

## **TREBALL FINAL DE MÀSTER**

**LA MENTALITZACIÓ COM A EIX CENTRAL EN LA INTERVENCIÓ CLÍNICA:  
DISSENY D'UN PLA D'INTERVENCIÓ DIRIGIT A UN GRUP DE JOVES AMB  
DIFICULTATS EMOCIONALS I ADAPTATIVES**

Mar Cazorla Vila

Blanquerna - Universitat Ramon Llull

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport

**Tutora:** Berta Aznar Martínez

Màster en Psicologia General Sanitària

**Data:** Gener 2020

**Resum:**

La literatura científica dels últims vint anys ha evidenciat que, el que van definir Bateman i Fonagy l'any 1997 amb el nom de 'mentalització', ha esdevingut una revolució dins de la pràctica clínica, convertint-se en un terme innovador i flexible; que s'adapta i es fonamenta en diverses orientacions i *settings* i aporta riquesa a la disciplina psicològica. Actualment, les noves generacions de joves estan experimentant grans canvis socials, que els situen en una posició inestable i d'incertesa envers el seu present i futur; i que no només els afecta en l'àmbit social o ambiental, sinó que té repercussions directes en el seu món intern. El pla d'intervenció que presentem a continuació té l'objectiu d'optimitzar els nivells mentalitzadors dels joves partir de la creació d'un espai terapèutic segur i de la utilització de tècniques, en gran part vivencials, que permeten millorar la regulació emocional, social, cognitiva i física de l'individu. Consta d'un total de tretze sessions, dividides en sis blocs, que hem agrupat de la següent manera: introducció a la mentalització, contacte emocional, contacte corporal, autoconcepte i identitat, vincle afectiu i relació amb l'entorn, i tancament.

*Paraules clau: mentalització, regulació emocional, autoconeixement.*

**Abstract:**

The scientific literature of the past twenty years has proved the relevance that has become of the term 'mentalization', defined by Bateman and Fonagy in 1997. It has grown into a revolution on the clinical practice, turning itself into a flexible and innovating concept, adaptable into different orientations and settings, and bringing quality into the psychological discipline. Nowadays, youth generations are experimenting big social changes, which put them into an unstable and uncertain position towards their present and future; affecting them not only in their social sphere but in their inner world as well. The

intervention plan that we are presenting below has the objective of increasing mentalization levels in teenagers and young adults, starting from the creation of a therapeutic safe space, plus the utilization of emotional techniques, which allow and improve self-regulation at emotional, social, cognitive and physical levels. It is organized through thirteen sessions. These are divided into the following blocks: introduction to the concept of mentalization, emotional contact, physical contact, self-knowledge and identity, attachment and relationships with the others and, finally, the closing sessions.

*Key words: mentalization, emotional regulation, self-knowledge.*

## **Índex de contingut:**

Introducció: .....	6
Detecció de necessitats: .....	13
Anàlisi de resultats: .....	17
Resultats qualitatius: entrevista als professionals - Anna Descalzi i Joan Marc Vidal.	17
Resultats quantitius: qüestionari test MSCEIT.....	19
Objectius del tractament: .....	21
Objectius generals: .....	21
Objectius específics: .....	21
Disseny del pla d'intervenció: .....	22
Conclusions: .....	31
Referències: .....	34
Annexes: .....	39
Annex I: Resultats qualitatius - Entrevista als professionals.....	39
Annex II: Resultats quantitius – Avaluació psicomètrica (MSCEIT). .....	45
Annex II.I - Perfil MSCEIT Pacient 1: .....	45
Annex II.II - Perfil MSCEIT Pacient 2: .....	46
Annex II.III - Perfil MSCEIT Pacient 3: .....	47
Annex II.IV - Perfil MSCEIT Pacient 4: .....	48
Annex II.V - Perfil MSCEIT Pacient 5: .....	49
Annex III – Desenvolupament dels blocs de contingut.....	50
Annex III.I – Bloc 1: Introducció a la mentalització.....	50

Annex III.II – Bloc 2: Contacte emocional. ....	56
Annex III.III – Bloc 3: Contacte corporal .....	60
Annex III.IV – Bloc 4: Autoconcepte i identitat. ....	65
Annex III.V – Bloc 5: El vincle afectiu i la relació amb l’entorn. ....	70
Annex III.VI – Bloc 6: Tancament.....	75

## **Introducció:**

La societat contemporània actual es situa en un món globalitzat i complex, que moltes vegades ens impedeix diferenciar allò que és important i necessari per al nostre desenvolupament d'allò que no ho és, deguda la sobre-estimulació a la qual estem exposats diàriament (Elzo, 2006). L'era contemporània es caracteritza per grans canvis de sistema econòmic, i, en conseqüència social (Talam, 2009). Les noves generacions, els joves actuals, són els que pateixen principalment aquestes conseqüències socials. Es troben en una etapa on la construcció de la identitat i la transició a la vida adulta són aspectes imprescindibles en el seu desenvolupament com a individus. Mentre que la societat moderna promovia l'obligació, l'obediència i els valors tradicionals, la societat contemporània promou un missatge oposat: llibertat per actuar, decidir i pensar sense limitacions. Aquest és un missatge de falsa esperança, ja que els joves no tenen recursos econòmics, socials i personals per dur a terme la seva idea de projecte vital; i les conseqüències afecten la seva estabilitat psicològica (Piaastro, 2017). El món globalitzat situa a les noves generacions en una posició individualista i poc reflexiva envers el món (Bauman, 2007).

Un 30% de la població espanyola entre 15 i 29 anys, que equivaldria a dos milions de joves, han patit símptomes d'algun trastorn en l'últim any. Els principals són: falta d'energia, problemes de son i vigília, desordres alimentaris i sentiment de fracàs. El 21,6% d'aquests presenten simptomatologia depressiva, dels quals un 6,3% es considera greu (López, 2018).

Els professionals de la salut mental hem d'estar alerta als canvis socials si volem respectar l'ètica de la nostra professió (Sugarman, 2015). La psicologia es troba en un moment d'expansió i és per això que cal reivindicar l'estudi i utilització de noves

tècniques d'intervenció que permetin treballar tenint en compte les teories clàssiques, però també apostar per un model que s'allunya de la tendència a la psicopatologització.

La mentalització (MZ) és la capacitat de tenir les ments en la ment, tal com defineixen Fonagy i Target (1997). Va ser un terme definit arran d'una investigació realitzada pels autors, que estudiava la relació paternofilial. Els resultats obtinguts mostraven que, si el vincle entre pares i fills era mentalitzador, el nen creixia i es desenvolupava d'una forma més satisfactòria i saludable d'acord amb el seu estat evolutiu.

En l'orientació psicodinàmica, la mentalització es podria entendre com a *insight*, mentre que en termes de *mindfulness*, es traduiria a 'consciència i/o atenció plena' o 'adonar-se'n'. El terme que més s'hi havia aproximat era el de 'capacitat reflexiva' (Fonagy i Target, 1997). Tenint en consideració que és un terme relativament nou i poc explorat en la investigació clínica, però alhora molt present en les psicoteràpies clàssiques, concloem que treballar amb la mentalització implica ser integradors, multidisciplinaris i flexibles.

La mentalització és la capacitat de veure'ns a nosaltres mateixos des de fora i d'imaginar-nos als altres des de dins (Dangerfield i Malberg, 2020). És important la diferència entre 'veure' i 'imaginar'. Imaginar és una habilitat clau en la mentalització, ja que allunya a la persona de la seva única visió que considera com a certa. Veure, en canvi, implica consciència d'un mateix i dels mateixos estats mentals. La certesa és l'enemiga de la mentalització, ja que un pensament rígid i resistent al canvi pot indicar patologia.

Seguint amb la línia de Fonagy i Target (1997), la mentalització es defineix com a una activitat mental imaginativa que suposa percebre i interpretar el comportament propi i aliè en funció d'estats mentals interaccionals que afecten en la conducta humana; com serien les creences, els sentiments o les emocions. Per tant, la mentalització té una funció

interpretativa i reguladora de les emocions i les relacions interpersonal, ja que permet crear consciència del mateix estat intern. Permet que els altres el puguin percebre i interpretar i, en conseqüència, es facilita la comprensió interpersonal perquè ambdues parts puguin preveure el comportament aliè a partir del seu (Ballespí, 2017; Mas, 2019).

És una activitat mental preconscious, intuïtiva i emocional, que inclou aspectes cognitius, emocionals, vivencials i adquirits en el temps (Lanza, 2015; Mas, 2019). Tanmateix, pot definir-se a partir de tres components bàsics: habilitats cognitives, coneixements específics sobre aquesta i sistemes representacionals específics. Els components de la mentalització van en relació amb el control atencional i la comprensió dels estats aliens, podent-los representar i incorporar com a creences. Al llarg del temps s'aniran creant representacions simbòliques que varien segons l'etapa del desenvolupament on es troba la persona, així com de les representacions simbòliques de les persones del seu entorn.

La mentalització es divideix en quatre dimensions principals, les quals són polaritzades i es defineixen de la següent manera (Bateman i Fonagy, 2012; Fonagy i Luyten, 2009; Lanza, 2011, 2015).

- Automàtica *versus* controlada: l'automàtica és no conscient i no reflexiva. Implica un processament ràpid sense atenció ni intenció de seleccionar aquells estímuls importants. La intuïció en seria un exemple. La controlada és conscient, reflexiva i verbal. Implica atenció, concentració, intenció, consciència i esforç. És una dimensió simbòlica, ja que a través de la comunicació i el llenguatge, pren la forma de narrativa.



- Cognitiva *versus* afectiva: la cognitiva està centrada en creences i reflexions pròpies sobre estats mentals. L'afectiva està focalitzada en els estats afectius, més centrats en la vivència.
- Enfocada al self *versus* enfocada als altres: aquest constructe és difícil de polaritzar. En estudis de neuroimatge s'ha demostrat que, quan l'atenció es focalitza tant en la ment pròpia com en l'aliena, s'activa el mateix circuit cerebral (Fonagy i Luyten 2009). La comprensió de les experiències dels altres és possible gràcies a l'acció de les neurones mirall; per tant, entendre als altres pot estar directament lligat en entendre'ns a nosaltres mateixos.
- Basada en allò intern *versus* basada en allò extern: la interna es basa en l'experiència interna d'un mateix i dels altres. Alguns exemples en serien l'empatia, l'autoreflexió o la memòria autobiogràfica. L'externa es centra en característiques externes, físiques i visualment perceptibles pels altres. Alguns exemples en serien l'observació d'accions alienes o reconeixement visual de les emocions.

Arribats a aquest punt, és evident la relació que té la mentalització en les relacions humanes. És una habilitat que sorgeix d'un intercanvi intersubjectiu amb les figures d'aferrament (Lanza, 2011; Mas, 2019). Si es desenvolupa satisfactòriament, facilita i sosté un desenvolupament psíquic sa. Aquest desenvolupament està directament vinculat al tipus d'aferrament; l'explicació és la següent: quan el nen mostra neguit o ansietat perquè té alguna necessitat, el cuidador (en una situació ideal) la detecta i retorna una resposta afectiva. Aquesta resposta aporta seguretat a l'infant, i li permet introjectar aquesta realitat, és a dir, crear consciència sobre com els seus estats mentals poden ser captats pels altres i generar una resposta (Fonagy i Target, 1996; 1997). El nen acabarà tolerant aquella vivència que en un inici vivia com a intolerable i, a partir de llavors,

davant d'un impacte emocional pertorbant, recorre a la figura segura que li aporta confiança i tranquil·litat (Dangerfield i Malberg, 2020). Gràcies a aquesta vinculació segura, el nen pot explorar l'entorn de forma segura, independent i sense sentir-se amenaçat. Desenvoluparà també una imatge de si mateix com a ésser valorat, i també valorarà als altres i els percebrà com a figures segures i estables (Csibra i Gergely, 2006; Fonagy 1999).

Les persones que tenen un aferrament segur activen un sistema de vinculació que, en un principi, permet una mentalització controlada, facilitant la regulació emocional. Les persones amb un tipus d'aferrament preocupat o temorós, com serien els pacients amb personalitat límit, disposen d'un llindar més baix de mentalització, i tenen més facilitat per col·locar-se en la dimensió automàtica, impulsiva, i desajustada emocionalment (Mas, 2019). Si hi ha un bon equilibri, una bona modulació, l'individu pot ajuntar la dimensió cognitiva i l'afectiva en una sola habilitat: la mentalització (Jurist, 2019). Permet preguntar-se a un mateix quins són els sentiments propis, sense por a reflexionar sobre un mateix. Permet generar i establir nous vincles o 'xarxa de ments', reforçant la mecànica explicada anteriorment: jo transmeto informació i els altres transmeten informació que jo introjecto. Aquest fenomen s'anomena *mirroring*, i comença quan el cuidador elabora la vivència del nadó i li retorna en forma de resposta afectiva (De la Cerda, Martínez i Tomicic, 2019; Fonagy i Target, 2002).

Les nombroses dificultats adaptatives que poden derivar d'un funcionament no mentalitzador són molt variades. En primer lloc, si el jove ha tingut unes vinculacions primerenques insatisfactòries, és possible que hagi desenvolupat una estructura del *self* dèbil i inestable. Aquest *self* pot veure's afectat pel suport social que tingui el jove així com per la qualitat de les relacions amb els iguals. En termes de mentalització, quan

l'individu té la capacitat de confiar en l'entorn, modula el contingut que s'intercanvia en la relació interpersonal i s'allunya de la seva certesa. Aquesta disposició social s'anomena confiança epistèmica (Fonagy, Luyten i Allison, 2015), i permet que l'individu es relacioni amb l'entorn des d'un *self* segur. Si l'individu desconfia d'aquest entorn no es beneficia del procés de socialització. Aquest terme s'anomena, contràriament, desconfiança epistèmica; i impedeix aprendre dels altres, adaptar-se a noves situacions, comprendre l'exterior i processar les amenaces externes perquè siguin més fàcils de tolerar (Mas, 2019). Quan parlem de joves, hem de tenir en compte que són més vulnerables a veure's afectats pels canvis socials. Un entorn perjudicial o desadaptatiu pot desafavorir la regulació emocional, i tant l'origen com la conseqüència són predictors d'autolesió en joves. L'autolesió apareix, en part, quan l'individu dóna un sentit negatiu a la seva experiència (Griffiths et al., 2019). En investigacions recents, la mentalització ha estat considerada la variable psíquica independent amb més potencial de preveure el risc de suïcidi en pacients psiquiàtrics joves-adults.

La Teràpia Basada en la Mentalització (MBT) és la principal teràpia estructurada i dissenyada exclusivament entorn de la mentalització. És un model molt respectuós i poc invasiu, aplicable des de la prevenció fins a la intervenció en trastorn mental sever (TMS) (Mas, 2019).

Ha demostrat ser una teràpia exitosa a l'hora de reduir símptomes característics del TLP, com per exemple: temptatives de suïcidi, ingressos hospitalaris, disfuncionalitat interpersonal i sentiment de buit (Jurist, 2019). És un tipus d'intervenció que a més d'involucrar al terapeuta, per descomptat, involucra a tot l'equip terapèutic i de professionals. Un dels objectius d'una intervenció basada en la mentalització és augmentar la col·laboració entre els professionals sanitaris i l'equip terapèutic així com amb els familiars i l'entorn (Mas, 2019).

La MBT és una teràpia que integra la identitat i l'autoconcepte, realment afectiva en la qüestió de l'*alien self* (Fonagy i Luyten, 2009). Permet treballar aspectes claus en el desenvolupament dels joves actuals com serien: l'estabilitat emocional, els estats no-mentalitzadors, les relacions amb els altres o la construcció de la identitat.

Bateman i Fonagy (1999) publiquen en diversos estudis evidències empíriques que demostren que la majoria de pacients de centre ambulatori milloren considerablement amb un tractament basat en la mentalització. Hi ha evidència científica que demostra resultats exitosos entre l'increment de l'habilitat mentalitzadora amb resultats satisfactoris en la psicoteràpia (Bateman i Fonagy, 2002; Fonagy i Luyten, 2009).

Els malestars i patiments que expressen els pacients a la consulta, poden estar influenciats pel nivell mentalitzador que tenen. Dependrà d'aquests nivells de mentalització, així com de patiment, que el professional esculli un tractament o un altre amb el pacient: enfocat a contactar amb el malestar o a afavorir l'alleujament (Lecours, 2018). La mentalització és una habilitat directament lligada a la salut mental (Ballespí, 2017), per tant, d'alguna manera també estarem treballant la prevenció d'altres estats mentals patològics (Dangerfield i Malberg, 2020).

D'acord amb les fonts consultades i els estudis més rellevants, treballar les dificultats detectades en un grup de joves a partir de la mentalització, des de la prevenció a la intervenció, facilitarà treballar altres factors de risc, com per exemple: patiments, malestars, símptomes o estats patològics relacionats amb funcionaments no mentalitzadors (Mas, 2019); conductes de risc, com el consum o l'autolesió (Griffiths *et. al*, 2019); desadaptació en l'entorn social i inseguretats en les relacions (Fonagy, Luyten i Allison, 2015; Mas, 2019); desajust personal (Jurist, 2019); i sentiment de buit identitari, pobre autoconcepte o autopercepció d'instabilitat i vulnerabilitat (San Miguel, 2008).

La literatura científica actual ha posat en evidència la importància de la mentalització a l'hora d'aconseguir beneficis terapèutics i millores en la regulació emocional; i l'ha col·locat en una posició reivindicativa i necessària en termes de salut mental, destabilitat psíquica i prevenció de psicopatologia.

Per aquest motiu, ens proposem dissenyar un pla d'intervenció que doni resposta necessitats reals, detectades en termes de mentalització i maneig emocional, en un grup de joves en tractament. Concretament, el grup de joves que representarà la mostra de la investigació, té lloc a la Unitat de Salut Mental de Collblanc i està actiu des de setembre del 2019.

#### **Detecció de necessitats:**

El pla d'intervenció que proposa aquesta investigació va dirigit a un grup de joves en tractament que ha estat observat des del desembre del 2019. A partir de les observacions i de la valoració dels pacients i del contingut compartit en les sessions, s'ha conclòs que era un grup amb potencial de beneficiar-se d'una intervenció basada en la mentalització.

El grup de joves *Ens comuniquem?*, és un grup terapèutic iniciat a principis de l'any 2019 des de la Unitat de Salut Mental (USM) de Collblanc. Va dirigit a joves d'entre 18 a 25 anys (obert a acceptar membres més grans) que es troben en una etapa d'adaptació a l'etapa jove-adulta. Té l'objectiu de recollir tots aquells aspectes i dificultats característics de la transició a una nova etapa del cicle vital, l'adultesa.

El grup de joves és semiobert, que significa que els pacients es donen de baixa quan els terapeutes (tant individual com grupals) decideixen que ja se n'han beneficiat suficient o han complert expectatives de canvi realistes. Les indicacions terapèutiques i els criteris d'inclusió no depenen del diagnòstic exclusivament, sinó de les possibilitats del

jove de beneficiar-se del servei que ofereix la USM. A més, haurà de complir els requisits bàsics següents:

- Edat situada en un interval de 18 a 25 anys, amb possibilitat d'acceptar pacients amb una edat menor de 30 anys.
- Vinculació prèvia a un terapeuta de la USM, qui l'haurà derivat al grup i amb qui es realitza un seguiment individual complementari a la intervenció grupal.
- No presentar un TMS (Trastorn Mental Sever).
- Presentar un grau de disfuncionalitat, com per exemple una escassa planificació vital, dificultat en les relacions interpersonals, malestar emocional (ansietat, depressió lleu o moderada)...

El contingut de les sessions, és a dir, el que comparteixen els pacients, va amb relació a la seva quotidianitat i a les dificultats en el seu dia a dia. Tenint en consideració la franja d'edat en la qual se situen, sorgeixen temàtiques més comunes, com per exemple la convivència familiar, la incertesa en el futur acadèmic i laboral, la falta d'orientació, problemes d'adaptació, ansietat generalitzada, simptomatologia física, obsessions, pors i fòbies, dificultats socials, sentiment de buit...

Des de l'enfocament transdiagnòstic, la teràpia no posa el focus en el diagnòstic sinó en aquells aspectes que es poden considerar patològics, comuns en diferents trastorns així com tipus de personalitats, que comparteixen els diferents pacients. El principal objectiu del grup és fomentar la reflexió grupal, millorar els nivells d'*insight* i de mentalització, i potenciar aquelles habilitats i punts forts dels joves per ajudar-los a entrar a l'etapa adulta amb el màxim de recursos possibles. Tenint en compte que és un grup familiaritzat amb aspectes mentalitzadors, resultarà més fàcil aplicar un pla d'intervenció basat en aquesta en aquest tipus de pacients.

La detecció de necessitats d'aquest grup, en termes de mentalització, s'ha dut a terme a partir de dues eines principals:

En primer lloc, s'ha entrevistat a la psicòloga de referència del grup, l'Anna Descalzi així com al Dr. Joan Marc Vidal, psiquiatre referent de la USM en funció de co-terapeuta (Annex I, pàgina 39).

L'Anna és psicòloga general sanitària i psicoterapeuta, anteriorment també diplomada en Treball Social. És una professional amb dotze anys d'experiència a la USM de l'Hospitalet de Llobregat. Excepte a la població infantil, atén a totes les edats des de l'atenció individual, familiar i grupal. En la seva praxi, promou una mirada integradora que neix d'una vessant psicològica i educativa-social, que inclou aspectes psicològics, biològics, socials i emocionals en la intervenció clínica. D'aquesta manera, treballa per alleugerir el malestar i patiment del pacient arribant a trobar un benestar i equilibri psíquics. Els serveis que ofereix com a professional, tant dins del CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults) com en diverses activitats de la xarxa de salut que se'n deriven, són els següents: exploracions diagnòstiques, tractament psicoterapèutic individual, tractament psicoterapèutic grupal, grups psico-educatius i xerrades i tallers.

En Joan Marc és psiquiatre adjunt a l'Institut Català de la Salut (ICS). Treballa a la USM des de fa dos anys aproximadament i ha acompanyat a l'Anna el grup des del seu inici. Ha treballat com a auxiliar d'infermeria a l'Institut d'Assistència Sanitària; i després va realitzar la residència al departament de psiquiatria a l'Hospital Vall d'Hebron. Posteriorment, va exercir com a psiquiatre en el CAT-Barcelona (Centre d'Assistència Terapèutica) i, finalment, entra a la USM de Collblanc, coordinada per l'ICS el 2018.

En segon lloc, com a eina complementària, s'ha utilitzat el qüestionari MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test) per avaluar

les dimensions de la mentalització en el grup de joves (n=5). Els perfils que mostren els resultats es troben a l'Annex II (pàgina 45).

Segons Sánchez *et. al* (2015), l'únic instrument que avalua totes les dimensions de la mentalització així com les seves dimensions, és l'adaptació castellana del test MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test). És un instrument que avalua la Intel·ligència Emocional (IE) a partir de quatre variables: percepció emocional, facilitació emocional, comprensió emocional i maneig emocional (Mayer, Salovey i Caruso, 2009).

En l'àmbit clínic, el MSCEIT permet avaluar el nivell d'IE, però també ajuda als pacients o clients a poder-se conèixer més a si mateixos així com detectar quines àrees emocionals poden treballar-se per a millorar el seu funcionament. També pot beneficiar a tranquil·litzar al pacient, ja que li estem proporcionant informació sobre ell mateix i pot associar les seves vivències a experiències emocionals concretes; és a dir, la passació del test en si ja promou la reflexió i, per tant, la mentalització de les emocions (Mayer, Salovey i Caruso, 2009).

La definició d'IE segons Mayer i Salovey (1997) fa referència a la capacitat de percebre emocions, accedir i generar tals emocions per a facilitar el pensament, la comprensió, i augmentar el coneixement sobre elles i, finalment, regular-les per aconseguir un creixement emocional i intel·lectual. Són objectius que poden equiparar-se als que té la Teràpia Basada en la Mentalització (MBT). El MSCEIT és una prova d'habilitat, ja que les respostes plasmen les aptituds de les quals disposen els subjectes alhora de resoldre problemes emocionals. Les puntuacions obtingudes no es veuen afectades per qüestions identitàries, d'autoconcepte, l'estat emocional o altres variables distorsionadores. El temps d'aplicació és d'entre 30 a 60 minuts aproximadament.

Aquest qüestionari ha sigut administrat als pacients que han estat constants en el



grup i hagin assistit a un mínim de 5 sessions. En total, s'administraran un total de cinc qüestionaris i es faran en format *online*, tenint en compte que les mesures sanitàries actuals a causa de la Covid-19, no permeten un contacte directe del professional amb el pacient.

### **Anàlisi de resultats:**

***Resultats qualitius: entrevista als professionals - Anna Descalzi i Joan Marc Vidal.***

*(Annex I, pàgina 39).*

Entrevistar als terapeutes del grup, ens ha aportat una visió més propera i vivencial pel que fa a conèixer el grup, i ens ha ajudat a detectar i definir aquells aspectes importants a tenir en compte en un pla d'intervenció basat en la mentalització.

En primer lloc, ambdós professionals han volgut puntualitzar que els joves en qüestió, es troben en un moment d'encreuament, de transició, que els bloqueja i els impedeix prendre decisions immediates sobre el seu futur, o adaptar-se a les exigències del dia a dia. Aquestes exigències normalment provenen de l'exterior, de la societat en la qual han crescut, caracteritzada per la immediatesa dels canvis i la gran influència de les xarxes socials. Aquesta influència genera trets de personalitat més límits o narcisistes, caracteritzats per una autoestima baixa i una fràgil capacitat joica. Per tant, les dificultats que mostren aquests joves, les seves demandes, van amb relació a l'entorn, les relacions, l'adaptació a la mateixa etapa vital... És per això que la simptomatologia que presenten pot oscil·lar i és heterogènia entre els membres del grup.

Les mancances que presenten els pacients, més que adaptatives, són estructurals. Els professionals afirmen que, en general, els pacients del grup vénen d'unes famílies amb referents propers inestables. El grup primari, és a dir, la família, no ha sigut un referent saludable en el seu creixement; inclús ha pogut ser una de les fonts principals de malestar i

desadaptació. Les demandes de l'exterior i les dificultats que mostren són adaptatives, però, en realitat, l'origen d'aquestes està en un funcionament intern i un procés d'individuació truncat per una relació primerenca desfavorable.

Pel que fa a la intervenció que es du a terme, ens expliquen que en les sessions es fa un treball d'introspecció que consisteix en 'aturar i auto observar-se', alhora que un s'identifica amb els altres. Es promou l'*insight* i s'incrementa la consciència sobre els dèficits personals; a partir de posar paraula a les emocions i els sentiments per tal d'aprendre a manejar-los. Per aquesta raó, ambdós terapeutes consideren que una intervenció basada en la mentalització pot ajudar a realitzar un procés d'individuació òptim, a partir de l'autoconeixement i la diferenciació amb els altres. També consideren que pot beneficiar en el vincle amb els pares, així com amb els iguals; i arribar a aprendre a autoregular-se i trobar estratègies de balanceig que puguin autoaplicar en les situacions que ho necessitin.

En quart lloc, es demana als professionals que situïn al grup en les quatre dimensions de la mentalització. Tenint en compte que les dimensions equivalen a espectres que poden variar, col·loquen al grup de la següent manera: dimensió automàtica (funcionament poc reflexiu), dimensió cognitiva (alexitimia i dificultat per identificar), dimensió enfocada a treballar el *self* (fomentar un procés d'individuació estable) i dimensió basada en els altres i en un mateix (afavorint el vincle i l'autoregulació emocional).

Per últim, ambdós professionals consideren que la intervenció proposada per aquesta investigació seria viable en pacients amb un recorregut terapèutic semblant, és a dir, en un grup tancat. Un grup semiobert queda descartat, ja que inclou pacients que es troben en punts terapèutics molt diferents. El perfil dels joves que hem analitzat és

l'adequat; tanmateix, s'ha de plantejar un setting diferent de l'actual perquè el projecte tingui viabilitat. També assenyalen la importància de seleccionar joves amb simptomatologia semblant. Tenint en compte que és un grup semiobert, ells inclouen a joves amb tota classe de simptomatologia (no psicòtica ni característica d'un TMS), ja que brinden l'espai i la durada necessària per a abordar-la. En canvi, si plantegem realitzar un PI estructurat en unes sessions determinades, hem d'assegurar-nos que els pacients que seleccionem tinguin una estructura més o menys homogènia que puguem abordar en un temps limitat.

***Resultats quantitius: qüestionari test MSCEIT. (Annex II, pàgina 45).***

A continuació, exposem els principals resultats obtinguts a partir de l'administració del qüestionari MSCEIT.

En un primer moment, pel que fa a les puntuacions d'àrea, comprovem que quatre dels cinc joves tenen dificultats en l'àrea estratègica (CIES). Aquestes dades signifiquen que pot haver-hi dificultats per comprendre i manejar les emocions, sense necessitat d'experimentar-les. És a dir, és possible que els joves puguin raonar i extreure conclusions lògiques sobre els processos emocionals, però això no vol dir que puguin integrar aquest aprenentatge i incorporar-lo en el seu propi maneig emocional. D'aquests resultats podem destacar que la part teòrica i descriptiva de les emocions pot ser més breu en comparació amb la part experiencial. En el tractament, doncs, s'haurà de reforçar la capacitat per rebre informació emocional i relacionar-la amb altres sensacions i pensaments, de forma que el pacient aprengui a manejar situacions adaptativament.

En segon lloc, pel que fa a les puntuacions segons cada branca (percepció emocional, facilitació emocional, comprensió emocional i maneig emocional), distingim clarament quina d'elles és la que requereix més espai en el tractament. El maneig emocional (CIEM) és on puntuen més baix tots els joves, a excepció d'un que també

puntuat baix en facilitació emocional (CIEF). Aquestes dades indiquen que els joves poden tendir a reprimir sentiments que, d'altra manera, podrien ser processats i utilitzats per prendre decisions. De cara al tractament, serà important treballar reflexivament els sentiments i l'*insight* per evitar *actings* i decisions impulsives. Els joves que han puntuat baix en l'índex de CIEF, poden tenir dificultats en incorporar la informació conscient d'ells mateixos en el maneig de la seva experiència emocional. D'aquesta manera, s'ha de potenciar la creativitat dels joves i la cerca d'estratègies pròpies, basades en l'experiència, que permetin resoldre conflictes de la manera més saludable.

Per altra banda, comprovem que la percepció emocional (CIEP) i la comprensió (CIEC) es situen en puntuacions normals. Els resultats de la CIEP ens indiquen que els individus poden tenir certa consciència de com se senten ells i els altres. Això indica un cert grau de mentalització i una bona base emocional per començar a treballar-la de forma més complexa. Les puntuacions de la CIEC també sostenen la idea anterior, ja que sostenen que els joves són capaços de posar nom, reconèixer o etiquetar termes emocionals. Tanmateix, percebre i comprendre les emocions no evita poder-les racionalitzar, reprimir o negar. És a dir, és beneficiós que els joves disposin d'una base emocional apresada perquè, de cara al tractament, no caldrà profunditzar en aspectes emocionals bàsics. Per altra banda, també sabem que serà necessari potenciar el contacte dels joves amb el seu món emocional i millorar la relació que tenen amb ell.

Finalment, cal assenyalar que dins el biaix positiu-negatiu (dins de les puntuacions addicionals), els joves han tendit a puntuar negatiu. Això ens podria indicar que hi ha una certa tendència a valorar negativament els ítems del qüestionari. Caldria treballar també l'avaluació que fan els joves sobre les seves situacions, de manera que puguin interpretar el món de forma més realista o equilibrada. Aquestes puntuacions coincideixen amb les de

dispersió, que en tots els casos obté puntuacions altes, indicant alta variació de resposta entre unes preguntes i unes altres.

### **Objectius del tractament:**

Considerant les necessitats específiques del grup de joves que s'han detectat a partir d'una valoració qualitativa (entrevista a Anna Descalzi i Joan Marc Vidal), quantitativa (qüestionari MSCEIT) i les principals premisses de les quals parteixen els principals plans d'intervenció consultats -que s'especifiquen en el proper apartat-, assenyalem els objectius generals i específics que guiaran el pla d'intervenció que proposem:

#### ***Objectius generals:***

- Millorar la funció reflexiva dels joves.
- Crear un funcionament intern no rígid que integri els aspectes cognitius, socials, emocionals i físics en el processament emocional dels joves.
- Disminuir els principals símptomes que han expressat en la demanda terapèutica.
- Promoure una adaptació a l'entorn i una posició oberta al canvi.

#### ***Objectius específics:***

- Disminuir el deteriorament social i millorar el seu benestar interpersonal
- Increment de la regulació emocional.
- Augment de l'autoconeixement i l'autoconcepte.
- Millora del contacte corporal i identificació de sensacions
- Prevenció de símptomes psicopatològics i disminució de conductes de risc

## **Disseny del pla d'intervenció:**

A partir de la detecció i l'anàlisi exhaustives de necessitats i de les premisses de les quals parteixen els principals plans d'intervenció sobre mentalització, procedim a descriure el pla d'intervenció basat en la mentalització que proposem. A partir dels objectius terapèutics establerts, el tractament tindrà l'objectiu principal de modificar l'estructura no-mentalitzadora dels joves, que ha estat causada per unes vinculacions primerenques no satisfactòries que han repercutit en la relació que tenen amb els altres i amb l'entorn. La mentalització es treballa a partir de la relació amb els iguals però també des de la relació amb un mateix. És per això que aquesta intervenció va dirigida a situar al pacient en una posició de balanceig, on es dona espai tant la posició interna com l'externa. Alhora, també es treballa el contacte amb les emocions i amb el cos, per evitar dissociacions patològiques o símptomes físics invalidadors que, majoritàriament, constitueixen el principal motiu de consulta. La sintonia amb un mateix i amb els altres aporta benestar i estabilitats als joves, els permet adaptar-se millor i millorar la seva qualitat de vida; els dona seguretat i els allunya dels aspectes més psicopàtics. Pretenem, doncs, que sigui un procés d'aprenentatge holístic, on el pacient pugui sortir amb eines, recursos i molta informació sobre ell mateix i la seva forma d'interpretar el món.

En primer lloc, el pla d'intervenció va dirigit a un grup de joves que presenten mancances estructurals en relació a ells mateixos i al seu món intern i que, en conseqüència, desenvolupen dificultats adaptatives. No es dirigeix a una psicopatologia concreta.

El format del grup és tancat, ja que és important que els pacients realitzin el mateix nombre de sessions amb el mateix contingut, de manera que es generi un compromís amb el procés terapèutic entre ells. No es podran realitzar incorporacions al grup un cop

hagi començat, ja que és important respectar la cronologia de les sessions, així com assolir els objectius de cada una per arribar a uns resultats terapèutics satisfactoris.

Tenint en compte l'anàlisi de necessitats, els criteris d'inclusió del grup que dissenyem són els següents:

- Joves d'entre 18 a 25 anys.
- Presentar disfuncionalitat en alguna àrea del dia a dia: relacions interpersonals, vida laboral i acadèmica, vinculació familiar...
- Presentar simptomatologia del tipus ansiosa-depressiva.
- No presentar un TMS (Trastorn Mental Sever).
- Valoració prèvia d'un psicòleg de referència en el CSMA així com pels terapeutes que condueixen el grup.
- Decisió voluntària d'entrar al grup, ja que és ofert com a recurs.

El circuit de captació de pacients en la xarxa pública d'atenció primària funcionarà de la següent manera. Els professionals de la salut mental (metge/essa, infermer/a o psicòleg/oga) que rebin aquests pacients, realitzaran una primera exploració per a detectar si presenten alguns dels criteris d'inclusió (ICS, 2009). Després, es farà una derivació als terapeutes de referència, qui concretaran entrevistes individuals i més extenses amb aquests pacients, per acabar de realitzar una exploració exhaustiva i valorar si realment podrien beneficiar-se del pla d'intervenció. Aquesta valoració prèvia tindrà en compte les següents variables (Corbella *et al.*, 2008): nivell de deteriorament funcional, estil d'afrontament del pacient, nivell d'externalització, nivell de resistència i nivell de malestar subjectiu. Si ens trobem amb un pacient amb alts nivells de deteriorament així com de malestar, no seria aconsellable incloure en el grup, ja que possiblement necessita un espai individual i un tractament més intensiu (Corbella *et al.*, 2008). Per altra banda, tenint en compte que

proposen una intervenció flexible i poc directiva, és important no seleccionar pacients molt resistents al canvi, sinó d'altres que tinguin certa obertura al canvi i motivació per vincular-se a un tractament terapèutic. El tractament es proposarà al pacient com a recurs complementari a la seva psicoteràpia; es presentarà com a recurs optatiu i voluntari, de manera que ens assegurem com a professionals que el pacient té motivació pel canvi i indica una actitud adherent al procés terapèutic. Abans de que passin a formar part del grup definitiu, caldrà demanar que signin un consentiment informat assegurant que estan d'acord en començar aquest tractament o procés terapèutic.

En total, el grup estarà constituït per un màxim de 6 pacients. És important que no s'excedeixi aquest nombre de pacients, ja que un dels objectius principals del nostre pla d'intervenció és garantir un espai segur de comprensió, que pot veure's afectat si el posem en pràctica en un grup gran. A més a més, incloem dinàmiques grupals i emocionals que requereixen un espai suficient dedicat a cada pacient per contenir i treballar el contingut que expressi respectivament.

Les sessions es poden dur a terme tant en el mateix CSMA o USM, com en una sala homologada que s'utilitzi per fins terapèutics fora de la unitat. També es pot realitzar en instituts, centres cívics o espais públics dedicats a activitats socials si el pla d'intervenció s'adapta a una praxis preventiva. L'espai haurà de situar-se en una sala àmplia, acollidora i amb pocs estímuls, que permeti que els pacients es sentin còmodes i relaxats.

Les cadires sempre es col·locaran en forma circular, de manera que els pacients es vegin les cares (ICS, 2009) i; metafòricament, facin de funció de mirall amb els altres companys. És important assenyalar que els pacients poden escollir on poden seure; i els terapeutes seran els últims en ocupar els llocs que quedi disponibles. La posició que adaptin els pacients en cada sessió, així com la informació no verbal que ens proporcionin, també



serà una eina de valoració a l'hora de recollir si la intervenció està resultant satisfactòria o no.

Les sessions tindran una durada mínima d'una hora i mitja, amb la possibilitat d'allargar-se un quart d'hora més en un cas excepcional, com per exemple, si s'està comentant una tasca que s'ha fet a casa i falta algun pacient per compartir la seva. És important que es destinin els últims minuts de la sessió a tancar-la, de manera que els pacients no marxin a casa agitats o poc continguts si acaben d'expressar quelcom significatiu.

En total, el pla d'intervenció constarà de tretze sessions i tindran una freqüència setmanal. Considerem important que es tanqui el procés de forma completa, donant l'espai que cada pacient necessita per a valorar el seu procés terapèutic i comentar els aspectes que consideri necessaris. Tenint en compte que fem una intervenció basada en la mentalització, és important fomentar aquest espai de reflexió fins al final, que també facilitarà que els terapeutes puguin recollir les impressions del grup, així com el seu grau de satisfacció, l'assoliment d'objectius generals i/o específics i la millora terapèutica de cada un.

Les sessions es divideixen en blocs, un total de sis, que tenen objectius concrets i estan ordenats cronològicament, respectant el procés terapèutic que es vol dur a terme. En total, el pla d'intervenció tindrà una durada aproximada de tres mesos i mig. Un cop acabi, pot replicar-se amb grups que compleixin les mateixes característiques o amb pacients que hagin quedat en la llista d'espera.

En primer lloc, el Bloc 1 inclou la part introductòria i psicoeducativa, que facilita que els pacients creïn una representació mental sobre el que es treballa, de quina manera, situant-los en una posició d'obertura al canvi (Bateman i Fonagy, 2012). El coneixement teòric permet entrar en un marc més específic, on els pacients podran a situar-se en un nivell

mentalitzador que indica un punt de partida en el seu procés terapèutic. Per tant, sempre es treballa des de la realitat del pacient, respectant el seu procés, amb flexibilitat. La teorització de la pràctica explicada als pacients els pot aportar una certa contenció, des del principi, que pot pal·liar el malestar i angoixa, només pel fet de sentir-se compresos.

Tant el Bloc 2 (contacte emocional) com el Bloc 3 (contacte corporal) tenen el principal objectiu de potenciar l'autoconeixement i el treball personal, per ajudar al pacient a col·locar-se en una posició ferma respecte ell mateix. Considerem imprescindible crear i reforçar un espai de creixement personal, on la base sigui treballar el *self* i enfortir-lo. És per això que el Bloc 4 (autoconeixement i identitat), queda entremig del 'jo i els altres', i prepara al pacient pels blocs següents, que tenen l'objectiu d'encarar la intervenció cap a les relacions afectives amb la família i l'entorn social; de manera que els pacients aprenguin a explorar el món de forma segura i adaptativa. Les tasques per casa tindran una funció de vinculació del pacient amb el seu propi procés terapèutic i de millora, incentivant el seu sentit de responsabilitat envers ells mateixos.

En cinquè lloc, el Bloc 5 (el vincle afectiu i la relació amb l'entorn), té l'objectiu de treballar l'aferrament, per fomentar un funcionament interpersonal òptim i satisfactori, que disminueixi el deteriorament social que es pot donar en conseqüència de les dificultats adaptatives. Es pot ajudar al pacient a introjectar noves formes de vinculació segura, a partir de la imatge de si mateix com a ésser valorat en el grup (Csibra i Gergely, 2006). En l'àmbit social, la força del mateix grup constitueix el motor de canvi més important. Aspectes com l'empatia, la comprensió de la ment de l'altre, la compassió... es poden treballar simultàniament amb els pacients en un ambient grupal que, en certa manera, té una funció de mirall social. D'aquesta manera, s'estarà treballant simultàniament amb la mentalització de les emocions, ja que la MBT promou un pensament sobre la mateixa emoció i l'emoció

de l'altre. A més, aquest tema deriva a treballar sobre la intencionalitat en la comunicació; imprescindible en la millora d'habilitats socials i regulació emocional. Tots aquests aspectes es poden treballar en grup, ja que impliquen a l'altre, a la relació interpersonal... i poden ajudar al pacient a reconfigurar la seva manera de vincular-se i transportar-la a fora de la sessió.

Finalment, el Bloc 6, equivaldrà al tancament del tractament. Les dues últimes sessions es basaran a preparar als joves per iniciar una nova etapa post-tractament, potenciant els seus recursos i habilitats adquirides. També serà important resoldre dubtes i contenir aquells aspectes que els preocupin o els generin malestar respecte a finalitzar.

Per últim, però no menys important, hem d'establir un marc relacional aproximat que servirà com a eix en l'aliança terapèutica que s'establirà entre el terapeuta i els pacients, així com entre els pacients. Des de la postura rogeriana i la teràpia basada en la persona, promourem les actituds bàsiques: empatia, autenticitat i acceptació incondicional (Rogers, 1986). A més, considerant que basem el tractament en la consciència del present, les emocions i les relacions, és important tenir en consideració algunes actituds d'un terapeuta *mindful*, o en altres paraules, que practica *mindfulness* en les sessions. Això implicarà mantenir presència i consciència plena en el moment que s'està experimentant, observant sense jutjar i alliberant expectatives o creences de canvi en els pacients (San Juan-Gutiérrez *et. al*, 2016). D'aquesta manera, el desenvolupament de les dinàmiques emocionals que es duren a terme s'integraran millor en els joves, ja que hauran disposat d'un espai segur i d'acceptació. És important, encara que estiguem parlant d'una psicoteràpia grupal, centrar-nos en les persones que tenim davant. La subjectivitat en la vivència pot ser tan àmplia, que hem d'assegurar-nos que els joves rebin l'atenció que necessiten.

Tenint en compte aquestes postures, recollim alguns punts imprescindibles a tenir en compte a l'hora d'establir un bon vincle terapèutic amb els pacients (Corbella *et. al*, 2008; ICS, 2009; Rogers, 1986; San Juan-Gutiérrez *et. al*, 2016, Simón i Miró, 2012).

- Escolta activa i receptiva, que permeti la validació i contenció dels sentiments i experiències que expressen els participants.
- Facilitar la comprensió i elaboració del que s'està duent a terme per part dels pacients.
- Tenir una actitud pròxima, integradora, crítica i analítica.
- Mostrar-se receptiu a escoltar les demandes, dubtes o contradiccions dels pacients, de manera que la intervenció es pugui flexibilitzar o adaptar si és necessari.
- No jutjar ni dipositar creences, expectatives o estigmes sobre els pacients.

Tenint en compte aquestes consideracions, els pacients es sentiran segurs en la relació amb el terapeuta i serà més fàcil profunditzar en el procés terapèutic. A més a més, el terapeuta tindrà la funció d'enllaçar els membres del grup, a partir d'identificacions, i crear la cohesió necessària perquè els pacients puguin treballar la mentalització des d'una relació d'iguals. Per tant, procurarem que l'actitud integradora i assertiva del terapeuta es pugui transferir als pacients i, entre ells, puguin dur a terme una funció d'ajuda mútua, comprensió i identificació.

A partir de les figures explicatives que afegim a continuació, mostrem breument l'estructura i el contingut del tractament que proposem, que es mostra desenvolupat a l'annex, organitzat de forma numèrica i estructurat per sessions:

<b>BLOC 1</b> INTRODUCCIÓ A LA MENTALITZACIÓ			
<b>OBJECTIUS</b>	Facilitar un bon primer contacte físic i interpersonal entre els pacients i els professionals. Establir una aliança terapèutica òptima. Introducció al contingut de les sessions i als objectius del tractament.		
<b>Contingut</b>	<i>Sessió 1</i>	Primer contacte físic Presentació dels professionals i dels pacients Explicació del grup i el <i>setting</i> Introducció al concepte d'intel·ligència emocional	<b>Material</b> Full que inclogui les normes del grup.
	<i>Sessió 2</i>	Psicoeducació sobre la mentalització Lliurament de consigna de la tasca per casa	<b>Material</b> Full amb taula d'autoregistre per fer a casa.

Figura 1: desenvolupada a l'annex III.I

<b>BLOC 2</b> CONTACTE EMOCIONAL			
<b>OBJECTIUS</b>	Augment de l'autoconeixement emocional a partir del contacte amb les pròpies emocions. Facilitació de la comprensió i identificació emocional. Millorar el maneig i la regulació emocional.		
<b>Contingut</b>	<i>Sessió 3</i>	Reflexió sobre l'autoregistre (tasca per casa). Psicoeducació emocional. Reestructuració cognitiva a partir de l'autoregistre.	<b>Material</b> Autoregistre lliurat la sessió anterior.
	<i>Sessió 4</i>	Dinàmica de grup: dimensions de la mentalització. Dinàmica de grup: preocupacions que controlo <i>versus</i> les que no controlo.	<b>Material</b> 4 cordes llargues. 2 capsos transparents. Fulls blancs. Tisores. Bolígrafs.

Figura 2: desenvolupada a l'annex III.II

<b>BLOC 3</b> CONTACTE CORPORAL			
<b>OBJECTIUS</b>	Augment del coneixement corporal i la identificació de les sensacions. Donar sentit a la simptomatologia i somatitzacions. Reforç d'un contacte corporal recurrent a partir d'estratègies d'anclatge		
<b>Contingut</b>	<i>Sessió 5</i>	Síntomes físics i somatitzacions. Pràctica de <i>mindfulness</i> : relaxació de Jacobson La figura de l'observador	

<b>Sessió 6</b>	Cuidar el cos i la ment. Pràctica de <i>mindfulness</i> : agraïment al cos Lliurament de consigna de la tasca per casa: autocaracterització.
-----------------	---

Figura 3: desenvolupada a l'annex III.III

<b>BLOC 4</b> AUTOCONCEPTE I IDENTITAT			
<b>OBJECTIUS</b>	Trobar eines pròpies d'auto observació que beneficien al coneixement personal. Aclarir conceptes sobre el <i>self</i> , permetent una integració de la identitat actual.		
<b>Contingut</b>	<b>Sessió 7</b>	Conceptes bàsics: autoconcepte, autoimatge, autoestima i identitat. Anàlisi de les autocaracteritzacions a partir dels conceptes anteriors.	<b>Material</b> Autocaracteritzacions que porten els pacients.
	<b>Sessió 8</b>	Recollir aspectes de les sessions anteriors. Dinàmica grupal: tècnica de les carícies.	<b>Material</b> Fulls en blanc. Bolígrafs.

Figura 4: desenvolupada a l'annex III.IV

<b>BLOC 5</b> EL VINCLE AFECTIU I LA RELACIÓ AMB L'ENTORN			
<b>OBJECTIUS</b>	Identificació del propi estil d'aferrament i les conseqüències en la vinculació. Autoconeixement sobre les dinàmiques familiars i interpersonals, permetent un millor maneig emocional. Facilitar l'adaptació a l'entorn a partir de potenciar vincles segurs i recursos propis.		
<b>Contingut</b>	<b>Sessió 9</b>	Psicoeducació sobre el vincle afectiu. Detecció del tipus d'aferrament.	
	<b>Sessió 10</b>	Dinàmica emocional sobre els vincles significatius.	
	<b>Sessió 11</b>	Dinàmica emocional dels refugis. Reconeixement de recursos propis.	

Figura 5: desenvolupada a l'annex III.V.

<b>BLOC 6</b> TANCAMENT	
<b>OBJECTIUS</b>	Preparació de la finalització del tractament. Potenciar els recursos i les habilitats que han adquirit els joves.

	Resolució de dubtes i contenció de pors respecte la finalització del tractament. Revisió expectatives inicials <i>versus</i> objectius assolits. Avaluació dels beneficis terapèutics grupals i individuals.
<b>Contingut</b>	<i>Sessió 12</i> Dinàmica emocional de la línia del temps. Expectatives i posició envers el canvi.
	<i>Sessió 13</i> Tancament.

Figura 6: desenvolupada a l'annex III.VI

### Conclusions:

Actualment, el concepte de mentalització està cada cop més present en el vocabulari i pràctica clínica i ha quedat demostrada en multitud d'estudis la necessitat d'incloure aquest concepte en les intervencions psicoterapèutiques. Alhora, també en termes d'actualitat, un 30% dels joves d'entre 15 i 29 anys pateixen patologies mentals diagnosticades. Coincidint amb aquestes dues idees, podem afegir la idea que la societat actual, regida per un sistema individualista, no promou que els joves disposin d'espai físic o mental per a la reflexió i el processament de les seves emocions, sinó al contrari. La rapidesa dels canvis ambientals així com les exigències socials a les quals estan exposats, no els permet desenvolupar un *self* suficientment segur i fort per explorar el món i desenvolupar-se en ell. És òbvia, doncs, la relació que hi ha entre una falta de mentalització col·lectiva amb un augment de la patologia mental.

En el nostre estudi, els destinataris han estat un grup de joves en tractament terapèutic a la Unitat de Salut Mental de Collblanc. Després d'una observació ininterrompuda durant un any de les sessions grupals i l'opinió dels terapeutes que condueixen el grup, es va concloure que els joves d'aquest grup són representatius de les dificultats i conflictes que travessen molts altres joves que també es podrien beneficiar d'un pla d'intervenció com aquest.

Tant els resultats obtinguts en l'anàlisi de dades com l'elaboració del pla d'intervenció, han estat dos processos satisfactoris, d'acord amb el suport teòric-científic en el qual es basa aquesta investigació. No obstant això, al llarg del procés d'elaboració, ens hem trobat amb algunes limitacions, principalment dues. En primer lloc, ens hauria agradat que tots els pacients que constitueixen el grup haguessin omplert el qüestionari d'IE. Dels set pacients, cinc han contestat. Dels altres tres, n'hi ha una que s'ha desvinculat i dos que han mostrat resistències a enviar-lo, encara que els psicòlegs els hi haguessin recordat. Aquesta limitació va relacionada amb la següent: les restriccions socials degudes a la pandèmia del Covid-19. El grup va iniciar, originalment, de forma presencial. Des de principis d'abril va adaptar-se al format *online*, el qual s'està mantenint fins a l'actualitat. La continuïtat de la presencialitat hauria facilitat l'adherència, el contacte i la calidesa que hagués calgut per a realitzar el qüestionari en les condicions més beneficioses per als pacients i per als investigadors. Malgrat això, tant uns com els altres ja s'havien adaptat al format *online*; i podem considerar que, dins de les limitacions, s'ha dut a terme una metodologia d'investigació fiable.

És important assenyalar que aquesta investigació ha estat presentada, alhora que supervisada, per diversos professionals de la USM de Collblanc: Marta Toledano, Anna Descalzi i Joan Marc Vidal. Tots ells han coincidit en el fet que la mentalització és un àmbit imprescindible a treballar en l'actualitat clínica amb els pacients. És important ja que abraça tècniques de diverses orientacions i permet que el pacient es conegui i aprengui a gestionar-se des dels recursos propis, no des de tècniques rígides enfocades a la psicopatologia. Per aquesta raó, es pretén que aquesta investigació sigui presentada a tots els professionals de la USM, tant psicòlegs, psiquiatres, treballadors, educadors socials o infermers. Una de les bases de la MBT és que l'equip de professionals mentalitzi sobre el pacient i el procés que s'està duent a terme. Per tant, introduir i ampliar aquest concepte,



presentant-lo a un centre de salut mental pot inspirar als seus professionals a implementar aspectes basats en la mentalització en la seva pràctica diària.

A més, aquest projecte es pot adaptar i traslladar a altres *settings*, de manera que pot resultar accessible per a altres col·lectius o serveis relacionats amb la salut mental. En primer lloc, considerem important contemplar la possibilitat d'adaptar el pla d'intervenció a un format online, de manera que es podria seguir aplicant si es repetís una situació de confinament, o per motius de salut dels participants. Encara que hi hagi moltes dinàmiques emocionals i vivencials incloses en el pla, és interessant, de cara al futur de la psicologia, pensar com es poden implementar o transportar aquest tipus de tècniques al format *online*. En segon lloc, des de la perspectiva preventiva, es podria dur a terme aquest tractament a nivell psico-educatiu a les escoles, en alumnes de segon de batxillerat. Considerem que abans, el nivell maduratiu dels joves no és l'òptim per a iniciar un procés d'autoconeixement emocional com el que proposem.

De la mateixa manera, igual que es podria transportar a les escoles, també podria oferir-se com a recurs als centres joves o serveis dirigits a joves de diferents municipis. Una altra opció seria conservar la vessant clínica del pla d'intervenció i dur-lo a terme en centres de salut mental per adults o en diferents serveis hospitalaris, tal com s'ha plantejat inicialment. És important que aquests centres disposin de l'espai i els professionals necessaris per a dur-lo a terme de forma rigorosa i d'acord amb el *setting* que es proposa. D'aquesta manera, es podria fer tan a dins l'hospital o fora, de manera que el pacient s'allunyaria de l'ambient hospitalari i, en conseqüència, patologitzador.

En conclusió, aquesta investigació s'ha desenvolupat en la línia del que van proposar per primer cop Fonagy i Target (1997). Un enfocament poc explorat però molt present, alhora. Les primeres evidències empíriques en l'àmbit ambulatori (Bateman i Fonagy,

1999), van determinar la llarga investigació que ha vingut darrere; que han fet de la mentalització un concepte innovador i necessari en la psicoteràpia actual. Com a professionals de la salut mental, hem de respondre i adaptar-nos als canvis socials; per tant, tenint en compte que la mentalització ha demostrat ser un concepte molt rellevant en la pràctica clínica amb pacients diversos, i una habilitat cabdal en la relació amb els altres i un mateix, cal incloure-la en la intervenció assistencial i en els plans de prevenció amb adolescents i joves. Cal ampliar el nostre marc de treball i respondre a les vertaderes necessitats de les noves generacions.

### **Referències:**

Ballespí, S. (2017). ¿Es la mentalización un factor general de salud mental?

*Psicopatología y salud mental*. 30, 29-52.

Baños, R; Guillen, V; Botella, C; García, A; Jorquera, M; Quero, S. (2008). Un

programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso.

*Apuntes de Psicología*. 26(2), 303-316.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health*

*practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder:*

*mentalization-based treatment*. Oxford University Press.

Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., García, F., & Botella, L. (2008). Estilo

Personal del Terapeuta y Dirección de Intereses. *Apuntes De Psicología*, 26(2),

281-289.

Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*. Fondo de Cultura Económica.

- Csibra, G; Gegerly, G. (2006). Social learning and social cognition: the case for pedagogy. *Oxford University Press*. 21, 249-274.
- Dangerfield, M; Malberg, N. (2020, 23 de maig). *La mentalización en las terapias actuales*. Espai de debat obert (Webinar). Institut Universitari de Salut Mental – Fundació Vidal i Barraquer. Extret de:  
[https://www.youtube.com/watch?v=PcAZg3Kc29o&t=9s&ab\\_channel=Fundaci%C3%B3VidaliBarraquer](https://www.youtube.com/watch?v=PcAZg3Kc29o&t=9s&ab_channel=Fundaci%C3%B3VidaliBarraquer)
- De la Cerda, C; Martínez, C; Tomicic, A. (2019). La función reflexiva como aprendizaje procedural en la interacción terapéutica: el funcionamiento reflexivo-relacional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 28(3), 285-294.
- Elzo, J. (2006). *Los jóvenes y la felicidad*. PPC Editorial.
- Extremera N, Fernández-Berrocal P, Salovey P. Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: reliabilities, age and gender differences. *Psicothema*. 2006 Jan;18, Supl(2001):42-8.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217–233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*. 9(4).
- Fonagy, P; Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*. 21, 1355–1381.

- Fonagy, P; Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*. 21, 1355 – 1381.
- Fonagy, P; Luyten, P; Allison, E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: a new conceptualization of Borderline Personality Disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*. 29(5), 575-609.
- Griffiths, H; Duffy, F; Duffy, L; Brown, S; Hockaday, H; Eliasson, E; Graham, J; Smith, J; Thomson, A; Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 19(167).
- Institut Català de la Salut (ICS). (2009). *Protocol d'intervenció grupal psicoeducativa per a pacients amb depressió lleu/moderada a l'atenció primària*. PI07/90712.
- Jursit, E. (2019). Commentary on mentalization and culture. *Clinical Psychology Science and practice - Wiley Online Library*.
- Lanza Castelli, G. (2011). La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas psicoanalíticas*. 39.
- Lanza Castelli, G. (2015). Conflicto, estructura y mentalización: interrelaciones y complementariedades. *Aperturas psicoanalíticas*. 50.
- Lanza Castelli, G. (2019). Psicoanálisis y mentalización: de la pulsión al pensamiento. *Temas de psicoanálisis*. 18.
- Lecours, S. (2018). Niveles de mentalización del sufrimiento en la clínica: agonía, desamparo y tristeza adaptativa. *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*. 11.

- López, C. (2018). *Hablemos de salud mental: hoy y cada día, todos y todas, en cualquier parte*. Fundación de Ayuda a la Drogadicción. Extret de:  
<https://www.fad.es/planetajoven/hablemos-de-salud-mental-hoy-y-cada-dia-todos-y-todas-en-cualquier-parte/>
- Mas, J. (2019). Hospital de Día de Alcalá de Henares. Un hospital de día orientado a fomentar la mentalización. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 39(136).
- Mayer, J. D; Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence; Implications for Educators*. 3-31.
- Mayer, J; Salovey, P; Caruso, D. (2009). *Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT) - Manual*. TEA Ediciones.
- Piastro, J. (2017). Una nueva generación de estudiantes universitarios catalanes: hijos de la diversidad y la complejidad. *Didac*, 69, 20–26. Extret de:  
[http://revistas.iberomx.com/didac/uploads/volumenes/24/pdf/Didac\\_69\\_Final\\_preliminar\\_12ENE.pdf](http://revistas.iberomx.com/didac/uploads/volumenes/24/pdf/Didac_69_Final_preliminar_12ENE.pdf)
- Rogers, C. (1986). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Paidós.
- San Juan-Gutiérrez, Cabrejas-Sánchez, Fernández García, Mirapeix, Vergara González, Estalayo. (2016). Influencia de las habilidades mindfulness del terapeuta, en la mejora de la alianza terapéutica con adolescentes. *Avances en psicología clínica*. Asociación española de psicología conductual (AEPC). 407-416.

San Miguel, M<sup>a</sup> T. (2008). Regulación emocional, mentalización y constitución del sí- mismo. *Aperturas psicoanalíticas*. 29.

Sánchez, M; León, L; García, A; Mas, J; Fernández, A. (2015). La medida de la capacidad reflexiva: instrumentos disponibles en castellano y tareas pendientes. *Revista Asociación Española de Neuropsicología*. 35(127), 487-510.

Simón, V; Miró, T. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Biblioteca de psicología.

Sugarman, J. (2015). Neoliberalism and psychological ethics. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 35(2), 103–116. <https://doi.org/10.1037/a0038960>

Talarn, A. (2009). *Globalización y salud mental*. Herder.

## **Annexes:**

### ***Annex I: Resultats qualitius - Entrevista als professionals.***

#### ***1. Considereu que el grup té dificultats adaptatives? O escolliries un altre nom?***

Considerem que tenen dificultats adaptatives si tenim en compte que les dificultats s'expressen en l'entorn, les relacions, l'etapa vital... Hem de tenir en consideració que treballem des del transdiagnòstic. En aquest grup es fa un treball d'introspecció que consisteix a aturar-se, frenar i auto-observar i identificar-se amb els altres. Es millora l'*insight* i s'incrementa la consciència sobre els dèficits personals, posem noms i paraules a les emocions i als sentiments per aprendre a manejar-los. Tenint en compte que és un grup obert, la simptomatologia i les etiquetes que posem a les coses van variant, fluctuen, algunes milloren però a l'hora se'n descobreixen de noves. Observem unes mancances, més que adaptatives, estructurals. En general, els pacients venen d'unes famílies amb referents propers inestables. Probablement, el grup primari que constituïria la família no l'han sentit com a referent. Llavors, apareixen unes mancances primàries.

#### ***2. La mentalització té l'origen en l'aferrament. Creieu que les dificultats dels pacients del grup tenen un possible origen en les primeres relacions d'aferrament i/o materno-filials?***

Estem veient que això és molt important, per tots els participants. La relació primerenca, la relació amb les figures paternes i l'aferrament en general. Les vivències de relació viscudes generen certs obstacles, mancances... que podríem anomenar adaptatives, però que són més estructurals. Hi ha una part imprescindible en la salut mental que és realitzar un procés d'individualització sa; separació de la família, diferenciar-se dels altres... Les demandes que reben els joves de l'exterior són adaptatives, però l'origen de

les seves dificultats està en un funcionament intern que ve influenciat per una vinculació primerenca.

*3. Fins a quin punt creieu que la societat actual, en termes de globalització, xarxes socials, sobre-estimulació de l'entorn... ha influenciat en la construcció de la identitat dels joves del grup?*

Nosaltres som bastant crítics amb això. Hi ha molts estudis sobre les xarxes socials, la immediatesa dels canvis que no ajuden a reflexionar... i com això desemboca en trets de personalitats narcisistes o límits, caracteritzats per una autoestima baixa. El procés d'individuació és més difícil en aquesta societat perquè resulta més difús, condicionat a les respostes dels altres. No hi ha tanta capacitat joica. Si no es desenvolupa un self ferm, es dipositen malestars perquè els joves no se senten part del seu entorn. Ells mateixos es posen el nom de 'Los incomprendidos', quan es volen dirigir al grup. Veuen que els nivells d'exigència social són alts i ells potser no arriben al mateix ritme que els altres; llavors se senten fora. Això genera una sèrie d'emocions que costen de manegar.

*4. Tenint en compte les necessitats que detectem en el grup, com creieu que una intervenció basada en la mentalització pot beneficiar a aquest tipus de pacients?*

Considerem que aquesta part d'identificació i diferenciació entre el que és meu i és dels altres és imprescindible; seguint amb el procés d'individualització. També pot ajudar amb el vincle amb els pares, que hem comprovat que moltes vegades és una font de conflicte. Nosaltres com a grup, més enllà de les tècniques específiques, ens basem a promoure pensament (en alguna manera, l'insight), auto observació, identificació i autoconeixement i a partir d'aquí, hi ha un millor funcionament. La regulació, buscar punts intermedis, col·locar les emocions en un mateix i els altres. Aquests moviments de balanceig i identificació són vitals.



5. *En les intervencions basades en la mentalització es té molt en compte que l'equip mentalitzi als pacients. És important que, tant els terapeutes que dirigeixen al grup com els psicòlegs que realitzen seguiment individual, dediquin un espai setmanal a reflexionar sobre el grup i els pacients. Creieu que això es té suficientment en compte?*

Aquest espai ens manca una mica. No donem l'abast i no sabem com treure més temps. Es fa el que es pot però manca espai. Els integrants del grup tenen clar que el grup és una pota més que sosté el seu procés terapèutic. Anem molt de pressa i és important trobar el moment per parar i mentalitzar al grup. El dia a dia és un no parar. Tenim petits moments després del grup on podem alguna cosa, però sí que és veritat que hauríem de reservar més espais.

6. *Creieu que us sentiríeu més tranquils si tinguéssiu aquest seguiment o suport del terapeuta individual?*

Nosaltres sabem que podem parlar amb ells així com amb els pacients si és necessari. Aquesta cosa fluida de donar espai setmanal no hi és, però és necessari pensar-hi. Depèn del pacient seria convenient fer un seguiment que permetis un ritme més intens perquè el pacient no es desenganxi. A vegades dóna la sensació que els moviments, grupalment, són lents, ja que estem treballant dificultats estructurals i costa més veure resultats. Segur que si poguessin dedicar més temps a pensar en el grup, els beneficiaria.

7. *Es distingeixen tres modes no-mentalitzadors: mode simulat, mode teològic i mode 'com si'. En quin creieu que es situaria el grup com a norma general? (Tenint en compte que la mentalització pot variar i no es mentalitza sempre ni de la mateixa manera).*

Entre el primer i el segon, tot i que fluctua força entre sessions i els pacients, les seves circumstàncies... Hi ha trets de personalitat d'alguns pacients que, a vegades, poden semblar més simulats o poc connectats, però no com a norma general.

8. *Es distingeixen quatre dimensions polaritzades dins la mentalització: automàtica versus controlada, cognitiva versus emocional, enfocada a un mateix versus enfocada als altres i basada en allò intern versus basada en allò extern. Com col·locarieu al grup en aquestes quatre posicions? (Considerant que aquestes dimensions constitueixen un espectre i, per tant, no col·loquen al pacient en una situació rígida).*

Pel que fa la primera dimensió, els situem a la dimensió automàtica, més que reflexiva. Que els pacients avancin cap a la reflexió i el pensament és un dels objectius del grup. El funcionament automàtic ja no implica impulsivitat sinó un funcionament poc reflexiu que tenen de base. En segon lloc, dins la segona dimensió, es troben majoritàriament en l'extrem cognitiu; tot i que les noies del grup tendeixen a compartir les seves experiències des de l'emoció i la vivència. Sembla que les noies elaboren més. Els nois són més alexitimics, no tenen tanta facilitat per interpretar les seves emocions. Pel que fa a la tercera dimensió, els professionals consideren que és important que els pacients considerin s'enfoquin cap a un mateix però també cap als altres. S'ha de treballar per equilibrar aquesta dimensió i poder-se auto-regular a partir d'aquí. Tanmateix, sí que consideren que hi ha certa tendència a treballar el *self*. És important que un tiri d'un mateix per poder tirar cap als altres després. A través del grup, tal com deia Yalom, un pot treballar les coses d'un mateix. Les identificacions que es creen permeten introjectar aquelles coses que un mateix no havia identificat abans. Per últim, hi ha pacients que tendeixen a basar-se en 'allò intern' i n'hi ha que tendeixen a basar-se en 'allò extern'. Sí que és veritat que les creences d'un mateix pesen molt en la narrativa dels joves i en la seva manera d'interpretar el món, més que la visió aliena.

**9. Quins aspectes predictors de salut (punts forts) són els més importants d'aquest grup?**

Tots comparteixen una vessant artística, tant acadèmicament com en l'àmbit d'interès personal. Això és un punt fort i un aspecte que els enllaça i uneix. El fet que tots estiguin en un moment acadèmic semblant ajuda al fet que entre ells es puguin orientar i assessorar, alhora que sentir-se identificats. Se senten compresos pels altres. El grup és un ancoratge, un altre grup de suport. Tenint en compte que el grup primari (família, suport social...) no és del tot adequat, aquest pot servir com a guia. Ells mateixos moltes vegades s'han autoanomenat 'El grupo de los incomprendidos'; per tant, trobar aquest espai de comprensió on són escoltats ja és un predictor de salut. A més, amb el grup també es treballa la integració, sentir-se part d'alguna cosa.

**10. Com us sentiu amb el grup a nivell de contratransferència?**

En l'àmbit de grup estem còmodes, però a escala individual, com en les teràpies individuals, hi ha pacients que en generen ganes d'actuar o respondre davant la transferència. Com a terapeuta et fa reflexionar sobre com reflexionem. A vegades, com a funció de co-terapeuta és difícil trobar el lloc on poder intervenir; ja que hi ha un professional en rol de terapeuta que acostuma a portar el grup.

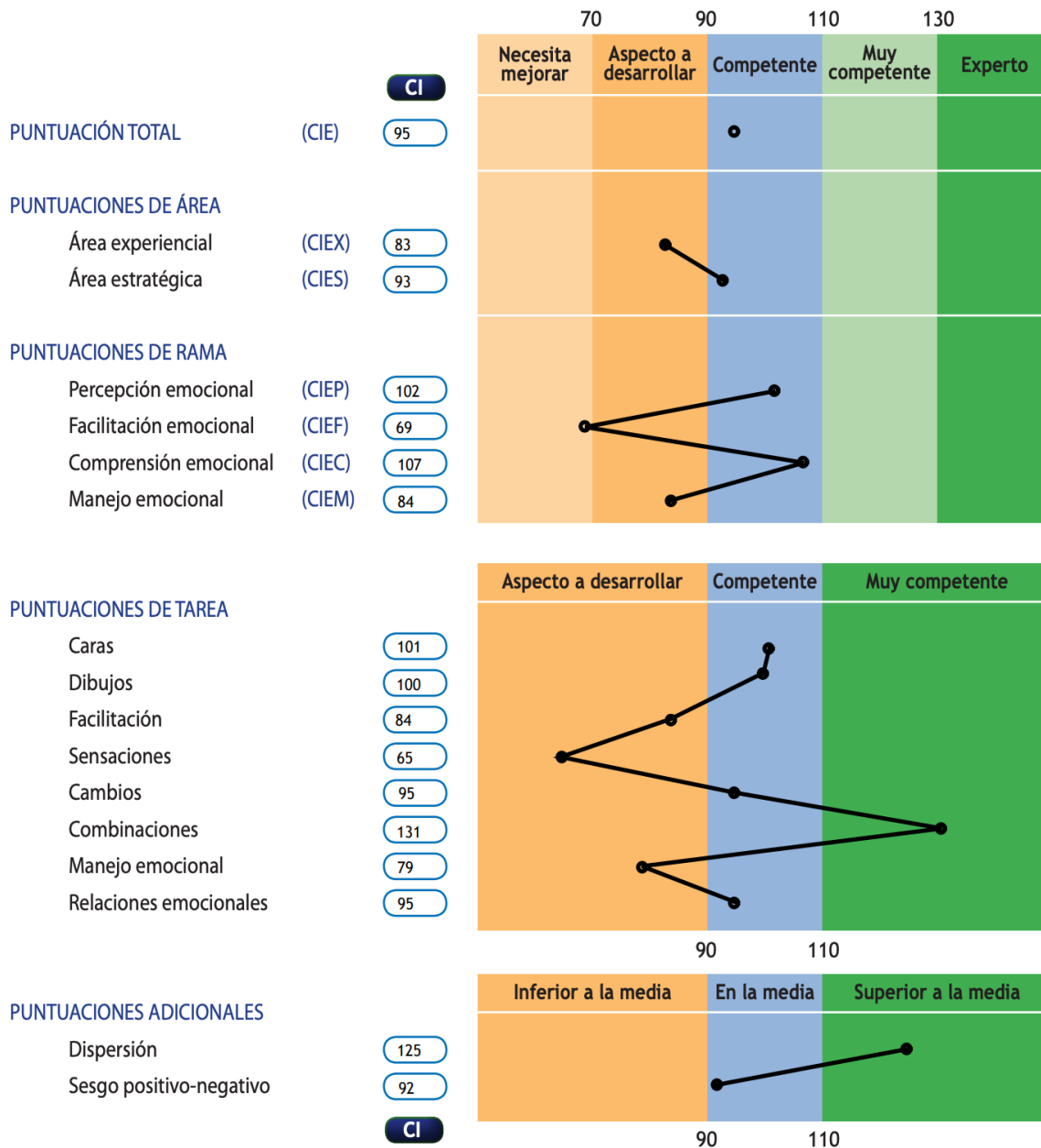
**11. Com creieu que el grup rebria el tipus d'intervenció que es proposa en aquesta investigació? Considereu que tindria viabilitat?**

Tenint en compte que aquest grup és semiobert i té un recorregut molt llarg, també es té molt present la funció d'acompanyament al llarg d'aquesta transició. Seria millor si el grup fos tancat i s'establissin un nombre de sessions concretes. No sé si el grup semiobert permet la mobilització que planteja aquesta investigació tenint en compte el punt on es troben ara i el tipus d'intervenció que hem fet fins a la data. Això no obstant, tindria viabilitat en pacients que no han entrat a cap grup fins aleshores. Hi ha coses que

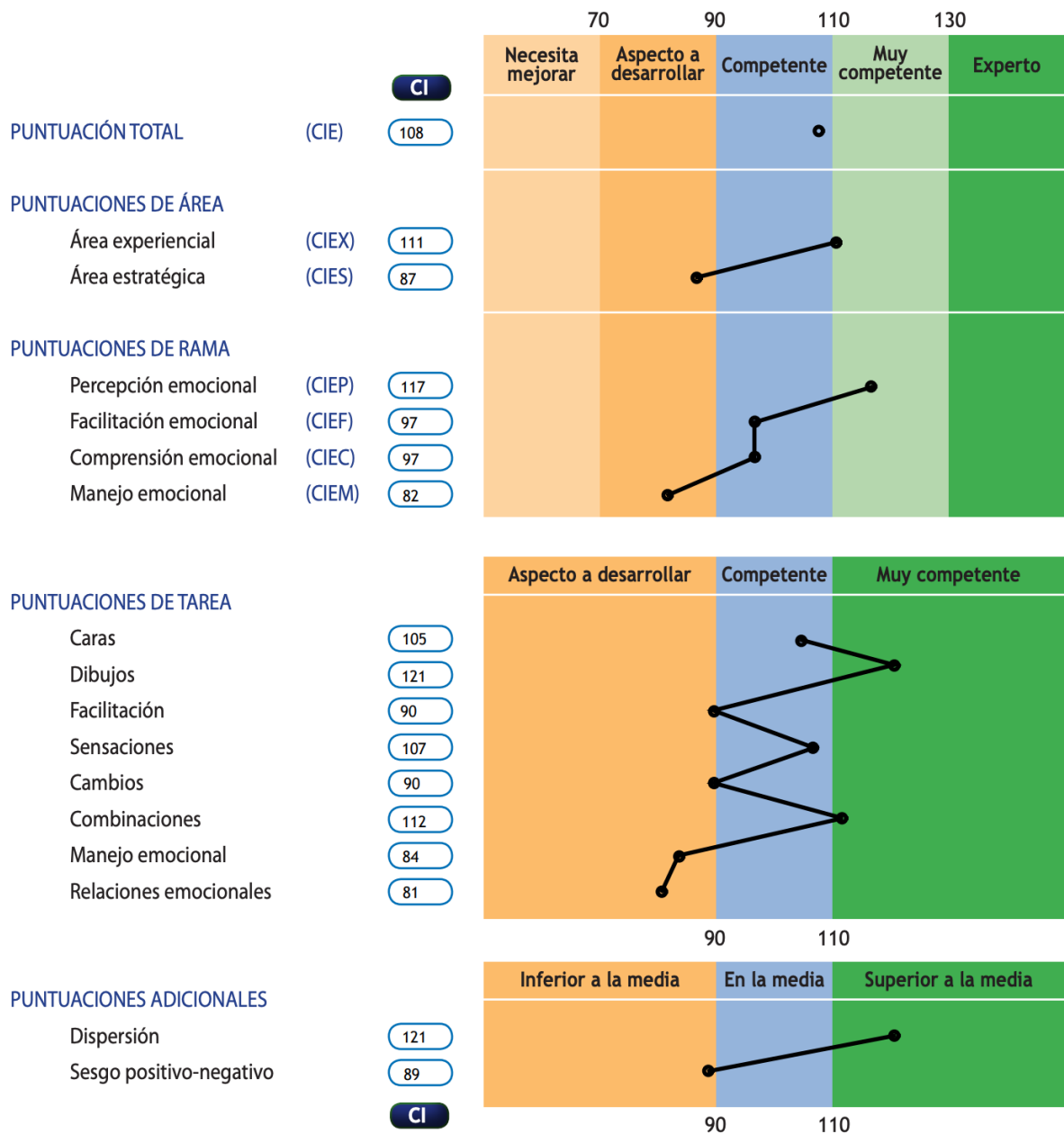
no es poden treballar perquè requereixen un procés molt més llarg. Està clar que els pacients d'aquest grup es podrien beneficiar d'un tractament com aquest, però canviant el *setting*. El grup de joves hauria de ser més homogeni entorn de la simptomatologia o trets de personalitat. Per experiència pròpia, quan hi ha una intervenció grupal molt pautada i planejada, és millor que els pacients siguin semblants en aquest sentit. Per exemple, en un grup de dol, has de tenir en compte que tots els pacients es trobin en la mateixa fase del dol.

**Annex II: Resultats quantitativs – Avaluació psicomètrica (MSCEIT).**

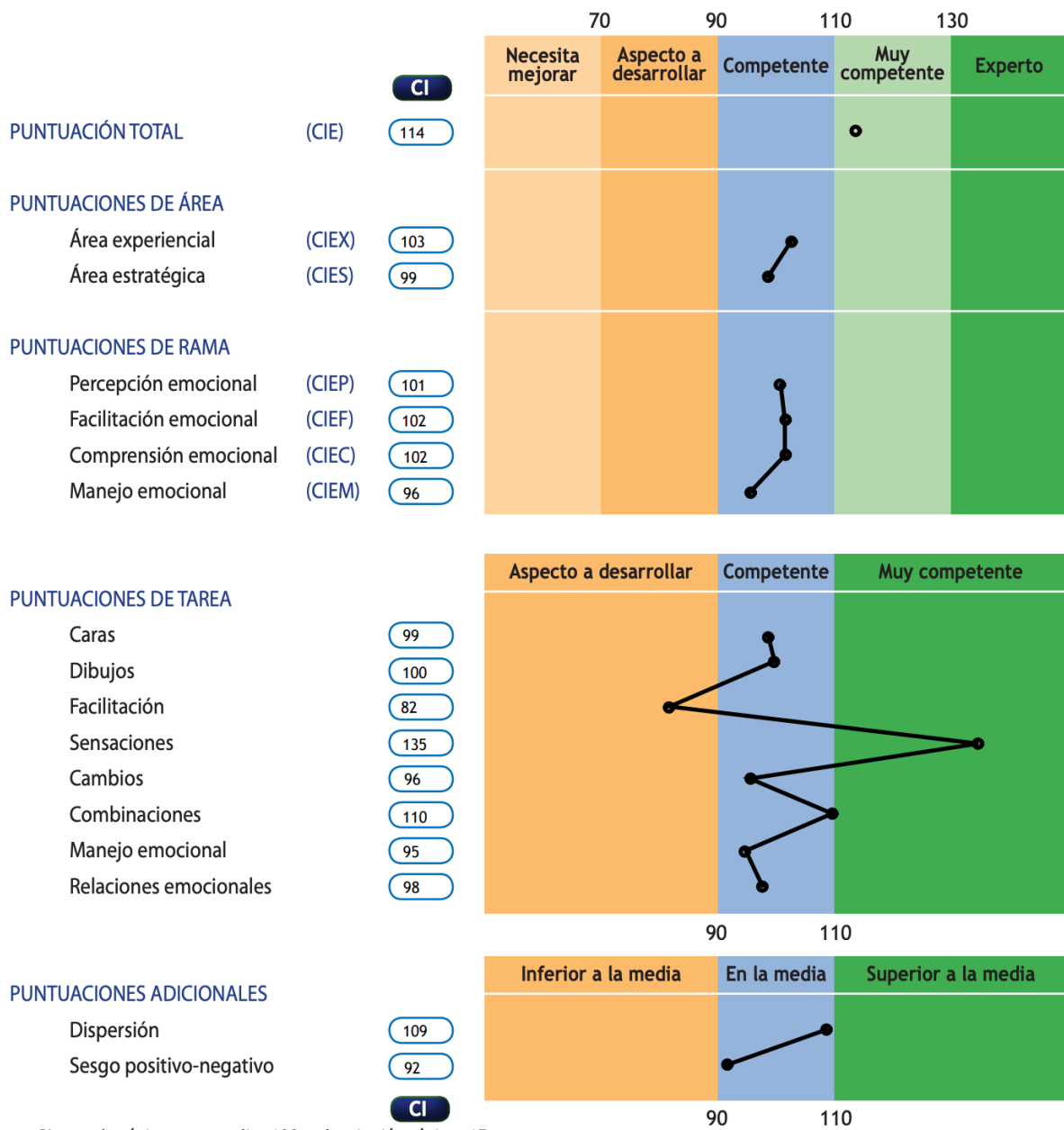
**Annex II.I - Perfil MSCEIT Pacient 1:**



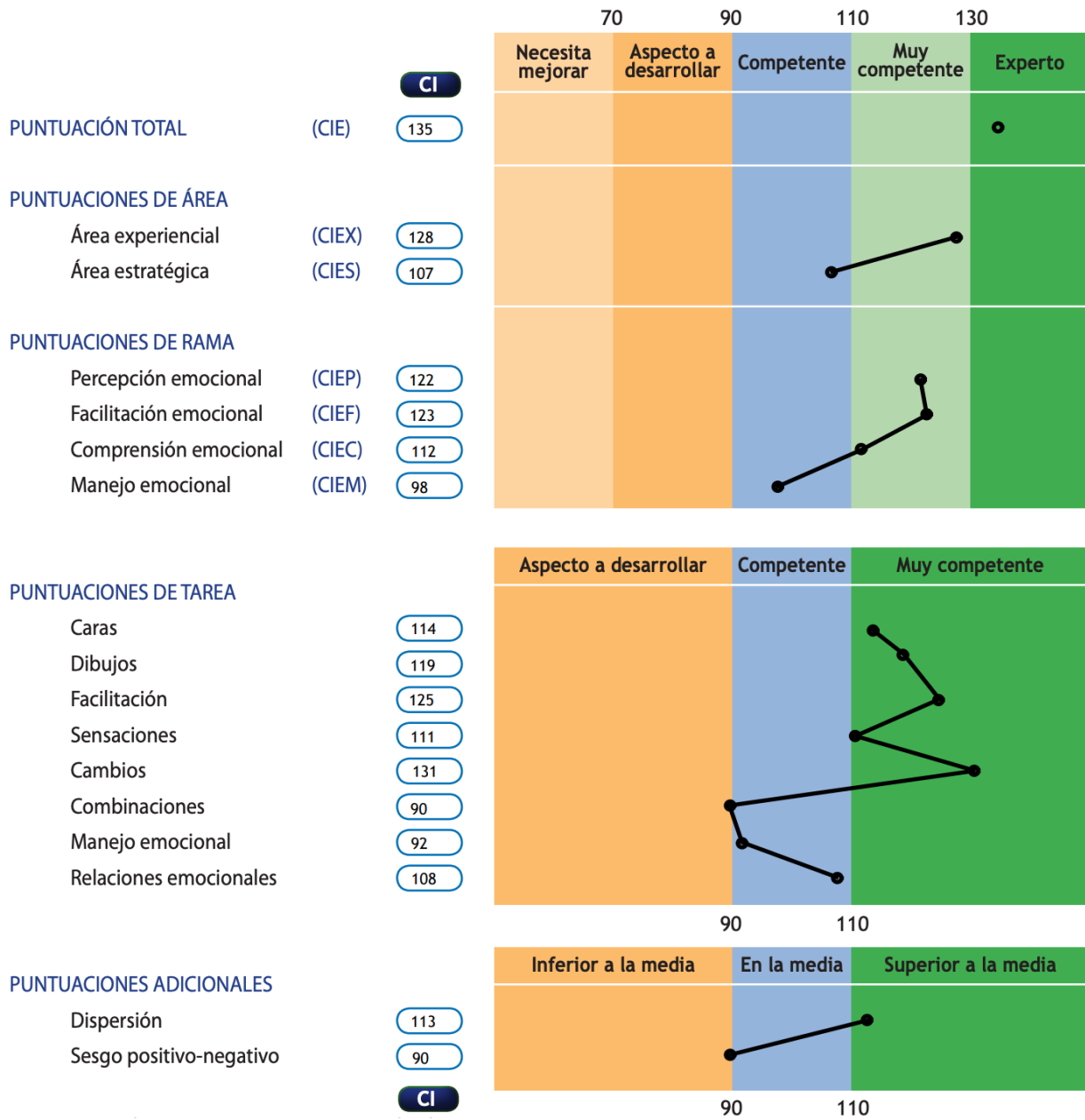
Annex II.II - Perfil MSCEIT Pacient 2:



Annex II.III - Perfil MSCEIT Pacient 3:

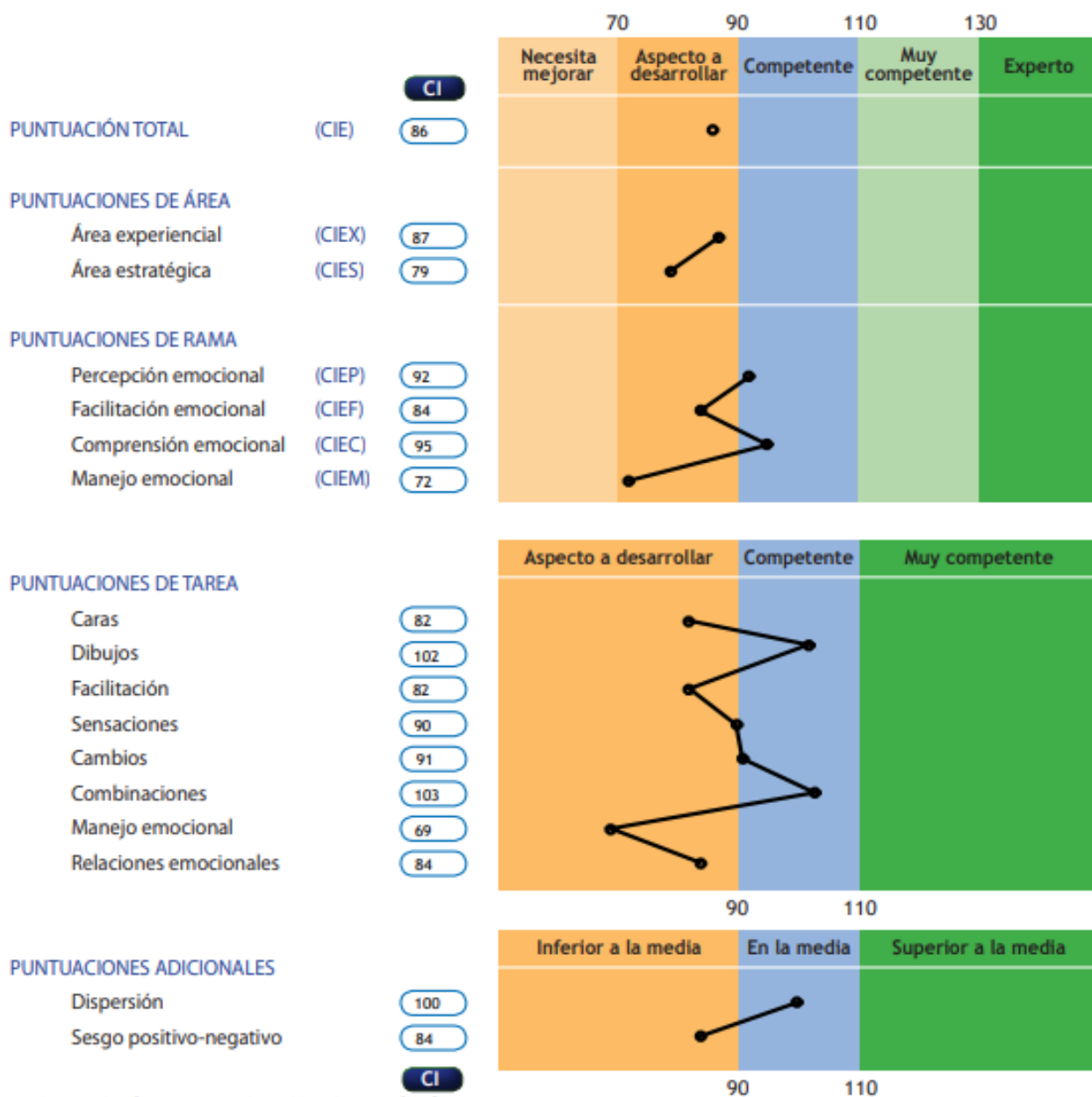


Annex II.IV - Perfil MSCEIT Pacient 4:





Annex II.V - Perfil MSCEIT Pacient 5:



### ***Annex III – Desenvolupament dels blocs de contingut.***

#### ***Annex III.I – Bloc 1: Introducció a la mentalització.***

<b>SESSIÓ 1</b>
-----------------

- ***Primer contacte físic:*** fer entrar als pacients a la sala i donar la benvinguda.  
Convidar-los a seure a la cadira que vulguin. Mostrar calidesa i proximitat.
- ***Presentació dels professionals de la salut:*** presentació de les persones que tinguin el rol de terapeuta i co-terapeuta. Explicació breu sobre el seu recorregut professional així com la funció que tenen actualment amb relació al servei de salut on els joves estiguin acudint.
- ***Presentació dels membres del grup:*** com a mínim, han de dir el seu nom o la manera en com volen que ens hi referim, la seva edat i el que esperen del grup.  
Revisar les expectatives que té cada un envers la intervenció, que creuen que serà, que han pensat a casa seva sobre començar amb el grup... Els aspectes que comenten els pacients, sigui a nivell de malestars o expectatives, es lliguen amb els objectius del grup, per donar sentit a l'inici del tractament.
- ***Explicació del grup:*** explicació dels objectius generals:
  - > Millora de la funció reflexiva, beneficiant l'estructura interna
  - > Augment del coneixement i l'autoconcepte
  - > Disminuir els principals símptomes expressats en la demanda terapèutica
  - > Adaptació a l'entorn i obertura al canvi
- ***Normes del grup:*** explicar la importància de les normes en el grup, que ajuden al fet que el grup es cuidi entre sí, estigui cohesionat i representi una eina contenedora pels pacients. És aconsellable que es llegeixin en veu alta; també es pot lliurar un full a cada pacient amb les normes impreses. Les normes poden

variar segons els professionals que dirigeixin el grup. Tanmateix, en assenyalarem les principals:

- > Puntualitat
  - > Assistència
  - > Confidencialitat
  - > Actitud proactiva i constructiva
  - > Mostrar suport als altres, de la mateixa manera que en volem rebre
  - > Expressar allò que ens fa sentir bé és igual d'important que expressar el que ens fa sentir malament
  - > No faltar al respecte a cap company
  - > No utilitzar vocabulari inadequat, fer un esforç per expressar-se de la millor manera possible; de manera que comencem a treballar els objectius del tractament des del principi
- ***Explicació de la planificació del setting:*** especificar el nombre de blocs en els quals es divideix el tractament així com les sessions que el componen, la duració d'aquestes i les temàtiques que es tractaran en general. Donar espai a resoldre dubtes inicials.
- ***Introducció a la intel·ligència emocional:*** breu introducció sobre el treball emocional. Mencionar la influència de la societat i del moment vital que estan vivint en dedicar poc espai a treballar les emocions, mentalitzar i dedicar-se a un mateix en general.

*La intel·ligència emocional és una part de la personalitat.*

*S'ha de distingir entre intel·ligència emocional i coneixement emocional. La primera implica la capacitat de raonar les emocions mentre la segona implica el coneixement adquirit sobre aquestes. Una és dirigida a l'àrea experiencial mentre que*

*l'altre està dirigida a l'àrea estratègica. És a dir, per molt que una persona sàpiga sobre emocions, no té per què saber-les gestionar de la manera adequada.*

Reflexió oberta sobre allò que creuen que són les emocions i la funció que tenen.

Explicar les emocions primàries, secundàries; i la diferència entre emoció i sentiment.

## SESSIÓ 2

### ***Psicoeducació sobre la mentalització:***

Psicoeducació sobre el concepte de mentalització. Adaptar el llenguatge al coneixement psicològic dels membres del grup.

- Què és la mentalització?

*La mentalització és una forma d'activitat mental imaginativa sobre els altres i sobre un mateix, que implica comprendre i interpretar el comportament humà pel que fa als estats mentals intencionals (necessitats, desitjos, sentiments, creences, objectius, propòsits i raons). És la capacitat de tenir les ments en la ment, de veure'ns a nosaltres des de fora i imaginar-nos als altres des de dins. Implica veure i imaginar.*

*Quan fem l'esforç d'observar-nos i comprendre'ns a nosaltres mateixos s'activa una zona del cervell que s'anomena còrtex prefrontal. Quan fem el mateix amb els altres, s'activa la mateixa zona.*

- Quines funcions té la mentalització? Per què és útil i adaptatiu mentalitzar?

*La mentalització té una funció interpretativa i reguladora de les emocions i les relacions interpersonals, ja que permet crear consciència del mateix estat intern. Permet que els altres el puguin percebre i interpretar i, en conseqüència, es facilita la comprensió interpersonal.*

*Una mentalització efectiva implica tenir curiositat i interès pels estats mentals propis i aliens, així com tenir consciència de l'impacte emocional que pot tenir en l'altre el que nosaltres fem o diem.*

*Per tant, permet establir confiança en els altres i en l'entorn, allunyant-nos d'ansietats paranoïdes.*

- Què és la no mentalització? Explicar els modes no mentalitzadors (simulat, teològic i 'com si') però sense utilitzar termes tècnics.

*És més fàcil no mentalitzar que mentalitzar. La societat ens convida a perdre aquesta habilitat, a no tenir-la en compte. No és una capacitat estable no consistent, per això és important treballar-la dia a dia i incorporar-la en la nostra manera d'interpretar el món.*

*Es distingeixen tres maneres no mentalitzadores, o moments on no fem servir aquesta capacitat: equivalència psíquica (1), mode teològic (2), mode 'com si' (3).*

1. *Quan no diferenciem pensaments i sentiments de la realitat objectiva, és a dir, ens basem en la nostra perspectiva impenetrable.*
2. *Tenim en compte els nostres pensaments i els dels altres, però no reconeixem les accions observables. És a dir, donem significat i elaborem el pensament però no l'acció.*
3. *Tant el que pensem, sentim o fem està allunyat de la realitat. Ens dissociem de nosaltres mateixos i dels altres i creem una realitat falsa.*

Fer una reflexió sobre la influència de les xarxes i de les exigències socials que senten.

- Lliurar exemples pràctics amb els quals es pugui obrir un debat i veure què opinen els pacients, en quina posició se situen i amb quins personatges s'identifiquen.

Després, es pot obrir debat sobre situacions semblants, amb les que ells s'identifiquin, i reflexionar sobre això.

*En Pere i l'Anna són parella des de fa un any. Ahir a la nit es van quedar, van anar a sopar al restaurant del barri que més els hi agrada, i després cadascú va anar a casa seva. L'endemà, l'Anna li envia un missatge i ell no contesta. Al llarg del dia, l'Anna no rep més notícies seves. Com creus que se sent l'Anna, al final del dia?*

- a) *Inquieta*
- b) *Tranquila*
- c) *Trista*

**Consigna de tasca per casa:**

Explicar la tasca que han de realitzar a casa seva i portar-la en la pròxima sessió, on serà comentada.

Hauran de realitzar un autoregistre assenyalant dues situacions conflictives recents, descrites de forma breu, que hagin tingut relació amb persones del seu entorn.

Remarcar la importància de dedicar algun moment per fer la tasca, amb relació al compromís amb els companys i els terapeutes. També és una manera que el que es faci a la sessió tingui continuïtat a casa. D'aquesta manera, es reforça la idea que el treball terapèutic implica una responsabilitat individual.

<b>Quina situació s'ha produït?</b> (Explicar-la de forma breu i descriptiva)	<b>Què en penso al respecte?</b>	<b>Com em fa sentir?</b> (especificar les emocions que identifiquem)	<b>Com he reaccionat?</b>
<i>Situació exemple:</i> <i>Em vaig discutir</i>	<i>Crec que la egoista és ella, perquè no</i>	<i>Malament. Primer he sentit molta ràbia</i>	<i>Li he dit que ella era molt més egoista que</i>

<i>amb la meva germana perquè em va dir que era una egoista</i>	<i>està pensant en com em pot afectar a mi això.</i>	<i>però després, quan hi he pensat, m'he sentit més aviat trista.</i>	<i>jo fent això i he marxat a la meva habitació.</i>
---	--	---	--

Caldrà imprimir una graella com l'anterior, separant la situació en diverses variables. Pot afegir-se alguna columna si el terapeuta ho considera necessari. Una altra possibilitat seria realitzar la graella a mà, juntament amb els pacients, i que se l'emportin a casa per omplir-la.

<b>SESSIÓ 3</b>
-----------------

***Reflexió sobre la tasca per casa:***

Els joves llegeixen una situació cada un, i després es torna a realitzar la volta llegint la segona situació. A cada situació descrita ens aturem i analitzem les diferents variables.

Reflexionar sobre com el pensament ens condiciona l'emoció i, per tant, si canviem aquests pensaments irracionals podem regular millor les emocions. És important fer aquesta reflexió entorn dels conceptes bàsics que es van comentar en la sessió passada: mentalització i intel·ligència emocional. S'ha de veure reflectida la importància d'interpretar les situacions de forma conscient, tal com s'ha fet en l'autoregistre. D'aquesta manera, s'està treballant la interpretació dels estats interns.

Aportar sentit a la vivència del jove, de manera que identifiqui perquè les emocions i els pensaments van ser d'una manera i, pel contrari, com podrien variar.

***Psicoeducació emocional:***

Generar debat a partir de preguntes obertes amb relació a les emocions. D'aquesta manera, els terapeutes també poden valorar el coneixement emocional i el punt de partida dels participants. Alguns exemples:

- Què és una emoció? Quan es produeix?
- Quins tipus d'emocions distingim?
- Què significa que les emocions siguin primàries o secundàries?
- Les emocions són bones o dolentes?
- Què succeeix quan regulem erròniament les emocions?



- Poden influir en com actuem?

Amb aquestes preguntes seguim en la línia de la psicoeducació sobre les emocions, establint un primer contacte amb l'objectiu general de maneig emocional. A més, estarem començant a dibuixar el perfil mentalitzador que tenen els pacients i la forma en com reben i interpreten les emocions.

### ***Reestructuració cognitiva:***

Fer l'exercici de reestructuració cognitiva a partir dels autoregistres que han portat els participants. Remarcar la importància del treball cognitiu a l'hora de desenvolupar estratègies d'afrontament més adaptatives.

- Com podem adaptar el nostre pensament a la situació que hem viscut de la forma més adaptativa?
- Com aquest pensament condicionaria l'emoció sentida?
- Com aquesta emoció canviaria la nostra conducta?

<b>SESSIÓ 4</b>
-----------------

### ***Dinàmica grupal: dinàmica emocional sobre el pensament dicotòmic.***

En aquesta dinàmica, estarem treballant la posició dels pacients en les quatre dimensions de la mentalització. Així doncs, els joves estructuraran una idea bàsica sobre les diferents maneres de dividir el processament cognitiu. Aquesta dinàmica, també evidencia la relació que té la mentalització amb les relacions humanes.

El terapeuta planteja quatre dicotomies, amb les quals es seguirà el mateix procediment. L'objectiu de la tècnica és treballar el pensament dicotòmic utilitzant l'espai. Es treballarà l'*insight* i l'autoconeixement. Es col·loquen quatre cintes de colors, llargues, al terra de la sala. Cada extrem de la cinta representa un pol de la dicotomia que es

presentarà; per tant, la llargada de la cinta representarà un espectre. El pacient haurà de situar-se entre un extrem i l'altre. Posteriorment, haurà de posicionar-se en una posició ideal. Pot ser que el pacient no tingui posició ideal, però caldrà explorar els motius.

Els joves es situaràn en el mateix moment sobre la cinta, de manera que poden escoltar als altres des de les respectives posicions. És possible que la posició real d'un signifiqui la posició ideal de l'altre, o viceversa. D'aquesta manera, també poden desenvolupar una visió més realista de la seva experiència, així com ajustar expectatives.

En aquest cas, les quatre dicotomies representaran les dimensions de la mentalització, les quals traduirem a un llenguatge menys tècnic i accessible als joves per tal de que s'hi puguin identificar fàcilment. Són les següents:

1. Funcionament impulsiu *versus* Funcionament rumiador: equival a la dimensió automàtica o implícita *versus* la controlada o explícita.
2. Pensaments *versus* Emocions: equival a la dimensió cognitiva *versus* afectiva.
3. Em baso en el que jo penso *versus* Em baso en el que els altres pensen: equival a la dimensió 'basada en allò intern *versus* basada en allò extern'.
4. Em prioritzo a mi mateix *versus* Prioritzo als altres: equival a la dimensió 'enfocat a un mateix *versus* enfocada als altres'.

Es realitzen diverses preguntes que permeten la identificació dels joves en diverses posicions:

- En l'espai entre un extrem i l'altre, on et situes?. Si no es col·loca en un dels extrems, és important reforçar-ho, ja que els extrems mai són beneficiosos.
- Perquè t'has situat aquí?
- Creus que estàs en una posició adequada o t'agradaria estar a un altre lloc (posició ideal)?

- Què hauria de passar per passar d'on estàs a on t'agradaria estar?
- Quina creus que seria la posició més realista? (pot ser que seleccioni la ideal o bé que n'esculli una de nova).

Reflexió sobre els estats amb els quals s'identifiquen. Explicar les quatre dimensions des de la vessant teòrica, reforçant la idea de que la mentalització és una habilitat que té lloc en un espectre.

També és important explorar les zones del mig, les que no ha escollit. Per exemple, el terapeuta pot prendre posició en alguna cinta i fer reflexionar als joves sobre què canviaria o què seria diferent si es trobés en aquella posició.

Finalitzarem la sessió fent una reflexió sobre com els altres influeixen en la nostra manera de veure el món. És a dir, remarcar la idea de que és impossible situar-nos en aquestes dimensions sense valorar les relacions que tenim amb les persones del nostre entorn. Les relacions s'estableixen en un equilibri entre un mateix i els altres, on cada un de nosaltres adopta una posició diferent segons la persona que té davant. Un cop prenem consciència d'aquesta influència, podem analitzar-la i modificar-la per tal de que les relacions siguin més satisfactòries. La mentalització és una habilitat social. No mentalitzem sempre de la mateixa manera, ni en la mateixa mesura.

<b>SESSIÓ 5</b>
-----------------

***Síntomes físics i somatitzacions:***

Donar espai a les diferents manifestacions de malestar que expressen els joves en l'àmbit físic així com les somatitzacions que identifiquen o han comentat amb els seus terapeutes individuals. Promoure el pensament sobre com el que s'ha parlat en altres sessions pot influir en el fet que el malestar prengui lloc en el cos. La mentalització o, més ben dit, la no mentalització, pot causar estats mentals patològics, que generin simptomatologia o malestar físic. El procés d'autoconeixement que es vol potenciar en aquest tractament, inclou el coneixement físic i la identificació de les mateixes emocions en el cos.

Parlar sobre els estats ansiosos i depressius, així com les seves diverses manifestacions en l'àmbit físic, cognitiu, social i emocional. Algunes preguntes que es podrien fer:

- Com creieu que us afecta el malestar psicològic al cos?
- Quines sensacions desagradables teniu?
- Explorar la higiene del son i els hàbits alimentaris.
- Com manegem aquestes sensacions desagradables? Tenim estratègies per disminuir-les? Aquestes són adaptatives o desadaptatives? (Per exemple, si el pacient consumeix cànnabis com a mètode ansiolític, cal intervenir).

***Pràctica de mindfulness: relaxació de Jacobson***

Explicar la següent idea de manera que sigui rebuda i entesa correctament pels participants: la mentalització ha estat concebuda de moltes maneres diferents. Una de les seves definicions, va de la mà amb el *mindfulness*. Sugarman (2006), defineix la

mentalització com a *insightfulness*, entenent aquest concepte com al conjunt de processos generals del desenvolupament que fomenten l'auto reflexivitat, el desenvolupament de la capacitat simbòlica i l'adquisició de coneixement sobre el món intern. Per tal que aquests processos siguin possibles, és imprescindible posar atenció emocional, empàtica i oberta respecte al que un pensa, sent i observa, avaluar l'experiència subjectiva en el moment present i sense jutjar; és a dir, tenir en consideració les bases del *mindfulness*.

Pràctiques com la relaxació de Jacobson, faciliten un primer contacte amb aquest tipus de tècniques, que requereixen d'entrenament per tal que cada cop resulti més fàcil prendre consciència dels estats mentals i físics.

- Explicació de la pràctica

*La relaxació de Jacobson és una tècnica de relaxació progressiva, de caràcter fisiològic, que té com a objectiu assolir una relaxació física i mental. Pot ajudar a relaxar i disminuir ansietat sense gaire esforç o dificultat. Cada cop que es practica, s'aconsegueixen resultats més satisfactoris, ja que el cos es va entrenant progressivament.*

*La relaxació de Jacobson ajuda a arribar a una sensació corporal de calma interior que permet alliberar-se de tensions físiques i malestars en el cos. També implica treballar la relació amb aquest, saber-lo escoltar, identificar les zones més tenses, augmentar consciència sobre la posició...*

*En general disminueix l'ansietat generalitzada i millora els hàbits de son i vigília, permetent que la persona tingui un descans més satisfactori.*

- Explicar les tres fases que componen la tècnica de forma breu:
  1. Tensió- relaxació: tensar i relaxar els músculs concrets, per prendre consciència de l'estat del múscul i de la sensació que experimentem quan està tens o quan està relaxat. Aquest estat de relaxació s'acaba estenent de forma generalitzada a tot el

cos.

2. Revisió: dels músculs que s'han esmentat per comprovar si s'han relaxat del tot.
  3. Relaxació mental: imaginació d'una escena agradable i positiva que ajuda a mantenir la ment relaxada i receptiva, amb plena consciència en el moment actual.
- Dur a terme la pràctica en el següent ordre:
1. Relaxació de la cara, coll i espatlles
  2. Relaxació de braços i mans
  3. Relaxació de tòrax, abdomen i lumbar
  4. Revisió dels músculs
  5. Relaxació mental i final de la tècnica

### ***Introducció a la figura de l'observador:***

*A mesura que observem i dirigim l'atenció als continguts mentals, tenim més capacitat per allunyar-nos de la certesa desadaptativa que desenvolupem a l'hora d'enfrontar-nos a situacions quotidianes. És a dir, som més capaços de discriminar allò que percebem, i d'elaborar-ho de forma sana, conscient i coherent.*

*Quan observem els continguts de la nostra ment, de forma coherent, però també curiosa, comprovarem que observar els pensaments des de fora se'ns fa cada cop més fàcil. D'aquesta manera, podem interpretar aquelles situacions que ens generen malestar fora de la nostra persona, de la nostra identitat o autoestima. Podem valorar-les pel que són, no pel que som.*

*Situar-nos en una postura d'observador, ens permet desenvolupar una atenció benigna a l'experiència subjectiva present. Implica enfocar-se, centrar l'atenció en els pensaments, sentiments, emocions... però sense encadenar-nos a ells. Ens permet pensar els nostres estats mentals, abans d'actuar-los o d'emetre respostes poc reflexionades.*

*Mentalitzar implica fer aquest exercici, tant en nosaltres mateixos com en les nostres relacions o amb l'entorn. La postura de l'observador implica curiositat, obertura, acceptació i amor cap a nosaltres mateixos o cap a l'altre.*

## SESSIÓ 6

Aquesta sessió seguirà amb la línia terapèutica de la sessió anterior. Els objectius principals cap a on hem d'enfocar la sessió són: l'autoconeixement corporal, la identificació de les sensacions en el cos donant sentit a la simptomatologia i reforçar l'ancoratge al cos en situacions d'estrès o ansietat. És a dir, és important seguir amb la part mentalitzadora, que té com a objectiu prendre consciència, però també donar eines i recursos als joves segons les seves experiències particulars. Hem d'emfatitzar en els exemples més personals que comparteixin, per tal de poder abordar els seus conflictes de forma òptima.

### ***Cuidar el cos i la ment:***

- Treballar la dissociació entre cos i ment. *Som un tot que hem d'integrar. Quan no connectem les dues coses, no en tenim consciència, apareix la psicopatologia.*
- Adreçar el tema de l'autolesió si sorgeix; parlar de la relació que té amb l'autoestima (la temàtica del següent bloc).
- Obrir debat sobre diferents maneres de cuidar el cos i, en contraposició, de no cuidar-lo. Parlar d'aquestes estratègies segons el que els joves aportin en la sessió, de manera que els terapeutes poden valorar quin tipus de recursos fan servir els participants i donar un feedback sobre si són adaptatius o no, proposar-ne de nous, brindar recursos...

### ***Pràctica de mindfulness: agraïment al cos***

La pràctica comença amb un *Body Scan*, semblant a la relaxació de Jacobson. Es fa una revisió conscient, de tot el cos en forma ascendent. Un cop s'ha assolit un ambient de relaxació, on els joves mantenen la ment activa, es duu a terme una meditació guiada d'agraïment al cos.

Es pot adaptar segons el terapeuta i l'estil terapèutic, però cal revisar totes les parts principals del cos, reforçar la seva funció i el que ens faciliten i ens permeten fer.

### ***Consigna de tasca per casa:***

La consigna que se'ls dóna consisteix en la realització d'una auto-caracterització que inclogui els següents criteris:

- Extensió mínima de mitja pàgina.
- Elaboració de la carta en tercera persona.
- Incloure aspectes físics/descriptius, cognitius, emocionals i socials.
- Incloure punts forts i punts a millorar (en qualsevol aspecte)

Exemple: *La Maria és una noia de vint-i-cinc anys que viu a Barcelona...*



<b>SESSIÓ 7</b>
-----------------

**Conceptes bàsics: autoconcepte; autoimatge; autoestima; identitat.**

La construcció de la personalitat i l'establiment d'una identitat sòlida, són aspectes que afecten directament a l'estabilitat dels joves actuals. A més, la influència de les xarxes juga un paper fonamental en els inputs que reben i incorporen com a propis. A vegades, la línia entre la identitat real i la ideal es separen per una línia molt fina.

Per a estimular que els joves mentalitzin i creïn consciència sobre el que succeeix al seu entorn, també és important que es treballi el seu món intern des de la vessant identitària. Un *self* inestable tendirà a desenvolupar estratègies d'afrontament desadaptatives, així com dificultats en la relació amb els altres i la gestió de les emocions.

Es demanarà als participants la manera en com conceben els conceptes següents i, a continuació, a través d'un debat obert, hauran d'elaborar la descripció d'aquests. És interessant veure com ells perceben aquests termes, així com les característiques que atribueixen a cada un. Després, complementarem el que s'ha estat parlant amb les definicions més adequades:

- Autoconcepte: com em veig i em percebo a mi mateix, així com les característiques que atribueixo a la meva persona segons la vida que he tingut. És a dir, les nostres experiències han creat una aproximació de la imatge que representem i nosaltres recorrem a aquesta imatge de forma descriptiva.
- Autoimatge: valoració subjectiva que realitzem de nosaltres mateixos. No implica l'experiència sinó la personalitat, els comportaments, les reaccions que hem tingut durant la nostra experiència vital. El subconscient és qui regula aquesta part.
- Autoestima: actituds que tenim cap a nosaltres mateixos. Creem una imatge de

nosaltres mateixos on integrem aspectes tant personals com corporals, que interpretem de forma subjectiva. Si aquesta valoració és negativa, pot provocar dolor en el cos o en la ment.

Recollir la idea que hi ha moltes maneres de percebre'ns i interpretar-nos a nosaltres mateixos, així com definir-nos. És per això que cal treballar aquests conceptes per millorar la relació amb un mateix.

### ***Reflexió de la tasca per casa:***

Lectura de les auto-caracteritzacions que han escrit a casa i obrir debat sobre la forma en què ens veiem i ens descrivim a nosaltres mateixos. Poden llegir-se una per una o, si algú prefereix no fer-ho, llegir-les per separat senyalant aquelles frases que indiquin un terme o un altre.

Es tracta de trobar sentit a com un es veu a un mateix i es presenta envers el món, des de la figura de l'observador extern. Segons la manera en com s'han descrit els joves, podem distingir els tres conceptes que s'han parlat al principi de la sessió: autoconcepte, autoimatge i autoestima. També es podrà distingir si el to és positiu o negatiu. El terapeuta podrà rectificar o formular altres maneres de dirigir-se a un mateix però des d'una postura constructiva.

Al final de la sessió, es rescaten alguns aspectes comentats en la Sessió 5, respecte a la figura de l'observador extern i les bases fonamentals del *mindfulness*.

## **SESSIÓ 8**

### ***Recollir aspectes sobre la sessió anterior:***

Obrir espai a què els joves comparteixin aspectes oberts de les sessions passades, tenint en compte que ja ha passat l'equador del tractament. Les sessions que vénen a partir d'ara van encarades a la relació amb els altres i amb l'entorn, per tant, és important

assegurar-nos que els joves han assolit un bon nivell d'autoconeixement i han adquirit habilitats i recursos personals que els permetran adaptar-se millor al món. Pot ser que els joves hagin estat reflexionant sobre l'auto-caracterització, ja que és una tècnica amb gran contingut emocional. Haurem de donar espai a inquietuds derivades de la tècnica, si és necessari.

Abans de començar amb la tècnica, assenyalarem també el canvi en les dinàmiques. És a dir, la primera meitat del tractament ha estat més centrat en l'autoconeixement (mirada endins), mentre que la meitat que comença en aquesta sessió, té l'objectiu d'incorporar la mirada dels altres. Mentalitzar implica prendre consciència dels sentiments, pensaments o emocions tant d'un mateix com dels altres. Ambdues parts són igual d'importants perquè hi hagi coherència en les relacions i s'estableixin de forma segura.

#### ***Dinàmica grupal: tècnica de les carícies.***

Introduïm la tècnica amb les idees que hem compartit al principi de la sessió. Remarcar el fet d'incorporar i valorar aquells atributs o estats positius que generem en les altres persones. La consciència dels estats mentals propis i aliens ha d'allunyar-se de polaritzar les idees en positives o negatives. Tendir a interpretar-los sempre positivament, així com negativament, no és un indicador de salut psíquica. Simplement, els estats mentals i les experiències s'han de valorar pel que són, procurant no fer una valoració pejorativa o perjudicial per a l'individu. És obvi que hi ha aspectes més o menys agradables, però cal vetllar per una estabilitat psicològica i una òptima regulació emocional i això s'aconsegueix amb una mentalització saludable.

La tècnica següent consisteix a valorar aquells aspectes identitàris reforçadors que poden ser un estímul i un motor de canvi de cara a la relació que tenen els joves amb el

seu entorn.

Els terapeutes reparteixen un full en blanc a cada pacient, on hi ha el seu nom escrit. Cada pacient haurà de passar el full al seu company de l'esquerra, fins que el tornin a rebre.

Cada pacient haurà d'escriure dues carícies positives, que resultin constructives, sobre cada company, una incondicional i una condicional:

- Incondicional: atributs o adjectius que es donen en aquella persona pel simple fet de ser ella.

Ex: és una persona que transmet calma i serenor.

- Condicional: equivalen a les aptituds, capacitats o habilitats de la persona.

Ex: m'agrada que sempre tingui opinions constructives en els altres.

Entregarem un full en blanc a cada pacient. Cadascú haurà d'escriure el seu nom a dalt de tot i haurà de dividir el full en dues columnes: carícies incondicionals i carícies condicionals. Els pacients rebran tots els fulls, excepte el seu, i escriuran els dos tipus de carícies.

És important que sigui plantejat de forma positiva o constructiva, és a dir, no tindrem en compte les carícies negatives. Aquesta tècnica pretén facilitar que ens sentim apreciats pels altres, a partir de reconèixer la seva presència a través d'una 'carícia' o atribut positiu. Quan la persona rep atributs agradables, podrà enfortir al *self* segur, amb fortalesa. També es genera una sensació de benestar, afecte i vitalitat.

Un cop tots els pacients tinguin el seu full completat, el llegiran en veu alta. Cada atribut haurà de precedir-se d'un *Jo sóc* o *Jo em mostro...*

Finalment, es fa una recollida final on els participants comparteixen com s'han

sentit amb el que els altres han escrit; si s'identifiquen o no...

A partir de les conclusions que ells mateixos extreuen, s'obre un debat de reflexió sobre la imatge que tenim de nosaltres mateixos *versus* la imatge que tenen els altres de nosaltres.

Per últim, també s'haurà d'explorar com els pacients integren les carícies que han escrit els seus companys. És a dir, veure si són capaços de reconèixer-les i integrar-les en ells mateixos o bé les ignoren, les separen de la seva persona o les posen en dubte.

<b>SESSIÓ 9</b>
-----------------

**Psicoeducació sobre el vincle:**

*L'origen de la mentalització està en els vincles primerencs que establim amb els nostres pares. Això no té perquè significar que no han sigut uns bons pares, sinó que potser no van saber detectar algunes necessitats i/o demandes durant la infantesa.*

*La forma en com ens hem relacionat amb la nostra família ens influencia en com ens relacionem amb els altres. És important conèixer aquestes dinàmiques i prendre consciència per poder cuidar les nostres relacions.*

*Si aprenem de quina manera ens comportem amb les persones i ens vinculem a elles, sabrem col·locar-nos en la posició adequada en els conflictes així com prendre la part de responsabilitat que ens toca en la relació.*

**Detecció de tipus d'aferrament:**

Explicació dels quatre tipus d'aferrament que es distingeixen segons la teoria de l'aferrament adult: segur, ansiós/ambivalent, evitatiu i desorganitzat.

Alguns exemples per complementar:

- Aferrament segur: *em sento còmode amb altres persones, en grup o individualment, compartint intimitat. No em fan patir les relacions que tinc amb la meva parella, no em sento insegura.*
- Aferrament ansiós/ambivalent: *quan no estic amb les persones que m'estimo al costat, tinc por de perdre-les o que els hi passi alguna cosa. Em tranquil·litza que em mantinguin informada, saber sovint com estan. Tinc ansietat per les relacions.*
- Aferrament evitatiu: *em sento incòmode en els compromisos, ja que sento que perdo*

*autonomia i independència. No vull implicar-me amb algú, prefereixo anar al meu aire.*

- Aferrament desorganitzat: *em sento incòmode amb algú però alhora necessito aquesta relació. Em sento entre dependent i independent i experimento sentiments contradictoris, per això em costa mantenir les relacions estables.*

A partir de l'exposició dels tipus d'aferrament, es generarà un debat sobre amb quin estil s'identifiquen més. També pot guiar-se la sessió a través de preguntes dirigides a profunditzar més sobre l'estil de vincle:

- Creieu que existeixen patrons que es repeteixen en les vostres relacions?
- Quin dels quatre tipus d'aferrament creieu que predomina en la relació amb els vostres pares o figures de referència?
- Fins a quin punt considereu que aquestes dinàmiques també es reproduïxen en la vostra família?
- Creieu que hi ha hagut modificacions o canvis en la manera de relacionar-vos? És a dir, potser en un moment de la vida us heu identificat amb un tipus d'aferrament, però ara considereu que us situeu en un altre.

## SESSIÓ 10

En aquesta sessió, seguirem amb la línia d'enfocar als pacients a l'exterior, per reforçar la incorporació dels estats mentals dels altres en la seva forma de veure el món. Guiarem la sessió de manera que els pacients reflexionin sobre l'equilibri que es crea entre ells mateixos i les figures d'aferrament que decideixin treballar.

### ***Dinàmica emocional sobre els vincles significatius:***

El pacient ha de pensar en dues persones a les quals li agradaria dirigir-s'hi o que tenen un pes significatiu en la seva vida actual. És important que les persones que esculli

tinguin rellevància en el present i formin part de l'entorn accessible del pacient. No s'ha de confondre amb la tècnica de la cadira buida, ja que es tracta de millorar el coneixement interpersonal del pacient i brindar eines en la regulació de les relacions.

El terapeuta haurà d'estar atent, en tot moment, del contingut que expressa el pacient. S'haurà d'explorar les relacions que tenen amb les persones que han escollit, i discriminar aquell contingut relacionat amb una vinculació segura del contingut que podria indicar una relació poc assertiva o perjudicial. Es pot intervenir a nivell 'teòric', i recordar aspectes que es van comentar en la sessió anterior amb relació als tipus de vincles d'aferrament.

La sessió es dirigirà a partir d'unes preguntes concretes, que poden ser reformulades segons el terapeuta i el seu estil. El terapeuta va llegint les preguntes i els pacients, per torns i dirigits pel terapeuta, responen les preguntes. Els pacients responen les preguntes mirant a la cadira, dirigint-s'hi de forma directa. És important mantenir la mirada del pacient fixa; si dirigeix la mirada al terapeuta, aquest ha d'intervenir i centrar-lo de nou en la tasca.

Exemple: *Per a mi signifiqués... / M'aportes.../ Jo t'aporto...*

Poden revisar-se les preguntes abans de la sessió i seleccionar les que semblin més rellevants, per si es vol donar preferència a una qüestió o a una altra. També dependrà de l'estil del terapeuta a l'hora de conduir la sessió:

- Qui és aquesta persona i què significa per tu?
- Que aporta? Què li aportes tu?
- Quines coses et fan sentir que està al teu costat? Quines coses li demostres tu per fer-li sentir que està al seu costat?
- Hi ha hagut alguna situació on hagis patit per aquesta relació? Quina part de



responsabilitat tenia aquesta persona en el conflicte? Quina part de responsabilitat tenies tu?

- Com valors la relació actualment?

\*En cas de valoració negativa: quina posició podrien prendre per a millorar la situació actual?

- Consideres que la comunicació que teniu ambdós és assertiva o més aviat passivo-agressiva?

Guiar i contenir el contingut emocional que els pacients expressin, de manera que prenguin consciència sobre la manera en com mengen les relacions i com aquestes decisions creen dinàmiques concretes, que acaben construint una tipus de vinculació determinada.

## SESSIÓ 11

### *Dinàmica grupal: dinàmica emocional dels refugis.*

Cada pacient col·loca tres cadires davant de la cadira on està assentat. Cada una representa simbòlicament un refugi que ells identifiquen. Poden ser des de persones, a llocs, objectes que tinguin significat, habilitats i/o competències pròpies... El pacient decideix si la família ocupa un sol refugi o més d'un (més d'una cadira).

Els refugis són llocs que els tranquil·litzen, que els fan estar bé; llocs on poden recórrer si es senten sobrepassats o estan vivint una situació angoixant. Són records, pensaments o estats mentals els quals l'individu pot retornar a la consciència, per sentir-se més segur i protegit pels seus refugis.

El pacient seurà a cada cadira amb significat. Haurà de parlar des de la veu d'aquest refugi, dirigint-se a ell mateix, en tercera persona. Com a refugi, haurà de dir en veu alta què pot aportar i què no pot aportar al pacient.

La dinàmica, apart de tenir una funció movilitzadora i un objectiu de regulació emocional, també pretén que el pacient ajusti expectatives envers determinats aspectes del seu món extern i no delegui responsabilitats o decisions pròpies.

Ex: si el pacient tria que un refugi sigui l'esport, haurà de seure a la cadira que correspongui aquest refugi i parlar-se a ell mateix des d'aquella posició. Haurà de verbalitzar en veu alta què li pot aportar (satisfacció, benestar, constància...) i el què no (millora de les relacions interpersonals).

Ex: el pacient escull a la família. Algunes coses que li podria aportar són benestar, diversió, tranquil·litat, amor... Algunes coses que no li pot aportar són decisions, omplir buits, autoestima alta...

Durant tota la dinàmica, el terapeuta acompanya al pacient i es col·loca de peu o sentat al seu costat. Si el pacient busca la mirada o aprovació verbal del terapeuta, aquest redirigeix la mirada a la cadira, mantenint la conversació entre ell i el refugi.

La sessió anirà encarada a analitzar el contingut del discurs dels pacients, i veure si realment disposa expectatives realistes sobre els seus refugis o disposa responsabilitats pròpies fora d'ell mateix. També afavoreix l'autoconeixement i l'*insight*, ja que promou un pensament introspectiu sobre allò que valora al seu entorn, alhora que identifica responsabilitats pròpies enlloc de delegar-les en els altres.

És important donar espai a les conclusions que extreuen els pacients de les seves pròpies intervencions.

<b>SESSIÓ 12</b>
------------------

***Dinàmica grupal: línia del temps.***

Aquesta tècnica es pot fer enfocada al passat o al present. Implica una projecció en el temps. Es tracta d'imaginar que han passat alguns mesos, per guanyar perspectiva de l'evolució que s'ha tingut respecte el moment present. En certa manera, és una forma de predir com el jove encara el futur i, per tant, valora l'eficàcia del tractament i la seva evolució personal.

Els pacients es col·loquen a un punt de la sala, mirant cap endavant. La tècnica es farà individualment, un per un. En primer lloc, expressen com es senten en el present. Un cop tots ho han expressat, han d'imaginar que ha passat un temps concret (cada un el que consideri), però si des d'una perspectiva de futur.

Un cop han decidit el temps futur que volen utilitzar en la tècnica, fan un pas endavant i es col·loquen en una posició simbòlica, que correspongui al temps que ha passat.

Un cop s'han situat en una posició de futur, es col·loquen mirant a la posició on estaven abans (el jo present) i parlen des del jo futur. Des de la posició de futur, hauran de respondre les següents preguntes:

- Com et veus/sents des d'aquesta posició?
- Què ha canviat? Què hi ha de diferent entre el teu *jo passat* i el teu *jo futur*?
- Quin consell donaries al teu *jo passat*?
- Quin regal simbòlic li donaries al teu *jo passat*? (plasmant la necessitat del 'jo present').

Quan el pacient torna a la posició present, juntament amb el terapeuta i el feedback

dels companys, es recullen tots els aspectes que s'han compartit des del punt futur, i quina reflexió se'n fa des del present.

### SESSIÓ 13

És possible que la tècnica realitzada la setmana passada hagi generat alta intensitat emocional, així com reflexió sobre la seva experiència, pors, inquietuds... És important que, com a professionals, estiguem segurs que tots els temes que s'obren a nivell emocional es tanquin; i més tenint en compte que ens trobem al final del tractament.

La sessió s'iniciarà de forma informal, comentant els temes que els pacients portin a la sessió. No hi ha una estructura rígida de tancament, ja que dependrà molt del que els pacients necessitin aportar. És imprescindible reservar aquesta sessió a les seves demandes i dubtes respecte el futur, en relació a la finalització del tractament. A continuació enumerem una sèrie d'aspectes a tenir en compte durant el tancament, els quals ocuparan més o menys espai en la sessió segons els joves i l'estil del terapeuta:

- Reflexió sobre la dinàmica de la setmana passada, en relació a la posició de canvi i de consciència en la qual es situen.
- Revisar els aspectes més significatius al llarg del tractament, o aquelles dinàmiques que els han sigut més útils o reveladores.
- Demanar què els ha ajudat i què creuen que es podria millorar, per avaluar la satisfacció grupal.
- Reforçar la constància dels membres del grup, com a factor d'èxit terapèutic i també del seu funcionament intern.
- Recordar els recursos i habilitats que s'han anat adquirint, i insistir en la seva utilització en la vida quotidiana. És a dir, reforçar la postura activa i la utilització d'eines pròpies en la millora respectiva de cadascú.
- Donar esperança i seguretat així com recordar que poden recórrer a recursos

psicològics sempre que ho necessitin. Reforçar la idea de demanar ajuda si és necessari.

- Acomiadament.

Declaro que aquest treball és original i ha estat realitzat per mi mateix/a, sense haver fet servir altres fonts o ajudes diferents a les referenciades. També he assenyalat la procedència dels fragments literals, o de contingut, que he après de tercers (Ruipérez & García-Cabrero, 2016).