



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



ADOLESCÈNCIA I MENTALITZACIÓ: UN ESTUDI MULTIDIMENSIONAL EN L'ESPECTRE DE L'ANSIETAT SOCIAL

- TESI DOCTORAL -
ARIADNA PÉREZ-DOMINGO

Directors: Dr. Sergi Ballespí i Dr. Jaume Vives

Doctorat en Psicologia Clínica i de la Salut
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut
Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona

Bellaterra (Barcelona)
Setembre de 2016

AGRAÏMENTS

En primer lloc, agraeixo al meu director Sergi Ballespí per haver-me acompanyat en aquest camí d'aprenentatge en la recerca, per tota la paciència i les hores invertides, per la confiança i pel tracte sempre càlid i proper que m'ha permès anar superant els obstacles, grans i petits, sentint-me continguda i recolzada. També a en Jaume Vives per la seva direcció i suport en l'apartat metodològic i estadístic sense el qual no hagués estat capaç d'aprofitar i aprofundir en les dades recollides.

En segon lloc vull agrair als 7 centres (Escola Pia Sarrià-Calassanç, Escola Arrels, Institut Francesc Ribalta, Institut Lluís Vives, Institut Besos, Institut Corbera i Institut Angeleta Ferrer i Serrat) haver-nos obert les portes i haver-nos permès córrer pels passadissos i les aules entre protocols i entrevistes, amb tot el repte i el daltabaix que la recerca pot suposar per a l'organització d'un centre educatiu, ja de per sí prou sobrecarregats de feina.

Vull agrair la seva col·laboració als equips directius i al secretariat: la Gemma Ferrer, la Tere Prats, l'Anna Rosés, la Marta Prats, l'Agustí Rubio, l'Òscar Tàrrega, en Javi Cortés, la Mireia Massana, en Jaume Subirà, en Josep Garriga, la Teresa Pijuan, l'Assumpta Albuixech, en Quico Rius i en especial a la Montse Guillem i en Jaume Oliveras per haver-me fet de contacte, per la paciència i per la seva tasca d'apagafocs. En la mateixa línia, la dels apagafocs, vull agrair a l'Eduard Domingo l'assessorament gramatical i ortogràfic i la correcció del manuscrit.

Agraeixo especialment la paciència i participació de les famílies, els alumnes i els mestres sense els quals aquesta investigació no hagués pogut ser; és gràcies a la seva generositat i col·laboració desinteressada que existeix la recerca.

Gràcies als col·laboradors que van participar al treball de camp: Àgueda Cerezo, Alba Mor, Àlex Musal, Àlvar Senar, Anna Cortijos, Carme Uribe, Clàudia Coll, Cristian

Carrer, Cristina Cuello, Cristina Martínez, Daniel Porta, Daniela Escobar, Esther Ayuste, Esther Fernández, Francina Planas, Herminia Zarco, Jessica Velasco, Judit Vendrell, Laia Prat, Laura García, Maria Serra, Maria del Mar Couto, Maria Miralda, Marina Carro, Marina Solé, Mireia Tejero, Míriam Martín, Mònica Valls, Montse Blasco, Montserrat Roig, Natalia Pueyo, Neus Bel, Núria Anglés, Núria Mera, Núria Puig, Oscar Royuela, Pere Zapata, Raquel Córdoba, Raquel Rodríguez, Ruth Ocón, Sandra Aguilar, Sandra Sánchez, Sara Lea, Sara Zarcero i Zaynab Ellayti i en especial a la Judit López, en Cristian Lago i l'Àngel Lorite per haver compartit la direcció i coordinació dels treballs de camp. També agraeixo a la Conxita Botella la seva ajuda a l'hora de preparar els protocols del primer treball de camp.

Per últim, agraeixo la companyia i comprensió dels que han hagut de compartir-me amb el doctorat durant aquests anys. Vull donar les gràcies als meus pares, als meus germans, als amics i companys de feina i a en Marc, per acollir les meves angoixes, els meus bloquejos i les meves desconexions sense gaires queixes, sovint amb un plat (o un *tupper*) de menjar i un somriure.

ÍNDIX

Presentació	9
Resum	11
<i>Abstract</i>	13
CAPÍTOL 1. INTRODUCCIÓ	15
1.1. L'espectre de l'ansietat social	15
1.1.1. L'element cognitiu en l'ansietat social	18
<i>RESUM</i>	23
1.2. El paradigma de la mentalització.....	24
1.2.1. La mentalització com a constructe multidimensional	26
1.2.2. Mentalització i salut mental	28
<i>RESUM</i>	30
1.3. El paper de la mentalització en l'ansietat social	32
1.3.1. Mentalització i ansietat social a la infància: el paper de la inhibició conductual	33
1.3.2. Mentalització i ansietat social a l'edat adulta: els biaixos cognitius en els models clàssics de l'ansietat social	35
1.3.3. Hipermentalització i ansietat social	36
1.3.4. Bidireccionalitat en la relació entre mentalització i ansietat social	37
1.3.5. El paper de la depressió	38
<i>RESUM</i>	39
CAPÍTOL 2. OBJECTIUS I HIPÒTESIS	41
CAPÍTOL 3. MÈTODE	51
3.1. Participants	51
3.2. Procediment	52
3.3. Mesures	54
3.4. Anàlisi estadística	63

	65
CAPÍTOL 4. RESULTATS	
4.1. El paper de la inhibició conductual	65
4.2. Multidimensionalitat del dèficit de mentalització associat a l'ansietat social	67
4.3. La mentalització en nivells mitjans d'ansietat social	70
4.4. El pes d'haver patit inhibició conductual a la infància en la relació entre mentalització i ansietat social a l'adolescència	71
4.5. Relació entre ansietat social i problemes de mentalització des d'un punt de vista dimensional	73
4.6. El paper de la hipermentalització en l'ansietat social	75
4.7. El paper de la comorbiditat depressiva	75
CAPÍTOL 5. DISCUSSIÓ	79
5.1. El paper de la inhibició conductual	79
5.2. L'afectació de la mentalització en l'espectre de l'ansietat social és multidimensional.....	81
5.3. Un nivell mitjà d'ansietat social no implica una millor mentalització	83
5.4. El paper de la història d'inhibició conductual a la infància en la relació entre ansietat social i mentalització a l'adolescència	86
5.5. Bidireccionalitat de la relació entre mentalització i ansietat social.....	87
5.6. La hipermentalització en l'ansietat social	88
5.7. El paper de la comorbiditat depressiva	91
5.8. Limitacions de l'estudi	94
CAPÍTOL 6. CONCLUSIONS	97
Referències bibliogràfiques	101

PRESENTACIÓ

La capacitat per adonar-se del que un sent o vol, així com la capacitat per “llegir-ho” en els altres, no només facilita el trànsit per la vida, l’encert de les decisions i eleccions personals, i la relació amb els altres, sinó que pot predisposar a -o protegir de- la *insalut* mental.

Aquesta tesi té per objectiu analitzar el paper de la mentalització en un dels espectres psicopatològics menys atesos a les últimes dècades: l’ansietat social.

A la llum dels estudis precedents, el present és el primer treball en considerar la relació entre mentalització i ansietat social tenint en compte dos moments del desenvolupament: la inhibició conductual a la infància i l’ansietat social a l’adolescència. És també l’únic estudi d’aquest tipus, centrat en adolescents, que parteix d’una mostra no-clínica, i que abraça de forma àmplia la fenomenologia de l’espectre de l’ansietat social, incloent mesures de simptomatologia clínica i també de temperament inhibít. Finalment, a diferència d’estudis precedents, el present treball es distingeix per utilitzar una perspectiva multiinformant i multimètode en la difícil mesura de la mentalització, i per tenir en compte dues de les dimensions principals de la capacitat de mentalitzar: la mentalització referida als propis estats mentals i la referida als estats mentals dels altres.

Amb aquest plantejament, s’intenta aprofundir en el paper que té la cognició social en l’ansietat social tot abordant set interrogants pendents a la literatura.

La tesi que el lector té a les mans s’organitza en dos grans blocs. El primer bloc presenta un marc teòric i d’investigació conceptual que explica les bases teòriques sobre les quals es recolza el treball. Aquest bloc s’estructura en tres punts. El primer punt defineix l’espectre de l’ansietat social i la importància de la cognició en aquest fenomen. El segon presenta el paradigma de la mentalització i la seva relació amb la

salut mental. El tercer revisa els antecedents en l'estudi de la relació entre aquests dos conceptes i elabora les bases que fonamenten els objectius d'aquesta tesi. Cada punt finalitza amb un breu resum que sintetitza els coneixements més importants.

El segon bloc descriu la investigació empírica realitzada en aquesta tesi doctoral. El treball empíric s'ha basat en dues mostres d'adolescents amb edats compreses entre 12 i 18 anys provinents de població general, i ha permès abordar les set preguntes d'investigació que structuren aquesta tesi.

RESUM

La mentalització (MZ) es descriu com la capacitat per percebre els estats mentals intencionals (EMI) subjacents al comportament de les persones. Aquesta capacitat de poder “llegir” el que hi ha darrere del comportament és essencial per a la salut psicològica i el benestar.

L’ansietat social (AS) es defineix com la por a la interacció social i a la possible avaluació negativa per part dels altres. Les persones amb AS tendeixen a suposar que els altres seran crítics i que les avaluaran negativament. Aquesta característica cognitiva de l’AS pot ser entesa i formulada com un error de MZ.

Tot i que en les darreres dècades s’ha estudiat el paper de la MZ en diverses patologies, com el TLP o la depressió, l’AS ha rebut, fins a dia d’avui, relativament poc interès. L’objectiu del present estudi és analitzar fins a quin punt els problemes de MZ estan relacionats amb l’AS, des d’una perspectiva del desenvolupament, i amb una metodologia d’avaluació multimètode i multiinformant.

Per fer-ho s’ha avaluat el nivell d’AS a la infància (i.e., inhibició conductual o IC) i a l’adolescència, i s’han obtingut mesures de diverses dimensions de MZ i del nivell de psicopatologia depressiva en dues mostres d’adolescents (n=463 i n=267) provinents de població general.

Els resultats mostren afectacions de la MZ relacionades tant amb la IC infantil com amb l’AS a l’adolescència. Aquestes afectacions són multidimensionals, és a dir, afecten tant la lectura dels propis EMI com la lectura dels EMI dels altres, i suggereixen problemes tant d’hiper- com d’hipomentalització.

La complexitat de l'afectació de la MZ en l'espectre de l'AS planteja una relació bidireccional que mereix ser estudiada amb major profunditat, ja que el seu paper com a factor que articula i manté l'AS pot tenir implicacions cabdals en el tractament d'aquesta patologia i en el manteniment de resultats a llarg termini.

ABSTRACT

Mentalizing (MZ) is defined as the capacity to perceive the intentional mental states (IMS) that underpin human behavior. The ability to “read” what is beyond behavior is essential for mental health and wellbeing.

Social anxiety (SA) is defined as the fear of social interaction and of being negatively evaluated by others. People with SA tend to expect that others will be critical and they will assess them negatively. This cognitive characteristic of SA can be understood and conceptualized as a problem of MZ.

Although the role of MZ in several disorders such as BPD or depression has been analyzed in the last decades, up to now, SA has received relatively little attention. The aim of the present study is to analyze whether MZ problems are associated with SA from a developmental perspective, and from a multi-informant and multi-method perspective.

To do this, SA has been assessed in infancy (i.e., behavioral inhibition or BI) and in adolescence, and several dimensions of MZ and depression levels have been measured in two samples of 463 and 267 adolescents from the general population.

Results indicate that MZ problems are associated with early SA (i.e., BI in infancy) and adolescent SA. The MZ impairment is multidimensional, as predicted, and affects the reading of both one’s own and others’ mental states, and suggests problems of both hipo- and hiper-mentalizing.

The complexity of the relationship between MZ and SA suggests a possible bidirectional association and requires further research. The role of MZ in the development and maintenance of SA suggests important implications for treatment strategies and for the long-term results of intervention.

CAPÍTOL 1. INTRODUCCIÓ

1.1. L'ESPECTRE DE L'ANSIETAT SOCIAL

L'ansietat social (AS) és un fenomen psicològic comú que implica por a la interacció social i a ser avaluat pels altres. De forma moderada, l'AS pot ser un mecanisme que millori la socialització ja sigui augmentant l'atenció i la motivació per a les situacions socials o inhibint els comportaments agressius o inapropiats (Schneier, Blanco, Antia, & Liebowitz, 2002). Però quan els nivells d'ansietat superen cert llindar esdevenen invalidants i patològics, i poden complir-se els criteris per al diagnòstic de Trastorn per AS (o fòbia social), un trastorn definit pel DSM-5 com a por o ansietat excessives envers qualsevol situació social que impliqui la possibilitat d'escrutini o d'avaluació negativa per part dels altres (American Psychiatric Association, 2013).

Les persones amb AS manifesten una por o ansietat desproporcionada i persistent i temen actuar de determinada manera o mostrar símptomes d'ansietat (posar-se vermells, suor, tremolor...). Pensen que mostrar algun d'aquests símptomes serà avaluat negativament pels altres. Aquesta ansietat els porta a evitar les situacions socials o a encarar-les amb molt de malestar causant alts nivells d'estrès i danys en el funcionament social i ocupacional, així com en altres àrees importants de la vida d'un individu (APA, 2013).

Les taxes de prevalença del Trastorn per Ansietat Social (TpAS) van del 2'4% al 16% en funció dels criteris diagnòstics usats (CIE vs. DSM) i del tipus d'estudi (Hidalgo, Barnett, & Davidson, 2001). Quan parlem de població general, la prevalença és més alta entre les dones. En canvi, quan es tracta de població clínica són els homes els que mostren major prevalença (APA, 2013), segurament perquè socialment s'exigeix més habilitats socials al sexe masculí i per tant són ells els que demanen més ajuda.

El curs de l'AS sol comportar fluctuacions en la severitat de la simptomatologia, però les remissions completes són poc freqüents (Beesdo-Baum et al., 2012).

Tot i això, el cas és que les persones que pateixen AS difícilment arriben a consultar. Només la meitat dels individus solen buscar ajuda i ho fan tard, entre 15 i 20 anys després de l'inici de la simptomatologia. Per tant, es troben amb una situació social que ja està molt deteriorada, juntament amb psicopatologia associada al trastorn (depressió, abús de substàncies), una excessiva focalització en la simptomatologia somàtica i una capacitat d'*insight* limitada que encara dificulta més l'èxit del tractament (APA, 2013).

Diversos autors han apuntat que el TpAS podria ser entès com un punt més dins del contínuum que és l'espectre de l'AS. Aquest discorreria des de l'absència de pors socials passant per la timidesa normativa i l'AS moderada fins a pors més intenses i amb un deteriorament funcional més marcat com és el cas del mutisme selectiu, el TpAS o el Trastorn de la Personalitat per Evitació (TPE) (Kashdan, 2007; Schneier et al., 2002; D. J. Stein, Ono, Tajima, & Muller, 2004).

Dels fenòmens d'aquest espectre el que s'observa primer d'acord amb el desenvolupament de la persona és la inhibició conductual (IC), un tret temperamental caracteritzat per la tendència a ser extremadament tímid o a reaccionar amb por i malestar davant de situacions noves, incertes o canviants (Kagan, Reznick, & Snidman, 1988).

Ja en l'etapa escolar (6-12 anys) parlem de timidesa, un tret comú de la personalitat que no és patològic en si mateix però que pot arribar a ser-ho si supera cert llindar de malestar. Els nens tímids tendeixen a evitar o mantenir-se apartats de les interaccions socials i això els porta a perdre oportunitats a l'hora d'adquirir experiència i habilitats socials (Karevold, Ystrom, Coplan, Sanson, & Mathiesen, 2012; Rubin, Coplan, & Bowker, 2009).

També durant la infància però amb un nivell de gravetat i incapacitació més greu es situa el mutisme selectiu (Schneier et al., 2002), un trastorn caracteritzat per la impossibilitat de parlar en situacions socials que ho requereixen (p. e., l'escola) tot i

que en altres contextos (en la relació amb els pares i germans o amb persones molt properes) sí que puguin comunicar-se amb normalitat. Tot i que els individus amb mutisme selectiu poden no parlar per por a una avaluació negativa, l'ansietat i la por generada per aquesta possible avaluació només es dispara quan és requerida la comunicació verbal; així, doncs, poden encarar tranquils i sense malestar altres situacions socials que no requereixin la parla (com per exemple situacions de joc no verbal, o qualsevol activitat en públic com anar a la platja) (APA, 2013).

Si seguim la línia del desenvolupament vital, als 13 anys es considera que s'inicia l'adolescència, moment en què el grup familiar (que fins a les hores ha actuat com a protector i ha permès la socialització en espais més segurs) deixa de ser l'espai de socialització de referència i és el grup d'iguals el que ha d'agafar aquest paper. En aquesta etapa augmenta la importància que es dóna al com som vistos pels companys, amics i adults així com la manera en què som percebuts en les interaccions amb ells (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). A més, aquest moment vital coincideix amb el canvi de l'escolarització primària (en què l'adult pot tenir més presència i ser un element facilitador de les relacions socials) a la secundària, moment en què amb l'entrada a l'institut els referents adults perden protagonisme quedant, igual que la família, en segon pla. En aquest context, les dificultats de relació de l'adolescent es posen de manifest i/o s'agreugen, deixant al noi/a "penjat" entre l'àmbit familiar, que ja no li serveix, i el que hauria de ser el nou entorn d'adolescent, el dels iguals, per al qual no se sent capacitat.

Per tant, podem entendre que episodis transitoris d'AS puguin ser comuns durant l'adolescència com a part del desenvolupament normal. Però, per a un petit percentatge de joves, aquest malestar i incapacitació no desapareix i poden desenvolupar el TpAS (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002).

L'edat d'inici per al TpAS es situa predominantment als 13 anys i pot donar-se de forma abrupta (a partir d'una situació social viscuda de forma traumàtica) o, més comunament, de manera insidiosa a partir d'una història de IC o timidesa en la infància els quals han estat identificats com a factors de risc per a desenvolupar el trastorn (APA, 2013; Broeren, Muris, Diamantopoulou, & Baker, 2013; Chronis-

Tuscano et al., 2009; Hirshfeld-Becker et al., 2008; Karevold et al., 2012; Muris, van Brakel, Arntz, & Schouten, 2011; Schwartz, Snidman, & Kagan, 1999). De fet, Clauss i Blackford (2012) duen a terme un metanàlisi amb estudis que tracten la relació entre IC i TpAS i conclouen que el risc de patir un TpAS es multiplica per 7 en el cas dels nens que pateixen IC (OR = 7.59, $p < .00002$).

Per últim, ja a la joventut o l'edat adulta i a l'extrem de més gravetat de l'espectre, es troba el Trastorn de Personalitat per Evitació (TPE), el qual és definit en el DSM-5 com un patró general d'inhibició social, sentiments d'inadequació i hipersensibilitat a l'avaluació negativa que impliquen l'evitació d'activitats que comporten un contacte interpersonal per por a la crítica, la desaprovació o el rebuig; la restricció de les relacions íntimes pel temor a sentir-se avergonyit o ridiculitzat; la inhibició en situacions interpersonals noves pel sentiment d'inadequació i una visió de si mateix com a inepte social, poc atractiu o inferior als altres (APA, 2013).

A més, també hi ha altres trastorns que, tot i no formar part de l'espectre de l'AS, si que hi mantenen característiques comunes. Com les referents a la por o el malestar generat per la comparativa social (és el cas d'algun subtipus de Depressió Major, el Trastorn Dismòrfic Corporal o els Trastorns de la Conducta Alimentària) o les que tenen a veure amb una disfunció o inhibició social (els Trastorns per Ús de Substàncies, el Trastorn Paranoide, el Trastorn Bipolar o els Trastorns de l'Espectre Autista) (Schneier et al., 2002).

1.1.1. L'ELEMENT COGNITIU EN L'ANSIETAT SOCIAL

La resposta a l'ansietat es compon de quatre dimensions: a) afectiva (por, preocupació excessiva, tensió elevada, irritabilitat...); b) somàtica (agitació, tensió muscular, hiperactivació simpàtica...); c) conductual (hiperactivitat, evitació...) i d) cognitiva (incertesa, percepció d'amenaça, hipervigilància, pensament negatiu,

autoavaluacions negatives, baixa autoestima i autoconfiança, ruminació...).

En el cas de l'AS, tant el DSM-5 com els models explicatius bàsics (els quals expliquem a continuació) destaquen la importància de l'element cognitiu en el desenvolupament i manteniment del trastorn, atribuint un paper clau a les assumpcions cognitives així com al processament esbiaixat de la informació (APA, 2013; Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997). La dimensió cognitiva de l'AS s'activa durant la interacció social (*self focus attention* o automonitorització) però també abans (ruminació anticipatòria) i després d'aquesta (ruminació post-situacional). Tot i que sovint s'estudien per separat, cal tenir clar que aquests tres processos són interdependents i actuen de forma conjunta (amb d'altres processos cognitius) en el sorgiment i manteniment de l'AS (Norton & Abbott, 2016).

Model del processament de la informació en la fòbia social

Clark i Wells (1995) expliquen que l'ansios social interpreta les situacions socials com a quelcom amenaçant degut a una sèrie de creences disfuncionals (assumpcions) que manté sobre si mateix i sobre la manera com hauria de comportar-se en una situació social.

Aquestes creences disfuncionals, creades a partir d'experiències prèvies, poden ser de tres tipus:

a) Estàndards excessius sobre el funcionament social (e.g. "he d'agradar a tothom", "no he de deixar que ningú vegi que estic nerviós"). Aquests estàndards generen ansietat perquè són pràcticament impossibles d'assolir i a la vegada fan que els ansiosos socials sentint que constantment fracassen en les seves expectatives.

b) Preocupacions relatives a actuar de determinada manera (e.g. "si hi ha algú a qui no agrado o que no m'aprova, serà culpa meva (perquè sóc estúpid, poc interessant, poc atractiu...)", "si cometo algun error els altres em rebutjaran").

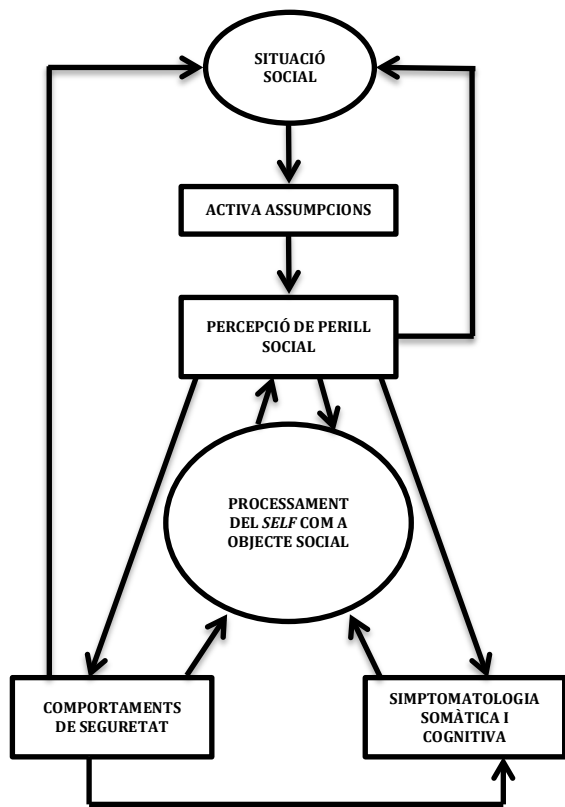


FIGURA 1. Model dels processos que tindrien lloc quan l'ansió social entra en contacte amb la situació social temuda (adaptat de Clark i Wells, 1995)

c) Creences incondicionals sobre si mateix (e.g., sóc ruc, valc poc la pena).

Així, aquestes assumpcions negatives són activades quan hi ha la possibilitat d'una situació social, generant ansietat anticipatòria i promovent el sentiment de perill de ser avaluat negativament per part dels altres. Aquesta por que l'altre l'avaluï negativament, fa que l'ansió social iniciï una automonitorització i autoobservació. En concret, s'observa des d'una perspectiva d'observador, mirant-se des de fora, per intentar esbrinar què és el que les altres persones poden estar pensant d'ell.

Aquesta focalització en si mateix genera

l'activació o intensificació de la simptomatologia somàtica i cognitiva, així com els anomenats "comportaments de seguretat" (comportaments destinats a evitar la situació social). El resultat és que ambdós mecanismes contribueixen a donar més força a la por i l'ansietat que la possibilitat d'una interacció social generarà en el futur.

L'atenció autofocalitzada en si mateix esdevé un factor important de manteniment de l'AS ja que fa que els pensaments i les sensacions negatives siguin més presents i accessibles. També, juntament amb alguns comportaments evitatius (e.g. evitar el contacte visual o parlar molt a poc a poc per intentar primer pensar tot el que dirà), interfereix en el comportament social, fent que l'ansió social aparegui estrany davant dels altres. A més, com que centra els recursos en automonitoritzar-se, perd l'oportunitat d'observar altres estímuls externs que podrien desmentir les seves sensacions (per exemple un somriure o una actitud d'aprovació).

Model Cognitiu-Conductual Social de l'ansietat en la fòbia social

Per altra banda, Rapee & Heimberg (1997) basen el seu model en l'assumpció que les persones amb fòbia social donen per suposat que els altres són inherentment crítics i mantenen uns estàndards molt elevats pel que fa al que hauria de ser un funcionament social adequat.

Així doncs, en una situació social, l'ansió social generaria una representació mental de la manera que imagina que és vist pels altres. Aquesta representació mental de si mateix, la compararia amb el que suposa que els altres esperen d'ell (unes expectatives exagerades) i amb això generaria una estimació de la probabilitat de ser avaluat negativament. És aquest judici negatiu imaginat el qual incrementaria els símptomes cognitius, conductuals i físics de l'ansietat tal i com es pot observar en la figura 2.

Ambdós models relaten com l'ansió social, davant de l'amenaça que sent en una situació social, automàticament focalitza gran part de l'atenció en intentar inferir què és el que els altres deuen estar pensant d'ell. Podríem dir doncs, que intenta "llegir la ment de l'altre" (o en altres paraules: mentalitzar). Però ho fa de forma esbiaixada, imaginant avaluacions negatives les quals generen i mantenen la simptomatologia ansiosa, instaurant cada cop més fermament la patologia.

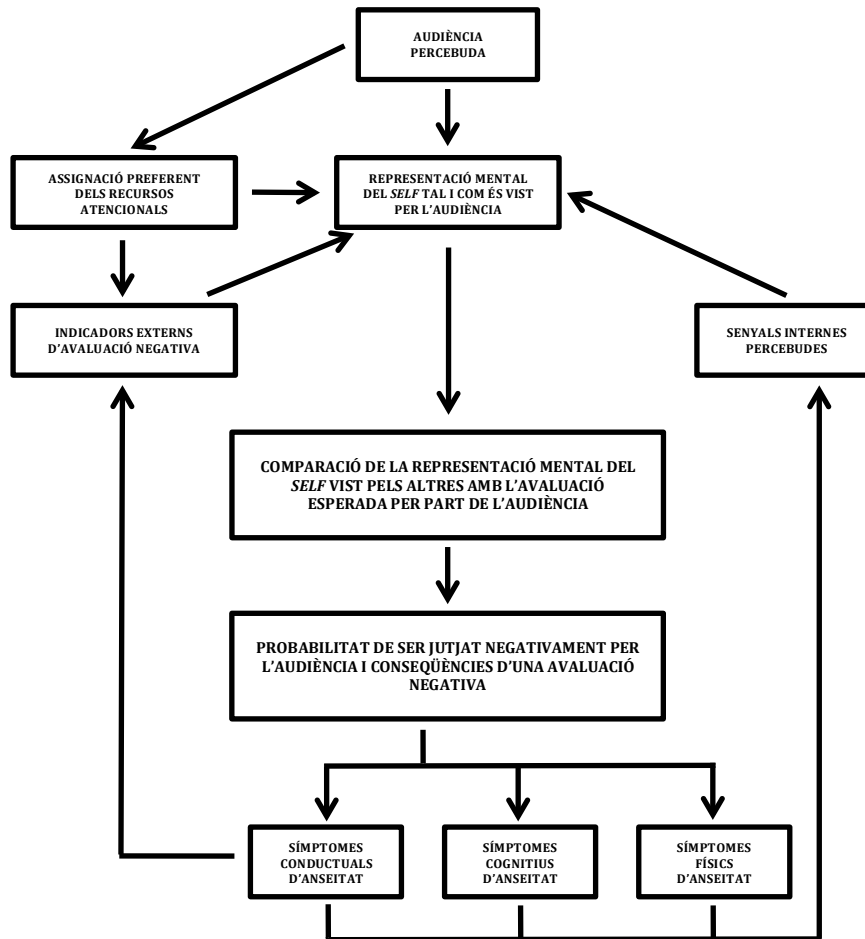


Figura 2. Model de la generació i el manteniment de l'ansietat social (Adaptat de Rapee & Heimberg 1997)

Aquesta tendència a imaginar que els altres avaluen negativament, a col·locar en la ment dels altres pensaments, intencions i judicis que probablement no tenen, ha rebut diversos noms. Ha estat estudiada sota l'etiqueta de "distorsions cognitives", pot ser vista com un ús excessiu d'un mecanisme d'afrontament com la projecció, o pot ser entesa, seguint la terminologia que Sharp i els seus col·legues (2011) utilitzen en l'estudi del TLP, com un problema d'hipermentalització (Ballespí, 2014), és a dir, la tendència a pensar que en la ment dels altres es generen pensaments, intencions o judicis que en realitat no hi són, així com la mala interpretació de les senyals o comportaments dels altres (Sharp et al., 2013).

RESUM

L'ansietat social (AS) es defineix com la por a la interacció social i a la possible avaluació negativa per part dels altres. L'AS no s'entén com un trastorn sinó com un espectre fenomenològic que abraça diferents constructes i que discorre des de trets caracterials, com la timidesa, fins a fenòmens psicopatològics com la Fòbia Social o el trastorn de Personalitat per Evitació. Així, segons el nivell d'AS, el fenomen pot ser adaptatiu o desadaptatiu, i pot anar des de la normalitat evolutiva fins a un nivell clínic o sindròmic, passant per punts subclínic. A més, segons l'etapa del desenvolupament, la literatura també descriu una preferència per certa nomenclatura, aplicant-se la denominació d'Inhibició Conductual (IC) en els moments en què el temperament és més fàcil i habitual d'observar (etapa preescolar), els termes timidesa o AS genèrica a l'etapa escolar (6-12 anys), i el terme Fòbia Social o Trastorn per AS als moments en què aquest trastorn s'inicia i, de fet, assoleix la seva màxima incidència (adolescència i preadolescència). El Trastorn de Personalitat per Evitació sol aplicar-se a l'inici de l'etapa adulta, moment en què el nivell desadaptatiu de l'AS pot haver descrit suficient estabilitat com per a considerar-se part del funcionament anòmal de la personalitat.

Independentment del nivell d'AS i del moment evolutiu, tots els fenòmens dins l'espectre de l'AS comparteixen un mateix tret fonamental de caràcter cognitiu: la por excessiva, sovint anticipatòria, a l'escrutini i a l'avaluació negativa per part dels altres. Aquest "suposar" que els altres aplicaran una observació crítica i hostil, que redundarà en una opinió negativa envers l'afectat, és un element cognitiu característic d'aquest tipus d'ansietat que fàcilment pot ser entès i formulat com un error de mentalització.

1.2. EL PARADIGMA DE LA MENTALITZACIÓ

La mentalització (MZ) és definida com la capacitat d'una persona per entendre els comportaments propis i dels altres en base als Estats Mentals Intencionals (EMI; desitjos, impulsos, sentiments, emocions, necessitats, expectatives, pensaments, creences) que són subjacents a la nostra conducta i, de fet, li donen sentit (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991). Dit d'una altra manera, mentalitzar seria "llegir la ment de l'altre", és a dir, imaginar o fer suposicions sobre què pensa o sent i, d'aquesta manera, entendre millor per què es comporta com ho fa.

Per exemple, si en un centre comercial trobem un nen sol plorant, una ment capaç de mentalitzar entendria que aquest comportament (el plor) és perquè el nen potser té por o està trist perquè ha perdut els seus pares. La por, el desconsol, el sentiment de pèrdua, la fantasia de no tornar a veure els seus pares... serien tots ells EMI que podrien explicar la conducta observable.

De la mateixa manera, no és el mateix saber que en Joan ha deixat la feina (observar el comportament), que entendre que en Joan ha deixat la feina de banquer perquè no li agradava passar-se el dia tancat en una oficina i els seus ideals van en contra del funcionament de les entitats bancàries. A més, la feina de banquer la va triar per fer content al pare i, des que aquest va morir, ja no deu sentir la pressió i la por a decebre'l. Fa temps que diu que vol tornar a estudiar, que vol fer alguna cosa que li agradi i, des que aquest estiu va tenir aquella lesió a l'esquena, i va començar a practicar ioga per recomanació mèdica, que s'hi ha anat aficionant més i més fins al punt de voler fer un curs com a instructor i viatjar pel món. Aquesta segona opció implica un coneixement dels EMI del Joan que fa comprensible el seu comportament i fins i tot permet predir possibilitats sobre què farà.

Aquesta capacitat no és activada només per entendre els comportaments dels altres sinó que també és dirigida a un mateix. Per exemple, quan una persona arriba a casa

i es discuteix amb la parella perquè no ha preparat el sopar, pot entendre que el seu comportament (el barallar-se amb la parella) està influenciat pel mal dia que ha tingut a la feina que l'ha fet arribar a casa nerviosa i de mal humor, per la gana que sent que la fa estar més irritable, per la frustració generada en adonar-se que el desig o fantasia d'arribar a casa i tenir el sopar fet no s'ha complert, etc. O un pare pot entendre molts dels comportaments que té envers el seu fill en funció de la relació que va mantenir o manté amb el seu propi pare.

Podríem posar infinitat d'exemples en què la capacitat de MZ s'activa (e.g. quan veiem la cara de mal humor del funcionari que ens atén, quan veiem sortir el nostre fill de l'escola preocupat, quan ens sentim nerviosos davant d'alguna situació...) i això és degut a que la nostra vida transcorre en relació amb els altres i amb un mateix, i per tant, implica molts EMI que demanen ser compresos i regulats.

Essent la MZ un aspecte tan bàsic del comportament humà, no és estrany que hagi generat interès en estudiosos de disciplines i escoles diverses. Conseqüència d'això és que trobem en la literatura altres termes que es solapen amb el concepte de MZ (Kim, 2015; Semerari et al., 2003).

És el cas de la **Teoria de la Ment** (la capacitat d'entendre que l'altre té una ment, com funciona i ser capaç de llegir-la; Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Leslie, 1987; Premack & Woodruff, 1978), la **intel·ligència emocional** (la capacitat per entendre i gestionar les emocions; Salovey & Mayer, 1990), l'**empatia** (la capacitat d'experimentar els sentiments dels altres com si fossin d'un mateix; Davis, 1980), l'**insight** (un contingut mental, un coneixement, que és el resultat d'un procés mentalitzador; Allen, Fonagy, & Bateman, 2008), la **metacognició** (capacitat que permet entendre els fenòmens mentals; Flavell, 1979) o la **cognició social** (l'estudi dels processos mentals per donar sentit al nostre món social; Fiske & Taylor, Shelley, 1991) entre d'altres.

Un cas a part és el concepte de **funció reflexiva** que, sent d'origen psicoanalític, es defineix com la capacitat per reflexionar sobre la pròpia ment i la dels altres en el

context de les relacions d'*attachment*¹. De fet, el concepte va néixer per avaluar la capacitat i la qualitat de MZ d'un individu (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 1991).

Així doncs, tot i la diversitat de constructes solapats, la MZ destaca per aconseguir englobar-los tots gràcies a la seva multidimensionalitat, a l'hora que organitza i eixampla el camp teòric.

A més, la MZ: a) implica una comprensió més profunda i àmplia dels EMI i de com aquests (les relacions entre ells i les causes i conseqüències) permeten dotar de sentit les interaccions humanes i el món social; b) inclou no tan sols la descripció de la capacitat sinó tot un model de com es desenvolupa en el marc de les relacions afectives o d'*attachment*; c) és formulada dins del marc de la psicologia del desenvolupament i d) es justifica sobre la base de les últimes troballes en neurociència (Ballespí, 2014).

1.2.1. LA MENTALITZACIÓ COM A CONSTRUCTE MULTIDIMENSIONAL

La MZ és un constructe multidimensional. En base als estudis desenvolupats amb imatges cerebrals, Luyten i els seus col·legues (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012) proposen quatre polaritats funcionals en les quals es recolza la MZ. Aquestes són:

¹ Les relacions d'*attachment* són aquelles que l'infant genera de forma innata amb els cuidadors principals (normalment els progenitors), i que tenen com a objectiu assegurar la supervivència i desenvolupament d'aquest. A mida que la persona va creixent, aquestes relacions inicialment centrades en els cuidadors principals es va eixamplant a altres membres de la família extensa, amics, parella o altres persones importants de l'entorn (Bolwby, 1986).

És dins del marc d'aquestes relacions que els nens comencen a preguntar-se sobre les pròpies ments així com sobre les ments dels altres per tal de poder entendre el comportament de les persones que els són més properes i de les quals depenen (Bateman & Fonagy, 2012c).

- 1) En funció del nivell de representació: **Controlada** (explícita, relativament conscient, deliberada i reflexiva) versus **automàtica** (implícita, inconscient i molt més intuïtiva).
- 2) En funció de l'objecte al qual s'orienta: **Orientada al self** (als EMI d'un mateix, als propis pensaments, desitjos, emocions, impulsos...) versus **orientada als altres**.
- 3) En funció del nivell de focalització: **Focalitzada en el món intern** (centrada en EMI que són del propi interior o de l'interior dels altres com sentiments, desitjos...) versus **focalitzada en el món extern** (centrada en característiques físiques i visibles de les accions d'un mateix i dels altres).
- 4) En funció del tipus de procés: Referida a **processos cognitius** versus referida a **processos afectius**.

A més la MZ pot estar enquadrada en el present, el passat o el futur, i pot tenir un abast focal (referint-se a un estat mental present) o més ampli (referida a un context autobiogràfic) (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2012)

S'ha de tenir en compte però, que la MZ no és estàtica, sinó que és una capacitat dinàmica la qualitat de la qual varia en funció del nivell d'estrès (*arousal*) del moment. A més, donada a la seva multidimensionalitat, hi ha la possibilitat tan que deixi de funcionar completament com que sigui una o algunes d'aquestes facetes polaritzades les que no funcionin, donant com a resultat una gran varietat en la quantitat i la qualitat de la MZ de cada persona (Fonagy et al., 2012).

La clau d'una bona MZ és la integració de totes aquestes dimensions en un tot coherent. En canvi, quan alguna d'aquestes dimensions o de les seves polaritats falla pot donar resultats a diversos dèficits en el funcionament mental i interpersonal de l'individu (Bateman & Fonagy, 2012a).

1.2.2. MENTALITZACIÓ I SALUT MENTAL

Una bona MZ és crucial en el desenvolupament ja que promou un bon funcionament i una bona salut mental (Bak, Midgley, Zhu, Wistoft, & Obel, 2015; Maat, Fett, Derks, & GROUP Investigators, 2012; Sadler, Slade, & Mayes, 2006). Però tot i això, pocs estudis s'han centrat a estudiar aquest paper protector de la MZ. En un principi, els interessos de les investigacions han anat dirigits a l'estudi del que passa quan la MZ està afectada, quan no funciona adequadament.

Els primers estudis a tenir en compte la MZ sorgiren en relació al Trastorn Límit de la Personalitat (TLP). Segons Bateman i Fonagy (pioners en aquest camp), el dèficit en MZ seria una característica principal del trastorn (Bateman & Fonagy, 2004b). Tant és així que els autors han desenvolupat la *Mentalization-Based Treatment* (MBT; Tractament Basat en la Mentalització), un tractament que té l'objectiu de promoure una actitud mentalitzadora envers les relacions personals i els problemes del dia a dia (Bateman & Fonagy, 2004a). Aquesta millora de la capacitat de mentalitzar permet a les persones amb TLP ser més resolutives i capaces de manejar les emocions, cosa que evita molts dels problemes conductuals associats al trastorn sense la necessitat d'un canvi estructural de la personalitat (Bateman & Fonagy, 2012b).

Aquests autors plantejaren inicialment un model en què una disrupció de l'*attachment* en les relacions primerenques, en combinació amb experiències traumàtiques, interferiria en el desenvolupament neurobiològic de la persona. Això portaria a un sistema d'*attachment* hiperactivat² que faria que la capacitat de MZ fos

² El sistema d'*attachment* és innat en l'infant i té com a objectiu mantenir la proximitat del cuidador (Bolwby, 1986). Un dels seus components són les conductes de vinculació (les quals inclouen crides, vigilància i aproximació a la figura de protecció). Aquests comportaments s'activen en situacions en que l'infant se sent amenaçat i es desactivarien quan l'infant se sent prou pròxim al cuidador i segur. Però quan el desenvolupament no és l'adequat, pot portar a la construcció d'un sistema d'*attachment* hiperactivat, és a dir, que se sent amenaçat fàcilment i al qual li és difícil desactivar-se, sentir-se segur, tot i la proximitat de l'altre.

inestable i quedés bloquejada en situacions d'*arousal* elevat. En aquests moments de bloqueig s'activarien els models prementalitzadors o primitius que segons els autors explicarien la simptomatologia límit (Fonagy & Bateman, 2008).

Però el bloqueig o la incapacitat per mentalitzar no és l'única manera en què la MZ pot estar afectada, també és problemàtica un excés de MZ o un ús distorsionat (veure taula 2). De fet, en els últims anys, el mateix Fonagy i altres autors han mostrat que els problemes en MZ de les persones amb TLP s'expliquen millor per un excés (o hipermentalització; HMZ) més que no pas per un dèficit o absència (veure Sharp et al., 2011, 2013).

Taula 1. Maneres en que la mentalització pot estar afectada	
Dèficit de MZ	Quan la persona no és capaç de reconèixer els EMI, no és capaç de prestar-hi atenció ni llegir-los en els altres o en si mateix. S'ha de tenir en compte però, que la MZ no és una capacitat estàtica sinó dinàmica de la ment, i com a tal no podem entendre-la en termes de tot o res sinó com un continu des de l'absència a la presència en diferents graus i moments (Holmes, 2006). Un dels factors que pot bloquejar una bona MZ tot i tenir-la és, per exemple, l' <i>arousal</i> elevat (quan la persona experimenta una alta activació psicofisiològica).
Excés de MZ (Hipermentalització; HMZ)	Comporta una sobretribució d'EMI als altres, és a dir, atribuir als altres intencions, desitjos, pensaments, que en realitat no tenen. També seria característic una mala interpretació dels EMI. Per exemple, exagerant-ne la magnitud o importància (Sharp et al., 2013).
Ús distorsionat (Pseudomentalització)	Quan hi ha capacitat de MZ però aquesta és usada amb finalitats manipuladores o de control dels altres (Allen et al., 2008). En aquests casos, tot i que aparentment sembli que la persona és capaç de mentalitzar (sovint amb un bon nivell), el fet diferencial és l'objectiu amb el qual mentalitza. Així, la MZ no seria usada per connectar i entendre l'altre sinó per superar-lo, maltractar-lo o explotar-lo (Allen et al., 2008; Fonagy, Gergely, & Target, 2007; Sharp, 2006).

Així, en l'estudi de Sharp i cols. (Sharp et al., 2011) els adolescents amb simptomatologia límit mostraven tendència a fer inferències excessivament complexes basades en senyals socials que, al ser sobreinterpretats, resultaven errònies. L'autora suggereix que la HMZ seria un indicatiu de dificultats en la regulació emocional, i aquestes dificultats serien les que portarien a la simptomatologia límit (Sharp et al., 2011).

En els darrers anys, aquest interès per estudiar la MZ com a característica del TLP s'ha estès a altres trastorns tals com l'esquizofrènia (e.g. Corcoran, Cahill, & Frith, 1997; Das, Lagopoulos, Coulston, Henderson, & Malhi, 2012; Pedersen et al., 2012); l'autisme (p. e. Assaf et al., 2013; Chung, Barch, & Strube, 2014; Rosenblau, Kliemann, Heekeren, & Dziobek, 2015; White, Hill, Happé, & Frith, 2009); els trastorns de la conducta alimentària (e.g. Gillberg et al., 2010; Russell, Schmidt, Doherty, Young, & Tchanturia, 2009; Skarderud, 2007); els trastorns externalitzants (Griffin & Gross, 2004; Sharp, Croudace, & Goodyer, 2007; Taubner, White, Zimmermann, Fonagy, & Nolte, 2013) o la depressió (e.g. Fischer-Kern et al., 2008; Uekermann et al., 2008) entre d'altres.

Aquests estudis coincideixen a entendre la MZ com un procés psicològic fonamental, que com a tal està involucrat en tots els trastorns mentals severos (Bateman & Fonagy, 2012c).

RESUM

La mentalització (MZ) es descriu com la capacitat per percebre els estats mentals intencionals (EMI) subjacents al comportament de les persones. Ser capaç de "veure" els EMI que hi ha darrere del comportament humà permet donar sentit al que fem les persones. Interpretar el comportament propi i el dels altres en funció d'EMI dóna sentit al món social, ja que permet entendre'l i predir-lo. Per contra, la manca

d'aquesta capacitat situa en posició de "ceguesa" i dificulta la comprensió dels altres i també la d'un mateix, tal i com passa, per exemple, a l'espectre autista.

La MZ és un terme conceptualment emparentat amb d'altres, com el de cognició social o el de Teoria de la Ment (ToM). Això és degut a que la MZ és un aspecte bàsic del comportament humà que ha generat interès en diverses disciplines i escoles, la qual cosa ha fet que hagin conviscut diversos paradigmes a la literatura fent referència a un mateix fenomen. No obstant això, el paradigma de la MZ millora els existents perquè la seva concepció multidimensional, basada en els recents avenços en neurociència i en la psicologia del desenvolupament, fa possible sistematitzar un camp ple de conceptes solapats i ordenar-lo d'acord amb diverses dimensions. Així, el paradigma de la MZ permet integrar tots els conceptes afins i distingir entre MZ referida als EMI dels altres (i.e., ToM, cognició social, mind-reading) i MZ referida als propis EMI (insight, metacognició, intel·ligència intrapersonal); MZ cognitiva (i.e., ToM) versus afectiva (i.e., empatia), automàtica versus deliberada, conscient o explícita versus inconscient o implícita, etc.

El paradigma de la MZ permet, d'aquesta manera, posar ordre a un camp naixent que ha despertat un gran interès un cop demostrat l'important lligam que aquesta funció té amb la psicopatologia. En concret, una bona MZ està relacionada amb un bon funcionament psicològic. En canvi, l'evidència mostra com dificultats en la MZ es troben en la base de diversos trastorns mentals.

L'interès per estudiar el paper de la MZ va començar amb el Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) i, durant els darrers anys, s'ha anat estenent a altres trastorns. Un dels trastorns en què el paper de la MZ està encara per explorar, tot i ser probablement cabdal, és l'espectre de l'AS.

1.3. EL PAPER DE LA MENTALITZACIÓ EN L'ANSIETAT SOCIAL

La MZ s'està constituint com una funció important per a la salut mental, a part de suposar un pas més en l'estudi de la relació entre processos cognitius i psicopatologia (Bateman & Fonagy, 2012c; Fonagy & Bateman, 2016). Aquesta importància creixent de la forma en què ens pensem i pensem els altres, fa que cada vegada ens interessem més pel paper de la MZ en diverses àrees psicopatològiques. Una de les més inexplorades, ara mateix, és l'espectre de l'AS.

És curiós que aquesta àrea romangui tan inexplorada, ja que en l'espectre de l'AS la cognició i la forma com s'entén o es llegeix l'altre són claus. De fet, l'AS es defineix essencialment com la por a l'escrutini i l'avaluació negativa per part dels altres. Per tant, com es llegeix la ment de l'altre és un aspecte principal d'aquesta patologia. Aquest procés, que es dona en la ment de l'afectat per l'AS, és un procés cognitiu complex, que transcendeix els estudis sobre cognició realitzats fins ara, i centrats en els biaixos atencionals i memorístics, i que obre un nou camp en la comprensió de l'AS.

Molt probablement, si es comprèn més a fons què fa que la persona amb AS mentalitzi com ho fa, quins són els errors de MZ que s'associen a l'AS i quina funció tenen en el desenvolupament i manteniment del trastorn, es podrà avançar en la comprensió d'aquest espectre i també en el seu tractament.

1.3.1. MENTALITZACIÓ I ANSIETAT SOCIAL A LA INFÀNCIA: EL PAPER DE LA INHIBICIÓ CONDUCTUAL

Fins a dia d'avui, hi ha pocs estudis relacionant MZ i IC o timidesa en la infància i tots ells usen el concepte de ToM, fent servir proves com la de la falsa creença³ per avaluar les capacitats de MZ dels nens estudiats. Però s'ha de tenir en compte que les capacitats estudiades mitjançant les tasques ToM cobreixen només una part del que implica la MZ. Amb proves com les de la falsa creença, no s'estudia l'ús de les habilitats cognitives i socials en les relacions amb els altres, sinó només la comprensió cognitiva de l'altre (Broeren et al., 2013; Sharp, 2006). A més, els resultats d'aquestes investigacions són dispars i poc concloents.

Els primers estudis, realitzats a partir de l'any 2005, apuntaven a una relació entre alts nivells de ToM i baixos nivells d'IC, timidesa o alts nivells de comportament prosocial. És el cas de Walker (2005) que estudià la relació entre el desenvolupament en dues tasques ToM i les competències socials en 111 nens i nenes d'entre 3 i 5 anys, trobant que, en el cas dels nens, alts nivells de ToM estaven associats amb alts nivells de comportament agressiu o disruptiu i baixos nivells de timidesa. En el cas de les nenes, els millors resultats ToM s'associaven a alts nivells de comportaments prosocials.

En la mateixa línia es troben Yagmuriu i els seus col·legues (Yagmurlu, Sanson, & Koymen, 2005) que troben en una mostra de dos-cents preescolars una relació

³ L'experiment de la falsa creença té diverses versions, però la primera -usada a l'estudi de Wimmer & Perner (1983)- presenta un nen anomenat Max i la seva mare a la cuina, descarregant la compra. En Max agafa una tauleta de xocolata, la guarda dins d'un armari i surt a jugar fora. Mentre ell es fora, la mare utilitza la xocolata i al guardar-la la posa en un altre lloc. Quan en Max torna a entrar a la cuina es pregunta al nen on buscarà la tauleta de xocolata. Els nens sense una ToM desenvolupada, creuran que l'anirà a buscar al lloc on l'ha guardat la mare, tot i que admeten que en Max no sap que la mare ha canviat la xocolata de lloc. Això és degut a la incapacitat per representar-se la ment d'en Max i la seva creença falsa de que la xocolata estava on ell l'havia deixat. En canvi, els nens amb una ToM desenvolupada poden entendre que en Max té una creença que és falsa, la poden distingir de la seva pròpia i per tant són capaços de preveure el comportament del personatge, responent que l'anirà a buscar al lloc on el nen l'havia desat.

significativa entre les capacitats ToM i el comportament prosocial sense diferenciar per sexe. I Broeren i Muris (Broeren & Muris, 2009), que troben una associació significativa entre alts nivells de ToM i baixos nivells d'IC.

Per altra banda, hi ha un parell d'estudis que relacionen la timidesa o inhibició en la infància amb baixos nivells de cognició social però només en el cas de que aquesta vagi acompanyada de formes negatives d'interacció amb els iguals (Suway, Degnan, Sussman, & Fox, 2011) o d'una alta reactivitat fisiològica (Lane et al., 2012). En ambdós casos, el fet de ser només inhibit no comporta un dèficit en ToM.

De fet, en l'estudi de Lane (en què va usar una mostra mixta de nens dels EUA i de la Xina) el fet de presentar només reactivitat fisiològica o de ser només inhibit (sobretot en el cas dels xinesos) estava associat a capacitats avançades en ToM. Els autors conclouen que el principal problema no és la inhibició o la reactivitat en sí, sinó que és la interacció entre ambdues la que bloqueja el nen davant les interaccions socials.

Així, suggeririen una relació curvilínia entre la reactivitat fisiològica i els comportaments adaptatius: Un nivell moderat de reactivitat promouria l'atenció dels nens envers els estímuls socials, però, en superar cert llindar, els bloquejaria impedit-ne un bon funcionament. D'una forma similar, la IC sense aquest component fisiològic, donaria a l'infant l'oportunitat d'observar les interaccions socials des de fora, promovent una millor entesa de les situacions i, en conseqüència, la possibilitat d'un millor desenvolupament de la cognició social (Lane et al., 2012).

En la mateixa línia, Wellman i els seus col·legues (Wellman, Lane, Labounty, & Olson, 2011) observen que determinats temperaments als 3 anys (baixa agressivitat, timidesa i sensibilitat perceptual), prediuen millor ToM als 5. I Mink i el seu equip (Mink, Henning, & Aschersleben, 2014), amb una mostra de nens més petits (avaluant el temperament als 18 mesos i les capacitats ToM als 3 anys), replica les troballes de Wellman però només pel que fa al temperament tímid que porta a l'infant a ser més capaç d'observar i aprendre de les interaccions socials.

Per altra banda, a l'estudi de Kokkinos i col·laboradors (Kokkinos, Kakarani, & Kolovou, 2015) també estudien la relació entre timidesa i altres variables personals, entre les quals es troba la ToM, però ho fan amb una mostra de 243 preadolescents, obtenint una correlació negativa entre timidesa i ToM avançada. Els autors expliquen aquesta relació negativa com a conseqüència de les hores de socialització que la timidesa manlleva, impossibilitant la pràctica i desenvolupament de les habilitats socials i la MZ.

Per últim, també hi ha l'estudi de Broeren (Broeren et al., 2013) en que investiga la trajectòria de diversos trastorns d'ansietat des de la infància fins a la preadolescència esperant que el nivell de ToM funcioni com a predictor d'AS però els resultats no mostren cap relació amb les capacitats ToM, així que els autors apunten al fet que aquesta pot funcionar més aviat com a moderador i no com a predictor.

1.3.2. MENTALITZACIÓ I ANSIETAT SOCIAL A L'EDAT ADULTA: ELS BIAIXOS COGNITIVS EN ELS MODELS CLÀSSICS DE L'ANSIETAT SOCIAL

L'interès per estudiar la cognició relativa a l'AS s'inicia en els últims anys del segle passat, però no ha estat fins fa mitja dotzena d'anys que aquest interès s'ha focalitzat en la part social de la cognició, en la MZ.

En un inici i a partir de les teories explicatives de la fòbia social com la de Clark & Wells (1995) es va generar una onada d'estudis interessats en entendre les característiques de la cognició en persones amb AS. La majoria d'ells es van centrar en estudiar els biaixos cognitius que actuen com a generadors i mantenidors de l'ansietat.

Per fer-ho, els diversos equips d'investigadors van inventar proves que posaven el participant davant situacions ambigües, ja fos usant frases acabades amb paraules polisèmiques (Amir, Foa, & Coles, 1998) o vinyetes per a presentar escenaris ambigus que els participants havien d'interpretar (Constans, Penn, Ihen, & Hope, 1999; Stopa & Clark, 2000).

Els resultats mostraven com els ansiosos socials tenien tendència a interpretar de forma menys positiva (Constans et al., 1999) o més negativa (Stopa & Clark, 2000) les situacions socials però no les situacions no socials (Amir et al., 1998; Voncken, Bögels, & de Vries, 2003). Així, aquests biaixos interpretatius esdevindrien un factor situacional, només present quan es processa informació de caràcter social, però absent en la resta de situacions en què la persona presentaria un funcionament normal (Constans et al., 1999).

1.3.3. HIPERMENTALITZACIÓ I ANSIETAT SOCIAL

Els primers en estudiar les característiques de la cognició social com a tal en individus amb AS van ser Tibi-Elhanany i Sharmay-Tsoory (2011). Per a avaluar-la van usar mesures d'empatia cognitiva i empatia afectiva, així com un programa d'ordinador per a plantejar tasques ToM a 87 participants. Els resultats mostraren que les persones amb un nivell alt d'AS tenien tendència a adoptar la perspectiva dels altres (empatia cognitiva), però sent poc precisos en la mesura de ToM. De fet, els autors van detectar una tendència a sobre-mentalitzar (*over-mentalize*) en referència als EMI dels altres. D'aquesta manera, els ansiosos socials tendrien a posar-se en el lloc de l'altre per intentar esbrinar què és el que deuen estar pensant i assumir que els altres tenen la mateixa imatge negativa que ells mateixos senten que tenen. Aquest resultat van en la línia dels models clàssics com el de Rapee i Heimberg (1997) explicat en el primer punt.

Després d'aquest estudi, les publicacions que apareixen utilitzen la MASC: una mesura de cognició social en la qual s'usa una pel·lícula que mostra les interaccions entre quatre personatges durant un sopar. Durant la reproducció, el vídeo s'atura diverses vegades i demana als participants que escullin entre quatre possibles respostes que descriuen les emocions, els pensaments o les intencions dels protagonistes (Dziobek et al., 2006).

Els estudis que han usat aquesta mesura obtenen resultats que mostren una MZ deficitària en persones amb AS (Buhlmann, Wacker, & Dziobek, 2015; Hezel & McNally, 2014; Washburn, Wilson, Roes, Rnic, & Harkness, 2016; Washburn, 2012). En concret, el dèficit dels AS aniria en direcció oposada a la de les persones amb trastorns de l'espectre autista, mostrant errors d'HMZ (Hezel & McNally, 2014; Washburn et al., 2016).

Aquest patró d'HMZ és explicat com a factor de manteniment de l'AS (Buhlmann et al., 2015; Hezel & McNally, 2014) tot i que els autors no expliciten com es generaria inicialment aquesta tendència a hipermentalitzar. Un punt en el que fan èmfasi, és que aquesta MZ deficitària seria present només en situacions socials, quan les situacions són *self*-referenciades, podent funcionar amb normalitat en altres moments (Buhlmann et al., 2015). Així tornaríem a estar davant la idea que els dèficits de MZ dels AS són un fenomen situacional, lligats a les situacions socials.

1.3.4. BIDIRECCIONALITAT EN LA RELACIÓ ENTRE MENTALITZACIÓ I ANSIETAT SOCIAL

Tot i que la relació entre AS i MZ és cada cop més estudiada i validada, no hi ha consens en quina és la direcció d'aquesta relació. Així trobem estudis que plantegen l'AS com a conseqüència dels problemes en MZ (Broeren & Muris, 2009; Walker, 2005), d'altres que plantegen la relació a la inversa, entenent que els problemes de

MZ són conseqüència de l'AS (Kokkinos et al., 2015; Mink et al., 2014; Wellman et al., 2011) i un tercer grup que veuen la MZ com un factor de manteniment de l'AS (Buhlmann et al., 2015; Hezel & McNally, 2014).

Aquesta diversitat d'enfocaments pot esser explicada i integrada si entenem la relació entre AS i MZ com a bidireccional. Així l'AS en la infància portaria el nen a evitar les interaccions socials, impedit les experiències necessàries per a un bon desenvolupament de la MZ. A la vegada, aquesta MZ deficitària portaria a una pitjor comprensió de les relacions socials i per tant una manca d'habilitats en aquest camp que influenciarien negativament en el desenvolupament social de la persona (Suway et al., 2011).

1.3.5. EL PAPER DE LA DEPRESSIÓ

La comorbiditat entre AS i simptomatologia depressiva ha estat llargament estudiada i demostrada (Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn, & Sack, 1997; McLaughlin & King, 2015; Merikangas & Angst, 1995; M. B. Stein et al., 2001; M. B. Stein, Tancer, Gelernter, Vittone, & Uhde, 1990). L'AS genera danys importants i sovint porta a la depressió (Beesdo-Baum et al., 2012). De fet, hi ha models que expliquen com la IC a la infància, a través de la consciència de les pròpies mancances, l'ansietat anticipatòria que aquesta comporta i el retraïment, la baixa autoestima i la inseguretat en les pròpies capacitats, pot portar a la depressió a partir d'experiències repetides de fracàs social (Ballepí, Jané, & Riba González-Alonso, 2006).

Altres autors apunten a l'aïllament social i la desmoralització com a característiques de l'AS que augmentarien el risc de depressió (Stein et al., 1990). A més, la depressió comporta sovint un empitjorament de les capacitats cognitives (e.g. problemes d'atenció, aprenentatge, memòria, pensament) en les quals s'hi troben incloses

problemes o biaixos en la cognició social tal i com alguns estudis previs han suggerit (Bora & Berk, 2016).

Tot i que hi ha estudis que relacionen la depressió amb dèficits en la capacitat de MZ (Fischer-Kern et al., 2008; Uekermann et al., 2008; Wang, Wang, Chen, Zhu, & Wang, 2008) i tot i que el trastorn depressiu és el més freqüentment associat al TpAS (Dalrymple & Zimmerman, 2007), a dia d'avui, només hi ha un estudi que hagi investigat el paper de la MZ en l'AS tenint en compte la depressió. Els resultats d'aquest estudi mostren que l'AS està associada a pitjor MZ. Però quan va associada a una història de depressió, pot resultar un avantatge en tasques ToM, mostrant ToM avançada en tasques que impliquen una socialització indirecta, però no una socialització directa (Washburn et al., 2016; Washburn, 2012).

RESUM

El paper de la MZ en la salut mental de les persones es reconeix cada vegada més com a quelcom important, i per això el seu estudi pot contribuir amb importants avenços a la comprensió de la relació entre processos cognitius d'ordre superior i psicopatologia.

Els estudis referents a la MZ en AS són escassos i, pràcticament en la seva totalitat, se centren en els primers anys de vida (i.e., l'etapa preescolar) o en l'adulthood. Els resultats dels estudis desenvolupats sobre la primera infància, basats en mesures de Teoria de la Ment (ToM), mostren resultats contradictoris, ja que revelen que la inhibició conductual s'associa tant a una ToM deficitària com a una ToM avançada. Els estudis centrats en l'edat adulta revelen majoritàriament un dèficit de MZ en persones amb AS i suggereixen que aquest dèficit tendiria a mostrar la direcció oposada al dèficit propi de l'espectre autista, caracteritzat per la hipomentaltització (i.e., mindblindness o ceguesa mental). És a dir, és possible que a l'AS hi hagi un

problema per sobre atribució d'EMI o, dit d'una altra manera, d'hipermentalització (HMZ).

Tot i l'acceptació general que la MZ té un rol en l'AS, com el té en molts altres trastorns, no hi ha consens sobre la direcció d'aquesta relació. Estudis diferents tracten la MZ de vegades com a causa, i altres com conseqüència o factor de manteniment de l'AS, de manera que d'una banda no està clar el rol de la MZ en l'articulació de l'AS i, de l'altra, és possible que pugui plantejar-se una relació de caràcter bidireccional.

CAPÍTOL 2. OBJECTIUS I HIPÒTESIS

Per aprofundir en el paper de la MZ en l'AS, es pretén:

- 1.** Analitzar si la IC durant el desenvolupament incideix en la capacitat de MZ a l'adolescència.
- 2.** Analitzar si un nivell intermedi d'AS s'associa a una millor capacitat de MZ que l'absència d'AS.
- 3.** Analitzar si el dèficit de MZ associat a l'AS és multidimensional i veure quines són les dimensions de MZ afectades.
- 4.** Analitzar si les dimensions de MZ afectades a l'AS varien segons la història prèvia d'IC a la infància.
- 5.** Veure si l'AS s'associa a problemes de MZ també des d'un punt de vista dimensional.
- 6.** Comprovar si la HMZ és el problema més estretament lligat a l'AS.
- 7.** Explorar la contribució de la IC i la depressió al dèficit de MZ associat a l'AS.

A continuació es delimiten els objectius específics i les hipòtesis de treball que es deriven dels objectius anteriors.

Objectiu 1

Analitzar si la IC durant el desenvolupament incideix en la capacitat de MZ a l'adolescència

D'acord amb el marc teòric, la interacció social és important per al desenvolupament i millora de la cognició social. Per tant, tot allò que entorpeixi la interacció social podria entorpir el desenvolupament de la MZ. Tot i la versemblança d'aquesta hipòtesi, els escassos estudis que l'han contrastada ofereixen resultats contradictoris i per tant poc conclouents (vegi's apartat 1.3.1 de la introducció, pàg. 33). Per aquesta raó, la primera pregunta a respondre és si la IC al llarg de la infància, és a dir, si una forma estable d'AS que pot fomentar l'evitació social durant anys, s'associa a un dèficit de MZ.

Objectius específics

1a: Analitzar si haver estat inhibit durant la infància s'associa a més problemes de MZ a l'adolescència que no haver estat inhibit.

1b: Analitzar si els problemes de MZ associats a la IC són només en referència als EMI dels altres o també fan referència als propis EMI.

Hipòtesis empíriques

H1. El fet d'haver estat inhibit durant la infància és un factor de risc de patir més problemes de MZ a l'adolescència, ja que la IC aparta de la interacció i aquesta és necessària per a desenvolupar la MZ.

H2. Els problemes de MZ associats al fet d'haver estat inhibit durant la infància s'observaran tant en relació a la lectura dels propis EMI com als dels altres, ja que ambdues habilitats interactuen i comparteixen part dels circuits cerebrals.

Objectiu2

Analitzar si un nivell intermedi d'AS s'associa a una millor capacitat de MZ que l'absència d'AS

Alguns estudis han suggerit que una AS moderada podria situar l'afectat en una posició de major observació, ja que el sistema d'IC atura el comportament (veure Gray & McNaughton, 2000; Gray, 1982) i aquesta vigilància que es genera podria afavorir l'estudi de l'altre i redundar en una millora de la MZ. De nou, com que els estudis al respecte no són concloents (vegi's apartat 1.3.1, pàg. 33), la segona pregunta a respondre és fins a quin punt això és així, és a dir, fins a quin punt una IC moderada està associat a millors nivells de MZ.

Per aprofundir en aquesta hipòtesi de relació entre l'AS i la MZ, es pretén respondre aquesta pregunta no només en relació al nivell d'AS en la infància (IC), tal i com han fet els estudis fins al moment, sinó també en relació al nivell d'AS a l'adolescència. A més, l'instrument usat per avaluar l'AS a l'adolescència en aquest estudi, permet subdividir el grup intermedi (que tendeix a acollir un alt percentatge dels participants) en dos subgrups: els que presenten una AS mig-alta i els que presenten una AS mig-baixa, possibilitant un major aprofundiment en les possibles diferències d'aquest nivell intermedi. Així, també plantejem la pregunta de si una AS moderada també en l'adolescència (no tan sols durant el desenvolupament) s'associa a una MZ inclús millor que en el cas de patir una baixa AS.

Objectius específics

2a: Analitzar si una IC moderada durant la infància s'associa a una millor capacitat de MZ que l'absència d'IC.

2b: Analitzar si una AS moderada durant l'adolescència s'associa a una millor capacitat de MZ que l'absència d'AS.

Hipòtesis empíriques

H3. El grup d'IC intermedi serà el que mostrarà millors capacitats de MZ en comparació amb els grups d'alta IC i de baixa IC, ja que una IC moderada és probable que aturi el comportament sense bloquejar la cognició i permeti així una posició de major observança que qualsevol dels dos pols (IC elevada o nul·la).

H4. El grup d'AS mitjana-baixa serà el que mostrarà millors capacitats de MZ, ja que probablement és el grup amb el nivell d'AS suficient com per aturar el comportament i fer possible l'observació, sense els excessos d'AS que bloquegen o compliquen la cognició.

Objectiu 3

Analitzar si el dèficit de MZ associat a l'AS és multidimensional i veure quines són les dimensions de MZ afectades

L'AS es defineix essencialment com una por excessiva a l'escrutini i a l'avaluació negativa dels altres. Aquesta formulació, àmpliament acceptada, és feta en termes de MZ, ja que fa referència a una atribució distorsionada d'estats mentals. Per tant, l'AS d'alguna manera es defineix com un problema de MZ.

Els escassos treballs previs sobre el dèficit de MZ associat a l'AS avaluen un o dos aspectes de la MZ amb procediments diversos, fent així difícil la comparació entre estudis (vegi's apartat 1.3.2, pàg. 35). Com a resultat d'aquesta heterogeneïtat, els resultats disponibles no són concloents i deixen preguntes per respondre, com si són diversos els aspectes de la MZ que s'afecten en persones amb AS, si el perfil de dèficit de MZ associat a l'AS és el mateix havent patit o no IC durant la infància o, fins i tot, si en el cas que una AS moderada conduís a desenvolupar una millor MZ, això es donaria en casos d'AS mig-alta (més propera al nivell problemàtic), en casos d'AS mig-baixa (més propera a l'absència d'AS) o en ambdós casos. Atesos aquests interrogants, es considera d'interès plantejar quelcom que cap estudi no ha efectuat abans: avaluar el dèficit de MZ en més d'una dimensió en una mateixa mostra (en aquest cas, la MZ referida als propis EMI i la MZ referida als EMI dels altres) i fer-ho des d'una perspectiva multiinformant i multimètode. D'aquest plantejament es deriven els següents objectius.

Objectius específics

3a: Analitzar si tenir AS elevada a l'adolescència s'associa a més problemes de MZ que no tenir-ne.

3b: Analitzar si tenir AS elevada en l'adolescència s'associa a problemes tant en la MZ referida als propis EMI com en la MZ referida als EMI dels altres.

Hipòtesis empíriques

H5. L'AS a l'adolescència estarà associada a problemes de MZ avaluats amb diferents mètodes de mesura, ja que l'AS es defineix essencialment com un problema de MZ i l'evidència precedent suggereix parcialment que, com en altres trastorns, l'AS també sembla associar-se a problemes de lectura de l'altre i potser d'un mateix.

H6. Els problemes de MZ associats a l'AS adolescent s'observaran tant en relació als EMI propis com als EMI dels altres, ja que tot i que els errors de lectura de l'altre potser causen AS, l'AS porta a l'evitació de la interacció i l'aïllament social fa perdre oportunitats de millorar la MZ, tot perpetuant així el problema. Com que la lectura dels EMI d'un mateix i els altres no és del tot independent, és lícit pensar que els problemes en una dimensió poden afectar l'altra. A més, l'evidència suggereix que les persones amb AS tenen problemes tant en la percepció dels EMI dels altres com en la dels propis.

Objectiu 4

Anалitzar si les dimensions de MZ afectades a l'AS varien segons la història prèvia d'IC a la infància

Hi ha diverses maneres en què un adolescent pot arribar a patir AS a l'adolescència. Una és a partir d'una història prèvia d'IC i tímidesa en la infància que s'allarga i s'estableix fins a l'adolescència, l'altra és de forma abrupta, a partir d'una experiència social traumàtica que dóna inici a la simptomatologia (veure punt 1.1.1 pàg. 18). Atès que aquests dos camins són ben diferents, s'espera que el conjunt d'ansiosos socials no sigui un grup heterogeni i que el fet d'arribar a l'AS d'una manera o una altra comporti diferències en aspectes fonamentals com la MZ, els quals depenen de com ha anat creixent la persona per a evolucionar en major o menor grau i qualitat.

Hipòtesi empírica

H7. Els adolescents amb AS a l'adolescència que a més hagin patit IC a la infància seran els que mostraran més problemes de MZ, ja que són els que han estat exposats de forma més estable a l'evitació de la interacció i els que arrossequen, per tant, més hores perdudes d'interacció i pràctica de la lectura dels altres. A més, els antecedents estables d'IC suggereixen una presència potser més intensa i segur que més estable d'AS, i això implica una diferència amb els casos d'AS més incipient o episòdica a l'adolescència.

Objectiu 5

Veure si l'AS s'associa a problemes de MZ també des d'un punt de vista dimensional

Fins ara, tots els estudis que analitzen la relació entre AS i MZ ho han fet des d'una perspectiva categorial, és a dir, comparant grups amb diferents nivells d'AS o amb diferents característiques psicopatològiques (e.g., amb o sense comorbiditat depressiva). Aquesta és la perspectiva adoptada en bona part de les anàlisis realitzades en el present estudi. Sabent que la comparació de grups facilita la visualització de diferències entre ells, aquí es pretén fer un pas més i investigar si la relació entre aquests dos constructes es observable també des d'una perspectiva dimensional, és a dir, tractant totes les variables com a variables quantitatives. Assumint que podrien atenuar-se les diferències trobades en l'abordatge categorial o, fins i tot, desaparèixer, constatar els mateixos resultats des d'una perspectiva dimensional donaria encara més solidesa a les hipòtesis formulades. A més, aquest tractament de les dades permet analitzar millor la interacció entre AS, IC i depressió en relació al dèficit de MZ.

Hipòtesi empírica

H8. L'AS a l'adolescència estarà associada a problemes de MZ també quan s'avalua des d'una perspectiva dimensional.

Objectiu 6

Comprovar si la HMZ és el problema més estretament lligat a l'AS

Dels problemes que poden donar-se en l'habilitat per mentalitzar (i.e., hipomentalització dels propis EMI o dels altres, i HMZ dels propis EMI o dels EMI dels altres) hi ha motius per pensar que les persones amb AS tendeixen cap a la HMZ, és a dir, cap a una sobreatribució d'estats mentals als altres.

El tret cognitiu fonamental de l'AS és la por excessiva a l'escrutini i avaluació negativa per part dels altres. Aquest imaginar que els altres aplicaran un judici negatiu implica fer suposicions referents al que els altres tenen a la ment, o dit d'una altra manera, llegir la ment de l'altre. El problema és que aquesta lectura sol ser errònia (exagerada) per la seva freqüència (massiva) i grau de versemblança (se li atorga veracitat absoluta). És per això que aquesta atribució exagerada pot ser entesa com un problema d'HMZ. Tot i que aquesta idea és raonable i acumula ja una certa evidència a favor, requereix seguir essent contrastada.

Objectius específics

6a: Estudiar si la HMZ és el problema de MZ més estretament lligat a l'AS tal i com suggereixen alguns estudis previs.

6b: Veure si la HMZ és l'únic problema de MZ associat a l'AS o s'acompanya d'altres tipus de dèficit.

Hipòtesis empíriques

H9. La HMZ serà el problema de MZ més intensament associat a l'AS, ja que les característiques de la HMZ són molt similars als dèficits cognitius associats a l'AS, tals com el fet d'imaginar que els altres mantenen una visió negativa d'un mateix.

Objectiu 7

Explorar la contribució de la IC i la depressió al dèficit de MZ associat a l'AS

És difícil deslligar els problemes de MZ associats a l'AS a l'adolescència dels que puguin estar associats a la IC prèvia. L'efecte que la IC hagi pogut tenir durant la infància en el desenvolupament de la MZ, així com l'efecte que hagi pogut tenir en estructurar l'AS adolescent, és difícilment destriable de la relació entre AS i MZ.

Per altra banda, estudis previs demostren que la depressió s'associa a dèficits en la capacitat de mentalitzar i també que és el trastorn més freqüentment associat a l'AS (veure punt 1.3.4 pàg. 37). Per tant, hi ha motius per pensar que la depressió podria tenir un paper important en la relació entre AS i MZ.

Objectius específics

7a: Analitzar el paper de la IC prèvia i de la comorbiditat depressiva concurrent en el dèficit de MZ associat a l'AS

Hipòtesis empíriques

H10. **La interacció entre IC a la infància i AS a l'adolescència predirà un major dèficit de MZ, tant referent a un mateix com als altres**, ja que la combinació d'IC a la infància i AS a l'adolescència maximitzarà els efectes negatius que ambdues tenen sobre la MZ.

H11. **La interacció entre AS i depressió predirà més intensament problemes de MZ que per separat**, ja que el fet de presentar-se conjuntament pot suposar un deteriorament més sever de la funcionalitat i qualitat de vida de la persona que per separat.

CAPÍTOL 3. MÈTODE

3.1. PARTICIPANTS

En el treball empíric s'han emprat les dues mostres que es descriuen a continuació.

MOSTRA 1

Els adolescents participants d'aquesta mostra provenen dels centres educatius on cursaven ESO, batxillerat o cicles formatius durant els cursos 2013/14 i 2014/15. Van participar en l'estudi 5 centres, 3 eren de la ciutat de Barcelona (1 concertat i 2 públics) i 2 de la ciutat de Solsona (1 concertat i 1 públic). Els estudiants provenien doncs, en un 71.7% dels casos de centres concertats i en un 28.3% de centres públics. El nombre de matriculats en aquests centres durant l'any acadèmic en què es realitzà el mostreig era aproximadament de 2.400.

Dels 546 adolescents la família dels quals va acceptar participar, 463 (234 noies i 229 nois) van retornar el protocol degudament complert. Aquests van formar la mostra final per a l'estudi amb edats que anaven dels 12 als 19 anys ($M = 14.75$ anys; $DT = 1.66$ anys).

Dels 463 adolescents participants en la primera fase de l'estudi, 264 van participar en la segona fase, que incloïa avaluacions presencials a l'institut. D'aquests, 145 eren noies i 119 eren nois amb edats compreses entre 12 i 18 anys ($M = 14.65$ anys; $DT = 1.71$ anys).

MOSTRA 2

Aquesta mostra correspon a un segon treball de camp realitzat durant el curs 2015/16. En aquest cas es vehiculà la recollida de dades mitjançant plataformes virtuals per estalviar costos de logística tant a l'equip de recerca com als centres i evitar, al mateix temps, errors en la recollida de dades. Dels 5 centres que van participar en el primer treball de camp, 3 van accedir a participar de nou. A més, es demanà la col·laboració a 5 instituts més dels quals 2 van accedir a participar. En total van participar per tant 5 instituts d'educació secundària que facilitaren i vehicularen el contacte amb les famílies tot enviant e-mails amb la informació del projecte, el consentiment informat i els enllaços on respondre les proves.

En total, 267 nois, llur família va accedir a participar, van respondre adequadament el qüestionari que se'ls va enviar via e-mail. 177 (58.8%) eren noies i 110 (41.2%) nois. Les edats anaven dels 11 als 28 anys ($M = 15.98$ anys, $DT = 2.21$ anys).

3.2. PROCEDIMENT

El present estudi forma part del projecte titulat "Temperament, personalitat i estratègies d'afrontament a l'adolescència", destinat a analitzar la relació entre mentalització i salut mental i el qual segueix en curs a dia d'avui.

MOSTRA 1

Després de reunir-nos amb la direcció dels centres i un cop aquests van acceptar la participació en l'estudi, es va enviar una carta a tots els pares i mares explicant

l'estudi i demanant-ne la col·laboració. Així mateix es va incloure el consentiment informat que els pares o tutors havien de retornar degudament signat al centre.

Personal de l'equip investigador es va traslladar als centres per repartir els protocols i explicar el funcionament de l'estudi als alumnes que havien accedit a participar-hi. Posteriorment es van recollir els protocols, es van revisar per tal de detectar valors absents i errors i es va retornar a l'escola per a aclarir-los amb els alumnes i aconseguir el major nombre de protocols complerts.

Un cop creada la base de dades i introduïts els protocols d'aquesta primera fase, es van seleccionar els alumnes que participarien a la segona fase en funció de si havien patit o no IC en la infància i del nivell d'AS que presentaven. En concret, es va procurar obtenir un 20% de nois amb alta AS, un 20% de nois amb baixa AS i la resta del grup intermedi per intentar assolir els nivells que citen en la bibliografia. Les raons per les qual es va decidir fer aquest subgrup enlloc d'agafar tots els participants tenen a veure amb les proves que es passaven en aquesta segona fase, les quals implicaven gran quantitat de recursos (investigadors formats en pràctica clínica i temps d'entrevista amb els adolescents) que feien difícil assumir tota la mostra inicial.

En aquesta segona fase, personal de l'equip investigador es va traslladar als centres on, entre d'altres proves, es passava l'entrevista clínica als participants. Les dades recollides van ser incloses a la base de dades inicial.

MOSTRA 2

Per recollir la segona mostra es procedí a contactar amb la direcció de cadascun dels centres i organitzar un equip que dinamitzés la recollida de dades. L'equip era compost per un o diversos representants de l'equip de recerca a cada centre i coordinadors del procés en el centre (normalment els caps d'estudis o els membres de l'equip psicopedagògic). Aquest equip s'encarregava de redactar els e-mails per a les famílies i estimular la participació entre l'alumnat. També feien un seguiment

dels casos en què els pares responien però el jove no o viceversa, i procuraven emplaçar l'altra part per a que completés les dades. Finalment, en alguns instituts s'optà per animar els adolescents que havien consentit a participar a que respongueren a la mateixa escola tutelats per un membre de l'equip d'investigació. En aquests casos es reunien grups de 15 a 20 participants a les sales d'informàtica del centre per a que poguessin complimentar el qüestionari tot disposant de l'investigador per si tenien dubtes.

3.3. MESURES

A continuació es detallen els instruments utilitzats per recollir les dades de l'estudi. La mostra 1 va completar el BII, el SASA, el MZQ, el BRF, l'AMI, el TMMS i el BDI-II. La mostra 2 va completar el R-BIS, el RFQY i el YSR.

ESPECTRE DE L'ANSIETAT SOCIAL

Behavioural Inhibition Instrument (BII; Muris, Merckelbach, Wessel, & Van de Ven, 1999)

El BII és un instrument autoadministrat que consta de dues parts: una primera part que és la *Behavioural Inhibition Scale* (BIS; veure Gest, 1997), la qual avalua el grau d'IC en l'actualitat, i la segona que avalua el grau d'IC retrospectiva. En el present estudi s'ha utilitzat només la versió en català de la segona part (Ballespí, Pérez-Domingo, & Barrantes-Vidal, 2015). Aquesta proposa als adolescents tres descripcions: 1) "Des de que puc recordar, sóc tímid/a quan he de parlar amb una

persona desconeguda. En aquestes ocasions, estic nerviós/a, no sóc capaç de riure i no sé que dir” (IC alta); 2) “Des de que puc recordar, parlo amb facilitat amb persones desconegudes. En aquestes ocasions, em sento bé, estic en condicions de riure i sé exactament el que he de dir” (IC baixa) i 3) “Estic entre mig d’aquestes dues definicions” (IC mitjana). Se’ls demana als adolescents que s’assignin a una d’aquestes tres categories d’IC. (Muris, Merckelbach, Schmidt, Gadet, & Bogie, 2001)

Retrospective Behavioral Inhibition Scale (R-BIS; Ballespí & Pérez-Domingo, manuscrit no publicat)

És un instrument breu que consta de 4 ítems adreçats a mesurar el nivell d’inhibició temperamental que presentava el participant a la seva infància. Els contingut dels ítems respecte els denominats signes majors d’inhibició conductual tot i preguntar principalment per inhibició davant d’estímuls socials. Tots 4 ítems (“Fins a quin punt eres tímid/a”; “Fins a quin punt et costava parlar amb nens que no coneixies”; “Fins a quin punt et costaven els canvis” i “Fins a quin punt et costava parlar amb adults que no coneixies”) es responen amb una escala tipus Likert que va de 1 (Gens) a 7 (Moltíssim). L’anàlisi psicomètrica revela que aquests 4 ítems s’estructuren en un únic factor que explica al voltant del 70% de la variabilitat total, amb pesos compresos entre .70 i .90, i amb una consistència interna bona segons valors al voltant de .85 en l’índex Alpha de Cronbach.

Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A; La Greca & Lopez, 1998)

Per a avaluar AS a l’adolescència, s’ha usat la versió espanyola del SAS-A (Olivares et al., 2005). El SAS-A és una adaptació del *Social Anxiety Scale for Children Revised* (SASC-R; La Greca & Stone, 1993) per a la població adolescent. Avalua l’AS dels adolescents en el context de les relacions interpersonals i conté 22 ítems: 18 afirmacions auto-descriptives (e.g., “Em fa vergonya estar envoltat de persones que no conec”) i 4 ítems neutres (e.g., “M’agrada practicar esports”). Cada ítem és

puntuat en una escala de 5 punts d'acord amb el grau en què el subjecte sent que és cert per a ell, en una escala de 1 (Mai) a 5 (Sempre).

La puntuació total s'extreu de la suma de tots els ítems, exceptuant els 4 ítems neutres, i té un rang que va del 1 al 90. Els coeficients de correlació amb altres mesures de depressió van del .56 al .92 amb una mitjana de 0.72 (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel, & Turner, 2001) i la fiabilitat test-retest és de .82 (García-López et al., 2001; Olivares et al., 2005).

MENTALITZACIÓ

Mentalization Questionnaire (MZQ; Hausberg et al., 2012)

El MZQ és un qüestionari autoadministrat de 15 ítems que avalua dèficit en MZ. La persona ha de respondre usant una escala Likert de 5 punts que va des del 1 (En desacord) al 5 (D'acord). La puntuació total va dels 15 als 75 punts. Una puntuació alta indica major dèficit de MZ que una puntuació baixa. La consistència interna de la prova és de .81 (Hausberg et al., 2012).

L'adaptació catalana del MZQ no ha mostrat la mateixa estructura de 4 factors que la versió original de l'instrument, sinó una tendència clara a estructurar-se en un únic factor que mostra una consistència interna de $\alpha=.77$ i que permet així calcular la puntuació total derivada de la suma de puntuacions dels 15 ítems. La fiabilitat test-retest, calculada amb 260 participants al cap d'un mes d'haver respost l'escala per primera vegada, fou moderada-bona, tant pel que fa als ítems com a la puntuació total, obtenint-se per a aquesta última un coeficient de correlació intraclasse de .65. El MZQ ha mostrat correlacions positives i moderades (de .32 a .55) amb mesures de psicopatologia teòricament relacionades amb un dèficit de MZ, i negatives amb constructes amb els que el dèficit de MZ guarda una relació inversa, com l'estil d'*attachment* segur ($r=-.32$), oferint així proves d'una adequada validesa convergent (Ballespí, Pérez-Domingo, Doval, & Barrantes-Vidal, 2015).

Adolescent Mentalization Interview (AMI; Ballespi & Pérez-Domingo, 2015a)

L'Entrevista de MZ per a Adolescents (*Adolescent Mentalizing Interview* o AMI) és una entrevista semiestructurada creada per a l'avaluació de la capacitat per atribuir i entendre els EMI (és a dir, quines són les seves causes i les seves conseqüències). Consta de dues parts: A la primera es situa el participant davant d'una història sentimental en la qual participen tres personatges adolescents, i en què se li fan preguntes sobre què creu que faria cada personatge en aquesta situació i perquè creu que faria això. Aquesta part està basada en les anomenades *demanding questions* de la *Refelctive Function Scale* (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998), un tipus de preguntes deliberadament dissenyades per a promoure respostes que reflecteixin MZ (e.g.: *Com reaccionarà el Pep? Per què creus que reaccionarà així?*). Aquesta primera part (part A) consta de 3 preguntes (una per cada personatge) i avalua bàsicament l'atribució d'EMI als altres en base a una història fictícia representada amb dibuixos.

La segona part està basada en el concepte de *Very Close Others* de l'*Adult Attachment Interview* (ASI; Bifulco, Lilie, Ball, & Moran, 1998) i demana al participant que esculli 2 persones que siguin importants per a ell/a en aquell moment de la seva vida. Pot ser la parella, familiars o amics, però no nens petits. Una vegada escollits, partint de les preguntes que altres instruments determinen com a vàlides per avaluar MZ (Fonagy et al., 1998; Hill, Levy, Meehan, & Reynoso, 2007; Meehan, Levy, Reynoso, Hill, & Clarkin, 2009; Rutimann & Meehan, 2012), se li pregunta com creu que aquesta persona s'ha arribat a fer tal i com és, i aleshores se li demana una situació concreta en què tinguessin un discussió, topada o desacord per tal de preguntar-li per què creu que un i l'altre varen reaccionar com ho van fer. Aquesta segona part (part B) consta de 4 preguntes (dues per cada VCO).

Els 7 ítems que conformen les escales A i B es responen amb una escala de 5 punts (0-MZ Absent, 1-Pobre, 2-Suficient, 3-Bona, 4-Sofisticada) que avalua el nivell de MZ d'acord amb 3 dimensions: la quantitat de la producció per a cada ítem, la qualitat de la producció i l'espontaneïtat. Algú a qui manquin una o diverses d'aquestes dimensions tendirà a presentar una MZ pobre, mentre que algú que, de forma

espontània o amb poca ajuda de l'entrevistador, mostri predisposició a reflexionar sobre els EMI i doni una resposta àmplia i matisada, tendirà a obtenir altes puntuacions en cada bloc de preguntes. A part d'aquests 7 ítems l'AMI inclou dues escales globals que s'avaluen al final, una amb el mateix format de resposta que els ítems però que permet puntuar globalment al participant, i l'altra és l'escala de 10 punts que Fonagy i els seus col·legues (1998) utilitzaven aplicada a l'AAI. Junt amb aquestes dues escales globals, l'AMI també permet el càlcul de la puntuació total dels 7 ítems i de les subpuntuacions de les escales A i B.

L'anàlisi factorial revela que l'AMI s'estructura en un factor general que explica el 64% de la variància amb saturacions factorials compreses entre .75 i .83 i una consistència interna de .91 d'acord amb l'índex Alpha de Cornbach. L'anàlisi factorial amb rotació *varimax* revela 2 factors corresponents a les escales A i B, que expliquen el 41% i el 33% de la variància respectivament, i mostren pesos compresos entre .73 i .89 per a tots els ítems. Les dues subescales (A i B) mostren, respectivament, una consistència interna de .85 i .86. La fiabilitat interjutges és bona, segons valors del coeficient de correlació intraclasse compresos entre .60 i .88 per als 7 ítems, i de .85 a .91 per a les escales globals. Tot i la manca d'un *gold-standard* per a l'avaluació de la validesa concurrent, l'AMI ha mostrat correlacions compreses entre .22 i .47 amb mesures autoinformades de MZ (Ballespí & Pérez-Domingo, 2015a).

Per poder aplicar l'AMI l'investigador ha de rebre un entrenament que consta de 5 parts: 1) Teòrica: familiarització amb el constructe MZ, les seves dimensions, la seva definició de cas, i amb la seva avaluació mitjançant entrevista, que abraça també el domini d'indicadors mitjançant els qual es pot identificar cada nivell de MZ; 2) Observació de com a mínim 5 entrevistes aplicades per un entrevistador expert, que és qui fa les preguntes, mentre l'entrenat anota en el seu propi full d'entrevista la puntuació que assignaria a cada resposta i els dubtes que li sorgeixen durant l'observació; 3) L'entrenat resol els dubtes amb l'entrevistador expert; 4) Sessió de *role playing* aplicant l'entrevista a un entrevistador ja entrenat per tal de polir aspectes pendents; 5) Pràctica supervisada amb un mínim de 5 entrevistes en les quals l'entrenat aplica i puntua l'entrevista mentre l'entrevistador expert l'observa i

codifica les respostes en paral·lel. Quan la coincidència entre tots dos superi el 80% s'assumeix que finalitza l'entrenament.

Brief Reflective Function Scale (BRF; Ballespí & Pérez-Domingo, 2015b)

L'Escala Breu de Funció Reflexiva (*Brief Reflective Function Scale* o BRF) és un instrument de 4 ítems inspirat en altres instruments breus com el *Relationship Questionnaire* (Bartholomew & Horowitz, 1991) que utilitzen descripcions globals, compostes per diversos enunciats, per aleshores preguntar a la persona avaluada pel seu grau d'acord amb aquesta descripció. Els ítems del BRF es responen amb una escala tipus Likert de 7 punts que va de 1 (Totalment en desacord) a 7 (Totalment d'acord). El primer ítem del BRF avalua MZ referida als propis EMI, mentre que els altres 3 ítems avaluen la capacitat per reconèixer i entendre els EMI dels altres. D'aquí que, tot i que l'anàlisi factorial revela que un únic factor explica el 54% de la variabilitat total, l'ítem 1, clarament referent a un dimensió de la MZ diferent a la que avaluen els altres, satura lleugerament menys en aquest factor (.45) que els ítems 2 (.85), 3 (.82) i 4 (.76). La consistència interna dels 4 ítems és suficient com per calcular la puntuació total ($\alpha = .69$) però també és interessants distingir les dues subescales que es deriven de separar d'una banda la puntuació de l'ítem 1, i de l'altra la de la subescala relativa als EMI dels altres (ítems 2-3-4, $\alpha = .76$). Tant els ítems com la puntuació total del BRF han mostrat correlacions compreses entre .20 i .45 amb diferents mesures de personalitat, psicopatologia i MZ, obtenint-se així evidència de la validesa d'aquest instrument (Ballespí & Pérez-Domingo, 2015b).

Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995)

En aquest estudi ha estat usada la versió espanyola de la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24; Fernandez-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004). Un qüestionari autoadministrat que mesura la intel·ligència emocional i permet examinar les

diferències individuals en meta-cognició dels EMI. En concret, consta de 24 ítems puntuables en una escala Likert que va de 1 (Gens d'acord) a 5 (Totalment d'acord). Els vint-i-quatre ítems s'organitzen en tres escales de 8 ítems cadascuna: a) Atenció (avalua la tendència que té una persona a observar i pensar sobre els sentiments i els estats emocionals); b) Claredat (avalua la comprensió dels estats emocionals propis) i c) Reparació (avalua la capacitat que un individu creu tenir per regular les seves emocions). La fiabilitat per a cada escala és Atenció $\alpha = .90$, Claredat $\alpha = .90$ i Reparació $\alpha = .86$. Presenta també una fiabilitat test-retest adequada. (Fernandez-Berrocal et al., 2004). La suma de les tres escales dóna una puntuació total d'intel·ligència emocional que és la que s'ha usat per les anàlisis.

Reflective Function Questionnaire for Youths (RFQY; Sharp et al., 2009)

Per a avaluar MZ en els adolescents, ha estat usada una versió adaptada del *Reflective Function Questionnaire for Youths* (RFQY; Sharp et al., 2009). El RFQ-Y és l'adaptació per a adolescents que Ha, Sharp, Ensink, Fonagy, & Cirino (2013) han realitzat de l'escala original de Fonagy i Ghinai (manuscrit no publicat). Aquesta adaptació consisteix a adaptar el format dels ítems a un format més apte per als joves així com adaptar l'anglès americà a l'anglès britànic .

LA RFQ-Y consta de 46 ítems amb 6 opcions de resposta que van de 1 (Completament en desacord) a 6 (Completament d'acord) dividits en 3 tipus: Ítems directes, on una màxima puntuació denota una millor MZ (e.g., "En una discussió, tinc present el punt de vista de l'altra persona"); indirectes, on una mínima puntuació denota una millor MZ (e.g., "Els sentiments forts sovint m'impedeixen pensar amb claredat"); i ítems intermedis, on és la puntuació del mig la que implica una millor nivell de MZ (e.g., "Sé exactament el que estan pensant els meus amics més propers") mentre que els pols d'aquesta escala de resposta representen cadascun dels dos tipus de problemes de MZ que es poden donar: Hipomentalització (e.g., *Completament en desacord* = no ho sé mai) i hipermentalització (e.g., *Completament d'acord* = sempre ho sé).

El grup de Houston (Ha et al., 2013) trobaren que el conjunt dels 46 ítems del RFQ-Y mostraven una consistència interna de $\alpha=.71$ segons l'índex Alpha de Cronbach. A la mostra catalana en què s'utilitza el RFQ-Y s'ha obtingut el mateix valor. No obstant això, en el nostre estudi no s'utilitza la puntuació total utilitzada per les autores (equivalent a la mitjana de la suma de puntuacions dels 46 ítems) sinó que, atès que el que es pretén és analitzar quins tipus d'errors de MZ s'associen a l'AS, s'han construït 4 subescales d'acord amb els procediments utilitzats per Badoud et al., (2015) per seleccionar els ítems que mesuren cada tipus d'error.

Les quatre subescales del RFQ-Y que s'utilitzen mesuren hipo- i hiper- MZ referida als EMI d'un mateix i dels altres. En referència als EMI dels altres, l'escala d'hipermentalització (*Others-HMZ*) consta de 6 ítems (e.g., "La impressió que tinc sobre una persona quasi mai és equivocada", "La majoria de les vegades puc predir el que farà una altra persona") amb una consistència interna de $\alpha=.71$. L'escala d'hipomentalització (*Others-Dèficit MZ*) consta de 5 ítems (e.g., "El que pensen les persones és un secret per a mi"; "Em consta entendre els punts de vista de les altres persones") i una consistència interna de $\alpha=.61$.

En referència als propis EMI, l'escala d'hipomentalització (*Self-Dèficit MZ*) consta de 6 ítems (e.g., "Sovint em confonc sobre el que estic sentint"; "Els sentiments forts sovint m'impedeixen pensar amb claredat") i una consistència interna de $\alpha=.79$. Finalment, l'escala d'hipermentalització referida als propis EMI (*Self-HMZ*) consta de 5 ítems (e.g., "Sempre sé com em sento"; "De vegades faig coses sense saber realment per què les faig") i una consistència de $\alpha=.76$.

D'acord amb el procediments de Badoud et al. (2015), per detectar dèficit, els ítems d'aquestes escales són recodificats de la seva escala inicial de 6 punts a una escala de 3 punts varia la direcció segons siguin directes (0-0-0-1-2-3) o inversos (3-2-1-0-0-0). Així, per exemple, a l'escala d'hipomentalització referida als EMI, l'ítem 1 ("El que pensen les persones és un secret per a mi") es codifica 0-0-0-1-2-3, ja que un 3 implica grau màxim d'acord amb aquest enunciat, i, per tant, màxim grau d'hipomentalització. En canvi, l'ítem 16, que forma part de la mateixa escala ("Sóc

bo/na sabent què pensen o senten els altres”) es codifica 3-2-1-0-0-0 perquè una resposta en complet desacord denota un grau màxim d’hipomentalització.

PSICOPATOLOGIA

Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996)

Per a avaluar la presència i severitat de simptomatologia depressiva s’ha usat la versió espanyola de l’Inventari per a la Depressió de Beck – Segona edició (Sanz, Garcia-Vera, Espinosa, & Vazquez, 2005). Aquest qüestionari consta de 21 ítems ens els quals la persona ha d’escollir entre quatre alternatives de resposta ordenades de menor a major gravetat. Cada ítem rep una puntuació entre 0 i 3 punts, obtenint-se una puntuació total amb un rang de 0 a 63 punts. La consistència interna del test és bona, amb un coeficient alfa de 0.89. L’índex de validesa convergent també és adequat, amb un 0.68 de mitjana de coeficients de correlació amb altres mesures de depressió. La validesa discriminant de la versió espanyola del BDI-II amb una mesura tret general d’ansietat és de 0.36 (Sanz et al., 2005).

Youth Self-Report (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001)

Per a avaluar depressió, els adolescents han respost els ítems que componen les escales de “Depressió amb ansietat” i “Depressió amb retraïment” del *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001). El YSR és un qüestionari autoadministrat àmpliament usat tant en clínica com en recerca i que pot ser respost per adolescents d’entre 11 i 18 anys. La suma de les dues escales consta de 21 ítems amb tres possibilitats de resposta: 0 (Fals), 1 (A vegades) i 2 (Molt sovint). Per a l’estudi s’ha utilitzat la puntuació directa que constitueix la suma de puntuacions de tots els ítems que avaluen depressió. La puntuació total va de 0 a 42 i les puntuacions més altes indiquen major severitat. La versió espanyola del YSR ha obtingut bons resultats en l’avaluació de la consistència interna tot i que millors per a les escales de

problemes internalitzants que externalitzants que en les escales simptomàtiques (Abad, Forns, Amador, & Martorell, 2000; Lemos, Faisalgo, Calvo, & Menendez, 1992).

3.4. ANÀLISI ESTADÍSTICA

Es van utilitzar regressions lineals per estudiar a) l'efecte de l'AS durant el desenvolupament (BII) en la capacitat de MZ en l'adolescència (MZQ, BRF, AMI i TMMS) controlant per sexe, edat, simptomatologia depressiva (BDI-II) i nivell d'AS present en l'adolescència (SAS-A); b) l'efecte de l'AS en l'adolescència (SAS-A) en la capacitat de MZ avaluada en el mateix moment (MZQ, BRF, AMI i TMMS) controlant per sexe, edat i simptomatologia depressiva (BDI-II) i c) la relació entre l'AS (SAS-A) i 4 possibles problemes de MZ a l'adolescència des d'una perspectiva dimensional (RFQY) controlant per edat i sexe. En aquest model es van tenir en compte la contribució del nivell d'IC previ (R-BIS) i la comorbiditat amb la simptomatologia depressiva (YSR).

En tots els casos la selecció del millor model va ser conduïda per l'investigador en base a una estratègia de tipus *backward*. El programari utilitzat va ser el paquet estadístic IBM SPSS v. 20.0 (IBM Corporation, 2011). Els resultats s'expressen a través dels coeficients de regressió lineal (B), dels intervals de confiança del 95% (95% CI) i dels valors p (p).

CAPÍTOL 4. RESULTATS

4.1. EL PAPER DE LA INHIBICIÓ CONDUCTUAL

Amb l'objectiu d'analitzar si la presència d'IC durant la infància s'associa a menor capacitat de MZ a l'adolescència, la taula 2 descriu els nivells de MZ de diferents grups, segons el seu nivell d'IC (alt, mitjà o baix), i la taula 3 presenta les diferències estadístiques entre aquests grups. Degut al seu potencial efecte en el funcionament de la mentalització, totes les anàlisis s'han fet controlant pel nivell de simptomatologia depressiva, sexe i edat. A més, per analitzar l'efecte ajustat de la IC sobre la MZ, el nivell d'AS present a l'adolescència també ha estat controlat.

TAULA 2. Estadística descriptiva (mitjanes \bar{x} i desviacions estàndard DE) del nivell de MZ en funció del nivell d'IC a la infància (alt, mitjà o baix).

	Alt		Mitjà		Baix	
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE
Mesures generals de MZ						
Dèficit de MZ (MZQ) ^a	42.61	7.81	44.19	7.42	43.58	7.70
Autoinforme (BRF) ^b	13.21	3.97	15.21	4.01	16.97	3.98
Entrevista (AMI) ^c	11.97	4.43	14.35	4.87	15.55	4.71
MZ referida als EMI propis						
Autoinforme (BRF-Self) ^d	4.48	1.22	4.98	1.34	5.44	1.27
Entrevista part B (AMI-B) ^e	6.30	2.97	7.92	3.16	8.29	3.08
Meta-Cognició (TMMS-24) ^f	69.38	14.69	72.51	14.72	77.45	14.67
MZ referida als EMI dels altres						
Autoinforme (BRF-Others) ^g	13.15	2.86	14.37	2.55	15.52	2.54
Entrevista part A (AMI-A) ^h	5.70	1.92	6.67	2.07	7.08	1.99

^aMentalization Questionnaire (MZQ. Rang: 16-68); ^bBrief Self-Report of Reflective Function (BRF. Rang: 1-24); ^cAdolescent Mentalization Interview (AMI. Rang: 3-28); ^dBrief Self-Report of Reflective Function-Self (BRF-Self. Rang: 1-7); ^eAMI subescala referida als EMI d'un mateix (AMI-B; Rang: 1-16); ^fTrait Meta-Mood Scale (TMMS-24. Rang: 37-115); ^gBrief Self-Report of Reflective Function Others (BRF-Others. Rang: 1-18); ^hAMI subescala referida als EMI dels altres (AMI-A; Rang: 1-12).

Observant la taula 3, els resultats ajustats indiquen que un alt grau d'IC durant la infància suposa un dèficit més gran de MZ en la majoria de mesures obtingudes, tant quan es compara el grup d'IC alta amb el grup d'IC baixa (primera columna de la taula 3) com, fins i tot, quan es compara el grup alt amb l'intermedi (segona columna de resultats). Òbviament, quan es comparen grups extrems (IC alta vs. IC baixa) les diferències són més clares que quan es comparen nivells d'IC més propers (e.g., IC alta vs. IC mitjana).

TAULA 3. Efecte del nivell d'IC durant la infància (alt, mitjà o baix) en la MZ.

	Comparació entre grups amb diferent grau d'IC durant la infància								
	Alt vs. Baix			Alt vs. Mitjà			Mitjà vs. Baix		
	B (95% IC)		P	B (95% IC)		P	B (95% IC)		P
	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	
Mesures generals de MZ									
Dèficit de MZ (MZQ) ^a	-4.21	2.28	.560	-4.43	1.29	.281	-1.45	2.67	.561
Autoinforme (BRF) ^b	-5.34	-2.18	<.0005	-3.47	-.53	.008	-2.84	-.68	.001
Entrevista (AMI) ^c	-5.38	-1.77	<.0005	-4.06	-.70	.006	-2.49	.10	.070
MZ referida als EMI propis									
Autoinforme (BRF-Self) ^d	-1.47	-.46	<.0005	-.97	-.03	.035	-.81	-.11	.009
Entrevista part B (AMI-B) ^e	-3.30	-.95	<.0005	-2.58	-.39	.008	-1.48	.20	.135
Meta-Cognició (TMMS-24) ^f	-15.94	-4.21	.001	-8.59	2.34	.263	-10.91	-2.99	.001
MZ referida als EMI dels altres									
Autoinforme (BRF-Others) ^g	-3.47	-1.27	<.0005	-2.27	-.18	.021	-1.83	-.46	.001
Entrevista part A (AMI-A) ^h	-2.15	-.59	.001	-1.70	-.24	.009	-.96	.15	.151

^aMentalization Questionnaire (MZQ. Rang: 16-68); ^bBrief Self-Report of Reflective Function (BRF. Rang: 1-24); ^cAdolescent Mentalization Interview (AMI. Rang: 3-28); ^dBrief Self-Report of Reflective Function-Self (BRF-Self. Rang: 1-7); ^eAMI subescala referida als EMI d'un mateix (AMI-B; Rang: 1-16); ^fTrait Meta-Mood Scale (TMMS-24. Rang: 37-115); ^gBrief Self-Report of Reflective Function Others (BRF-Others. Rang: 1-18); ^hAMI subescala referida als EMI dels altres (AMI-A; Rang: 1-12). Coeficients de regressió lineal (B), Intervals de confiança (95% IC), valors p (P).

A més, el dèficit de MZ es dona tant per les mesures generals com per les dues dimensions de MZ explorades, és a dir, que tenir IC durant la infància afecta tant la MZ referida als EMI dels altres (la cognició social) com la MZ referida als propis EMI (la meta-cognició). Curiosament, l'únic resultat no significatiu, un cop ajustades totes

les variables de control, és el derivat de la mesura de dèficit (primera línia de resultats de la taula; MZQ).

Pel que fa a la tercera columna de resultats de la taula (grup d'IC mitjana vs. IC baixa), permet comprovar que un nivell d'IC intermedi no suposa realment un avantatge envers un baix nivell de MZ en cap de les mesures, ja que en tots els casos, (és a dir, tant per les mesures generals com per a les dues dimensions de MZ), un nivell intermedi o moderat d'IC no suposa millor MZ que el grup control (i.e., el grup d'IC baixa), sinó que o bé no difereix del grup baix o bé suposa un dèficit de MZ respecte d'aquest grup (i.e., pitjor MZ a l'intermedi que al baix). Cal destacar que fins i tot en comparació amb el grup d'alta IC, el grup intermedi no mostra diferències ni en dèficit (MZQ) ni en meta-cognició, tot i que en la majoria de mesures de MZ sí que hi ha diferències a favor de les prediccions realitzades.

4.2. MULTIDIMENSIONALITAT DEL DÈFICIT DE MENTALITZACIÓ ASSOCIAT A L'ANSIETAT SOCIAL

La taula 4 descriu els nivells de MZ de 4 grups d'adolescents amb diferent grau d'AS. En aquest cas no s'analitza l'impacte de la IC durant la infància sobre el nivell de MZ a l'adolescència, com en el bloc de resultats anterior, sinó la relació entre el nivell d'AS present a l'adolescència i les dimensions de MZ afectades en el mateix moment. La taula 5 reflecteix les diferències entre aquests grups ajustant per les variables de control edat, sexe i nivell de depressió.

TAULA 4. Estadística descriptiva (mitjanes \bar{X} i desviacions estàndard DE) del nivell de MZ en funció del nivell d'AS a l'adolescència (alt, mitjà-alt, mitjà-baix o baix).

	Alt		Mitjà-Alt		Mitjà-Baix		Baix	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Mesures generals de MZ								
Dèficit de MZ (MZQ) ^a	49.19	9.11	44.46	9.37	43.35	10.79	36.12	10.62
Autoinforme (BRF) ^b	15.53	4.92	15.11	5.12	15.33	5.85	17.52	5.81
Entrevista (AMI) ^c	12.89	5.48	14.31	6.00	14.77	6.50	15.33	6.49
MZ referida als EMI propis								
Autoinforme (BRF-Self) ^d	5.12	1.53	5.05	1.62	4.92	1.82	5.47	1.85
Entrevista part B (AMI-B) ^e	7.06	3.55	7.62	3.87	7.85	54.08	8.61	4.21
Meta-Cognició (TMMS) ^f	75.73	18.30	74.01	19.11	72.67	21.71	76.95	21.49
MZ referida als EMI dels altres								
Autoinforme (BRF-Others) ^g	14.77	3.47	14.21	3.50	14.76	3.51	15.07	3.45
Entrevista part A (AMI-A) ^h	5.83	2.34	6.70	2.62	6.92	2.73	6.72	2.78

^aMentalization Questionnaire (MZQ. Rang: 16-68); ^bBrief Self-Report of Reflective Function (BRF. Rang: 1-24); ^cAdolescent Mentalization Interview (AMI. Rang: 3-28); ^dBrief Self-Report of Reflective Function-Self (BRF-Self. Rang: 1-7); ^eAMI subescala referida als EMI d'un mateix (AMI-B; Rang: 1-16); ^fTrait Meta-Mood Scale (TMMS-24. Rang: 37-115); ^gBrief Self-Report of Reflective Function Others (BRF-Others. Rang: 1-18); ^hAMI subescala referida als EMI dels altres (AMI-A; Rang: 1-12).

Tal i com s'observa a la taula 5, pel que fa a les mesures generals de MZ, el fet de patir un nivell alt d'AS a l'adolescència implica més dèficit de MZ, segons la mesura de dèficit del MZQ, que qualsevol dels altres tres grups. En canvi, quant a la resta de mesures generals, només l'entrevista, i no els autoinformes, revela diferències entre el grup d'AS alta i els dos grups d'AS més baixa.

Pel que fa a les mesures referides a les dues dimensions de MZ (MZ referida als EMI propis i als EMI dels altres) només l'entrevista mostra diferències significatives. En el primer cas, en relació a la MZ referida als EMI propis, les diferències es donen només en la comparació entre grups extrems (i.e. AS alta i AS baixa). En canvi, en el cas de la MZ referida als EMI dels altres, les diferències són significatives en les tres comparacions, sent que els adolescents amb un alt nivell d'AS obtenen puntuacions significativament més baixes en aquesta part de l'entrevista que qualsevol dels altres grups.

És cert que només l'entrevista AMI i una de les mesures autoinformades (la mesura de dèficit basada en el MZQ) revelen diferències entre el grup amb major AS i la resta però, tot i així, els resultats recolzen com a mínim parcialment la idea d'una afectació multidimensional de la MZ en presència d'elevada AS, en especial quan es compara el grup d'elevada AS amb el grup de baixa AS.

TAULA 5. Efecte del nivell d'AS a l'adolescència (alt, mitjà-alt, mitjà-baix o baix) en la MZ.

	Comparació del nivell de MZ entre el grup amb nivell Alt d'AS i els grups amb nivell...								
	Mitjà-alt			Mitjà-baix			Baix		
	B (95% IC)		P	B (95% IC)		P	B (95% IC)		P
	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	
Mesures generals de MZ									
Dèficit de MZ (MZQ) ^a	2.10	7.35	<.0005	3.05	8.62	<.0005	9.69	16.45	<.000
Autoinforme (BRF) ^b	-1.01	1.86	.562	-1.32	1.72	.797	-3.46	.23	.086
Entrevista (AMI) ^c	-3.05	.20	.087	-3.53	-.23	.025	-4.46	-.41	.019
MZ referida als EMI propis									
Autoinforme (BRF-Self) ^d	-.38	.52	.756	-.27	.67	.410	-.93	.22	.228
Entrevista part B (AMI-B) ^e	-1.60	.49	.297	-1.85	.26	.141	-2.85	-.25	.020
Meta-Cognició (TMMS) ^f	-3.60	7.03	.528	-2.57	8.68	.287	-8.05	5.60	.726
MZ referida als EMI dels altres									
Autoinforme (BRF-Others) ^g	-.44	1.55	.273	-.97	1.00	.979	-1.46	.86	.610
Entrevista part A (AMI-A) ^h	-1.57	-.16	.016	-1.80	-.37	.003	-1.76	-.01	.048

^aMentalization Questionnaire (MZQ. Rang: 16-68); ^bBrief Self-Report of Reflective Function (BRF. Rang: 1-24); ^cAdolescent Mentalization Interview (AMI. Rang: 3-28); ^dBrief Self-Report of Reflective Function-Self (BRF-Self. Rang: 1-7); ^eAMI subescala referida als EMI d'un mateix (AMI-B; Rang: 1-16); ^fTrait Meta-Mood Scale (TMMS-24. Rang: 37-115); ^gBrief Self-Report of Reflective Function Others (BRF-Others. Rang: 1-18); ^hAMI subescala referida als EMI dels altres (AMI-A; Rang: 1-12). Coeficients de regressió lineal (B), Interval de confiança (95% IC), valors p (P).

4.3. LA MENTALITZACIÓ EN ELS NIVELLS MITJANS D'ANSIETAT SOCIAL

La taula 6 mostra la comparació dels nivells de MZ entre els mateixos grups però prenent aquest cop com a referència el grup control (baixa AS) en comptes del grup amb elevada AS. Aquesta comparació permet aprofundir en la pregunta de si un nivell intermedi d'AS suposa realment un avantatge per a la capacitat de MZ -perquè atura el comportament i permet observar els altres. A diferència del bloc de resultats en què s'avaluava si un nivell intermedi d'IC durant la infància podia suposar un avantatge (vegi's bloc de resultats 4.1, pàg. 65), en aquest cas, com s'ha vist, s'aprofita la possibilitat de fer dos grups intermedis d'AS (mitjana-alta i mitjana-baixa) per tal d'aprofundir en la hipòtesi i matisar aquests resultats.

TAULA 6. Efecte del nivell d'AS a l'adolescència en la MZ. Comparació entre els grups amb un nivell mitjà d'AS a l'adolescència (mitjà-alt i mitjà-baix) i el grup amb un nivell d'AS baix.

	AS Mitjà-Baix vs. AS Baix			AS Mitjà-Alt vs. AS Baix		
	B (95% IC)		P	B (95% IC)		P
	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	
Mesures generals de MZ						
Dèficit de MZ (MZQ) ^a	4.31	10.15	<.0005	5.43	11.25	<.0005
Autoinforme (BRF) ^b	-3.41	-.22	.026	-3.63	-.45	.012
Entrevista (AMI) ^c	-2.36	1.25	.547	-2.80	.77	.266
MZ referida als EMI propis						
Autoinforme (BRF-Self) ^d	-1.05	-.05	.030	-.92	.07	.093
Entrevista part B (AMI-B) ^e	-1.92	.41	.202	-2.14	.15	.090
Meta-Cognició (TMMS) ^f	-10.17	1.62	.155	-8.81	2.94	.328
MZ referida als EMI dels altres						
Autoinforme (BRF-Others) ^g	-1.27	.64	.518	-1.82	.11	.082
Entrevista part A (AMI-A) ^h	-.58	.98	.615	-.79	.75	.958

^aMentalization Questionnaire (MZQ. Rang: 16-68); ^bBrief Self-Report of Reflective Function (BRF. Rang: 1-24); ^cAdolescent Mentalization Interview (AMI. Rang: 3-28); ^dBrief Self-Report of Reflective Function-Self (BRF-Self. Rang: 1-7); ^eAMI subescala referida als EMI d'un mateix (AMI-B; Rang: 1-16); ^fTrait Meta-Mood Scale (TMMS-24. Rang: 37-115); ^gBrief Self-Report of Reflective Function Others (BRF-Others. Rang: 1-18); ^hAMI subescala referida als EMI dels altres (AMI-A; Rang: 1-12). Coeficients de regressió lineal (B), Intervals de confiança (95% IC), valors p (P).

Tal i com s'aprecia a la taula 6, els grups intermedis no difereixen del grup control en la majoria de les mesures de MZ obtingudes i, quan ho fan, ho fan en contra de la hipòtesi que s'avalua, és a dir, que no presenten millor MZ que el grup control, sinó un major dèficit en les tres mesures en què s'aprecien diferències. Per tant, aquests resultats tampoc no recolzen que un nivell intermedi d'AS, sigui mig alt o mig baix, sigui un veritable avantatge per al desenvolupament de la MZ.

4.4. EL PES D'HAVER PATIT INHIBICIÓ CONDUCTUAL A LA INFÀNCIA EN LA RELACIÓ ENTRE MENTALITZACIÓ I ANSIETAT SOCIAL

Fins aquí, s'ha examinat si la IC durant la infància repercuteix sobre el nivell de MZ a l'adolescència (punt 4.1 de resultats, pàg. 65) i s'ha examinat també si el dèficit de MZ associat a l'AS afecta diverses dimensions (punt 4.2, pàg. 67). Una altra pregunta de gran interès és fins a quin punt totes dues condicions (i.e., IC a la infància i AS a l'adolescència) suposen més problemes de MZ que cadascuna per separat. Dit d'una altra manera, té interès saber si el dèficit de MZ que s'associa a l'AS dels adolescents és diferent en funció de si es té o no una història d'IC durant el desenvolupament. En aquest sentit, la taula 7 mostra els nivells de MZ dels 4 grups d'adolescents segons les 4 combinacions possibles d'aquestes característiques (IC i/o AS) i la taula 8 mostra els resultats dels models de regressió ajustats per veure si hi ha diferències.

TAULA 7. Estadística descriptiva (mitjanes \bar{X} i desviacions estàndard DE) del nivell de MZ en funció de si s'ha patit IC, AS, ambdues o cap.

	AS ^d +IC ^e		Només AS ^d		Només IC ^e		Sense AS ^d ni IC ^e	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Mesures generals de MZ								
Dèficit de MZ (MZQ) ^a	51.32	10.24	48.24	9.19	41.39	8.23	42.63	10.76
Autoinforme (BRF) ^b	14.67	5.25	16.00	4.76	12.40	4.25	15.81	5.57
Entrevista (AMI) ^c	11.96	5.46	13.64	5.37	11.67	4.70	14.97	6.34

^aMentalization Questionnaire (MZQ. Rang: 16-68); ^bBrief Reflective Function Scale (BRF. Rang: 1-24); ^cAdolescent Mentalization Interview (AMI. Rang: 3-28); ^dAnsietat Social; ^eInhibició Conductual.

La taula 8 revela que presentar les dues condicions (AS a l'adolescència amb presència d'IC durant la infància) suposa major dèficit de MZ que presentar IC tota sola o que no presentar res, però no suposa diferències amb el fet de presentar només AS. Dit d'una altra manera, atenent a la primera línia de resultats (la referent a la mesura de dèficit de MZ derivada del MZQ), el dèficit de MZ associat a tenir AS a l'adolescència no és diferent pel fet de tenir o no història d'IC a la infància, ja que no apareixen diferències entre el grup d'AS+IC (el de referència) i el grup d'AS sola, sense IC (primera columna de resultats). En canvi, tenir AS a més d'una història d'IC sí que suposa un dèficit major que haver tingut només IC a la infància sola, sense AS a l'adolescència (segona columna de resultats).

Tot i les diferències que revela el MZQ, que avalua dèficit, no apareixen diferències a l'altra mesura de MZ autoinformada (BRF). És especialment destacable el fet que no apareguin diferències ni tan sols entre els grups extrems (AS+IC vs. control). En canvi, sí que apareixen diferències entre els grups extrems amb les mesures derivades de l'entrevista. En concret, el grup amb AS estable al llarg del desenvolupament (i.e., IC+AS) mostra un major dèficit de MZ que el grup control, sense res.

TAULA 8. Efecte de la IC i l'AS a l'adolescència (soles o presentades conjuntament) en els nivells de MZ.

	Comparació del nivell de MZ entre el grup amb AS ^d +IC ^e i els grups de...								
	Només AS ^d			Només IC ^e			Sense AS ^d ni IC ^e		
	B (95% IC)		P	B (95% IC)		P	B (95% IC)		P
	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	
Mesures generals de MZ									
Dèficit de MZ (MZQ) ^a	-1.55	7.72	.192	4.63	15.24	<.0005	4.67	12.73	<.0005
Autoinforme (BRF) ^b	-3.72	1.07	.278	-.46	5.00	.104	-3.22	.93	.281
Entrevista (AMI) ^c	-4.27	.90	.202	-2.64	3.22	.848	-5.17	-.86	.006

^aMentalization Questionnaire (MZQ. Rang: 16-68); ^bBrief Reflective Function Scale (BRF. Rang: 1-24); ^cAdolescent Mentalization Interview (AMI. Rang: 3-28); ^dAnsietat Social; ^eInhibició Conductual. Coeficients de regressió lineal (B), Interval de confiança (95% IC), valors p (P).

4.5. RELACIÓ ENTRE ANSIETAT SOCIAL I PROBLEMES DE MENTALITZACIÓ DES D'UN PUNT DE VISTA DIMENSIONAL

Tot i que, d'acord amb els estudis anteriors, la perspectiva categorial (basada en comparar grups) fa més visibles els problemes de MZ associats a l'AS, s'ha volgut fer un pas més i comprovar la relació entre l'AS i problemes de MZ des d'un punt de vista dimensional.

D'aquesta manera, la taula 9 presenta un model de regressió multivariant, ajustat per l'edat i el sexe, que analitza l'associació entre AS i 4 problemes de MZ (hipo- i híper- MZ referida als propis EMI i als dels altres), així com la contribució i les interaccions amb les dues variables de confusió més importants a tenir en compte

quan es parla d'AS a l'adolescència: la història prèvia d'IC i la comorbiditat amb la depressió.

Per simplificar la interpretació dels resultats, la taula 9 només presenta els predictors que han resultat ser significatius amb alguna de les variables resposta. S'han eludit, doncs, totes les interaccions de primer i segon ordre que no han resultat significatives, optant únicament pels models finals ajustats.

TAULA 9. Efecte de l'AS a l'adolescència, l'IC a la infància i la depressió en la MZ.

	COGNICIÓ SOCIAL (MZ en relació als EMI dels altres)						META-COGNICIÓ (MZ en relació als EMI propis)					
	HMZ-O ^a			Dèficit-O ^b			HMZ-S ^c			Dèficit-S ^d		
	B (95%IC)		P	B (95% IC)		P	B (95% IC)		P	B (95% IC)		P
	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	
AS ADOLESCÈNCIA^e	-10	-.02	.003	.01	.06	.005	-.11	-.05	<.0005	.01	.10	.013
IN. CONDUCTUAL^f	-.22	.02	.018									
DEPRESSIÓ^g										.09	.27	<.0005

^aReflective Function Questionnaire for Youths – Subescala hipermentalització referida als altres (RFQY – Others-HMZ. Rang: 0-17); ^bReflective Function Questionnaire for Youths – Subescala hipermentalització referida a un mateix (RFQY – Self-HMZ. Rang: 0-15); ^cReflective Function Questionnaire for Youths – Subescala dèficit de MZ referit als altres (RFQY – Others-Dèficit MZ. Rang: 0-13); ^dReflective Function Questionnaire for Youths – Subescala dèficit de MZ referit a un mateix (RFQY – Self-Dèficit MZ. Rang: 0-18); ^eSocial Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A. Rang: 18-85); ^fRetrospective Behavioral Inhibition Scale (R-BIS. Rang: 0-24); ^gYouth Self Report (YSR. Rang: 0-35). Coeficients de regressió lineal (B), Intervals de confiança (95% IC), valors p (P).

D'acord amb aquests resultats, des d'un punt de vista dimensional, l'AS a l'adolescència prediu dèficit de MZ en totes les dimensions mesurades, tot i que la magnitud de l'efecte és molt petita. El nivell d'IC prediu negativament hipermentalització referida als EMI dels altres (HMZ-O), també a un nivell molt baix. El nivell de depressió, per sí sol, només és predictiu del dèficit de MZ en relació als propis EMI.

Un dels motius pels quals s'ha adoptat aquí un abordatge dimensional era per facilitar l'anàlisi de les interaccions entre l'AS, la IC i la depressió, en relació a la MZ. Els resultats, globalment, reflecteixen que cap de les interaccions no ha estat significativa i que els efectes simples dels predictors, tot i significatius, tendeixen a ser petits.

4.6. EL PAPER DE LA HIPERMENTALITZACIÓ EN L'ANSIETAT SOCIAL

Una de les qüestions pendents d'explorar en el camp que aquí s'analitza és si la HMZ és el tipus de dèficit més intensament associat a l'AS. La taula 9 mostra que, tot i que l'AS s'associa a problemes d'HMZ, a) els prediu en negatiu, b) la magnitud de l'efecte és baixa i c) no és l'únic tipus de problema de MZ associat a l'AS, sinó que aquesta també s'associa a tots els altres.

4.7. EL PAPER DE LA COMORBIDITAT DEPRESSIVA

La taula 10 reflecteix les diferències de MZ entre grups amb diferent composició d'AS i depressió. A les primeres tres columnes de resultats es compara el grup amb comorbiditat (AS + Depressió) amb els grups amb una sola d'aquestes condicions o amb cap d'elles (grup control). A les dues últimes columnes es compara el nivell de MZ del grup control amb el dels grups sense comorbiditat (amb una sola de les condicions, o AS o bé depressió).

D'acord amb la taula 10, les diferències en els problemes de MZ associats a l'AS, quan es té en compte la depressió, apunten a la MZ dels EMI d'un mateix, i no afecten la cognició social (MZ referida als EMI dels altres). Concretament, a la llum de les diferències reflectides per la taula, tot apunta a que la presència de depressió augmenta la consciència sobre els propis EMI.

Llegint la segona columna de resultats, la taula reflecteix que la condició de comorbiditat (AS + Depressió) suposa una menor ceguesa envers els propis EMI (i.e. nivells més baixos en l'escala *Self-Dèficit MZ*) quan es compara amb la condició d'AS sola (sense depressió). Així, quan hi ha AS sola, sense depressió, el dèficit de MZ sobre els EMI d'un mateix és significativament major.

En canvi, aquesta diferència referida al Dèficit de MZ envers un mateix no es dona quan es compara la condició de comorbiditat (AS + Depressió) amb la condició de depressió sola, sense AS (tercera columna de resultats). En aquest cas, la depressió sempre és present i el que varia és la presència o no d'AS, tot indicant que aquesta presència no suposa diferències en cap dels problemes de MZ, i tampoc en la ceguesa envers els propis EMI. Aquest resultat també referma la idea de la importància de la depressió en els problemes de MZ referits als propis EMI associats a l'AS.

En la mateixa línia, quan comparem la condició de comorbiditat amb el grup control (primera columna de resultats) s'observen dues diferències consonants entre elles: que el grup clínic (AS + Depressió) mostra una excessiva consciència dels propis EMI (*Self-HMZ*) i, a la vegada, mostra significativament menys dèficit de MZ respecte dels mateixos (*Self-Dèficit MZ*).

Finalment, la comparació del grup control amb el grup que només pateix depressió (cinquena columna de resultats), mostra com la depressió per si sola comporta un dèficit de MZ respecte dels propis EMI quan es compara amb el grup control. De nou, aquest resultat també suggereix que la depressió promou una major consciència dels propis EMI.

TAULA 10. Efecte de l'AS i la depressió (soles o presentades conjuntament) en la MZ.

	Comparació entre el grup amb comorbiditat (AS ^c +Depressió) i...						Comparació entre el grup control (sense AS ^c ni Depressió) i...												
	Sense AS ^c ni Depressió			Només AS ^c			Només Depressió			Només AS ^c			Només Depressió						
	B (95% CI)	Inf.	Sup.	P	B (95% CI)	Inf.	Sup.	P	B (95% CI)	Inf.	Sup.	P	B (95% CI)	Inf.	Sup.	P			
Others – HMZ^a	-1.45	1.75	.857		-2.14	2.11	.987		-1.34	2.83	.484		-1.73	1.40	.837		-0.91	2.10	.437
Self – HMZ^b	.88	3.95	.002		-.45	3.63	.126		-.71	3.27	.207		-2.31	.66	.277		-2.57	.29	.119
Others – Dèficit MZ^c	-1.55	.79	.526		-1.32	1.77	.774		-1.04	2.01	.533		-.52	1.73	.293		-.25	1.97	.129
Self – Dèficit MZ^d	-6.60	-2.99	<.0005		-5.78	-.97	.006		-3.38	1.33	3.94		-.35	3.19	.116		2.07	5.47	<.0005

^aReflective Function Questionnaire for Youths – Subescala hipermentaltització referida als altres (RFQY – Others-HMZ. Rang: 0-17); ^bReflective Function Questionnaire for Youths – Subescala hipermentaltització referida a un mateix (RFQY – Self-HMZ. Rang: 0-15); ^cReflective Function Questionnaire for Youths – Subescala dèficit de MZ referit als altres (RFQY – Others-Dèficit MZ. Rang: 0-13); ^dReflective Function Questionnaire for Youths – Subescala dèficit de MZ referit a un mateix (RFQY – Self-Dèficit MZ. Rang: 0-18); ^eAnxietat Social. Coeficients de regressió lineal (B), intervals de confiança (95% CI), valors p (P).

CAPÍTOL 5. DISCUSSIÓ

D'acord amb l'estat de la qüestió, el present és el primer estudi a considerar la relació entre AS i capacitat de MZ tenint en compte l'AS en dos moments del desenvolupament (la IC a la infància i l'AS a l'adolescència). També és el primer estudi que analitza diverses dimensions de MZ en una mateixa mostra i en fer-ho des d'una perspectiva multi-informant i multi-mètode. Finalment, el present estudi combina la perspectiva categorial, adoptada en els estudis precedents i basada en la comparació de grups, amb una perspectiva dimensional, no adoptada encara en cap estudi previ i utilitzada aquí per intentar respondre algunes de les qüestions que es plantegen.

5.1. EL PAPER DE LA INHIBICIÓ CONDUCTUAL

D'acord amb les prediccions, els resultats mostren que els adolescents amb una història d'AS al llarg del desenvolupament presenten nivells més baixos de MZ. Això està en consonància amb estudis previs que entenen la IC o la timidesa extrema com un element que dificulta l'adquisició de capacitats mentalitzadores (Broeren & Muris, 2009; Kokkinos et al., 2015; Suway et al., 2011; Walker, 2005; Yagmurlu et al., 2005), adduint que els nens amb timidesa extrema, degut a l'evitació social a la qual l'AS porta, perden importants oportunitats de socialització, la qual cosa dificulta el desenvolupament de la MZ (Suway et al., 2011).

Així, en contrast amb els estudis que suggereixen que la IC pot afavorir la capacitat de MZ (Lane et al., 2012; Mink et al., 2014; Wellman et al., 2011), els presents resultats recolzen la idea de que la IC minva la capacitat de MZ. De totes formes, com ja s'ha suggerit en altres punts, és molt possible que uns i altres estudis amb resultats aparentment discrepants, estiguin avaluant l'efecte de graus diferents d'IC tot i que, com s'analitza més endavant, els presents resultats tampoc no avalen que un grau moderat de timidesa afavoreixi la MZ.

A més, però, a diferència dels estudis precedents, que analitzaven la relació entre IC i capacitat de MZ a la primera infància i que ho feien en lapses de temps de màxim 3 anys (Mink et al., 2014; Suway et al., 2011; Wellman et al., 2011), el present estudi recolza que els antecedents d'IC durant la infància s'associen a dèficit de MZ a l'adolescència, en diverses dimensions, i d'acord amb diverses mesures de MZ, en lapses de temps molt més amplis. En aquest sentit, per tant, els resultats obtinguts indiquen que la IC durant la infància, a part d'altres efectes i conseqüències, pot tenir un efecte estable sobre la MZ.

Curiosament, l'única mesura que no reflecteix diferències de MZ entre haver estat inhibit o no, és justament la mesura de dèficit de MZ (*Mentalizing Questionnaire; MZQ*). Això podria ser degut al fet que el MZQ, instrument que avalua dèficit, va ser dissenyat per a població clínica (Hausberg et al., 2012), mentre que aquest estudi s'ha basat en àmplies mostres de població general. En el moment en què es realitzà el treball de camp el MZQ era l'única prova psicomètrica publicada per avaluar MZ, i per això es va escollir. Tanmateix, és possible que aquesta prova no reculli bé la variabilitat positiva del constructe (tal i com passaria amb un instrument que avalués discapacitat intel·lectual però que no recollís els matisos de tenir una bona intel·ligència), sinó que es va dissenyar, predominantment, per recollir variabilitat en el pol del dèficit. Això explicaria per què la resta d'instruments, no dissenyats per població clínica ni per avaluar únicament dèficit, sí que reflecteixen diferències en la MZ segons la condició d'haver estat inhibit a la infància o no.

5.2. L'AFECTACIÓ DE LA MENTALITZACIÓ EN L'ESPECTRE DE L'ANSIETAT SOCIAL ÉS MULTIDIMENSIONAL

Els estudis que han abordat la relació entre AS i MZ són heterogenis i han produït resultats discrepants. A part dels estudis que apunten que l'AS afavoreix la MZ (Mink et al., 2014; Soo-Jeong, 2014; Wellman et al., 2011) i els que indiquen que l'AS no suposa un problema especial per a la capacitat de MZ (Plana, Lavoie, Battaglia, & Achim, 2014), es dibuixen dues grans hipòtesis tenint en compte l'evidència precedent en el seu conjunt: a) que l'AS probablement s'associa a un problema d'HMZ, i b) que segurament no hi ha un sol dèficit en joc, sinó diverses dimensions de la MZ afectades, amb un èmfasi especial en la MZ referida als propis EMI –i no tan sols en la cognició social, com hi havia motius per pensar.

Els resultats obtinguts en el present estudi recolzen la idea de la multidimensionalitat del dèficit, i ho fan a tres nivells. En primer lloc, la presència d'IC a la infància s'associa a dèficit de MZ a l'adolescència d'acord amb diferents mesures (auto- i heteroinformades) i en relació a les dues dimensions de MZ avaluades (referida als propis EMI i als dels altres). Així doncs, veiem que l'afectació de la IC en la MZ és generalitzada i més amplia del que s'havia vist fins ara.

En segon lloc, ja no els antecedents infantils d'IC sinó la pròpia AS a l'adolescència també s'associa a dèficit en diverses dimensions de MZ. Concretament, aquest dèficit s'observa en el MZQ i en l'AMI, l'entrevista que avalua MZ, tant en la seva puntuació global com en cadascuna de les subescales, i mostra que els problemes de MZ són presents tant quan es tracta dels EMI propis com dels EMI dels altres.

Cal tenir en compte però, que aquest efecte pot haver estat influenciat pel tipus d'instrument utilitzat. Per a una persona amb AS, fer front a una entrevista amb un desconegut en una situació d'avaluació que a més reclama una resposta verbal pot, molt probablement, suscitar una reacció ansiògena que el bloquegi i dificulti el

poder expressar-se lliurement i en abundància, tal i com demana l'AMI. Així, és probable que els adolescents amb més ansietat optessin per respondre menys (quedant-se callats, una forma d'evitació o fugida, al cap i a la fi) o bé per respondre ràpid i superficialment, intentant acabar com més aviat millor amb una situació que els resulta ansiògena i per tant, reduint la precisió en l'expressió de la seva capacitat de MZ, a canvi d'acabar i aturar l'ansietat. Aquest funcionament evitatiu o de fugida generaria puntuacions més baixes a l'entrevista, ja que a part de la qualitat, l'AMI també té en compte la quantitat i l'espontaneïtat (grau d'insistència necessari per part de l'entrevistador) en l'expressió de la MZ per part de l'entrevistat.

En tercer lloc, l'estudi realitzat amb la segona mostra, basat en aquest cas en el RFQY (*Reflective Function Questionnaire for Youths*; Sharp et al., 2009), instrument que avalua no només dèficit sinó també HMZ referida tant als EMI propis com dels altres) revela que l'AS, inclús des d'un punt de vista dimensional, s'associa als 4 problemes de MZ avaluats.

Per tant, en conjunt, l'evidència obtinguda recolza la idea que el dèficit de MZ associat a l'AS no és necessàriament d'un sol tipus, sinó que pot abraçar diverses dimensions, i per tant és important avaluar diferents aspectes de la MZ i no només un d'ells en qualsevol estudi que vulgui aprofundir en el paper d'aquesta funció sobre el desenvolupament de psicopatologia.

Cal dir, però, que junt amb la multidimensionalitat del dèficit de MZ que es dona a l'AS, cal tenir en compte la *bidireccionalitat* de la relació entre MZ i AS, així com la possible *situacionalitat* d'algunes alteracions de la MZ en l'articulació d'aquest tipus d'ansietat. Aquests aspectes escapen, com ja s'ha dit, al disseny i al propòsit d'aquest estudi de caire preliminar, però ajuden a interpretar i entendre alguns dels resultats obtinguts aquí i assenten les bases per a un model explicatiu més complex de la relació entre MZ i AS.

5.3. UN NIVELL MITJÀ D'ANSIETAT SOCIAL NO IMPLICA UNA MILLOR MENTALITZACIÓ

La discrepància a la literatura sobre si la IC millora (Lane et al., 2012; Mink et al., 2014; Wellman et al., 2011) o perjudica (Broeren & Muris, 2009; Kokkinos et al., 2015; Walker, 2005) la capacitat de MZ podria ser deguda justament a no haver considerat els diferents nivells d'AS. D'aquí que sigui versemblant pensar que un alt nivell d'IC, com que fomenta l'evitació social, pot fer perdre oportunitats per mentalitzar, però que un nivell intermedi d'IC, atès que atura el comportament però potser no bloqueja la cognició (menys *arousal*), podria permetre a l'afectat observar amb atenció i pensar sobre els altres. Partint d'aquesta hipòtesi combinada, aquest és el primer estudi que considera la relació entre diferents nivells d'AS i el nivell de MZ, i en aquest sentit s'han obtingut resultats relatius a l'AS de dos moments del desenvolupament: la IC a la infància i l'AS a l'adolescència.

En relació a la història d'IC infantil, tot i que, com ja s'ha dit, un alt nivell d'IC a la infància s'associa a dèficit de MZ a l'adolescència, un nivell mig d'IC no s'associa a un nivell de MZ millor inclús que el grup control, tal i com predeia la hipòtesi combinada. Per contra, el grup intermedi d'IC mostra menys afectació que el grup d'inhibits però més afectació que el grup control. Així, la hipòtesi que un grau intermedi d'IC pot ser afavoridor de la MZ no es compleix, ja que els resultats mostren que el nivell de MZ mostrat a l'adolescència s'organitza linealment -com més IC, pitjor MZ- i no de forma "curvilínia" com es predeia. Aquest resultat contradiu el que apuntaven alguns estudis indicant que la IC moderada podia millorar la capacitat de MZ o ToM (Lane et al., 2012). Pot haver-hi tres possibles explicacions a aquesta discrepància.

En primer lloc, cal tenir en compte que els estudis que apunten a un efecte avantatjós de la timidesa o la inhibició (Lane et al., 2012; Mink et al., 2014; Wellman

et al., 2011) s'han realitzat des de la perspectiva de la ToM i, com ja s'ha dit anteriorment, la ToM no és estrictament equivalent a la MZ.

La MZ és un constructe més ampli i multidimensional que la ToM, la concepció de la qual, de fet, ha evolucionat al llarg del temps, fent més difícil la comparació entre estudis sense tenir la seguretat que s'estiguessin avaluant realment les mateixes funcions o constructes. En general, però, les tasques ToM només avaluen la capacitat del nen per comprendre que els altres tenen creences i que aquestes creences poden motivar el seu comportament. Des d'aquest punt de vista, la ToM s'acostaria a la dimensió cognitiva de la MZ referida als EMI dels altres (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Kim, 2015). El "bon mentalitzador", però, va més enllà de superar les tasques cognitives que avaluen ToM (en general experimentals; e.g., la falsa creença). La persona amb bona MZ, a més d'això, és capaç de veure les connexions entre els pensaments i els efectes d'aquests pensaments en els sentiments i els desitjos, o els possibles antecedents o causes dels EMI identificats (Sharp, 2006) ja que la MZ, com recentment han establert Fonagy i Bateman (2016), és considerada un procés cognitiu d'ordre més elevat (*Higher Order Cognitive process* o HOC) que els referits pels models etiològics clàssics de l'AS.

Un segon element a tenir en compte per entendre els presents resultats, és que en els estudis precedents, els participants no superen els 6 anys. Per tant, es fa difícil poder comparar els nivells de MZ amb els participants del nostre estudi, ja que la capacitat de MZ evoluciona amb l'edat i la IC avaluada a l'etapa preescolar (amb procediments observacionals o heteroinformats) pot ser diferent del que s'ha avaluat en el present estudi amb adolescents i de forma autoinformada i retrospectiva. La mesura d'IC, per tant, segur que és diferent en el present estudi i en els anteriors, i el tipus de fenomen que s'aprehèn a la primera infància, quan el temperament és "més pur", pot ser diferent del que recorden els adolescents avaluats.

Finalment, un tercer element que expliqui la discrepància pot ser la magnitud del grup mig considerat en el nostre estudi sobre la IC. L'instrument que s'ha utilitzat per avaluar l'IC de forma retrospectiva, el *Behavioral Inhibition Instrument* (BII; Muris et

al., 1999) permet als participants classificar-se segons recordin haver estat tímids, oberts, o entre totes dues descripcions, durant la seva infància. I tot i que la distribució d'aquesta classificació ofereix percentatges completament consonants amb els reportats a la literatura en relació a la distribució de la IC (Kagan et al., 1988), el cert és que el grup mig és el més ampli i abundant. Això fa que aquest grup intermedi, que abraça el 56% dels participants en el cas de la primera mostra d'aquest estudi, pugui estar representant un rang massa ampli d'AS intermèdia. Un rang que en el fons abraça tímids moderats però més propers al grup de tímids extrems, i tímids moderats més propers al grup sense timidesa.

Per resoldre aquesta mancança, s'ha analitzat la relació entre AS intermèdia i els nivells de MZ a l'adolescència utilitzant també la prova d'AS que es passa als adolescents. Sobre les puntuacions dimensionals que proporciona aquesta prova s'ha pogut construir un grup mitjà-alt i un grup mitjà-baix d'AS. Tot i així, en comparar aquests dos grups d'AS intermèdia amb els grups extrems, s'han obtingut els mateixos resultats que en el cas de la IC: els grups amb AS intermèdia, sigui mitja-alta (més propera al grup "clínic") o mitja-baixa (més propera al grup control), no presenten cap dels dos millor MZ que el grup control, sinó que, una vegada més, la relació és lineal: a més AS a l'adolescència, més dèficit de MZ.

5.4. EL PAPER DE LA HISTÒRIA D'INHIBICIÓ CONDUCTUAL A LA INFÀNCIA EN LA RELACIÓ ENTRE ANSIETAT SOCIAL I MENTALITZACIÓ A L'ADOLESCÈNCIA

El disseny del present estudi no és l'ídoni per considerar com interactuen la IC estable durant el desenvolupament i la presència d'AS en el moment de l'avaluació, ja que tant l'AS com la IC (de forma retrospectiva) s'han avaluat en el mateix moment. Tot i això, una de les qüestions clínicament rellevants és quina diferència suposa, per al dèficit de MZ associat a l'AS, la presència o no d'IC durant la infància.

La predicció al respecte era que els adolescents amb AS que a més acumulessin una història d'IC a la infància mostrarien major dèficit de MZ que els que només mostressin una de les dues condicions. Els resultats obtinguts recolzen parcialment aquesta hipòtesi, ja que presentar AS+IC suposa un major dèficit de MZ que haver patit només IC, però no en comparació amb presentar només AS en l'adolescència. Així, els dos grups d'adolescents amb AS (i.e., amb i sense IC, respectivament) no diferirien entre si, mostrant que independentment del camí pel qual la persona arriba a l'AS (des d'una història d'IC a la infància o de forma abrupta l'adolescència), el que pesa, a nivell de MZ a l'adolescència, és presentar AS en aquell moment.

Cal considerar dues possibilitats més a l'hora d'interpretar aquest resultat. La primera és que és possible que no tots els adolescents amb AS, tractant-se l'AS d'un tret "negatiu" que confereix desavantatge social, hagin informat realment bé –inclús recordin bé– la seva història d'IC infantil. En aquest sentit, caldrien nous estudis que a) avaluïn longitudinalment aquestes mesures en el moment del desenvolupament en què toca, i b) tant si ho fan retrospectivament com de forma prospectiva, analitzin mesures d'IC més enllà de l'autoinformada (e.g., mesures addicionals dels pares o dels professors).

5.5. BIDIRECCIONALITAT DE LA RELACIÓ ENTRE MENTALITZACIÓ I ANSIETAT SOCIAL

Si bé la IC al llarg del desenvolupament pot ser un factor estable d'evitació social, que de forma constant comporta una pèrdua significativa d'interacció, socialització i, per tant de MZ (Kokkinos et al., 2015; Suway et al., 2011), la major part dels autors que analitzen la MZ en l'AS en adults aborden la relació assumint que una MZ alterada pot ser un important factor de desenvolupament o, com a mínim, de manteniment de l'AS (Buhlmann et al., 2015; Hezel & McNally, 2014). És a dir, que és molt possible que existeixi una relació bidireccional entre MZ i AS que no ha estat abordada a la literatura existent.

La influència que pot exercir sobre la MZ un factor estable (temperamental, biològicament determinat) com és la IC, cal pensar que pot ser profunda, que deixi petjada, i que per tant sigui possible d'observar al llarg dels anys. D'aquí que no resultin realment sorprenents els resultats anteriors. És a dir, trobar que la IC infantil, inclús quan s'ajusta i per tant es controla l'efecte de l'AS, prediu dèficit de MZ a l'adolescència. Els resultats suggereixen, doncs, que la IC pot produir un impacte estable en la capacitat de MZ, generant un nivell de MZ "tret" pitjor que el dels adolescents que no han estat inhibits infantils.

En canvi, tot apunta a que el dèficit de MZ que podria presentar-se associat a l'AS adolescent molt probablement és un dèficit situacional o *context-driven*, és a dir: que és possible assumir que un adolescent amb AS, especialment si no ha tingut història d'IC prèvia, pugui tenir una bona MZ "tret", desenvolupada en les relacions íntimes amb les persones amb qui té confiança (Fonagy, Gergely, Jrist, & Target, 2005; Fonagy et al., 2007), però que en canvi se li bloquegi, per bona que la tingui, en situacions "d'amenaça social".

Aquesta dualitat entre la influència de la IC en la MZ “tret” (en com s’ha desenvolupat quantitativament i qualitativament) i el paper dels “estats de MZ anòmals” induïts per una situació (en aquest cas per una situació social), és a dir, la influència de l’AS en la capacitat de MZ, fa pensar que la relació entre MZ i AS és més complexa del que els estudis publicats fins a la data apunten. Aquesta dualitat, a més, no tinguda en compte pels estudis precedents, explicaria bona part de les discrepàncies de resultats trobades fins al moment, i pot ajudar a entendre també els resultats que es discutiran a continuació.

5.6. LA HIPERMENTALITZACIÓ EN L’ANSIETAT SOCIAL

En contra del que s’esperava, els resultats no mostren la HMZ com el problema de MZ més intensament associat a l’AS, tal i com suggereixen alguns estudis (Hezel & McNally, 2014; Tibi-Elhanany & Shamay-Tsoory, 2011; Washburn et al., 2016). De fet, en la relació entre AS i MZ, des d’una perspectiva dimensional, l’AS s’associa a un augment progressiu del dèficit de MZ (hipomentalització) referit tant als propis EMI com als dels altres, però no s’associa de forma directa a HMZ, sinó de forma inversa. És a dir, d’acord amb els presents resultats, l’AS s’associa a una disminució progressiva de la HMZ: a més AS, menys HMZ.

Aquest resultat, i la discrepància que suposa amb els tres estudis previs que sí que suggerien una relació entre AS i HMZ, podria explicar-se per diverses raons. En primer lloc, els estudis que relacionen AS amb HMZ utilitzen tots tres un procediment experimental de mesura de la cognició social anomenat MASC (*Movie for the Assessment of Social Cognition*; Dziobek et al., 2006). Es tracta d’una prova videogràfica amb característiques ben diferents de les que s’han utilitzat aquí. En

concret, la MASC avalua MZ en base a les atribucions d'EMI que el participant realitza als personatges d'una breu pel·lícula, mentre que els 4 problemes de MZ que avalua el RFQY deriven de la percepció que té el propi participant sobre la seva MZ. No cal dir que tota prova autoinformada està subjecta a biaixos però, a més, en el camp de la MZ ens enfrontem a la disjuntiva que sense instruments autoinformats és difícil abraçar mostres grans, pel cost que això suposa.

En qualsevol cas, caldria atorgar més pes als resultats derivats d'un procediment experimental com és la MASC, i que a més són concordants entre ells tot i provenir de 3 estudis independents, que al primer resultat discrepant que es presenta, el derivat d'aquest estudi, basat en un mètode de mesura diferent.

A més, tots els estudis realitzats fins al moment parteixen d'una perspectiva categorial que millora la visibilitat de les diferències entre grups, mentre que en el present estudi s'ha adoptat una perspectiva dimensional 1) per veure si l'AS predeia dèficit de MZ inclús dimensionalment i, especialment, 2) per poder analitzar millor la interacció entre AS, IC i depressió en relació al dèficit de MZ.

Ara bé, hi ha un tercer motiu que podria explicar per què l'AS no s'associa establement a HMZ en el present estudi. Independentment que el procediment de mesura adoptat sigui diferent al dels estudis precedents i que no sigui, de fet, un mètode experimental, cal tenir en compte que tant en el cas de la MASC com en el present estudi, les mesures de MZ utilitzades només són capaces d'avaluar el nivell de MZ (o HMZ) "tret" de la persona, i no les alteracions que pot sofrir la MZ situacionalment, en diferents contextos (Bateman & Fonagy, 2012c; Fonagy et al., 2005), independentment de quin sigui el nivell previ.

Atès que la MZ es desenvolupa de forma nuclear en el marc de les relacions d'*attachment* dels primers anys de vida (Berthelot et al., 2015; Fonagy et al., 2005), és perfectament possible que bona part dels adolescents amb AS tinguin un bon nivell de MZ (Ballespí, 2014). Per tant, cal suposar que molts d'aquests adolescents, inclús els que puguin tenir antecedents d'IC, hauran pogut desenvolupar una capacitat de MZ més o menys correcta en les seves relacions íntimes, al llarg del

desenvolupament. Ara bé, és perfectament possible que, tot i tenir una bona MZ, desenvolupada una predisposició a témer les relacions socials o, més concretament, estabilitzada una por a l'escrutini per una sobrevaloració excessiva del judici dels altres (Clark & Wells, 1995) i per una sobreestimació de la probabilitat de rebre aquest mal judici en situacions "d'amenaça social percebuda" (Rapee & Heimberg, 1997) o dit d'una altra manera, d'elevat arousal social, la capacitat de MZ (com moltes altres) minva o es bloqueja i passa a un modus més primitiu i automàtic donant peu, situacionalment, al que s'entén com a HMZ: es pren allò que era probable com a cert, i s'acaba assumint que el que es temia està passant.

Si aquesta hipòtesi és certa, aleshores és possible que la HMZ raonablement associada a l'AS no sigui de tipus "tret", com passa en el TLP (Goodman & Siever, 2011), sinó que sigui de tipus "estat" o *context-driven* (Ballespí, 2014), en concordança amb els models clàssics d'AS (Hodson, McManus, Clark, & Doll, 2008; Rapee & Heimberg, 1997) i tal i com alguns autors han apuntat (Buhlmann et al., 2015; Constans et al., 1999).

Aquesta hipòtesi, que incorporaria el matís de la situacionalitat, explicaria per què, quan s'avalua HMZ "tret", l'AS no es mostra associada de forma positiva sinó inversa a aquest tipus d'error de cognició social. Les proves usades per mesurar MZ en aquest estudi eren autoinformades i van ser respostes pels participants telemàticament, des de la tranquil·litat que confereix respondre a través d'una plataforma virtual (per exemple, des de l'ordenador de casa), i no mostren les dificultats que pot patir un tímid quan estan en una situació d'interacció social.

Tot això promou un debat necessari sobre quina ha de ser la manera adequada per avaluar MZ en ansiosos socials. Els autoinformes tenen poca precisió ja que, per una banda, són respostos normalment en situacions de calma i no ansiògenes i per tant només poden avaluar l'ansietat tret. Per l'altra, hi ha la possibilitat que per avaluar MZ sigui necessària, precisament, una bona capacitat mentalitzadora (Fonagy & Bateman, 2016). Per tant, la fiabilitat de les persones amb mancances en la capacitat de mentalitzar pot no ser l'òptima quan elles mateixes han d'auto-observar i informar sobre la pròpia capacitat "alterada".

La situació d'entrevista en canvi, sí que posa el participant en una situació d'AS. Això permetria avaluar la MZ-"estat" a priori, però el cas és que com que la capacitat de comunicar pot quedar bloquejada per l'ansietat, en realitat no acabem de saber què és el que està passant al cap del participant, quins mecanismes mentalitzadors (o hipermentalitzadors) s'estan actuant i per tant no podem obtenir una mesura realista de la seva capacitat. Caldrà seguir investigant i desenvolupant nous mètodes d'avaluació que ens permetin entendre el funcionament de la MZ-estat i la MZ-tret en l'ansió social: com funciona, com es bloqueja i de quina manera es distorsiona.

5.7. EL PAPER DE LA COMORBILITAT DEPRESSIVA

Per últim, les anàlisis efectuades des d'una perspectiva dimensional han permès veure que la depressió té un paper rellevant en la relació AS-MZ, tot i que la magnitud sigui reduïda. Atès que el camp estudiat és encara molt verge i que usar una perspectiva dimensional pot dificultar l'observació de les diferències, s'ha dut a terme una segona anàlisi, explorant el paper de la depressió des d'un punt de vista categorial, per tal de maximitzar la possibilitat de veure diferències.

Tal i com esperàvem, la depressió s'ha mostrat com una variable important a l'hora d'entendre el funcionament de la MZ. De fet, l'efecte de la simptomatologia depressiva s'ha mostrat independent de l'efecte de l'AS. El fet de patir simptomatologia depressiva (tant si es presenta conjuntament amb AS com si es presenta sola) comporta un nivell menor de dèficit en la MZ referida als EMI propis, és a dir, hi hauria més capacitat per pensar en els EMI d'un mateix.

Aquests resultats anirien en la línia d'estudis que han trobat una millor capacitat de MZ en persones amb vulnerabilitat a la depressió, és a dir, persones amb un nivell

subllindar de depressió, amb antecedents de trastorn depressiu major en remissió o amb factors de risc identificats per a la depressió (e.g., una història materna de depressió) (Washburn, 2012). S'ha suggerit que els individus amb aquesta vulnerabilitat depressiva mostren, entre d'altres característiques, hipersensibilitat a la informació social com a eina adaptativa per minimitzar el risc en les interaccions socials (Allen & Badcock, 2003). És a dir, perceben més matisos de la relació social, ja que tenir informació ajuda a preveure i per tant protegir-se del que ells senten com a perillós. Aquesta hipersensibilitat podria ser facilitadora de la MZ ja que comportaria una major atenció a la informació social i, per tant, la possibilitat de millorar l'aprenentatge sobre les interaccions socials.

En consonància amb l'estudi de Washburn (2012), els nostres resultats suggereixen la possibilitat que el fet de patir depressió, més que el fet de patir AS, sigui el que comporti un augment de l'atenció o focalització en un mateix, i que per tant sigui la depressió tan habitualment comòrbida a l'AS la que maximitzés la consciència sobre els propis EMI o augmentés encara més la que l'AS en si mateixa pugui provocar. Això és important perquè una de les qüestions que es plantejaven en el present estudi és la multidimensionalitat de l'afectació de la MZ a l'AS. I per fer-ho s'han hagut de tenir en compte les dues variables que més fàcilment podien confondre la relació entre MZ i AS: la IC precedent i la depressió. Entre les prediccions principals d'aquest treball, d'acord amb troballes anteriors, hi havia la idea que a l'AS el problema de MZ, a més de no ser únic sinó multidimensional, probablement radicava més en la MZ referida als propis EMI que en la cognició social (MZ referida als EMI dels altres), i el present resultat el que aporta és, a part de reforçar una vegada més la idea de la multidimensionalitat, i de mostrar que, efectivament, l'AS s'associa a MZ referida als propis EMI, que aquesta alteració pot estar depenent de la presència de depressió. Aquest resultat reforça la idea que cal tenir molt en compte la depressió quan s'analitzi la relació entre AS i MZ.

Quant al contingut de l'afectació, queda pendent preguntar-se perquè la depressió apareix aquí associada a un menor dèficit de MZ, és a dir, a un increment de la consciència dels propis estats mentals. Aparentment, és com si la depressió reduís el dèficit de MZ, reduís el problema. En realitat, però existeix una altra explicació més

versemblant. La persona deprimida 1) està més “cap endins”, més capficada en sí mateixa, i 2) té més contacte amb una sèrie de pensaments, impressions i creences (estats mentals) de caire rumiatiu, i basats en una idea negativa de sí mateixa, la seva vida o el món, i el futur (la famosa tríada de Beck). Molt probablement, l’aparent “menor dèficit” en la MZ referida als propis EMI el que estaria assenyalant és un major contacte o visualització d’aquest tipus d’estats mentals.

En aquests sentit, doncs, aquest “menor dèficit” associat a la depressió sembla una “millora” contraproductent, en la MZ, ja que els que tenen dèficit estan millor mentre que els que en tenen menys mostren depressió. És com si visualitzar certs continguts s’associés a depressió, mentre que no visualitzar-los en protegís. Aquesta possible interpretació del resultat concorda tant amb les teories cognitives de la depressió (Beck, 1987) com amb les tesis psicodinàmiques, basades en la idea que el pas a la consciència de certs pensaments (distorsionats), per un relaxament disfuncional dels mecanismes de defensa –que deixen de fer el seu paper-, fan que el contacte amb certes idees redundi en depressió.

Més enllà de la interpretació d’aquests resultats i de les noves hipòtesis que puguin suggerir, queda clar que és interessant i necessari analitzar els problemes de MZ associats a la depressió, considerada tant en sí mateixa com en la comorbiditat amb l’AS.

5.8. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

A l'hora d'interpretar i generalitzar els resultats d'aquest estudi, és important tenir en compte les següents limitacions:

En primer lloc, el fet de que totes les mesures hagin estat avaluades en el mateix moment (fins i tot l'AS en la infància, la IC, que ha estat avaluada de forma retrospectiva) impedeix respondre a la pregunta de si els problemes de MZ són causa o efecte de l'AS o, si tal i com s'intueix, hi ha un procés d'influència mútua que es desenvoluparia al llarg dels anys. En un futur, és necessari fer estudis prospectius que avaluin l'espectre de l'AS des dels primers anys de vida i segueixin al nen o nena fins a l'adolescència i primera adultesa a la vegada que s'avalui el desenvolupament de la seva capacitat de MZ. Un disseny prospectiu es revela com la manera per a entendre més sobre aquesta complexa relació que possiblement canvia al llarg del temps i el creixement.

En segon lloc, s'ha de tenir en compte que la recerca, sobretot amb nens i adolescents, hauria d'adoptar una perspectiva multiinformant. Tot i que les dades del present estudi inclouen, a part de les valoracions dels propis adolescents, l'avaluació de la MZ per part d'un clínic mitjançant una entrevista, hagués estat interessant obtenir informació per part dels mestres i pares, sobretot pel que fa a l'avaluació de l'AS.

També cal valorar les limitacions derivades dels instruments de mesura. Per una banda, la MZ és un constructe complex i complicat d'avaluar atesa la seva multidimensionalitat així com les diferències que hi poden haver entre la seva expressió tret i estat. Per l'altra, hi ha sospites de que per a avaluar (i autoavaluar) la capacitat de MZ sigui necessari, precisament, posseir cert nivell d'aquesta capacitat. Això posa en dubte la confiabilitat dels autoinformes, molt útils i necessaris quan es vol avaluar a mostres grans tal i com és el cas d'aquest estudi. L'únic instrument no

autoadministrat de l'estudi és l'entrevista, que salva les limitacions dels autoinformes, però que en el cas de l'avaluació d'ansiosos socials en suma una d'important, que és la inhibició que la situació social pot causar a l'entrevistat. És necessari seguir millorant i generant nous sistemes d'avaluació que permetin mesurar la complexitat de la MZ en ansiosos socials.

Per últim, aquest ha estat un estudi voluntari en el que s'ha ofert la participació a tots els alumnes d'ESO, batxillerat i cicles formatius dels centres, però només un tant per cent petit (al voltant del 20%) ha accedit a participar i ha completat degudament els qüestionaris. Per tant, hi ha el risc de que la nostra mostra sigui autoseleccionada i que molts ansiosos socials, precisament per la seva condició, evitessin de participar-hi.

CAPÍTOL 6. CONCLUSIONS

Aquest és el primer estudi de la relació entre MZ i AS fet amb una àmplia mostra d'adolescents de població general, que explora diverses dimensions de la MZ i ho fa utilitzant una perspectiva multiinformant i abraçant un ampli rang de l'espectre de l'AS ja que avalua l'AS en dos punts del desenvolupament tals com són la IC a la infància i l'AS a l'adolescència. A més, l'estudi també és pioner per tenir en compte factors de confusió tals com la depressió o la IC en la infància a l'hora d'estudiar la relació entre MZ i AS a l'adolescència.

D'aquesta perspectiva se n'han derivat resultats que han permès fer passes endavant. L'evidència aportada en aquest estudi recolza que: 1) la IC a la infància s'associa a una pitjor MZ a l'adolescència; 2) que aquests problemes de MZ afecten a més d'una dimensió; 3) que tant important és el dèficit de MZ en relació als EMI dels altres com el dèficit en relació als propis EMI; 4) que aquest dèficit causat per la IC en la infància és visible en la MZ tret; 5) que, en canvi, les alteracions de la MZ que poden presentar-se associades a l'AS adolescent són, en molts casos, situacionals o *context-driven*, és a dir, lligades a la situació social i, per tant, a la MZ estat; 6) que la relació entre MZ i AS és bidireccional; 7) que la depressió té un efecte important en la MZ i 8) que aquest efecte de la depressió en l'AS és independent de l'AS.

Aquest treball ha servit per fer un important pas en l'estudi de la MZ en l'espectre de l'AS, i no tan sols per l'evidència que aporta i els interrogants que ha permès respondre, sinó perquè ha permès entendre que la complexitat del dèficit de MZ que es dona en l'espectre de l'AS radica en la *multidimensionalitat*, la *situacionalitat* i la *bidireccionalitat* d'aquest dèficit.

La *multidimensionalitat* del dèficit de MZ associat a l'AS ha quedat demostrada tant des d'una perspectiva categorial com dimensional. A més, els resultats es recolzen en la informació obtinguda a partir de diversos instruments (entrevista AMI,

autoinformes BRF i RFQY) i són extensibles als dos moments del cicle vital estudiats, és a dir, la IC en la infància i l'AS en l'adolescència. Aquesta *multidimensionalitat* implica que el dèficit de MZ associat a l'AS no és només d'un sol tipus, sinó que pot abraçar diverses dimensions tals com la MZ referida als propis EMI i la MZ referida als EMI dels altres, les quals han estat estudiades en aquest treball. És molt probable, però, que aquestes dues dimensions no siguin les úniques afectades i, per tant, sigui necessari avaluar aquesta i altres dimensions de la MZ per tal d'obtenir perfils de MZ més complets, tant en el cas de l'AS com en d'altres patologies.

La *situacionalitat* del dèficit de MZ en els ansiosos socials implica que la MZ de les persones que pateixen AS pot funcionar (o deixar de funcionar) de formes diverses en funció del context. Per exemple, pot bloquejar-se o funcionar de forma distorsionada en relació a una situació social (generadora d'ansietat), però en canvi, funcionar adequadament en situacions que no impliquin la interacció social (i que per tant no generin ansietat) o en la relació amb familiars i persones pròximes amb les quals l'adolescent se sent còmode i segur. Aquesta característica en el funcionament de la MZ, que diferencia l'AS d'altres patologies com el TLP, fa necessaris dissenys i instruments específics que permetin avaluar la MZ "estat" i la MZ "tret" per tal d'obtenir una mesura precisa i completa.

Per últim, la *bidireccionalitat* de la relació MZ-AS implica que la relació entre ambdues és complexa i variant al llarg del cicle vital. Així, per una banda, la IC durant el desenvolupament (per la tendència a l'aïllament social que comporta una pèrdua en les hores de socialització) pot produir un impacte estable en la capacitat de MZ de l'individu, portant-lo a assolir un nivell de MZ "estat" pitjor que el dels seus companys no inhibits. Per l'altra, arribats a l'adolescència, l'ansietat que genera el sentiment d'amenaça percebuda en situacions socials pot comportar un augment de l'*arousal* que comporti el bloqueig o disfunció de la capacitat de MZ en determinades situacions. Aquest mal funcionament de la MZ "estat" podria ser entès, a la vegada, com a conseqüència de l'AS (la qual bloqueja el bon funcionament de la MZ) i, a la vegada, com a causant, o com a mínim mantenedora, de l'AS, ja que una lectura distorsionada (o hipermentalitzadora) de l'altre pot provocar més ansietat en contextos socials.

Futures investigacions, per tant, haurien de dissenyar estratègies, així com nous instruments, que permetin avaluar el dèficit de MZ associat a l'AS en tota la seva complexitat per tal de poder entendre amb més profunditat el funcionament de la capacitat de MZ en aquesta patologia.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abad, J., Forns, M., Amador, J. A., & Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, *12*(1), 49–54.
- Achembach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, USA: American Psychiatric Publishing.
- Allen, N., & Badcock, P. (2003). The social risk hypothesis of depressed mood: evolutionary, psychosocial, and neurobiological perspectives. *Psychological Bulletin*, *129*(6), 887–913. doi:10.1037/0033-2909.129.6.887
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM 5* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053
- Amir, N., Foa, E. . B., & Coles, M. E. (1998). Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(2), 285–290. doi:10.1037/0021-843X.107.2.285
- Assaf, M., Hyatt, C. J., Wong, C. G., Johnson, M. R., Schultz, R. T., Hendler, T., & Pearlson, G. D. (2013). Mentalizing and motivation neural function during social interactions in autism spectrum disorders. *NeuroImage: Clinical*, *3*, 321–331. doi:10.1016/j.nicl.2013.09.005
- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The french version of the reflective functioning questionnaire: validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *Plos One*, *10*(12), e0145892. doi:10.1371/journal.pone.0145892
- Bak, P. L., Midgley, N., Zhu, J. L., Wistoft, K., & Obel, C. (2015). The resilience program: preliminary evaluation of a mentalization-based education program. *Frontiers in Psychology*, *6*(June), 753. doi:10.3389/fpsyg.2015.00753
- Ballespí, S. (2014). Mentalizing in the social anxiety spectrum. *Non Published Manuscript*.
- Ballespí, S., Jané, M. C., & Riba González-Alonso, M. (2006). De la inhibición a la depresión : un modelo explicativo. *Non Published Manuscript*.

- Ballespí, S., & Pérez-Domingo, A. (2015a). Reliability and validity of a brief interview for assessing reflective function in the adolescence: the adolescent mentalization interview (AMI). *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(1), S213–S213.
- Ballespí, S., & Pérez-Domingo, A. (2015b). Reliability and validity of a brief self-report of reflective function. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(1), S213–S214.
- Ballespí, S., Pérez-Domingo, A., & Barrantes-Vidal, N. (2015). The spanish version of the behavioural inhibition scale (BIS): psychometric properties in a sample of adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(1), S225.
- Ballespí, S., Pérez-Domingo, A., Doval, E., & Barrantes-Vidal, N. (2015). Spanish adaptation of the mentalization questionnaire (MZQ): psychometric properties in a sample of adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(1), S218–S218.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition, 21*, 37–46. doi:10.1016/0010-0277(85)90022-8
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226–244. doi:10.1037//0022-3514.61.2.226
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004a). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36–51. doi:10.1521/pedi.18.1.36.32772
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004b). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012a). Antisocial personality disorder. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012b). Borderline personality disorder. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization in Mental Health Practice* (pp. 273–288). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012c). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. (A. W. Bateman & P. Fonagy, Eds.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 5–37.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck depression inventory-second edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofmann, S. . G., & Wittchen, H.-U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *126*(6), 411–25. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, *36*(2), 200–212. doi:10.1002/imhj.
- Bifulco, A., Lilie, A., Ball, B., & Moran, P. (1998). *Attachment style interview (ASI): training manual*. Royal Holloway: University of London.
- Bolwby, J. (1986). *Vinculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bora, E., & Berk, M. (2016). Theory of mind in major depressive disorder: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *191*, 49–55. doi:10.1016/j.jad.2015.11.023
- Broeren, S., & Muris, P. (2009). The relation between cognitive development and anxiety phenomena in children. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(6), 702–709. doi:10.1007/s10826-009-9276-8
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. R. (2013). The course of childhood anxiety symptoms: developmental trajectories and child-related factors in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(1), 81–95. doi:10.1007/s10802-012-9669-9
- Buhlmann, U., Wacker, R., & Dziobek, I. (2015). Inferring other people's states of mind: comparison across social anxiety, body dysmorphic, and obsessive-compulsive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *34*, 107–13. doi:10.1016/j.janxdis.2015.06.003
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*(9), 1127–1135. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Chronis-Tuscano, A., Degnan, K. A., Pine, D. S., Perez-Edgar, K., Henderson, H. A., Diaz, Y., ... Fox, N. A. (2009). Stable early maternal report of behavioral inhibition predicts lifetime social anxiety disorder in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(9), 928–35. doi:10.1097/CHI.0b013e3181ae09df
- Chung, Y. S., Barch, D., & Strube, M. (2014). A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(3), 602–616. doi:10.1093/schbul/sbt048

- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
- Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(10), 1066–1075.
doi:10.1016/j.jaac.2012.08.002
- Constans, J. I., Penn, D. L., Ihen, G. H., & Hope, D. A. (1999). Interpretive biases for ambiguous stimuli in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 37*(7), 643–651. doi:10.1016/S0005-7967(98)00180-6
- Corcoran, R., Cahill, C., & Frith, C. D. (1997). The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of “mentalizing” ability. *Schizophrenia Research, 24*(3), 319–327. doi:10.1016/S0920-9964(96)00117-X
- Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2007). Does comorbid social anxiety disorder impact the clinical presentation of principal major depressive disorder? *Journal of Affective Disorders, 100*(1-3), 241–247. doi:10.1016/j.jad.2006.10.014
- Das, P., Lagopoulos, J., Coulston, C. M., Henderson, A. F., & Malhi, G. S. (2012). Mentalizing impairment in schizophrenia: a functional MRI study. *Schizophrenia Research, 134*(2-3), 158–164. doi:10.1016/j.schres.2011.08.019
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Journal of Personality and Social Psychology, 10*, 85.
doi:10.1037/0022-3514.44.1.113
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., ... Convit, A. (2006). Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36*(5), 623–636.
doi:10.1007/s10803-006-0107-0
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751–755.
- Fischer-Kern, M., Tmej, A., Kapusta, N. D., Naderer, A., Leithner-Dziubas, K., Löffler-Stastka, H., & M., S.-K. (2008). The capacity for mentalization in depressive patients: a pilot study. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie, 54*(4), 368–380.
- Fiske, S. T., & Taylor, Shelley, E. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

- Flavell, J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, *34*(10), 906–911.
doi:10.1037/0003-066X.34.10.906
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). The development of borderline personality disorder - a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, *22*(1), 4–21.
doi:10.1521/pedi.2008.22.1.4
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*, *64*, 59–66. doi:10.1016/j.comppsy.2015.11.006
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jrist, E. L., & Target, M. (2005). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *48*(3-4), 288–328. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *12*(3), 201–218. doi:10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual: for application to adult attachment interviews* (5th ed.). London: University College London. Retrieved from <http://mentalizacion.com.ar/images/notas/Reflective Functioning Manual.pdf>
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the social anxiety scale for adolescents, the fear of negative evaluation scale, and the social avoidance and distress scale in an adolescent Spanish-speaking sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*(1), 51–59.
doi:10.1023/A:1011043607878
- Gest, S. D. (1997). Behavioral inhibition: stability and associations with adaptation from childhood to early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*(2), 467–475. doi:10.1037/0022-3514.72.2.467

- Gillberg, I. C., Billstedt, E., Wentz, E., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Gillberg, C. L. (2010). Attention, executive functions, and mentalizing in anorexia nervosa eighteen years after onset of eating disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *32*(4), 358–65. doi:10.1080/13803390903066857
- Goodman, M., & Siever, L. J. (2011). Hypermentalization in adolescents with borderline personality traits: extending the conceptual framework to younger ages. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *50*(6), 536–537. doi:10.1016/j.jaac.2011.02.013
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety*. Oxford: Oxford University Press.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system (2nd ed.)*. Oxford: Oxford University Press. doi:10.1017/S0140525X00013170
- Griffin, R. S., & Gross, A. M. (2004). Childhood bullying: current empirical findings and future directions for research. *Aggression and Violent Behavior*, *9*(4), 379–400. doi:10.1016/S1359-1789(03)00033-8
- Ha, C., Sharp, C., Ensink, K., Fonagy, P., & Cirino, P. (2013). The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of Adolescence*, *36*(6), 1215–23. doi:10.1016/j.adolescence.2013.09.008
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpffer, M., Brütt, A. L., ... Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? development and first validation of the mentalization questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, *22*(6), 699–709. doi:10.1080/10503307.2012.709325
- Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2014). Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *45*(4), 530–40. doi:10.1016/j.beth.2014.02.010
- Hidalgo, R. B., Barnett, S. D., & Davidson, J. R. T. (2001). Social anxiety disorder in review : two decades of progress. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *4*, 279–298.
- Hill, L. L., Levy, K. N., Meehan, K. B., & Reynoso, J. S. (2007). Reliability of a multidimensional measure for scoring reflective function. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *55*(1), 309–313.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J., & Rosenbaum, J. (2008). Behavioral inhibition. *Depression and Anxiety*, *25*(4), 357–67. doi:10.1002/da.20490

- Hodson, K. J., McManus, F. V., Clark, D. M., & Doll, H. (2008). Can Clark and Wells' (1995) Cognitive Model of Social Phobia be Applied to Young People? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(04), 449–461. doi:10.1017/S1352465808004487
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: what's new? In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 31–49). West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- IBM Corporation (2011). IBM SPSS Statistics 20.0. New York: IBM Corp.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240*, 167–171.
- Karevold, E., Ystrom, E., Coplan, R. J., Sanson, A. V., & Mathiesen, K. S. (2012). A prospective longitudinal study of shyness from infancy to adolescence: stability, age-related changes, and prediction of socio-emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(7), 1167–77. doi:10.1007/s10802-012-9635-6
- Kashdan, T. B. (2007). Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: theoretical synthesis and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(3), 348–365. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.003
- Kim, S. (2015). The mind in the making: developmental and neurobiological origins of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 6*(4), 356–365. doi:10.1037/per0000102
- Kokkinos, C. M., Kakarani, S., & Kolovou, D. (2015). Relationships among shyness, social competence, peer relations, and theory of mind among pre-adolescents. *Social Psychology of Education, 19*(1), 117–133. doi:10.1007/s11218-015-9317-7
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(2), 83–94. doi:10.1023/A:1022684520514
- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). Social anxiety scale for children revised: factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*(1), 17–27. doi:10.1207/s15374424jccp2201_2
- Lane, J. D., Wellman, H. M., Olson, S. L., Miller, A. L., Wang, L., & Tardif, T. (2012). Relations between temperament and theory of mind development in the United States and China: biological and behavioral correlates of preschoolers' false-belief understanding. *Developmental Psychology, 49*(5), 825–836. doi:10.1037/a0028825
- Lemos, S., Fialgo, A., Calvo, P., & Menendez, P. (1992). Salud mental de los adolescentes Asturianos. *Psicothema, 4*(1), 21-49.

- Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: the origin of “theory of mind.” *Psychological Review*, *94*(4), 412–426.
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M., & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(4), 377–394. doi:10.1016/S0887-6185(97)00017-0
- Maat, A., Fett, A. K., Derks, E., & GROUP Investigators. (2012). Social cognition and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *137*(1-3), 212–218. doi:10.1016/j.schres.2012.02.017
- McLaughlin, K. A., & King, K. (2015). Developmental trajectories of anxiety and depression in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(2), 311–323. doi:10.1007/s10802-014-9898-1
- Meehan, K. B., Levy, K. N., Reynoso, J. S., Hill, L. L., & Clarkin, J. F. (2009). Measuring reflective function with a multidimensional rating scale: comparison with scoring reflective function of the AAI. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *57*(1), 208–213.
- Merikangas, R. M., & Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *244*(6), 297–303. doi:10.1007/BF02190407
- Mink, D., Henning, A., & Aschersleben, G. (2014). Infant shy temperament predicts preschoolers theory of mind. *Infant Behavior and Development*, *37*(1), 66–75. doi:10.1016/j.infbeh.2013.12.001
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B., & Bogie, N. (2001). Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioural inhibition in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(9), 1051–1061. doi:10.1016/S0005-7967(00)00081-4
- Muris, P., Merckelbach, H., Wessel, I., & van de Ven, M. (1999). Psychopathological correlates of self-reported behavioural inhibition in normal children. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(6), 575–584. doi:10.1016/S0005-7967(98)00155-7
- Muris, P., van Brakel, A. M. L., Arntz, A., & Schouten, E. (2011). Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: a longitudinal study. *Journal of Child and Family Studies*, *20*(2), 157–170. doi:10.1007/s10826-010-9365-8
- Norton, A. R., & Abbott, M. J. (2016). Self-focused cognition in social anxiety: a review of the theoretical and empirical literature. *Behaviour Change*, *33*(01), 44–64. doi:10.1017/bec.2016.2

- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D., Garcia-lopez, L. J., Rosa, A. I., & Piqueras, J. A. (2005). Social anxiety scale for adolescents (SAS-A): psychometric properties in a spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(1), 85–97. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1083840&orden=50866&info=link>
- Ollendick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry, 51*(1), 44–58. doi:10.1016/S0006-3223(01)01305-1
- Pedersen, A., Koelkebeck, K., Brandt, M., Wee, M., Kueppers, K. A., Kugel, H., ... Ohrmann, P. (2012). Theory of mind in patients with schizophrenia: is mentalizing delayed? *Schizophrenia Research, 137*(1-3), 224–229. doi:10.1016/j.schres.2012.02.022
- Plana, I., Lavoie, M.-A., Battaglia, M., & Achim, A. M. (2014). A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(2), 169–77. doi:10.1016/j.janxdis.2013.09.005
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and Brain Sciences, 4*, 515–526.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*(8), 741–756. doi:10.1016/S0005-7967(97)00022-3
- Rosenblau, G., Kliemann, D., Heekeren, H. R., & Dziobek, I. (2015). Approximating implicit and explicit mentalizing with two naturalistic video-based tasks in typical development and autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(4), 953–965. doi:10.1007/s10803-014-2249-9
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology, 60*, 141–171. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163642
- Russell, T. A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V., & Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research, 168*(3), 181–185. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.028
- Rutimann, D. D., & Meehan, K. B. (2012). Validity of a brief interview for assessing reflective function. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 60*(3), 577–589.

- Sadler, L. S., Slade, A., & Mayes, L. C. (2006). Minding the baby: a mentalization-based parenting program. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 271–288). West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. Retrieved from http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI_Assets/Reprints...EI Proper/EI1990 Emotional Intelligence.pdf
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In *Emotion, Disclosure and Health* (pp. 125–154). Washington DC: American Psychological Association.
- Sanz, J., Garcia-Vera, M. P., Espinosa, R., & Vazquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica Y Salud*, *16*(2), 121–142.
- Schneier, F. R., Blanco, C., Antia, S. X., & Liebowitz, M. R. (2002). The social anxiety spectrum. *The Psychiatric Clinics of North America*, *25*(4), 757–74. doi:10.1016/s0193-953x(02)00018-7
- Schwartz, C. E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*(8), 1008–1015. doi:10.1097/00004583-199908000-00017
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? the metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*, 238–261. doi:10.1002/cpp.362
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 101–121). West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Sharp, C., Croudace, T. J., & Goodyer, I. M. (2007). Biased mentalizing in children aged seven to 11: latent class confirmation of response styles to social scenarios and associations with psychopathology. *Social Development*, *16*(1), 181–202. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00378.x
- Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L., & Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits. *Journal of Personality Disorders*, *27*(1), 3–18. doi:10.1521/pedi.2013.27.1.3

- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50*(6), 563–573.e1. doi:10.1016/j.jaac.2011.01.017
- Sharp, C., Williams, L. L., Ha, C., Baumgardner, J., Michonski, J., Seals, R., Patel, A.B., Bleiberg, E. & Fonagy, P. (2009). The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bulletin of the Menninger Clinic, 73*(4), 311–338. doi:10.1521/bumc.2009.73.4.311
- Skarderud, F. (2007). Eating one’s words, part I: “concretised metaphors” and reflective function in anorexia nervosa - an interview study. *European Eating Disorders Review, 15*, 163–174. doi:10.1002/erv
- Soo-Jeong, H. (2014). Linking shyness and maternal parenting style during preschool years to cooperativeness in early adulthood: theory of mind as a mediator. *The Korean Journal of Human Development, 21*(1), 201–220.
- Stein, D. J., Ono, Y., Tajima, O., & Muller, J. E. (2004). The social anxiety disorders spectrum. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(suppl14), 27–33.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry, 58*(3), 251–256. doi:10.1001/archpsyc.58.3.251
- Stein, M. B., Tancer, M. E., Gelernter, C. S., Vittone, B. J., & Uhde, T. W. (1990). Major depression in patients with social phobia. *The American Journal of Psychiatry, 147*(5), 637–639.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behavior Research and Therapy, 38*(3), 273–283. doi:10.1016/S0005-7967(99)00043-1
- Suway, J. G., Degnan, K. A., Sussman, A. L., & Fox, N. A. (2011). The relations among theory of mind, behavioral inhibition, and peer interactions in early childhood. *Social Development, 21*(2), 331–342. doi:10.1111/j.1467-9507.2011.00634.x
- Taubner, S., White, L. O., Zimmermann, J., Fonagy, P., & Nolte, T. (2013). Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(6), 929–38. doi:10.1007/s10802-013-9736-x
- Tibi-Elhanany, Y., & Shamay-Tsoory, S. G. (2011). Social cognition in social anxiety: first evidence for increased empathic abilities. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 48*(2), 98–106.

- Uekermann, J., Channon, S., Lehmkämer, C., Abdel-Hamid, M., Vollmoeller, W., & Daum, I. (2008). Executive function, mentalizing and humor in major depression. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *14*(1), 55–62. doi:10.1017/S1355617708080016
- Voncken, M. J., Bögels, S. M., & de Vries, K. (2003). Interpretation and judgmental biases in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(12), 1481–1488. doi:10.1016/S0005-7967(03)00143-8
- Walker, S. (2005). Gender differences in the relationship between young children's peer-related social competence and individual differences in theory of mind. *The Journal of Genetic Psychology*, *166*(3), 297–312. doi:10.3200/GNTP.166.3.297-312
- Wang, Y., Wang, Y., Chen, S., Zhu, C., & Wang, K. (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: a componential view. *Psychiatry Research*, *161*(2), 153–161. doi:10.1016/j.psychres.2007.07.018
- Washburn, D. (2012). *Theory of mind decoding and reasoning abilities in depression, social phobia, and comorbid conditions*. Queen's University, Kingston, Canada.
- Washburn, D., Wilson, G., Roes, M., Rnic, K., & Harkness, K. L. (2016). Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, *37*, 71–77. doi:10.1016/j.janxdis.2015.11.004
- Wellman, H. M., Lane, J. D., Labounty, J., & Olson, S. L. (2011). Observant, nonaggressive temperament predicts theory-of-mind development. *Developmental Science*, *14*(2), 319–326. doi:10.1111/j.1467-7687.2010.00977.x
- White, S., Hill, E., Happé, F., & Frith, U. (2009). Revisiting the strange stories: revealing mentalizing impairments in autism. *Child Development*, *80*(4), 1097–1117. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01319.x
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Belief about belief: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, *13*(1), 103–128. doi:10.1016/0010-0277(83)90004-5
- Yagmurlu, B., Sanson, A., & Koymen, S. B. (2005). Effects of parenting and child temperament on the development of prosocial behavior: the mediating role of theory of mind. *Turk Psikoloji Dergisi*, *20*(55), 1–24.