicació de «parar i rebobinar» i, a aquest efecte, normalment els oferim un botó imaginari que poden pitjar (Bleiberg, 2013) o convenim un senyal que puguin donar-nos (per exemple, aixecar un foli en blanc) quan proposem –nosaltres o qualsevol dels presents– baixar el ritme de l'acció.

Els terapeutes comproven si la seva observació és similar a l'experiència d'algun dels presents, pel que fa a l'aparició d'un nus problemàtic en el qual la comprensió i la comunicació s'han tornat difícils. Així doncs, per exemple, el terapeuta pot indicar: «M'he adonat que quan en Juan va dir X, el seu pare va fer mala cara i la seva mare el va començar a interrompre... Algú més ho ha notat així?, m'ho va semblar només a mi?, quin nom podríem posar a això que ens passa quan ens sentim tibants, de sobte, quan en Juan diu o fa alguna cosa semblat a X?», etc. Una vegada s'acorda la presència d'una situació problemà-

tica, el terapeuta pot animar a realitzar una mena de pluja d'idees per posar un nom a aquesta situació i després saber una mica més sobre com apareix aquesta dificultat en la mentalització del grup.

Per tant, cal que es produeixi l'acord del pacient (i de tots els membres de la família o grup presents en sessió) sobre la descripció que fem (entre tots) de la interacció problemàtica. Comprovar que existeix aquest consens facilita avançar en la seqüència «parar, seguir pensant» i és, al mateix temps, un altre exemple més de la mentalització en acció.

Mentalitzar el moment

Ens plantegem en veu alta la necessitat de compartir i suscitar la curiositat en el pacient (família o grup) sobre els pensaments i els sentiments que sorgeixen en resposta a dèficits en la mentalització i ens interroguem sobre la perspectiva de l'altre: «Mama, què creus que sent la Laia quan...?». També ens interroguem per esbrinar realment què és el que molesta o fa tant de mal a la Laia. Busquem reorientar les discussions de la família, des de «com podem corregir la seva conducta perquè es porti bé?» a «què podem fer per esbrinar –entre tots– alguna cosa més sobre el que no sabem o no entenem o no podem dir, sobre el que ens fa patir per dins tota l'estona, etc.?». En aquest sentit, estem parlant dels sentiments amagats, les perspectives que no hem tingut en compte (ignorades, eludides, negades, etc.), tot allò que ha conduït a fer cròniques les discussions, els problemes i, en suma, la incompetència comunicativa.

Les sessions individuals amb l'adolescent poden servir per practicar o dramatitzar (per exemple, amb tècniques de *role playing*) prèviament les sessions de família o grup, fet que permet alentir, observar i planificar la mentalització. A continuació, el terapeuta tornarà a comprovar si existeix consens per insistir que allò més crucial del procés no és entendre *correctament* –més aviat acceptem amb naturalitat que sol passar tot el contrari–, sinó parar-hi esment i mirar de comprendre com fluctuen i s'influeixen els estats mentals d'un mateix i dels altres.

Generalitzar (i proposar el canvi)

Declinem embolicar-nos en discussions estèrils sobre conductes o reaccions específiques; en comptes d'això, proposem ampliar l'enfocament de la nostra mirada cap a la generalització per captar com determinats patrons relacionals problemàtics es repeteixen inadvertidament. Estimulem pacients i famílies a posar en pràctica tot el que han après, a buscar alternatives possibles a partir dels canvis que podrien sorgir si es posés en pràctica aquesta nova perspectiva: «Com estaria entre vosaltres si poguéssiu entendre-us més?, com de diferent seria la vostra vida?, quines coses haguessin canviat?, què és el que notariau vosaltres i els altres?, quins serien els primers passos per fer en aquesta direcció?, etc.».

Finalment, abans de reiniciar l'espiral mentalitzadora (sempre l'estem recurrent i reiniciant, però des d'un nivell una mica superior cada vegada), revisem amb cada família i membre del grup com està sent per a ells l'experiència terapèutica («què ha succeït o està succeïnt?») i el procés, oferint-los noves oportunitats de reflexionar i parlar junts sobre: «Com vas/vau viure aquest procés?, com t'has/us heu sentit?, què ha estat el més difícil per a cadascun de vosaltres?, com podríem fer-ho encara millor?, què més us ve al cap?». A més, es poden tractar les conclusions i conseqüències que podrien derivar-se'n.

5. Nivells d'intervenció

Insistim que la resposta sensible del terapeuta consisteix a apreciar la competència mentalitzadora de l'adolescent, grup o família, a situar-nos a la zona de desenvolupament propera a aquesta competència i a ajustar les nostres intervencions en funció de la proximitat emocional i la demanda mentalitzadora que exigeixen.

En aquest sentit, diferenciem un rang possible d'intervencions ordenades segons el nivell creixent de mentalització que necessitem del pacient (Bateman i Fonagy, 2016).

Suport i validació

Utilitzem aquest tipus d'intervencions amb pacients greus, en intervencions inicials o quan el pacient està altament activat (per l'aferrament) i la seva capacitat de mentalitzar està greument inhibida (o danyada). Li donem suport i el validem inicialment quan identifiquem greus dificultats per a la mentalització i un ús massiu o predominant de mecanismes impulsius o prementalitzadors de naturalesa paranoide (per exemple, en el cas de l'equivalència psíquica: «Ja sé el que estàs pensant de mi, no fa falta que em miris amb aquesta cara de fàstic!»).

Amb aquesta finalitat, paradoxalment, augmentem la distància emocional amb l'adolescent per reduir la hiperexcitació amenaçadora amb la qual viu la nostra proximitat emocional i la por de resultar atacat o danyat en el seu jo més fràgil. En la constitució prèvia de formes d'aferrament desorganitzades amb figures parentals inconsistents, negligents o danyades s'instaura en el nen un patró ambivalent de necessitat-lluita en contraposició al patró por-fugida, que inhibeix l'expressió mentalitzada de les emocions i la substitueix per modes prementalitzadors del tipus paranoide descrit.

De vegades responem d'una manera semblant a: «Mira, de debò que m'agradaria poder entendre't, realment vull poder escoltar-te ara però em resulta difícil... No sé si a tu t'ha passat, tinc un problema greu, i quan algú em crida m'és impossible poder escoltar-lo i encara menys comprendre'l... T'ho pots creure? Podem intentar parlar sense crits ara o ho intentem un altre dia, què et sembla?».

Augmentar la distància emocional significa, per exemple, no sostenir de manera desafidora la mirada, tornar-nos una mica menys expressius, evitar formulacions directes dirigides exclusivament a ell; en suma: dirigir el focus fora de la relació pacient-terapeuta a fi de preservar-la inicialment. Una intervenció indirecta del tipus: «Quan algú ens està cridant, oi que a qualsevol li resulta

impossible sentir o entendre alguna cosa?», pot ajudar els pacients, paradoxalment, a no sentir-se tan amenaçats per la nostra presència i a recuperar la mentalització en disminuir els seus nivells d'estrès.

Per contra, un compromís emocional incrementat, un interès explícit i excessiu per la nostra banda intentant ser més empàtics, amables, sol·lícits, etc. (identificant-nos, potser, amb la mare ideal que haguessin desitjat tenir) augmenta l'excitació i hiperactiva (erotitza) la dependència i l'aferrament entre el pacient i nosaltres. Així es crea un cercle viciós que, en el pitjor (i gens infreqüent) dels casos, esdevé iatrogènic i fa esclatar els límits del *setting* terapèutic.

Les intervencions de suport respecten i validen els relats del pacient, i expliciten el nostre desig de comprendre com l'impacte emocional de la situació actual comporta un augment de l'angoixa i creixents dificultats per pensar reflexivament.

Intentem fer servir un llenguatge senzill, clar, amb oracions curtes, sense expressions complexes o subordinades, amb preguntes i afirmacions inequívokes. Les intervencions complexes, com les que impliquen significats simbòlics o hipòtesis sobre l'origen en el passat dels patrons relacionals actuals, requereixen un nivell de mentalització molt reflexiu i controlat de què aquí l'adolescent no disposa, almenys de forma constant.

Reforçar i elogiar els esforços del pacient a l'hora d'abordar de forma reflexiva situacions quotidianes difícils és una altra manera de donar-li suport i validar les seves incipients habilitats mentalitzadores, alhora que explorem conjuntament els efectes positius d'aquesta nova manera d'actuar, en termes d'una sensació de control creixent i una millora de les seves habilitats per rebre ajuda i suport (Dangerfield, 2016). Per exemple: «És impressionant com has resolt el que us passava, a tu i a X... Com ho has fet?, com et sents per haver-ho resolt, què significa?, què creus que diu això de tu i de la teva capacitat per resoldre problemes semblants?, com creus que se sentiria la teva mare si li ho expliquessis?».

Aclariment i elaboració

S'utilitzen quan els pacients se senten menys amenaçats i disposen de més capacitat reflexiva i de confiança mútua (en relació amb els casos més greus o desorganitzats descrits a l'apartat anterior). L'aclariment suposa un esforç actiu per ordenar o reconstruir una seqüència conductual detallada en el seu propi context emocional i interpersonal a fi de rastrejar com va esdevenir la pèrdua mentalitzadora. Aquestes accions haurien de rastrejar-se «cap enrere», cap als sentiments previs que les van originar, rebobinant els esdeveniments i establint, a cada moment, els estats mentals que van conduir a accions impulsives, desadaptades o feridores.

En aquest punt intentem ajudar els pacients a connectar accions i interaccions amb els pensaments i sentiments associats i a comprendre tots dos registres de manera integradora, generadora de més discurs i més curiositat. Ajudem així els adolescents a descobrir que existeixen «sentiments amagats» i «perspectives no realitzades» que, sovint, comporten malentesos i fracassos en la comunicació. En aquest procés d'elaboració assenyallem les dificultats per abordar de manera comprensiva i elaborativa el funcionament de la pròpia ment (o la d'uns altres), la complexa relació que uneix el que sentim amb el que fem. Qüestionem i proposem noves possibilitats, hipòtesis i narratives diferents, potser més properes a un enteniment alternatiu útil.

Confrontació i desafiament

En aquest punt aconseguim un nivell de mentalització més elevat que ens permet desafiar, en certa mesura, i confrontar el pacient amb el que ens diu per induir-li interès i curiositat sobre el seu propi funcionament mental. L'ajudem a identificar els usos defensius automàtics associats a la no mentalització (per exemple, impulsius, addictius, etc.) que persegueixen l'obtenció d'una il·lusòria sensació de control, seguretat, connexió i alleujament (per exemple, consum de tòxics, autolesions, trastorns alimentaris com a mitjans per contrarestar i defensar-nos de sentiments dolorosos intolerables). Mirem d'articular la reticència comprensible a interrompre els comportaments descrits (i la por d'experimentar aquest dolor emocional del qual intentem fugir costi el que costi), explorant els efectes (auto/hetero) destructius associats a aquest patró addictiu d'alleujament ràpid que mai no queda satisfet. Destaquem i reconeixem la dificultat i la valentia necessàries per emprendre un canvi i reprendre el control real de la nostra conducta i de les nostres vides.

Mentalització de la transferència

És l'últim pas i el més exigent en l'espectre d'intervencions. Només és possible intervenir a aquest nivell quan els pacients mostren una capacitat considerable per mentalitzar i, al mateix temps, per tolerar la frustració, en particular la inherent a un vincle d'aferrament molt més proper i significatiu, i a les ansietats de separació que inevitablement desperta.

La relació pacient-terapeuta, com que estimula inevitablement el desenvolupament d'un vincle d'aferrament que incrementa l'angoixa i dificulta la mentalització, ofereix una oportunitat única per experimentar i practicar la mentalització de manera vivencial, *in status nascendi*, en un privilegiat context d'intensitat afectiva i proximitat emocional.

La mentalització transferencial comporta una seqüència ben definida d'intervencions que recopila les anteriors i la culmina:

- Valida l'experiència del pacient.
- Aclareix i elabora l'afecte i el context de relació.

- Desafia oferint una narrativa alternativa.
- Explora l'experiència del pacient sobre la seva relació actual amb el terapeuta (transferència).

Aclarir els sentiments, pensaments i interaccions que conformen l'experiència del pacient amb relació a nosaltres, inclou referir-nos a la nostra pròpia contribució com a contrapart activa d'aquesta relació, assumint la responsabilitat dels nostres errors i acceptant-los com a base d'un aprenentatge vital interminable. La capacitat d'identificar els nostres propis errors és una habilitat clau i un focus central en les supervisions regulars amb la resta de l'equip assistencial: vam mostrar als pacients amb el nostre propi exemple que el valor, l'autenticitat i l'obertura generen més efectivitat en la pròpia capacitat de ser agent, autoregular-se i relacionar-se adequadament.

Advertim els pacients que els nostres errors són inevitables i que, sense voler, potser els farem mal. El més important no és no fallar (qüestió impossible), sinó estar atents a les errades que es produeixen en la interacció a fi de millorar i reparar-les conjuntament a l'interior de la interacció mateixa (context terapèutic d'aferrament).

En aquest sentit, adolescents i terapeutes coconstruïm un punt de vista alternatiu sobre el que passa entre ells: «Estava pensant en el que ha passat fa una estona, quan no he donat importància al fet que estiguessis molest; suposo que et deus haver sentit ferit o incomprès, i per això t'has acabat apartant de mi. És així com t'has sentit?». Aquesta perspectiva alternativa va seguida de la comprovació de la reacció del pacient sobre aquesta nova visió i l'impacte d'aquesta perspectiva en la relació terapèutica.

«Uno no se puede acercar a la mente solo, pero sí que es posible utilizar el apego seguro de una relación terapéutica para romper el enganche que la ansiedad, el enfado y la actitud defensiva operan sobre la desesperación y la soledad de los jóvenes y sus familias.»

I. Bleiberg (2013, pàg. 30)

6. Fase inicial. Comunicació coherent del model TBM

Actuacions prèvies

Avaluem inicialment el grau de fortalesa de la funció reflexiva mentalitzadora i de la confiança epistèmica en l'adolescent i en la seva família. Per a fer-ho, explorem els aspectes següents activament a les primeres entrevistes:

- 1) **Fortaleses:** discriminem les capacitats disponibles per entendre empàticament i oferir suport i cura, incloent-hi les habilitats d'afrontament i resolució reflexiva de problemes.
- 2) **Febleses:** identifiquem els factors desencadenants d'ansietat que interfereixen en les capacitats de mentalització en situacions d'estrès emocional; descrivim les formes defensives prementalitzadores (equivalència psíquica, simulació, teleologia) que hi irrompen més habitualment, a més dels contextos interpersonals d'aferrament (estressors) que les activen (al mateix temps que inhibeixen la mentalització).

Es recomana, en nivells inicials d'intervenció, recórrer a grups psicoeducatius de mentalització explícita per a pares i adolescents, en els quals, mitjançant discussions i activitats de *role playing*, s'intenta explicar de manera concreta què és la mentalització, com es pot reconèixer una bona/mala mentalització, quines habilitats i actituds comporta, com entenem les situacions de conflicte relacional, en què consistirà el tractament TBM, etc.

A continuació, enunciem una formulació diagnòstica individual que inclogui una aproximació descriptiva a l'estructura de la personalitat, les característiques psicopatològiques i la gravetat de la simptomatologia. Destaquem, per tant:

- Vulnerabilitats addictives i comorbiditats.
- Antecedents i presència de característiques incipients de trastorn de personalitat.
- Estil de personalitat i perfil de les capacitats psicològiques de l'adolescent.
- Avantatges i febleses de la mentalització i contextos en els quals sorgeixen els problemes de mentalització (valoració de l'impacte mutu entre les deficiències causades pel trastorn i les capacitats reflexives prèvies i presents).
- Indicació de les intervencions específiques que valorem més pertinents (psicoterapèutiques, psicoeducatives, psicofarmacològiques, etc.) per promoure i restaurar les seves capacitats mentalitzadores.
- Definició del pla terapèutic: intervencions individual i familiar.
- Contracte i dificultats previsibles en l'assoliment dels objectius.

- Acord sobre el seguiment i la participació conjunta en avaluació continuada dels resultats del tractament.

És característica d'aquesta fase inicial la insistència en la psicoeducació o la posició psicopedagògica prèvia. Expliquem a adolescents i pares què entenem per aferrament i mentalització, quins són els seus components, quin procés i trajectòria segueix el nostre model terapèutic i, *last but not least*, per quins motius els proposem incidir en els processos de comunicació familiar disfuncional.

Objectius específics

- Implicar el pacient i la família en el tractament i la gestió de les crisis.
- Promoure el canvi (per a tots ells) des de les actuals dinàmiques coercitives no mentalitzades cap a interaccions mentalitzades que permetin recuperar l'esperança a influir en els altres, a induir respostes d'afecte recíproques i a romandre en la ment dels altres com algú important per a ells.
- Proporcionar un tractament específic psicofarmacològic i psicoterapèutic per a les vulnerabilitats psicopatològiques del pacient que exacerben –i al seu torn són exacerbades– les dificultats per mentalitzar (remediació).
- Interrompre la conducta autodestructiva, heterodestructiva i addictiva de l'adolescent.

7. Fase intermèdia. Estimulació de la mentalització

Actuacions

- Mantenir la mentalització de l'equip assistencial i supervisar-la regularment.
- Realitzar un treball interpersonal i amb l'ambient social de l'adolescent (escola, serveis socials, etc.).
- Aplicar la TBM en alguna o diverses de les seves modalitats: individual, familiar i grupal.

Objectius específics

- Mantenir i reparar contínuament l'aliança terapèutica de col·laboració i mentalització entre l'equip, el pacient i la família.
- Afrontar les crisis episòdiques en els processos mentalitzadors i l'impacte sobre la contratransferència de l'equip.
- Integrar tant com sigui possible les perspectives del pacient, la família, el grup i el medi ambient social.
- Promoure i practicar la mentalització, en particular en els contextos interpersonals més afectius i demandants en els quals habitualment fracassa.
- Rehabilitar la confiança epistèmica i l'aprenentatge social generalitzant-los des dels contextos familiar i terapèutic cap a altres contextos més amplis.

8. Fase final. Aprenentatge social i generalització

Actuacions

- Plans per al manteniment del benestar i de la prevenció de recaigudes.

Objectius específics

- Donar respostes a la separació.
- Organitzar un pla per mantenir la mentalització i estimular la rehabilitació i el canvi.

9. Vinyeta clínica

Sessió psicoterapèutica individual amb el Julián, de quinze anys

[El Julián explica, preocupat, un nou conflicte amb un professor de l'institut. Es mostra lleument nerviós mentre ho explica, estreny els punys, expressa ràbia i humiliació per ser víctima d'un tracte injust, em fa pena veure'l tan torbat i desvalgut.]

Terapeuta: Coneixent-te, Julián, estic segur que has de tenir bons motius per sentir-te tan malament, no en tinc cap dubte, segueix a veure si entenc què t'ha passat...

[El Julián segueix explicant el que li ha passat. El professor va demanar a tota la classe que llegissin i copiessin una lliçó. El Julián es va sentir molestat i va recriminar al professor que no els expliqués la lliçó abans, ja que no semblava que ningú més l'hagués entès. El professor va replicar repetint-li que fes el que ell els acabava d'indicar, i li va recordar, a més, que ell era el menys indicat per queixar-se, ja que es passava la major part del temps dormint a la classe. Després d'un nou encreuament de queixes i acusacions, el professor va decidir expulsar-lo de la classe, li va obrir un nou expedient disciplinari, el segon en poques setmanes. L'anterior expedient, segons el Julián, va ser a causa d'un altre enfrontament amb aquest mateix professor, que el va obligar a seure al seu lloc tot i que la cadira estava mullada per la pluja que havia entrat per la finestra. En sortir de la classe, mentre passava al costat del professor, li van venir ganes de tirar-li una cadira al cap, després va pensar en com li trencaria la cara. Però va poder contenir-se.]

Julián: Per un moment em van posseir els nervis d'abans, no sé com em vaig poder aguantar!

Terapeuta: Jo sí que sé per què et vas aguantar, Julián. Potser se t'oblida però ja no ets el d'abans; ara t'adones més vegades del que et passa pel cap i de seguida tanques els punys i respires... I et controles! Cada vegada pots pensar i controlar-te una mica més aquests nervis, ho estem veient gairebé cada dia, abans et feien la vida impossible. Ara penses: "El mataré!", però no ho fas!

[El Juliánriu pel meu últim comentari. Sembla que si seguim parlant d'això que el preocupa es va relaxant. Diu que demà ha de retornar al profe el comunicat d'expulsió signat pel seu pare, però que no pensa fer-ho: no està d'acord ni a preocupar els seus pares ni amb el contingut injust de l'informe, en el qual s'especifica, per exemple, que va cridar i va faltar al respecte al professor.]

Julián: Però si va ser ell qui em va cridar i em va faltar al respecte! Estic des-trossat, no sé què fer, tot se m'acumula, em sento atacat per tothom!

Terapeuta: Ja, ara puc veure com et sents, Julián. Són moltes coses, molta càrrega. Però, saps?, m'agradaria recordar-te que no estàs sol, al cap i la fi aquí estem tots dos escoltant-nos i pensant al mateix temps... Per exemple, fixa't que curiós: quan algú t'ataca, per a tu és com si tothom t'ataqués!... Ho veus així?, per què deu ser? Espero que amb mi no et sentis atacat, vull dir, seria l'últim que jo desitjaria que sentissis aquí...

Julián: Home, no! No em fotis, només faltaria! Si vinc aquí és precisament per desfogar-me! Però sí, no sé què fer... Gairebé tothom es posa d'acord a donar pel cul.

[Malgrat les seves paraules plenes d'ira, el Julián va mostrant-se una mica més tranquil i proper.]

Terapeuta: Mira, malgrat tot, parlar ens calma, ens fa veure les coses d'una altra manera... Aquí almenys podem sentir-nos més tranquils i segurs, podem pensar amb més claredat, prendre més distància, imaginar sortides al problema...

Julián: Parlar em va bé, em desfogo. [A continuació, descriu un altre incident escolar anterior: la «set-ciències de la classe» li va preguntar al professor la traducció d'un terme en català. El professor es va equivocar i el Julián va intervenir per dir que això no era així i quina era la traducció correcta; no obstant això, el professor el va tornar a ignorar, i el Julián hi va insistir: «Si vols anem a la biblioteca i ho mirem en un diccionari». El professor va explotar i es va enfadar amb ell; li va dir que deixés de portar la contrària i de «tocar els ous».]

Terapeuta: Espera, espera... Dius que el profe et va ignorar i després es va enfadar... Què va ser el que va passar aquí? Vas seguir insistint fins que va deixar d'ignorar-te? Buscaves que s'enfadés?

Julián: Clar! Si el profe i la set-ciències diuen el mateix i estan d'acord llavors a mi qui em fa cas? Ningú no es va posar de part meva! Tota la classe em va deixar sol! Encara que l'endemà li vaig ensenyar a la set-ciències el diccionari i li vaig dir: «Si ens hi haguéssim apostat alguna cosa, t'hauria guanyat». Després li vaig deixar al profe damunt de la seva taula el diccionari i uns fulls d'internet sobre el tema. I saps què va fer el fill de p...? Sense mirar-los, els va tirar a terra. Tu com et sentiries, eh? Si et menyspreen així, com reaccionaries?

Terapeuta: Em sentiria fatal, és clar! És horrible quan un se sent menyspreat. Però deixa que et digui una cosa: entenc que per a tu era molt important que t'escoltessin, demostrar el que sabies, que et concedessin la raó quan la tenies, no? Però, creus creus que vas triar el moment i l'estratègia més adequats? Parlem-ho...

Julián: No ho sé, potser no, però què faig? No sé què fer, ja t'ho he dit. Se m'ajunta tot al cap. Quina merda de dies!

Terapeuta: Crec que se t'ajunten moltes idees i sentiments del tipus: «Etic sol, em menyspreen, són injustos amb mi, sóc una merda, etc.». Crec que tot això està molt present al teu cap. Com creus que repercuteix això quan estàs amb la gent?

Julián: Mira, perquè te'n facis una idea. M'agrada una noia des de principi de curs, però ella no es decideix. Veus aquest endoll de la paret? [Me l'assenyala i de moment no entenc res.] A tu aquest endoll t'agrada?, no t'agrada? O t'agrada o no t'agrada, oi? Ja està! No cal decidir res més! Doncs a ella no li passa, fes-te fotre: que si no ho té clar, que si s'ho ha de pensar, que si necessita temps... Collons! Fa sis mesos que etic esperant! Em sento com un imbècil, com si m'estigués prenent el pèl o evitant-me, jo crec que menteix, que no vol quedar amb mi... Quan la truco i li demano si vol sortir amb mi em diu que ha quedat amb unes amigues, i després m'assabento que no és veritat. M'explica rotllos perquè no vol quedar amb mi! Doncs que m'ho digui, collons! Una vegada fins i tot li vaig penjar el telèfon i em vaig quedar plorant de ràbia, i després vaig pensar: «Doncs vés a cagar!».

Terapeuta: Una altra vegada la ràbia, Julián. T'adones que portem tota l'estona parlant del mateix?, de les moltes formes de ràbia que et passen a la vida? Aquest sentiment està enmig de gairebé tot el que et preocupa... i el fet de no entendre bé els senyals dels altres. A mi aquestes dues coses em semblen importants, però vull saber com ho veus tu. Rebobinem? Mirem si haguessis pogut notar alguna cosa en els altres per evitar ficar-te en un embolic i acabar ple de menyspreu i ràbia?

[Finalment, li recordo que ens queden poques setmanes abans de vacances. Expresso que ara és més capaç d'esperar, d'aguantar, que la seva ment ara és més forta que abans, que podem estar un temps sense veure'ns; però que hem d'aprofitar el temps que ens queda per assegurar-nos que tot el que hem guanyat segueixi aquí quan ens retrobem.]

Julián: Sí, i a sobre això. Ja el que faltava! [Es refereix a interrompre el tractament.] El meu problema és que totes les coses que em passen les visc massa, les sofreixo massa. Aquest cap de setmana vaig anar amb els meus pares a la muntanya, a un poble d'uns amics seus. Allà vaig estar tranquil, em vaig posar a tirar-me per la neu i em vaig oblidar de tot. Però Jordi, què faig? Dic als meus pares això del comunicat o no? Què m'aconselles?

Què li hauríeu contestat vosaltres?

Bibliografia

Bleiberg, I. (2015). La terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias. *Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*. Bilbao: Associació Internacional Per a l'Estudi i Desenvolupament de la Mentalització.

Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, 6a. ed. Madrid: Morata.

Dangerfield, M. (2016). Sense un lloc a la teva ment, sense un lloc al món. Aspectes tècnics del treball amb adolescents desatesos. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. d'hivern (33), 2a. ed., 99-130. Barcelona: Societat Espanyola del Psicoanàlisi.

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 3 [article en línia]. Recuperat de <www.aperturas.org>. Madrid: Aperturas Psicoanalíticas.

Fonagy, P. (1999). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 4 [article en línia]. Recuperat de <www.aperturas.org>. Madrid: Aperturas Psicoanalíticas.

Fonagy, P. (2015). Uso de la mentalización en el proceso psicoanalítico. *Ciencias Psicológicas*, 9, 2a. ed., 179-196. Uruguay: Universitat Catòlica de l'Uruguai.

Fonagy, P. i Bateman, A. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Bilbao: Biblioteca de Psicología. Desclee de Brouwer.

Main, M. (2000). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño y en el adulto: atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis*, 8 [article en línia]. Recuperat el 5 de juliol de 2001 de <www.aperturas.org>.

Marrone, M. (2009). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

