

# TREBALL FI DE MÀSTER

## Màster Universitari en Psicologia General Sanitària

Curs 2018-19

### Anàlisi i Treball Terapèutic Basats en la Mentalització en un Cas de Trastorn Límit de la Personalitat

Realitzat per Júlia Cortina Rubio

Dirigit per Inés Aramburu Alegret

17 de Juliol de 2019

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

c. Císter, 34  
08022 Barcelona

[www.blanquerna.edu](http://www.blanquerna.edu)

Anàlisi i Treball Terapèutic Basats en la Mentalització  
en un Cas de Trastorn Límit de la Personalitat

Júlia Cortina Rubio

Universitat Ramon Llull

Directora: Inés Aramburu Alegret

Facultat: Blanquerna

Any: 2019

**Resum**

La Teràpia Basada en la Mentalització (MBT) va ser inicialment proposada pel tractament del trastorn límit de la personalitat, i s'ha demostrat efectiva en la reducció de conductes suïcides i autolesives, així com en una millora del funcionament social i interpersonal. A dia d'avui, compta amb una àmplia aplicació en el tractament diversos trastorns. L'enfoc parteix de la importància del tipus de vincle establert durant la primera infància, els traumes en l'aferrament i del paper que hi juga en les relacions que la persona desenvolupa a l'edat adulta.

El present treball exposa el cas d'una pacient amb trastorn límit de la personalitat contemplat des del marc de la mentalització. Es presenta una avaluació no estructurada de la capacitat mentalitzadora de la pacient, així com unes intervencions terapèutiques enfocades a

agumentar la funció reflexiva de la pacient. La finalitat última del treball terapèutic és la d'aconseguir en la pacient una major regulació emocional i organització del self.

*Paraules clau:* mentalització, funció reflexiva, vincle afectiu, trauma, trastorn límit de la personalitat.

### **Abstract**

Mentalization-based therapy (MBT) was initially proposed for the treatment of borderline personality disorder. It has been proved to be effective in reducing suicidal and self-harm behaviours as well as in improving social and interpersonal functioning. To date, it has a wide application in the treatment of various disorders. The focus is on the importance of the type of bond established during early childhood, the traumas in the attachment and the role played by it in the relationships that the person develops in adulthood.

This paper presents the case of a patient with a borderline personality disorder approached through the prism of mentalization. An unstructured evaluation of the mental capacity of the patient is presented, as well as therapeutic interventions aimed at increasing the reflective functioning of the patient. The ultimate purpose of therapeutic work is to achieve a greater emotional regulation and organization of the self in the patient.

*Keywords:* mentalization, reflective function, attachment, trauma, borderline personality disorder.

## Índex

<b>Introducció</b> .....	<b>4</b>
<b>Marc Teòric</b> .....	<b>5</b>
Traumes en les Relacions d’Aferrament .....	11
L’Abordatge Clínic: La Teràpia Basada en la Mentalització .....	12
La MBT: una Aposta en la Pràctica Clínica .....	16
<b>Descripció del Cas i Avaluació</b> .....	<b>18</b>
Antecedents Clínic Personals .....	20
Avaluació de la Mentalització .....	21
<b>Pla de Tractament i Curs de la Intervenció</b> .....	<b>25</b>
Intervencions Enfocades a Recuperar la Mentalització .....	25
Moment actual .....	29
<b>Conclusions</b> .....	<b>30</b>
<b>Referències bibliogràfiques</b> .....	<b>31</b>

## Introducció

L'objectiu del treball és analitzar la capacitat de mentalització d'una pacient atesa en el circuit del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de Sant Andreu. Així mateix, s'analitzaran les intervencions realitzades per la terapeuta per tal de fomentar la capacitat de mentalització en la pacient amb la finalitat d'aconseguir una major regulació emocional i organització del self.

Per tal d'il·lustrar-ho, s'han escollit uns fragments de les sessions al centre amb la pacient. Els detalls de la identitat personal del cas clínic que aquí es descriu han estat modificats amb el propòsit de protegir el dret a l'anonimat; qualsevol dada personal susceptible de ser reconeguda, ha estat omesa. Aquestes sessions han estat supervisades al propi centre.

El CSMA està situat al Centre de Salut Isabel Roig-Casernes. Es tracta d'un centre concertat, gestionat per la Fundació Vidal i Barraquer, que atén en règim ambulatori. Dóna serveis d'atenció especialitzada i de suport a l'atenció primària als pacients majors de 18 anys del districte municipal de Sant Andreu, que comprèn els barris de La Trinitat Vella, Baró de Viver, El Bon Pastor, Sant Andreu, Congrés i els Indians, La Sagrera, i Naves. El centre compta amb un equip multidisciplinar format per professionals de la psicologia, la psiquiatria, la infermeria, i el treball social que treballen amb els pacients i les famílies. El centre treballa, principalment, des de l'orientació psicodinàmica.

L'objectiu del CSMA és atendre, de manera personalitzada i a través del diagnòstic, orientació, tractament i seguiment, la població adulta amb trastorns de diferents complexitats, amb la col·laboració de l'atenció primària. Una part important de la població atesa dins el circuit del CSMA són persones amb un diagnòstic principal de trastorn de la personalitat. L'últim any, al CSMA de Sant Andreu s'ha atès un total de 4632 pacients, dels quals 359

tenen un diagnòstic principal de TP. És a dir, un 7,8% de la població que ha arribat al circuit, pateix un trastorn de la personalitat.

Segons estadístiques de l'Hospital Vall d'Hebron (2019), pel que fa al Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) a la població general adulta, la prevalença es situa entre el 1.4% i el 5.9% i es considera el Trastorn de Personalitat (TP) més diagnosticat en els diferents nivells assistencials. Als adolescents, el TLP té una prevalença entre el 0,7 i el 2.7%.

El present treball parteix de la premissa que la Teràpia Basada en la Mentalització ha demostrat la seva eficàcia en el tractament amb persones diagnosticades amb algun trastorn de la personalitat. Tot i haver estat formulada pel tractament amb persones amb un trastorn límit de la personalitat, i com s'exposa més endavant en el treball, les aplicacions a dia d'avui són diverses.

Donat el percentatge elevat de casos atesos per aquesta problemàtica en el circuit sanitari de la xarxa pública, i havent observat al CSMA que les intervencions amb els pacients per part dels professionals tot sovint van orientades a promoure la mentalització dels pacients, amb el present treball es pretén recolzar i impulsar la formació específica en el marc sanitari per una aplicació estructurada de la TBM, que ofereix una guia en la pràctica clínica a la vegada que permet avaluar l'eficàcia de la teràpia esmentada.

### **Marc Teòric**

La mentalització es refereix a la capacitat d'entendre i interpretar la conducta humana, la pròpia i la dels demés, basada en estats mentals com ara pensaments, sentiments, necessitats, desitjos, així com també idees errònies, enganys i/o desil·lusions. Tal interpretació ens ajuda a veure la conducta i a les persones com a éssers intencionals i, en certa mesura, predictibles (Allen et al., 2008; Bateman, Fonagy i Luyten, 2012). D'origen

psicoanalític (Marty, 1991), el concepte de mentalització va estretament lligat a la teoria de l'aferrament.

La teoria de l'aferrament, o teoria del vincle, va ser proposada per John Bowlby a la dècada dels anys 50. Una de les declaracions més importants postula que un recent nascut necessita desenvolupar una relació propera i continuada amb un cuidador primari per a que el seu desenvolupament social i emocional es produeixi amb normalitat. Va situar així la construcció del vincle d'aferrament com el procés mitjançant el qual la persona desenvolupa les capacitats emocionals per a relacionar-se d'una manera sana i madura en les posteriors relacions afectives significatives (Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988).

Ainsworth et al. (1978) van dissenyar una situació experimental anomenada la Situació Estranya, per examinar l'equilibri entre les conductes d'aferrament i d'exploració, sota condicions d'estrès. Es tracta d'una prova de laboratori per mesurar l'aferrament en infants d'entre 12 i 24 mesos. L'objectiu era avaluar la manera en què els nens utilitzaven els adults com a font de seguretat, des de la que explorar l'ambient; observar també la forma en què reaccionaven davant la presència d'estranyos, i sobretot en els moments de separació i retrobament amb la mare o cuidador. Ainsworth va trobar clares diferències individuals en el comportament dels infants davant aquestes situacions, que va permetre descriure tres patrons conductuals representatius dels tres estils d'aferrament establerts: aferrament segur, aferrament insegur-evitatiu i aferrament insegur-ambivalent.

Posteriorment, es va identificar un quart: l'aferrament desorganitzat (Main i Solomon, 1986, 1990). Els infants amb aquest tipus d'aferrament manifesten elements dels altres aferraments (ambivalent i evitatiu) però no són capaços d'organitzar les relacions de manera coherent i organitzada, mostrant-se insegurs i desorientats. El dilema de l'infant és no saber si aproximar-se o allunyar-se de les figures d'aferrament, ja que es sent atemorit per qui hauria de ser la seva base segura.

El concepte de mentalització es pot trobar en els textos de Donald Winnicott (Winnicott, 1999) en descriure l'acció materna de posar paraules al que l'infant fa, al que la mare creu que li passa i al que creu que el petit vol. Wilfred Bion (Bion, 1980) també feia referència al concepte de mentalització a través del concepte de *revêrie*, pel qual la mare rep les impressions emotives i sensorials del nadó i les transforma en allò que es pot pensar i anomenar. La mare somia o mentalitza allò que li passa al nen. La mentalització parental durant la primera infància és, doncs, la primera forma de mentalització.

A la dècada dels 90 un grup de recerca de Londres va investigar els elements primordials de la relació mare-fill per a la construcció d'un aferrament segur (Fonagy, Steele i Steele, 1991). Més endavant, aquests autors faran ressorgir el concepte de mentalització com a element decisiu en la construcció d'un vincle d'aferrament segur entre la mare i el nen.

Els conceptes de la teoria de la mentalització han estat operacionalitzats en una sèrie d'investigacions per tal de facilitar la contrastació empírica (Allen, Fonagy i Bateman, 2008; Fonagy i Target, 1997). El concepte de mentalització està sent utilitzat a la pràctica clínica i es proposa la seva aplicació en la comprensió i tractament de diversos quadres (Allen, 2005; Rudden et al., 2008), així com per la confecció de tècniques que afavoreixin l'optimització de les habilitats mentalitzadores del pacient (Lanza Castelli, 2009a).

Les tres classes de processos que constitueixen la mentalització són: processos simbolitzants i transformadors (de les representacions, els pensaments i l'afecte), processos cognitius/imaginatius/atencionals i els processos reguladors de la pròpia acció (Fonagy et al., 1993). Aquests processos mentals de la mentalització cal diferenciar-los dels continguts amb els que treballen, com ara pensaments i sentiments.

Luyten et al. (2012) van identificar quatre dimensions de la mentalització: 1) implícita – explícita; 2) orientada cap a un mateix – orientada cap als demés; 3) cognitiva – afectiva; 4) centrada en allò intern – centrada en allò extern.



La mentalització implícita fa referència als processos que transcorren de manera no reflexiva i automàtica i constitueixen la major part del mentalitzar. Empatitzar, respectar torns de paraula en una conversa, i tenir en compte la perspectiva de l'altre de manera no conscient, són exemples de mentalització implícita. Tal i com apunten Allen, Fonagy i Bateman (2008), funciona com intuïció i inclou sentiments i judicis, articulats a partir de l'aprenentatge implícit i fora de la consciència explícita. La mentalització explícita és aquella que inclou processos simbòlics, deliberats i reflexius, articulats a través del llenguatge. És l'acte de posar paraules als sentiments, prendre consciència de com funciona la ment i analitzar seqüències de pensament. La psicoteràpia busca precisament la mentalització explícita per tal de solucionar conflictes inter i intrapersonals. La psicoteràpia mira de fer conscient allò menys conscient mitjançant la mentalització (Allen, Fonagy i Bateman, 2008).

D'altra banda, es diferencia la mentalització dirigida cap a un mateix de la focalitzada en els demés. La primera fa referència, entre d'altres, a la percepció del propi funcionament mental, que parteix de la curiositat genuïna de comprendre els propis pensaments i sentiments, així com a la creença de que els propis sentiments poden ser confosos. Implica també el reconeixement de conflictes entre idees i pensaments incompatibles, així com la percepció de les defenses que s'activen (Allen, Fonagy i Bateman, 2008; Bateman i Fonagy, 2006). L'afectivitat mentalitzada fa referència a la capacitat de regular les emocions a través de la mentalització, en tant que la persona comprèn el significat subjectiu dels propis estats afectius (Fonagy et al., 2002). Com més familiaritzada estigui la persona amb la pròpia experiència subjectiva, més efectiva serà la pròpia regulació emocional. Aquesta expressió descriu, doncs, com la regulació emocional és transformada per la mentalització.

D'altra banda, la mentalització dirigida als demés implica també curiositat i respecte per les perspectives alienes. Tanmateix, queda obstaculitzada pel grau sempre existent d'incertesa a l'hora de conèixer els pensaments i sentiments dels altres, i per l'egocentrisme

inconscient de creure que els altres comparteixen la mateixa perspectiva (Allen, Fonagy i Bateman, 2008; Decety, 2005).

Tal i com s'ha introduït anteriorment, la mentalització és una capacitat que es desenvolupa a partir d'una sèrie de passos evolutius i en un context d'aferrament segur (Lanza, 2011). Requereix varis anys de desenvolupament, maduració cerebral i experiència interpersonal. En aquest desenvolupament hi té cabuda el self com agent actiu, que inclou una sèrie de processos entre els quals es troba la funció de mentalitzar (Fonagy i Target, 1997). L'infant, en els primers mesos de vida es percep com agent físic i com agent social. A partir de la segona meitat del primer any de vida, es percep a sí mateix i als altres com agents teleològics, és a dir, que realitzen accions dirigides a aconseguir un objectiu. Les accions van encaminades a la consecució d'un resultat físic, i no provenen d'un procés mental. Alguns pacients amb trastorns de la personalitat donen compte d'aquesta falla (Fonagy et al., 2002). Durant el segon any de vida aquesta postura evoluciona i l'infant pot interpretar les accions com a resultat de desitjos i intencions (Fonagy, 2006; Allen, Fonagy i Bateman, 2008). Entre els 3 i 4 anys d'edat, l'infant és capaç d'anar més enllà de les representacions perceptives i desenvolupa la capacitat de comprendre els estats mentals com a tals. El ple desenvolupament arriba amb la meta-representació: la persona és capaç de produir representacions sobre representacions (Fonagy et al., 2002). És en aquest recorregut que es posen en marxa quatre processos que permeten constituir la mentalització:

- La constitució de representacions per regular l'emoció: a través de les funcions del cuidador com a persona que atén i respon a les demandes de l'infant, aquest estableix unes representacions que creen la base per la regulació de l'afecte i el control d'impulsos (Bateman i Fonagy, 2004). Les falles en la funció del cuidador poden predisposar a desenvolupar un o altre trastorn de la personalitat.

- L'atenció conjunta: desenvolupada a la infància, és de gran importància a l'hora de mentalitzar, i és estimulada en psicoteràpia al focalitzar-se en processos i continguts mentals del pacient (Allen, 2006).
- El llenguatge: l'adquisició del llenguatge s'inicia a partir de l'atenció conjunta, i el seu refinament es fa necessari per un correcte i complet desenvolupament d'una teoria de la ment (Lanza, 2011).
- Les interaccions pedagògiques: l'infant aprèn sobre si mateix a partir del que aprèn del cuidador. Pot integrar una representació mentalitzada de les seves emocions connectant les seves emocions corporals amb una representació mental provinent de la resposta de la mare (Lanza, 2011).

Les relacions d'aferrament i les interaccions mentalitzadores són la base per un desenvolupament de la mentalització. Aquest desenvolupament dependrà de factors genètics i de l'aferrament segur que afavoreixin que el potencial biològic es manifesti fenotípicament (Lanza, 2011). La capacitat de mentalitzar (funció reflexiva) de la mare, en serà una peça clau.

Es pot concloure que existeix una relació estreta entre aferrament segur i interaccions mentalitzadores. L'aferrament segur facilita un clima on existeixin aquestes interaccions, i les respostes mentalitzadores de la mare afavoreixen la regulació emocional de la criatura, que consolida un tipus de vincle segur. En aquest context, el vincle i les interaccions afavoreixen una adequada capacitat mentalitzadora en l'infant. El sistema d'aferrament és, doncs, el primer regulador de l'experiència emocional. Aquests patrons d'aferrament que s'estableixen durant els primers anys de vida de l'infant, es mantindran relativament constants al llarg de la vida (Lanza, 2011).

### **Traumes en les Relacions d'Aferrament**

Com ha estat esmentat anteriorment, el trauma en una relació d'aferrament té unes conseqüències en el mode relacional que adquireix l'infant i que poden perdurar fins la vida adulta. Aquests traumes produeixen por a la proximitat emocional i a la dependència (Lanza, 2011).

L'abús emocional, segons Bifulco i Morán (1998), es pot manifestar a través d'un abús psicològic o la antipatia. Aquesta segona fa referència a actituds poc acollidores cap a l'infant, crítiques i sovint amb l'afegit de favoritisme cap a un germà. Tal i com indiquen aquests autors, és la inaccessibilitat psicològica dels pares la forma de maltractament més subtil i un aspecte rellevant dins l'abandonament emocional. D'altra banda, les actituds autoritàries dels pares, on no existeix el diàleg ni l'explicació de les normes, provoquen en l'infant un rebuig cap als pensaments de les figures d'aferrament, ja que són sovint pensaments hostils dirigits cap a ell (Fonagy i Target, 1997). D'aquesta manera, s'inhibeix així la capacitat mentalitzadora de manera defensiva, deixant poc espai a fer front a les complicades situacions i dinàmiques familiars.

Per tant, els traumes en les relacions d'aferrament incideixen en la capacitat mentalitzadora. En les situacions traumàtiques, es veuen afectats processos simbòlics i reguladors i s'activa el mode de funcionament prementalitzador, on prevaleixen els modes d'equivalència psíquica i el mode teleològic. L'equivalència psíquica implica que la persona no sent que les seves idees són una representació de la realitat, sinó una rèplica de la mateixa, vertadera i compartida per tothom. Pensament i realitat, doncs, no es diferencien (Fonagy i Target, 1996). D'altra banda, quan es reactiva el mode teleològic, propi dels primers mesos de vida, la persona interpreta el comportament de l'altre en funció de les conseqüències observables, i no com a conseqüència d'un estat mental. Per aquest motiu, la persona creu en els actes observables i no en les mostres significatives dels afectes. Per últim, en un context

de prementalització, el pacient pot fer “com si” avancés en la teràpia, però les seves associacions i les paraules del terapeuta no tenen incidència ni transcendeixen a la realitat de la persona (Bateman i Fonagy, 2004).

### **L'Abordatge Clínic: La Teràpia Basada en la Mentalització**

L'objectiu de la teràpia és incrementar la resiliència de la capacitat de mentalització. Amb termes utilitzats anteriorment: es busca que el pacient transformi els models teleològics en intencionals, i que accedeixi a un pensament amb valor representacional. Es procura que el pacient pugui simbolitzar els seus afectes i d'aquesta manera regular-los, desenvolupant un intermediari entre sentiments i accions. Entendre els estats mentals propis i aliens per prendre decisions que el representin i aconseguir relacions interpersonals més satisfactòries (Bateman i Fonagy, 2004, 2006; Lanza, 2009b, 2010b).

El o la terapeuta ha de procurar al pacient una base segura des de la qual explorar múltiples aspectes dolorosos de la seva vida i poder pensar-los i reconsiderar-los (Bowlby, 1988). D'altra banda, el/la terapeuta s'ha de col·locar en una postura mentalitzant i fer-se preguntes sobre el comportament i expressions del pacient així com dels sentiments que en ell o ella desperta (Bateman i Fonagy, 2004).

L'enfoc terapèutic basat en la mentalització compta amb les següents característiques:

- Es dona una atenció conjunta als estat mentals del pacient (pensaments, sentiments, desitjos...) amb l'objectiu d'incrementar la simbolització de la seva pròpia experiència. D'aquesta manera podrà construir representacions més adequades per simbolitzar i regular els seus estats interns (Lanza, 2010a).
- Les intervencions del terapeuta han d'anar lligades a l'experiència vivencial del pacient, no són interpretacions clàssiques del psicoanàlisi. Es treballa amb continguts

preconscients o conscients fins que es consideri que el pacient pot acollir el material inconscient sense sentir-se aclaparat per ell (Fonagy i Bateman, 2006).

- L'objectiu no és la consecució de l'*insight*, sinó la recuperació de la capacitat mentalitzadora. Es fa èmfasi en els processos mentalitzadors i no tant en el contingut inconscient, ja que si la capacitat mentalitzadora està compromesa, el pacient no podrà processar les interpretacions ni beneficiar-se'n (Fonagy et al., 1993).
- Es busca la integració del mode d'equivalència psíquica i el mode "com si". El primer mode és massa real, i el segon està desacoblat de la realitat. Quan s'integren tots dos, es recupera la capacitat mentalitzadora i el pacient és capaç de representar-se la realitat i estar en contacte amb ella (Lanza, 2011).

Mentalitzar és el factor comú de les diverses formes de psicoteràpia (Allen, Fonagy i Bateman, 2008). Per aquest motiu, aquest abordatge terapèutic no és exclusiu del tractament amb persones diagnosticades d'un trastorn de la personalitat, sinó que és aplicable a diverses formes de psicoteràpia. Tanmateix, Fonagy i els seus col·laboradors han volgut aportar eines bàsiques per un tractament efectiu dels pacients amb TLP i d'altres TP, que queda recollit en un manual que ofereix un programa estructurat i ofereix una guia pràctica: *El Tractament Basat en la Mentalització per a Trastorns de la Personalitat*.

La Teràpia Basada en la Mentalització (MBT) va ser desenvolupada originalment a la dècada dels 90 i utilitzada, en un principi, per a tractar pacients amb trastorn límit de la personalitat (TLP) en un entorn d'hospitalització parcial. Amb el temps, la MBT s'ha convertit en un enfoc més ampli amb el que comprendre i tractar una major diversitat de trastorns de la personalitat. La proposta de Fonagy i col·laboradors és un tractament estructurat amb una trajectòria curosament gestionada en termes del període de tractament (de 12 a 18 mesos) i del marc de les sessions, en un format individual i grupal.

Existeixen diversos motius que recolzen la seva aplicació en l'àmbit clínic.

Primerament, es considera una eina útil ja que es pot aplicar a les diferents etapes de la vida, des de la psicologia del desenvolupament fins a la vellesa. En segon lloc, les tècniques de la MBT s'aprenen amb facilitat, sense ser necessària una àmplia formació. I per últim, ha estat camp d'interès de la investigació i ha demostrat la seva eficàcia en l'àmbit clínic (Fonagy i Bateman, 2016).

La MBT es superposa amb altres teràpies, des de la cognitiu-conductual fins al psiconanàlisi, però es posa especial èmfasi a la mentalització com a objectiu del tractament. Busca reparar la falla i les carències en la funció mentalitzant, és a dir, en el dèficit de la mentalització que té origen en els primers vincles afectius, que és un procés complex de revertir.

La teràpia tracta, com s'ha esmentat anteriorment, relacions nuclears del vincle, incloent la forma en què s'activen amb el terapeuta i les figures claus de la vida del pacient i la manera en que influeixen en la mentalització en si (Fonagy i Bateman, 2016).

És una teràpia col·laborativa, en la que ha d'existir un desig de comprendre els processos mentals d'un mateix i dels altres. Es divideix en tres fases: A la fase inicial es duu a terme l'avaluació, que és el punt de partida que delimita les capacitats de mentalització, els patrons d'aferrament i les àrees de vulnerabilitat a la disregulació emocional. Es dona especial importància a l'avaluació, moment en què es vol aconseguir el compromís del pacient. La identificació de patrons relacionals es duu a terme a l'inici del tractament per convertir-se en focus relacional del tractament quan sigui apropiat. En tot moment, el pacient és conscient del mètode i de l'enfoc del tractament. És en aquesta primera fase que s'estableixen i es pacten uns objectius clars, que poden incloure fer alguna activitat, o estar vinculats a l'educació o a activitats constructives.

La fase mitja del tractament inclou la teràpia individual i grupal, i la fase final prepara al pacient per la finalització del tractament intensiu, treballant els sentiments de pèrdua i el manteniment dels èxits.

La MBT es fonamenta en quatre principis bàsics:

- El terapeuta s'ha de mantenir alerta a la no mentalització, al desequilibri d'alguna de les dimensions.
- Es té en compte en nivell d'*arousal* del pacient. L'ansietat no pot ser ni molt alta ni molt baixa, per no interferir amb la mentalització.
- Es manté el focus de la sessió si es detecten punts vulnerables de la mentalització (en relació als esdeveniments de la vida o la pròpia sessió).
- El terapeuta ha de mantenir la seva pròpia mentalització. Ha de fer notar al pacient quan no es pot pensar, ja que l'indueix a tenir en compte la ment de l'altre per poder establir un diàleg.

El manual (Fonagy i Bateman, 2016) proposa el següent procés durant la sessió quan el pacient no pot vincular els seus estats mentals amb la seva conducta:

1) Empatia i validació: una escolta empàtica de la història del pacient, buscant l'emoció bàsica del pacient i validant aquesta experiència. Si el pacient experimenta al terapeuta d'una determinada manera, el terapeuta ha de ser curiós i preguntar com ha arribat a aquesta conclusió.

2) Clarificació, exploració i, si fos necessari, desafiament: la clarificació dels fets (com ara una baralla, una autolesió...) busca obtenir més informació així com avaluar l'estat mental premòrbid (els pensaments, expectatives...) i poder reflexionar sobre aquests de manera diferent. Normalment el pacient no és capaç d'identificar amb precisió els seus sentiments, més enllà d'una experiència corporal. La identificació d'una gamma àmplia i definida de sentiments és part del component de clarificació i exploració del MBT.



Es busca també clarificar l'afecte durant la sessió (focus afectiu): com es relaciona el pacient amb el terapeuta en relació al fet que l'ocupa. És un component interpersonal implícit, que cada vegada es procura que sigui més explícit.

3) Seguiment d'un procés estructurat per expandir gradualment la mentalització i animar al pacient a identificar els estats mentals que fins el moment han estat fora de la consciència.

En les sessions, la relació que s'estableix amb el terapeuta s'utilitza per reavaluar les seves relacions a la vida exterior al tractament. Dins el marc de les relacions, s'ha de poder també mentalitzar la contrarrelació: el terapeuta ha de poder explicar com es sent al pacient i presentar-ho de tal manera que sigui un tema interessant a explorar junts.

### **La MBT: una Aposta en la Pràctica Clínica**

Existeixen estudis que recolzen l'eficàcia de la Teràpia Basada en la Mentalització que suposen un gran aportament pel quefer del psicoterapeuta. La MBT s'ha demostrat efectiva en diversos assajos controlats aleatoritzats, tant en la seva modalitat d'hospitalització parcial, com en el tractament intensiu ambulatori (Bateman i Fonagy, 1999, 2001, 2008, 2009, 2010), en la reducció de conductes suïcides i autolesives, així com en una millora del funcionament social i interpersonal, per sobre d'altres tractaments convencionals. A més, molts d'aquests èxits poden arribar a mantenir-se passats 18 mesos (Bateman i Fonagy, 2001) i als 8 anys (Bateman i Fonagy, 2008).

A la unitat de *Halliwick* de l'hospital de St. Ann a Londres, dirigida pel Dr. Bateman, s'ha estat aplicant el tractament tot seguint el "model d'equip únic", que emfatitza la necessitat de que existeixi un equip multidisciplinar cohesionat i que prengui les decisions en conjunt. A *Halliwick* compten amb l'hospital de dia i el Programa Intensiu Ambulatori. En aquest últim, els pacients acudeixen a una sessió individual setmanal de 50 minuts i una

grupals de 90 minuts. A l'hospital de dia, els pacients hi acudeixen a diari i el tractament és més holístic, donada la coordinació entre professionals a les reunions periòdiques.

El Servei Català de la Salut (Canal Salut, 2018) proposa la MBT com una de les alternatives de psicoteràpia a realitzar amb pacients amb Trastorn Límit de la Personalitat, per tractar les desviacions significatives respecte a la manera com les persones perceben, pensen, senten i es relacionen amb la resta.

A continuació s'esmenten alguns articles derivats de la pràctica clínica en centres que treballen dins el marc de la mentalització:

Mateu (2014) il·lustra un exemple de treball amb una pacient limítrofe atesa al CSMA de Montjuïc, on posa especial èmfasi a l'evitació d'interpretacions transferencials clàssiques, i focalitzant-se en l'aclariment de desitjos no declarats, els pensaments i els afectes en la interacció entre terapeuta i pacient durant la sessió.

El treball en mentalització també es duu a terme a la clínica infantil. Lanza i Graell (2014) exemplifiquen dos casos atesos dins aquest marc, al centre de desenvolupament infantil i atenció precoç Dapsi Sant Cugat.

Pel que fa al tractament de persones diagnosticades amb TLP, Carla Sharp, catedràtica de Psicologia de la Universitat de Houston (EUA), advoca per un canvi en l'assistència de TLP als hospitals a nivell mundial (Universitat Autònoma de Barcelona, 2018). Menciona la MBT i la Teràpia Dialèctica Conductual com a efectives, tot i que de llarga durada.

Bleiberg (2015) presenta una adaptació de la MTB adaptada a adolescents i famílies, a través de sessions de família, de grup i sessions individuals de psicoteràpia, així com un exemple d'avaluació de la mentalització a l'inici del tractament.

D'altra banda, la MBT també ha estat adaptada al tractament del trastorn de la personalitat antisocial (TPA). En un estudi pilot dirigit per Jessica Yakeley (2013) per adaptar la MBT a pacients amb TPA, els resultats mostren que els pacients van reduir la seva

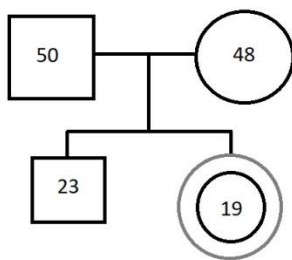
agressivitat envers els altres i ells mateixos, en termes d'intensitat, passats els primers sis mesos de tractament. D'altra banda, van reduir també el malestar subjectiu.

Així doncs, queda demostrada la versatilitat d'aquest enfoc, que també s'ha adaptat i s'ha verificat l'efectivitat en tractaments per a famílies (Asen, 2012), per mares i infants en risc (Suchman et al., 2012), per trastorns de l'alimentació (Skårderud i Fonagy, 2012), per la depressió (Luyten et al., 2012), pel trauma (Allen, 2012) i per l'addicció a les drogues (Philips et al., 2012).

### Descripció del Cas i Avaluació

A continuació es presenta el cas d'una pacient amb trastorn límit de la personalitat atesa al CSMA de Sant Andreu.

La pacient de 19 anys, a qui anomenarem Paula, acudeix al CSMA per crisis d'ansietat, autolesions i insomni recurrent associats a una situació familiar complexa. De la seva anamnesis es destaca que és la menor de dos germans. Els pares són originaris d'un país de l'est, però viuen a un poble de la província de Lleida des de 1990. Es presenta el genograma a la Figura 1.



*Figura 1.* Genograma

La Paula va anar a viure a un pis compartit a Barcelona per tal de poder iniciar una carrera universitària i mantenir-se allunyada del nucli familiar. Es troba en el segon any dels seus estudis, i fins el moment de la consulta havia aconseguit mantenir un bon rendiment

acadèmic i les seves activitats diàries. Es percep un caràcter exigent i responsable. En el moment de la primera visita al CSMA, els pares l'ajuden a nivell econòmic i ella els visita cada dues setmanes de manera obligada. Tanmateix, durant el transcurs de la teràpia, la relació es trenca entre la Paula, els seus pares i el seu germà, i també l'ajuda econòmica que rebia perquè, segons explica, els pares li han dit que com no deixa que la controlin, ha de ser ella qui s'encarregui de tot.

Refereix simptomatologia depressiva de llarga evolució, així com insomni de conciliació persistent associat a pensaments circulars sobre els problemes familiars i disconformitat corporal. En ocasions l'augment del nivell d'ansietat la porta a crisis acompanyades de simptomatologia física com ara taquicàrdia, falta d'aire, sensació de "nus" a l'estómac, cansament; i que, puntualment, comporten desconexió de l'entorn. Nega ideacions de suïcidi, però reconeix la seva existència en el passat.

La Paula descriu, des de la seva primera visita al CSMA de Sant Andreu, unes relacions familiars disharmòniques durant la infància amb episodis traumàtics. Parla d'un pare agressiu, hostil, i relata empentes i pallisses. Fa especial menció a una pallissa que va rebre del pare, que la mare va encobrir.

Descriu uns pares controladors, protectors. La relació amb els seus pares ocupa gran part del seu espai mental, i és el material clínic que porta a les sessions. Al seu germà gran se l'estima molt, i l'entristeix que la relació s'hagi vist trencada per la dinàmica familiar i suposades pressions per part dels pares. La seva relació sempre ha estat molt estreta, tot i que sempre van existir unes clares diferències de tracte del pare cap als fills, amb preferència indiscutible cap al germà.

La Paula, en comptades ocasions ha parlat de les relacions d'amistat: dues noies més grans que ella, en qui confia i en qui, s'hipotetitza, ella busca una figura materna acollidora,

així com ho busca també amb la terapeuta. És homosexual i explica haver tingut alguna parella de curta durada. No ha parlat mai de cap amestat amb una persona de gènere masculí.

Durant les entrevistes manté una actitud col·laboradora. En relació al material clínic treballat, sovint adopta una postura victimista i dramàtica.

### **Antecedents Clínics Personals**

A partir de les entrevistes diagnòstiques, així com a través del sistema informàtic del centre que permet accedir a l'historial mèdic en els diferents dispositius de la xarxa pública sanitària, es recull la informació necessària per a situar el cas.

Als 16 anys va estar vinculada al Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de la zona del seu poble per Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA) i conductes autolesives. La simptomatologia per TCA es va iniciar als 9 anys d'edat i ha tingut una evolució irregular. Al 2017, dos anys després, li van donar l'alta al CSMIJ per bona evolució.

S'observa al llarg de la seva psicobiografia una oscil·lació clínica amb freqüents crisis d'ansietat que ha requerit atenció mèdica urgent. Les pautes farmacològiques (antidepressius i ansiolítics) les ha anat abandonant per decisió pròpia per absència de millora.

Des de novembre de 2018 està vinculada al servei de psicologia i psiquiatria del CSMA de Sant Andreu. Les impressions diagnòstiques pels diferents professionals que l'han atès refereixen trets de la personalitat compatibles amb Cluster B, i diagnòstic de Trastorn de la conducta alimentària tipus anorèxia nerviosa.

En el transcurs d'aquests mesos des de la seva vinculació al CSMA, ha fet múltiples consultes a urgències per abús de benzodiazepines amb l'objectiu d'evadir-se i per autolesions amb finalitat ansiolítica. Amb aquest motiu, es va fer una derivació a hospitalització parcial per tractar la simptomatologia, però va ser donada d'alta a les tres setmanes per incompliment de la normativa en la forma d'autolesions en dues ocasions. En el

moment actual, està en llista d'espera per entrar a l'hospital de dia especialitzat en el tractament del Trastorn Límit de la Personalitat. La Paula, però, mostra certes reticències i pors a ser rebutjada per les autolesions i per les conductes TCA, que consisteixen en la reparició de períodes de dejú, afartaments i vòmits.

### **Avaluació de la Mentalització**

Les primeres entrevistes d'exploració al CSMA permeten aproximar-se a l'avaluació no estructurada de la mentalització de la pacient. A continuació, es pren un fragment de la segona visita exploratòria que és representatiu del perfil de la pacient i la qualitat de la mentalització.

#### *Fragment 1.*

*Terapeuta (T): No sé si vas pensar alguna cosa després de l'última visita... (a la primera visita, la pacient va relatar les pallisses i insults que rebia del seu pare, i l'encobriment per part de la mare, així com de l'exigència cap a ella per a ser la filla perfecte, sense falles).*

*Paula (P): Vaig estar tot el dia plorant... Se'm va venir tot al damunt, al recordar tot el que vaig passar. Em fa mal recordar. A més, no entenc perquè m'ho fan a mi, perquè em tracten així, i al meu germà, que no fa res amb la seva vida, a ell no li diuen mai res ni l'han tractat d'aquesta manera.*

*T: I aquesta diferència amb el teu germà, per què creus que és? Penses que pot ser cultural?*

*Pensem-ho...*

*P: Jo era la que era la tonta, lo dolent de la família... ell era tot lo bo, encara que no hagi estudiat res. Creu la mare que és ell qui se'n cuida de les coses, que jo passaré de tot. A aquest pas, potser sí que serà així.*

*T: Tens alguna idea de per què han actuat d'aquesta manera?*

*P: No ho sé, jo no entenc res, no entenc perquè em fan sentir que sóc tan mala persona. Estic veient que anar a visitar-los em fa més mal que bé. Quan torno d'allà, estic molt pitjor.*

*T: Com són aquestes visites? Parla'm una mica d'aquests moments de conflicte...*

*P: Bé, és que jo no m'amago de res... sóc lesbiana i això ells no ho entenen i ho critiquen. La mare em prohibeix que vagi amb noies, i em vol controlar. Entrem en grans discussions...*

*T: Diries que sempre han estat així, les discussions? Com diries que ha canviat, des de la teva infància, la relació amb els teus pares?*

*P: No ha canviat massa... segueixen igual que sempre i no canviarà...*

En aquest primer fragment, queden representades les següents qüestions entorn a la qualitat de la mentalització de la pacient:

Com s'ha comentat anteriorment, els traumes en les relacions d'aferrament incideixen en la capacitat mentalitzadora. La Paula parla del seu trauma i la incapacitat per pensar-lo:

*“Vaig estar tot el dia plorant... Se'm va venir tot al damunt, al recordar tot el que vaig passar. Em fa mal recordar”.* La pacient va rebre un clar maltractament infantil. Està tancada a la mentalització per motius d'autoprotecció, per evitar pensar en les experiències traumàtiques i no recrear sensacions desagradables. Aquest és un mode de funcionament que acostuma a aparèixer en persones amb una història de trauma (Fonagy, 2016).

Les actituds poc acollidores dels pares, no reflexives i sense diàleg, les crítiques cap a la Paula i un afegit de favoritisme cap al seu germà han provocat en la Paula un rebuig cap als pensaments de les seves figures d'aferrament, ja que són sovint pensaments hostils dirigits cap a ella. D'aquesta manera, s'inhibeix així la capacitat mentalitzadora, incapacitant-la per fer front a les complicades situacions i dinàmiques familiars que persisteixen a dia d'avui.

Es troba immersa en un entorn familiar no-mentalitzador. La mare té grans dificultats per comprendre la situació de la filla. Els progenitors es fixen en la forma, i no en el contingut de les actuacions de la filla. En una conversa telefònica entre la terapeuta i la mare

de la pacient, queda palès el mode teleològic que es troba activat dins el sistema familiar. La mare relata: *“li hem donat tot... i mira com és ara... amb lo maca que era de petita. És que no ens estima!”*. Per ella, són les actuacions concretes, allò visible, el que compta, i no pas els desitjos i intencions de la seva filla. Comportar-se d’una manera que a la mare no li agrada, ho percep com una agressió per part de la Paula. No es tenen en compte els estats mentals de l’altra persona, i els pares no poden veure la situació des de cap altra perspectiva. Aquest entorn no-mentalitzador no ha facilitat el correcte desenvolupament de la capacitat mentalitzadora de la Paula.

Quan a la pacient se la posa a pensar sobre la visió dels pares i els motius de la conducta d’ells, respon: *“No ho sé, jo no entenc res, no entenc perquè em fan sentir que sóc tan mala persona. Estic veient que anar a visitar-los em fa més mal que bé. Quan torno d’allà, estic molt pitjor”*. Quan la Paula diu “no ho sé”, està dient que no vol pensar en aquesta qüestió i no pot mentalitzar als pares. La seva resposta ens indica que la Paula està més enfocada en l’afecte que la cognició i és incapaç de canviar la seva perspectiva per la d’una altra persona. No agafa el fil de pensament que li proposa la terapeuta en referència als motius dels pares que els duen a comportar-se de la manera que ho fan, ni quan se li dóna una alternativa com és la influència de la cultura. Es creu que en aquest cas, existeix una cultura religiosa i de la dona, del país d’origen dels pares, que està influenciant en el tracte que donen a la Paula.

Els pares esperen de la Paula que sigui una bona noia, estudiant, heteronormativa. Tanmateix, ella és la filla petita, lesbiana, provocadora; tot el contrari del que s’esperava d’ella. Quan es mobilitzen aquestes idees en les converses que manté amb la seva família, entren en escalada: ella fa certes provocacions per tal de manifestar-se, i els pares contrarreaccionen.



En l'afirmació "*No ha canviat massa... segueixen igual que sempre i no canviarà...*", no hi ha una perspectiva del desenvolupament, una comprensió de que, conforme creixem, les visions que tenim dels demés, es profunditzen i es tornen més sofisticades, així com les relacions.

En relació als sentiments i pensaments dels seus pares, no hi ha contemplació ni reflexió. No pot reflexionar de manera relaxada en el que pensen els pares.

El nivell d'estrès en relació a la família sobrepasa el nivell d'*arousal* que li permeti mantenir la mentalització. A teràpia, la capacitat de mentalització es veu minvada quan se li recorda una situació traumàtica viscuda amb una persona en particular (el seu pare).

Durant les següents visites, com s'ha comentat anteriorment, la Paula no aporta altre material clínic a les sessions que no estigui relacionat amb la família. Si ho fa, és de manera molt puntual. Pot mantenir les seves activitats diàries, però la conflictivitat familiar ocupa pràcticament tot el seu espai mental i no està mantenint relacions interpersonals on ella s'hagi hagut de pensar a través dels ulls d'un altre, o pensar un altre que no siguin els pares. Sembla, doncs, que la no-mentalització sigui generalitzada.

Prenent com a referència les dimensions de la mentalització 1) orientada cap a un mateix-orientada cap els demés i 2) la cognitiva-afectiva:

- 1) No s'observa flexibilitat per moure's entre la pròpia perspectiva i la dels pares, és incapaç d'inhibir la seva pròpia perspectiva. No es percep curiositat genuïna per comprendre els propis pensaments i sentiments o els dels altres.
- 2) Existeix una focalització afectiva: es sent desbordada per l'afecte quan pensa en estat mentals i no és capaç d'integrar el coneixement cognitiu i el coneixement afectiu sobre ella mateixa i els pares.

### **Pla de Tractament i Curs de la Intervenció**

La indicació terapèutica per la Paula ha estat un tractament combinat de visites de seguiment psicològic i psiquiàtric.

Des del servei de psicologia, els objectius plantejats són augmentar la seva funció reflexiva amb la finalitat de disminuir els símptomes TLP, promovent així un sentit d'identitat més fort i segur. Les autolesions s'expliquen com un intent de mantenir l'estabilitat i donar sentit als sentiments que viu com a incomprensibles. Amb el treball terapèutic es crea consciència de que, atacant aquestes parts del cos, la persona està intentant eradicar el malestar que no pot mentalitzar.

Durant les sessions, es validen les seves emocions a la vegada que es busquen alternatives al seu pensament.

La Paula ha acudit a la major part de les sessions. Les vegades que no ha vingut, ha estat a causa del patró de son irregular, que, segons explica, li ha impedit dormir en tota la nit.

### **Intervencions Enfocades a Recuperar la Mentalització**

Primerament cal establir una bona aliança terapèutica que fomenti l'esperança de canvi. Tot i les resistències a mentalitzar, la pacient necessita l'ajuda i rebaixar el nivell d'ansietat en la relació amb la família i regular les seves emocions. La terapeuta i la Paula van establir una bona aliança que ha permès el treball terapèutic, per la confiança que ha pogut depositar la pacient en la terapeuta, a través de la validació empàtica d'aquesta.

*Fragment 2.*

*T) Sembla que no confies en que les paraules de la teva mare podrien ser pel teu bé, des de la seva perspectiva... Això que m'expliques, de que et diu que et vol ajudar, però que ho fa amb comentaris que no t'han ajudat... s'ha donat més vegades?*

*P) Si...*

*T) Ella és exigent amb ella mateixa?*

*P) Ho és amb el meu germà i amb mi.*

*T) Què en saps, de la relació que ha tingut ella, i té, amb la seva família? Del tracte que han tingut?*

*P) Ella diu que malament. Sent que no té família, no pot entrar a casa de la família...*

*(...)*

*T) Per què creus que la teva mare encara té tanta influència sobre tu?*

*P) Suposo perquè no la vull decebre...*

*T) Dins de la mirada crítica i exigent de la teva mare... pot ser que hi hagi un punt de preocupació. Ella s'ha assabentat bé, de com has estat, com t'has trobat?*

*P) S'ho ha pres a broma... i el pare mai ha estat, mai ha volgut saber res d'aquest tema.*

En aquest punt, la terapeuta s'interessa per l'historial mèdic i consultes que va fer durant la infància, el que la porta a mencionar els cops que rebia del pare.

*T) De vegades és difícil discriminar, el que podem fer per defensar els pares. Podem pensar, "dec haver fet alguna cosa per merèixer-m'ho...". Estàs aquí per, també, anar desmantellant tot això... Sembla com si la teva mare i tu esteu en desacord, i sents que ella no vol realment entendre les coses. Durant el tractament, podem reconsiderar les explicacions que et dones a tu mateixa, i podràs pensar sobre com entendre les coses que passen en el present.*

En aquest fragment, la terapeuta manté una postura de curiositat genuïna per comprendre a la pacient, a la vegada que formula preguntes que busquen la mentalització de l'altre. Comprendre la història personal de la mare, i els pensaments que li són propis.

Al final, la terapeuta fa un apunt de com serà el treball terapèutic, necessari per fomentar el compromís amb la teràpia.

*Fragment 3.*

*P) L'altre dia vaig tornar a urgències...*

T) *Explica 'm... què va passar?*

P) *Volia evitar les autolesions. Estava a punt de fer-ho...*

T) *Sabries explicar què et va portar a l'intent de fer-ho?*

P) *La noia amb la que havia començat una relació va tallar amb mi. Ella era la única persona amb la que em sentia segura... I sento que m'ha utilitzat, sempre m'utilitzen, ningú m'estima de veritat. Però jo sé que és culpa meva, m'ho mereixo, perquè sóc un fàstic, i no valc res...*

T) *Com has arribat a aquesta conclusió, que ningú t'estima de veritat? Que no vals res?*

P) *La meva família, els meus pares, tampoc m'estimen. Sempre em fan sentir culpable del mal ambient que hi ha a casa, perquè els hi porto problemes...*

T) *A què penses que es refereixen els teus pares, quan diuen que els hi portes problemes?*

P) *A que quan ens veiem, entrem en discussions molt fortes... em diuen alguna cosa que no m'agrada i de seguida "m'encenc", crido i els hi dic qualsevol cosa.*

T) *Em fas pensar que et deus sentir molt incompresa... què difícil, no? Sentir que els teus pares no t'entenen.*

P) *Si...*

T) *Sembla ser, però, que la teva manera de manifestar-te davant els pares no facilita la comunicació entre vosaltres, en el moment que, com dius, de seguida "t'encens, crides, i els hi dius qualsevol cosa". Creus que podries fer alguna altra cosa per ajudar a la teva mare a entendre la manera en que et sents?*

P) *Potser podria mirar d'explicar-li en un moment que no discutim... però no crec que m'escolti... les vegades que li he parlat del que ha passat amb el pare i com em tracta, m'ha dit que tot això és mentida...*

*T) Sembla que la teva mare no t'ha pogut comprendre, des de la teva perspectiva. No n'ha sabut més, i és molt probable que vingui condicionada per la seva pròpia història de vida i la cultura del seu país d'origen.*

En aquest fragment, extret d'una sessió intermèdia del tractament, es pot observar:

La Paula comença el discurs centrada en etiquetes pròpies que utilitza per explicar les coses que li passen: *“Però jo sé que és culpa meva, m'ho mereixo, perquè sóc un fàstic, i no valc res...”*. Aquesta posició no mentalitzadora i de caire victimista es repeteix en diverses sessions.

Quan la terapeuta pregunta *“Com has arribat a aquesta conclusió, que ningú t'estima de veritat?”* està tractant de treure-la de l'experiència pròpia que defineix la seva realitat, la seva veritat.

L'afirmació *“Em diuen alguna cosa que no m'agrada i de seguida “m'encenc”, crido i els hi dic qualsevol cosa”*, indica que la pacient passa de l'emoció a la conducta, i no troba alternatives de pensament.

La terapeuta diu *“Em fas pensar que et deus sentir molt incompresa... què difícil, no? Sentir que els teus pares no t'entenen”*. La posició mentalitzadora de la terapeuta, recull el sentiment de la Paula i el valida (validació empàtica).

En aquest fragment, les intervencions de la terapeuta, en forma de pregunta o explicació, busquen generar altres perspectives en la Paula per alliberar-la de la seva realitat d'una única perspectiva i pugui experimentar una varietat d'estats mentals, que inclogui la visió dels seus pares.

*Fragment 4.*

*T) Això ho fan (els pares) des de la seva manera de pensar, i la no-autocrítica.*

*P) No entenc perquè em fan la vida impossible...*

*T) La teva mare hagués volgut que tu fossis com ella vol. Són persones estrictes, rígides, limitants, però és que ells sembla que també han tingut una vida limitant.*

En aquest moment, parlen del seu futur ingrés a l'Hospital de dia, i dels intents de suïcidi. La Paula parla de les autolesions, rient.

*T) No sé si acabo d'entendre... que una cosa tan complexa i dolorosa com la que m'estàs explicant, et provoqui riures... Quan m'expliques tot això i rius, realment et resulta graciós?*

*P) No... La veritat, quan ho feia, era per alleujar el dolor... Ja no ho estic fent, ara ho intento controlar.*

Amb l'afirmació "No entenc perquè em fan la vida impossible...", la pacient mostra resistències a pensar més enllà. Segurament ha tingut una experiència traumàtica relacionada amb el fet de reflexionar sobre els pensaments i sentiments dels seus pares, i per aquest motiu es resisteix, comprensiblement, a pensar d'una altra manera.

En aquest fragment, la terapeuta ofereix perspectives alternatives que la pacient, per si sola, no aconsegueix formular.

La intervenció de la terapeuta en relació a les autolesions i l'actitud bromista de la pacient, busca connectar l'emoció i la cognició. Pensar sobre el sentiment que s'amaga rere els riures.

S'observa que hi ha una falla en el perdó: no pot acceptar els seus pares perquè està condicionada per la no-comprensió dels seus estats mentals. Un objectiu terapèutic, sota el marc mentalitzador, és poder dissipar l'odi cap a una persona quan el o la pacient comprèn perquè ha actuat de la manera que ho ha fet.

### **Moment Actual**

En la darrera sessió al CSMA, la Paula es mostra conscient de la necessitat de començar un tractament intensiu per evitar tornar a fer una davallada, així com també és més

conscient de la seva malaltia. Tot i la seva tendència a la disregulació, persisteix una certa estabilitat i la voluntat de mantenir el projecte dels seus estudis i compaginar-los amb una feina per mantenir-se econòmicament. Les visites a urgències per ansietat i autolesions han disminuït considerablement, el que ens indica que les autolesions estan deixant de ser el seu mecanisme per a detenir el pensament.

Pel que fa a les pautes farmacològiques, segueix essent poc complidora i només en fa ús en situacions límit per privació de la son i malsons, aspecte que es podrà abordar des del tractament intensiu que ofereix l'Hospital de Dia.

El mes de juny, la pacient ha començat el seu tractament en règim d'Hospital de Dia amb l'objectiu de treballar de manera més específica el que ha anat iniciant al CSMA. Ha estat necessari treballar prèviament les resistències a vincular-se al nou dispositiu. Per poder fer aquest treball, la terapeuta ha mantingut, al llarg de les sessions, un equilibri entre proximitat i llunyania. Un excés de proximitat hagués conduït a la confusió entre ella mateixa i l'altre debilitant així la capacitat de mentalitzar, mentre que un allunyament excessiu podria haver portat sentiments de rebuig i abandonament prematur (Fonagy i Luyten, 2009), que no haurien fet possible una bona vinculació per a iniciar el seu treball personal.

### **Conclusions**

El present treball pretén mostrar, a partir del material clínic, l'abordatge terapèutic d'un cas de TLP enquadrat dins el marc de la mentalització. S'ha posat l'accent en aquells factors que disminueixen la capacitat de mentalització, i en la posició del terapeuta i les intervencions que busquen recuperar-la. Cal comentar que el treball ha quedat supeditat a la temporalitat de les pràctiques, que s'han dut a terme en tres mesos. Per aquest motiu, el treball ha quedat limitat en la mesura que no ha estat possible realitzar una avaluació i un seguiment més detallats.

Com s'ha mencionat anteriorment, des del circuit públic sanitari, són moltes les intervencions terapèutiques per part dels professionals de la psicologia que busquen augmentar la funció reflexiva en els pacients amb resultats satisfactoris. Tanmateix, actualment no es segueix un protocol estandaritzat que permeti l'avaluació de l'eficàcia del tractament. La proposta d'aquest treball és apostar per la formació del psicòleg sanitari en la Teràpia Basada en la Mentalització amb un doble objectiu: en primer lloc, per incloure els beneficis que aporta aquest marc d'intervenció dins la pràctica clínica diària. En segon lloc, per ser coneixedors de les particularitats i funcionament específic de la MBT per poder-la aplicar de manera sistematitzada a la xarxa pública en aquells grups de població que es consideri necessari. D'aquesta manera, i seguint el manual estandaritzat, es podran realitzar estudis d'eficàcia a Catalunya, com ja s'han estat duent a terme a altres països.

En el cas exposat en aquest treball, la vinculació a un tractament MBT permetria observar i valorar de manera objectiva, per exemple, la disminució de les conductes autolesives. És en règim d'Hospital de dia, on la pacient ha estat recentment vinculada, que podria beneficiar-se d'un tractament d'aquestes característiques.

### Referències

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., i Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ, US: Erlbaum.
- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding (2a ed.)*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. En J. G. Allen i P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 3-30). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.



- Allen, J. G. (2012). *Restoring Mentalizing in Attachment Relationships: Treating Trauma With Plain Old Therapy*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allen, J.G., Fonagy, P. i Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allen, J.G., Lemma, A. i Fonagy, P. (2012). Drug Addiction. En A. Bateman i P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 445-461). Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Asen, A. i Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Family Therapy. En A. Bateman i P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bateman, A. i Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1562-1569.
- Bateman, A. i Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A. i Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bateman, A. i Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structure clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.

Bateman, A. i Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.

Bateman, A. i Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based Treatment*. Oxford: University Press.

Bateman, A. i Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for borderline personality disorder: A Practical Guide*. Oxford: University Press.

Bateman, A., Fonagy, P. i Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. En A. Bateman i P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 3-43). Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

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

Bifulco, A. i Moran, P. (1998). *Wednesday's Child: Research into Women's Experience of Neglect and Abuse in Childhood, and Adult Depression*. London, UK: Routledge.

Bion, W. R. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós

Bleiberg, E. (2015). La terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 2(2).

Canal Salut. (2018). *Trastorn Límit de la Personalitat*. Recuperat de [http://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/trastorn\\_limit\\_personalitat](http://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/trastorn_limit_personalitat)

Decety, J. (2005). *Other Minds: How Humans Bridge the Divide between Self and Others*. New York: Guilford Publishers.

Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. En J.G. Allen i P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 53-99).

Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. i Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

Fonagy, P. i 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., Moran, G.S., Edgumbe, R., Kennedy, H. i Target, M. (1993). The Roles of Mental Representations and Mental Processes in Therapeutic Action. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 9-48.

Fonagy, P., Steele, M., i Steele, H. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

Fonagy, P. i Target, M. (1996). Playing With Reality: I. Theory Of Mind And The Normal Development Of Psychic Reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.

Fonagy, P. i Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in Self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

Graell, A. i Lanza Castelli, G. (2104). Mentalización, apego y regulación emocional. *Desenvolupa*.

- Hospital Vall d'Hebron. (s.f). *Transtorn Límit Personalitat (TLP)*. Recuperat de <https://hospital.vallhebron.com/ca/malalties/transtorn-limit-personalitat-tlp>
- Lanza Castelli, G. (2009a). Mentalización y expresión de los afectos: Un aporte a la propuesta de Peter Fonagy. *Aperturas Psicoanalíticas*, 31.
- Lanza Castelli, G. (2009b). Mentalización y agencia del paciente en el proceso psicoterapéutico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 33.
- Lanza Castelli, G. (2010a). Poner en palabras, mentalización y psicoterapia. *Aperturas Psicoanalíticas*, 36.
- Lanza Castelli, G. (2010b). Mentalización y proceso exploratorio en la psicoterapia. Recuperat de <https://mentalizacion.com.ar/images/notas/Mentalizacion%20y%20trabajo%20exploratorio%20en%20la%20psicoterapia.pdf>
- Lanza Castelli, G. (2011). Mentalización: aspectos teóricos y clínicos. Recuperat de [https://www.researchgate.net/publication/216541366\\_Mentalizacion\\_aspectos\\_teoricos\\_y\\_clinicos](https://www.researchgate.net/publication/216541366_Mentalizacion_aspectos_teoricos_y_clinicos)
- Luyten, P., Fonagy, P. i Lemma, A. (2012). Depression. En A. Bateman i P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 385-417). Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Main, M. i Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure–disorganized/disoriented attachment pattern. En *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT: Ablex.

- Main, M., i Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). Chicago: University of Chicago Press.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et Psychosomatique*. Paris: Les Laboratoires Delagrande.
- Mateu, G. (2014). Proceso de mentalización en una paciente limítrofe. *Temas de psicoanálisis*, 8.
- Philips, B., Kahn, U. i Bateman, A. (2012). Drug Addiction. En A. Bateman i P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. London: American Psychiatric Publishing.
- Rudden, M.G., Milrod, B., Aronson, A. i Target, M. (2008). Reflective Functioning in Panic Disorder Patients: Clinical Observations and Research Design. En F.N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings and Clinical Implications*. (pp. 185-205). Mahwah, NJ, US: The Analytic Press.
- Skårderud, F., i Fonagy, P. (2012). Eating disorders. En A. Bateman i P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 347-383). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Suchman, N., Pajulo, M., Kalland, M., DeCoste C. i Mayes, L. (2012) At-risk mothers of infants and toddlers. En A. Bateman, P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 309–345). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Universitat Autònoma de Barcelona. (2018). *S'ha perdut l'habilitat per relacionar-nos, i això afavoreix l'aparició de trastorns mentals*. Recuperat de <https://www.uab.cat/web/sala->

de-premsa/detall-de-noticia/s-ha-perdut-l-habilitat-per-relacionar-nos-i-aixo-afavoreix-l-aparicio-de-trastorns-mentals-1345667174054.html?noticiaid=1345779075821

Winnicott, D. (1999). *Escritos de pediatria y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós

Yakeley, J. i Adshead, G. (2013). Locks, Keys, and Security of Mind: Psychodynamic Approaches to Forensic Psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 41(1), 38-45.