



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

**Il Trattamento basato sulla Mentalizzazione nei casi di Disturbi dello Spettro Psicotico:
uno studio clinico**

Mentalization-Based Treatment in cases of Psychotic Spectrum Disorders: a clinical study

Relatrice:

Prof.ssa Silvia Salcuni

Correlatrice Esterna:

Dott.ssa Jee-Yun Cappelletti

Laureanda:
Maria Aurora Cirese

Matricola:
2055700

Anno Accademico 2023-2024

INDICE

Capitolo 1: Introduzione	5
Capitolo 2: Mentalizzazione e disturbo Psicotico	6
2.1 Origini e Struttura della Mentalizzazione	6
2.2 Psicosi e Mentalization-based Treatment (MBT)	17
Capitolo 3: Obiettivi e Ipotesi	24
3.1 Obiettivo	24
3.2 Procedura e Ipotesi	24
3.3 Campione.....	25
3.4 Strumenti	25
3.5 Analisi dei Dati.....	31
Capitolo 4: Analisi dei Dati e Discussione Dei Risultati	32
4.1 Svolgimento dell'analisi dei dati	32
4.2 Risultati	32
Capitolo 5: Conclusioni, Limiti, Sviluppi Futuri	43
5.1 Discussione Clinica dei Risultati.....	43
5.2 Limiti e direzioni future di ricerca.....	43
5.3 Conclusioni.....	44
Bibliografia	46

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE

Questo elaborato analizza l'efficacia del trattamento basato sulla mentalizzazione, proposto da Bateman e Fonagy (2016), su pazienti con diagnosi di Disturbi dello Spettro Psicotico, facendo riferimento anche alla letteratura di Debbané (2019). Per avvalorare questa tesi, è stato condotto uno studio clinico su nove pazienti con tale diagnosi, i quali hanno seguito sia una terapia di gruppo che una terapia individuale della durata di un anno, con il fine di intensificare la capacità mentalizzante. Ai pazienti sono stati somministrati gli stessi test all'inizio e alla fine del trattamento, atti ad indagare eventuali casi di abusi fisici e a valutare la capacità riflessiva, la qualità delle relazioni e la messa in atto delle strategie di coping. Contemporaneamente, i clinici che hanno aderito a questa ricerca hanno compilato una batteria di test per valutare l'evoluzione dei sintomi e del funzionamento generale, sociale e lavorativo di ciascun paziente.

Una volta raccolti tutti i dati, sono state calcolate le statistiche descrittive dei punteggi grezzi ottenuti, sia all'inizio che alla fine del trattamento, e sono stati svolti confronti non parametrici tra i risultati emersi nei due tempi, tramite statistica *Wilcoxon*.

Dai dati ottenuti, emergono un miglioramento generale e un maggiore equilibrio nella scala legata alla mentalizzazione affettiva, una diminuzione nella scala dell'incertezza relativa alla percezione degli stati mentali propri e altrui, un calo della percezione di attaccamento disfunzionale, un miglioramento nella percezione del sostegno sociale, in tutti i sintomi psichiatrici e nella piattezza emotiva, conferma di uno stato di minore carico sintomatico e migliore adattamento all'ambiente di vita. Non sono emersi cambiamenti significativi negli altri stili di coping e nel questionario relativo all'Outcome, avente lo scopo di autovalutazione, da parte dei pazienti, dei propri risultati in un contesto terapeutico (Lambert et al., 2004) e neanche nelle scale relative alla soddisfazione di vita e alla valutazione globale del funzionamento, compilate dai clinici.

In sintesi, considerando il quadro generale di questi dati, emerge che il trattamento basato sulla mentalizzazione può favorire anche i pazienti con Disturbo dello Spettro Psicotico, intensificando la consapevolezza di sé stessi, degli altri e dei relativi stati mentali, migliorando la capacità di elaborazione ed espressione delle emozioni, il funzionamento sociale, lavorativo e globale e diminuendo la sintomatologia tipica di questa categoria psicopatologica.

CAPITOLO 2: MENTALIZZAZIONE E DISTURBO PSICOTICO

2.1 Origini e Struttura della Mentalizzazione

Fin dall'inizio del secolo scorso la parola "mentalizzazione" ha creato un conflitto e un'influenza reciproca tra la letteratura francofona e quella anglofona (Debbané, 2019). In Francia viene attribuita l'origine di questo termine a Claparède (1873-1940), neurologo e psicologo svizzero, co-fondatore degli *Archives de psychologie* (Fine, 2005; Guignard 2001). A introdurre però il termine "mentalizzazione" nella psicoanalisi è stato lo psicosomatista e psicoanalista Pierre Marty, che definisce questa capacità in base ad una serie di alterazioni quantitative e qualitative delle rappresentazioni in soggetti affetti da malattie psicosomatiche (Debbané, 2019): basandosi sulla letteratura di Bouchard e Lecours, nella psicanalisi mentalizzare consiste in tutta quella serie di processi legati ad un quantum di eccitazione fisiologica, ovvero, la perturbazione generata da questa eccitazione può essere metabolizzata attraverso un'articolazione dinamica delle rappresentazioni mentali. Un difetto di mentalizzazione porterebbe effetti perturbatori dell'arousal fisiologico e potrebbe trovare nel sintomo psicosomatico una forma di risoluzione parziale. Invece, una buona mentalizzazione sarebbe una solida base per una progressiva elaborazione delle associazioni tra le diverse rappresentazioni mentali, il cui effetto sarebbe di sostenere la metabolizzazione delle eccitazioni endogene attraverso reti dinamiche e complesse originate dall'attività riflessiva (Debbané, 2019).

Per quanto riguarda la letteratura anglofona, invece, la parola "*mentalize*" sarebbe stata ufficializzata nel 1906, basandosi su una citazione dello psicologo americano, padre della psicologia dell'adolescenza, G. Stanley Hall, del 1885: "*la sola cosa che potrebbe nuocere al sostegno popolare del nostro sistema educativo sarebbe il sospetto che non coltivi nei bambini né la morale né la mentalizzazione*" (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Da queste parole si può dedurre come lo psicologo americano fosse già pioniere dell'idea secondo cui tener conto del mondo mentale non è innato: la capacità di mentalizzare si evolve durante lo sviluppo e dipende anche dal contesto socio-relazionale del bambino (Debbané, 2019).

Di una certa rilevanza in questo campo sono stati anche gli studi di Frith e Fonagy: entrambi cominciarono a strutturare un lavoro empirico sulla capacità di pensare agli stati mentali. Per quanto riguarda gli studi di Frith, sia nei suoi lavori sul paziente schizofrenico sia negli studi condotti dalla moglie sui disturbi dello spettro autistico, sbloccò l'utilizzo del termine *mentalizing* nel campo delle neuroscienze e delle scienze cognitive (Debbané, 2019). Hanno mostrato maggior interesse al processo cognitivo facendo riferimento alla Teoria della Mente, la quale permette all'individuo di

attribuire all'altro stati mentali diversi dai propri. Ciò pone l'attenzione, quindi, su un altro concetto importante per la mentalizzazione, ovvero l'esistenza nell'altro di un registro mentale, nel quale si ritroverebbero dei contenuti che permettono di comprendere al meglio determinati comportamenti.

Intanto Fonagy cominciò i suoi studi concentrandosi sulla concettualizzazione della mentalizzazione a partire dalle ricerche sull'attaccamento sicuro nel bambino (Fonagy, Steele & Steele, 1991). Condusse degli studi insieme alla collega Mary Target, in cui venne affrontata la psicopatologia della personalità dal punto di vista evolutivo. In questo lavoro utilizzarono metodologie derivate dalla teoria dell'attaccamento, dalla psicologia evolutiva, dalle prospettive interpersonali e intersoggettive della psicologia dinamica e della psicanalisi e, più recentemente, dalle neuroscienze cognitive e affettive (Fonagy & Target, 1996, 2000, 2007; Target & Fonagy, 1996; Fonagy et al., 2009, 2010).

Da questo possiamo dedurre che la prospettiva su cui si basano i trattamenti MBT sia piuttosto integrativa, poiché propone un insieme dinamico di elementi di diversi punti di vista epistemologici, creando un nuovo modello di sviluppo della psicopatologia con conseguente metodo di trattamento. Il trattamento basato sulla mentalizzazione è nato negli anni Novanta, inizialmente destinato ai pazienti con il Disturbo Borderline di Personalità in un contesto di ospedalizzazione parziale e solo in tempi successivi, dopo determinate evoluzioni, è diventato applicabile anche ad altri contesti clinici, tra cui il Disturbo Antisociale di Personalità (Bateman & Fonagy, 2019).

Nello specifico, mentalizzare consiste in tutti quei processi cognitivi messi in atto dall'individuo per comprendere le azioni proprie e altrui, attraverso pensieri, sentimenti, speranze e desideri; questa capacità giova alle interazioni sociali e alla creazione di un senso di Sé stabile. Da ciò si può dedurre che parallelamente allo sviluppo di questa capacità, dovrebbero essere presenti altre abilità differenti, quali la differenziazione psicologica tra sé e l'altro e la percezione del proprio comportamento sotto la guida coerente dagli stati mentali (Bateman & Fonagy, 2019). Ovviamente, la mentalizzazione non è un processo stabile, cambia a seconda del soggetto: la maggior parte degli individui fatica a mentalizzare quando prova emozioni forti come stress, ansia o paura. Sottolineando che questo processo di rappresentazione mentale è per lo più preconsciouso, questa eterogeneità è dovuta al fatto che la storia personale e le capacità immaginative di ogni singolo soggetto possono spingerlo ad interpretare in modi diversi gli stati mentali altrui. Riassumendo, si definisce rappresentazionale poiché consiste nell'immaginare quello che gli altri stanno pensando o provando (Bateman & Fonagy, 2019). Fondamentale in questo percorso cognitivo è anche l'utilizzo della mentalizzazione per comprendere le proprie esperienze, specialmente quando ci si trova in contesti emotivamente intensi che portano l'individuo a reagire irrazionalmente. Bateman e Fonagy definiscono questa capacità mentale come *“vedere sé stessi dall'esterno e gli altri dall'interno”*.

Attivando il punto di vista del clinico, si può dire che la mentalizzazione si basi sulla *mind centeredness*, ovvero il riuscire ad avere chiaro ciò che vede il paziente, quindi avere a mente la sua mente: percepire sé stessi e gli altri come individui attivi guidati da stati mentali significativi, permette di sviluppare una certa coerenza psicologica rispetto sia a sé che agli altri (Bateman & Fonagy, 2019). La base teorica su cui si basa questo modello costruito sulla mentalizzazione destinato ai trattamenti dei disturbi di personalità Borderline e Antisociale, abbraccia la prospettiva evolutiva. Infatti, inizialmente, è stato condotto uno studio empirico che dimostrò che l'attaccamento sicuro dei bambini dipendesse non solo dalla sicurezza genitoriale mostrata durante la gravidanza, ma anche dalla capacità dei genitori di comprendere le proprie relazioni attraverso la mentalizzazione (Fonagy, Steele, & Steele, 1991). Questo studio ha dato il via ad una serie di ricerche atte a dimostrare che la mentalizzazione, la quale emerge nei primi contesti relazionali di attaccamento, può avere un peso determinante sull'organizzazione del sé e sulla regolazione emotiva: la comprensione degli altri dipende da quanto adeguatamente sono stati compresi gli stati mentali dell'individuo dalle figure di caregiving (Bateman, & Fonagy, 2019). Di particolare interesse in questo contesto è il ruolo del "rispecchiamento marcato" delle reazioni emotive del piccolo paziente da parte di un adulto capace di rappresentarsi lo stato mentale del bambino riuscendo, inoltre, a comunicare la comprensione e la sensazione di poter affrontare l'affetto del bambino, non solo rimandarlo indietro (Gergely, & Watson, 1996).

Alla base di una mentalizzazione fallimentare vi sono, quindi, anche i problemi di regolazione emotiva, quelli della sfera dei processi attentivi e le difficoltà relative ai meccanismi di autocontrollo che originano a partire dalle relazioni primarie di attaccamento. Sotto quest'ottica, si può affermare che i disturbi mentali emergano nel momento in cui la mente non riesce ad interpretare adeguatamente la sua stessa esperienza, connessa a sé e agli altri, fino al punto di creare un'intera rappresentazione dell'altro sulla base esclusiva dell'esperienza di sé stessi (Bateman, & Fonagy, 2010).

Determinate evidenze permettono di ritenere la capacità di mentalizzazione una caratteristica innata che emerge precocemente nell'individuo, ma la modalità attraverso la quale si esprime il potenziale per tale capacità sembrerebbe più sensibile alle influenze derivanti dall'ambiente circostante, piuttosto che dal fattore genetico (Hughes et al., 2005). Perciò, tale affermazione rende la qualità degli ambienti relativi all'apprendimento sociale, alle relazioni familiari e, più nello specifico, alle risposte di attaccamento che l'individuo sperimenta, fattori causanti di importante rilievo per lo sviluppo della mentalizzazione, poiché tutti questi elementi riflettono la misura in cui le esperienze soggettive sono state adeguatamente rispecchiate dal caregiver (Bateman, & Fonagy, 2019). Più l'adulto di riferimento è capace di rispondere alle richieste affettive del bambino, più le

rappresentazioni che quest'ultimo andrà a sviluppare saranno coerenti e funzionali (O'Brien, Slaughter, & Peterson, 2011).

La qualità del rispecchiamento da parte del caregiver, quindi, è fondamentale per lo sviluppo delle capacità di regolazione affettiva e autocontrollo del bambino e, di conseguenza, della mentalizzazione. Alle figure genitoriali è richiesto di comunicare ai figli gli stati mentali e come rappresentarli. Nel momento in cui il bambino acquisisce questa capacità, diventando “mentalizzatore esperto”, la conoscenza dei processi di mentalizzazione verrà tramandata alla generazione successiva. Detto ciò, si può affermare che la mentalizzazione sia un processo sociale transazionale e intergenerazionale (Fonagy, & Target, 1997a). L'esperienza attiva altrui della mentalizzazione viene interiorizzata dall'individuo, permettendo di conoscere meglio sé stesso e di conseguenza anche gli altri e di migliorare i processi interattivi; nel caso contrario, invece, in cui l'individuo è sempre stato esposto a contesti relazionali fondati su bassi livelli di mentalizzazione, lo sviluppo di tale capacità sarà svantaggiato. L'ambiente emotivo e linguistico che il genitore struttura attorno al bambino ha il compito di trasmettere al piccolo individuo i concetti degli stati mentali, ovvero, per esempio, che cosa significhi “pensare”, come ci si sente a “sentire” qualcosa, etc. All'interno di questo ambiente i genitori rappresentano questi concetti e trasmettono tutti quei processi che hanno azionato per avviare la rappresentazione. Questo vuol dire che la qualità della relazione genitore-bambino influenzerà tutte le informazioni e i processi che il bambino acquisirà e metterà in atto riguardo agli stati mentali. Da questo poi potranno emergere diversi tratti comportamentali osservabili (Bateman, & Fonagy, 2019). Analizzando la mentalizzazione da un punto di vista psicodinamico, è importante sottolineare alcuni principi di base che la caratterizzano (Debbané, 2019):

- L'articolazione e l'integrazione tra funzioni cognitive e affettive, le quali operano sulla realtà psichica o percettiva a proposito di Sé o degli altri (Badoud et al., 2016);
- La natura perennemente mutevole del mondo mentale, valutabile solo tramite inferenza;
- La dimensione temporale, in cui si svolge l'attività di mentalizzazione, la quale si costruisce, decostruisce e ricostruisce;
- Dall'interdipendenza tra le proprietà del tratto, lo stato della mentalizzazione e il suo livello di sviluppo.

Mentalizzare consiste in un processo di “tendere verso” una comprensione di ciò che non emerge esplicitamente, pur sapendo che la mente non potrà mai essere del tutto spiegata (Debbané 2019). Si tratta di un paradosso: l'individuo cerca di capire al meglio senza però poter venire a conoscenza di tutto. Questo è il meccanismo strutturato sull'approccio psicodinamico del trattamento basato sulla mentalizzazione.

Dopo molteplici studi di neuro-imaging condotti con lo scopo di ricercare i sistemi funzionali alla base della mentalizzazione, si è potuto dedurre che le dimensioni che compongono questa capacità sono quattro (Lieberman, 2007) e sono riportate ciascuna sottoforma di un continuum a due polarità, al cui centro si integrerebbero le funzioni di ciascuna polarità (Debbané, 2019). Le conclusioni degli studi di neuro-imaging funzionale hanno evidenziato l'intervento di tre sistemi neurali, i quali fungono da substrati cerebrali delle dimensioni della mentalizzazione:

1. Il sistema limbico (amigdala, talamo, ipotalamo, *globus pallidus*, sostanza grigia periacqueduttale);
2. Il sistema dei neuroni a specchio (regioni frontali, parietali laterali, regioni mediane e insula);
3. Il sistema di *mentalizing*, denominato così da un punto di vista cognitivo sulla base della Teoria della Mente, che comprende alcune regioni frontali (corteccia prefrontale dorso-mediale, corteccia prefrontale ventro-mediale, giunzione temporo-parietale e corteccia cingolata posteriore).

Questi tre sistemi neuronali permettono di rappresentare le integrazioni e dissociazioni funzionali, monitorando il livello della capacità di mentalizzazione dell'individuo.

Le dimensioni della *social cognition* sopracitate sono fondamentali poiché l'individuo, per poter definire adeguata ed efficace la sua capacità di mentalizzazione, deve mantenere un certo equilibrio tra di esse e saperle applicare in modo appropriato rispetto al contesto in cui si trova.

Dimensione Automatica (implicita)-Controllata (esplicita)

Questa dimensione è considerata da Bateman e Fonagy come la dimensione fondamentale: da un lato vi è la mentalizzazione controllata, la quale raggruppa processi lenti, tipicamente verbali, consapevoli e riflessivi, dall'altro, in contrapposizione, la mentalizzazione automatica comprende una serie di meccanismi più rapidi e inconsci. Entrambi questi sistemi sono specializzati nell'interpretazione degli stati mentali (Apperly, 2011). La maggior parte dei processi di mentalizzazione avviene a livello inconscio e ciò consente di favorire lo scambio relazionale interpersonale poiché permette sia un aggiustamento sociale rapido, riprendendo le parole di Bateman e Fonagy, sia una possibile anticipazione dello stato mentale altrui. La mentalizzazione automatica utilizza poco le funzioni che richiedono uno sforzo, un'attenzione selettiva o un'intenzionalità costante (Vritka & Vuilleumier, 2012).

Lieberman e collaboratori, nel 2007, hanno condotto molteplici studi con il focus sulle reti funzionali del cervello adibite ai processi automatici e su quelle che favoriscono invece i processi controllati. La rete di attivazione dei primi comprende l'amigdala, i gangli di base, la corteccia prefrontale mediale,

la corteccia cingolata anteriore (dorsale) e la corteccia temporale laterale; mentre i secondi coinvolgono aree come la corteccia prefrontale laterale e mediana-anteriore, la corteccia parietale, il lobo temporale mediano e la corteccia cingolata anteriore (rostrale). Da una prima analisi, parrebbe che i processi automatici impegnino le aree più primitive del cervello, al contrario, i processi controllati coinvolgono aree più complesse e di più recente sviluppo (Fonagy & Bateman, 2011). Detto questo, si può dedurre che le aree prese in considerazione per i processi automatici, siano anche quelle correlate maggiormente ad un'attivazione emotiva, più nello specifico si parla di aree limbiche. La mentalizzazione controllata aiuta a gestire, attraverso le interazioni, situazioni dove è richiesta una compensazione del carico emotivo e permette, inoltre, di spiegare e predire un determinato comportamento, rivestendo un ruolo significativo nella regolazione sociale (McGeer, 2007). L'equilibrio tra le due sfere è fondamentale nelle dinamiche relazionali perché permette di avvicinarsi all'altro senza però invadere eccessivamente i suoi spazi.

Quando il polo emotivo aumenta esponenzialmente l'intensità, può diventare un ostacolo, se non addirittura una causa di inibizione della mentalizzazione controllata. Per questo motivo, nell'ambito terapeutico, è bene che il clinico si concentri costantemente sull'attivazione emotiva del paziente così da orientare la sincronizzazione degli interventi (Debbané, 2019). Garantendo costantemente questo meccanismo, si dà la possibilità al paziente di strutturare adeguatamente una rappresentazione della sua esperienza.

Per quanto riguarda la correlazione con gli stili di attaccamento, si può affermare che nel contesto di un attaccamento sicuro, le dinamiche si sviluppano in maniera così fluida e naturale, da non esserci il bisogno di attivazione dei processi controllati, i quali potrebbero addirittura intralciare tali dinamiche relazionali e creare uno scenario ipermentalizzante, rendendo le interazioni fonti di disagio (Bateman, Fonagy, 2019).

Dimensione Sé-Altro

Questa dimensione consiste nella capacità di mentalizzare il proprio stato e le proprie esperienze fisiche, o lo stato degli altri. Anche in questo caso si possono distinguere due sistemi neuronali differenti. Il primo è caratterizzato dall'azione della rete dei neuroni a specchio e dalla conseguente simulazione automatica, fenomeno che permette ad ogni individuo di comprendere l'azione dell'altro tramite l'emulazione. Si tratta di un sistema basato sulla rappresentazione condivisa, in cui ha un ruolo importante il meccanismo empatico attraverso cui l'individuo si rappresenta gli stati mentali altrui. Bateman e Fonagy lo definiscono "riconoscimento viscerale", fenomeno che si attiva nel momento in cui, tramite l'osservazione, si fa esperienza degli stati mentali degli altri, il tutto

accompagnato anche dai meccanismi di stimolazione motoria alla base della simulazione (Bateman, & Fonagy, 2019). La base biologica di questo processo di imitazione automatica, impegnata nell'azione di riconoscimento dell'intenzione altrui, dipende dai neuroni a specchio (Gallese, & Goldman, 1998). Il sistema a specchio in questione dipende a sua volta dall'attivazione di una rete fronto-parietale (Lieberman, 2007), che coinvolge aree come la corteccia premotoria, i solchi intraparietali e i solchi postero-superiori a livello temporale (Van Overwalle & Baetens, 2009). Questa rete impegna anche il giro cingolato e l'insula, in correlazione con l'empatia affettiva (Happé & Frith, 2014) e riveste un ruolo attivo significativo anche nei processi incarnati del riconoscimento di sé (Rizzolatti & Craighero, 2004). La rete fronto-parietale in questione, inoltre, permette la condivisione automatica e diretta di azioni, emozioni e sensazioni altrui attraverso la semplice osservazione: i processi di contagio emotivo sono un esempio perfetto per spiegare quest'ultimo fenomeno (Platek, Mohamed, & Gallup, 2005). Gli studi condotti da Gallese e collaboratori sono ulteriori evidenze della costante attività svolta da questo sistema, la quale è fondamentale per la comprensione incarnata dell'altro (Gallese, Sinigaglia 2014).

Il secondo sistema protagonista di questa dimensione, il sistema di *mentalizing*, relativo all'attribuzione degli stati mentali, basato su meccanismi più astratti e più simbolici, è il sistema che coinvolge la corteccia prefrontale mediale e le giunzioni temporo-parietali, aree adibite principalmente al trattamento dell'informazione astratta e simbolica riguardo gli stati mentali propri e altrui (Debbané, 2019). Questo sistema, quindi, è importante perché permette all'individuo di acquisire le informazioni utili per distinguersi dall'altro.

Tali sistemi potrebbero inibirsi a vicenda (Brass, Ruby, & Spengler, 2009), poiché le regioni neurali attivate per inibire il comportamento imitativo sono quelle coinvolte nelle attribuzioni esplicite di stati mentali.

Per quanto concerne lo sviluppo, il sistema dei neuroni a specchio matura prima rispetto a quello della mentalizzazione, il quale dipende dallo sviluppo cognitivo del bambino; perciò, viene da sé che per maturare necessita di abilità acquisibili nelle fasi di sviluppo successive (Happé et al., 2014).

Nei contesti psicopatologici, disfunzioni legate a questa dimensione comportano disconoscimento dei propri stati mentali e/o di quelli altrui e difficoltà importanti riguardo il senso di identità. Si tratta di difficoltà tipiche dei "Disturbi del Sé" (Parnas, & Jansson, 2015), come anche dei disturbi psicotici, del Disturbo Borderline di Personalità e tipiche anche nei disturbi narcisistici, antisociali e nei disturbi dell'alimentazione (Debbané, 2019).

Detto ciò, non c'è sempre un'assoluta correlazione tra una scarsa capacità di mentalizzare sulle proprie esperienze e una scarsa capacità di mentalizzare sugli stati mentali altrui, in alcuni casi potrebbe prevalere una polarità rispetto all'altra. Un esempio riportato sul manuale da Bateman e

Fonagy è proprio quello riguardo gli individui con disturbo antisociale di personalità, i quali spesso manifestano un'adeguata mentalizzazione degli stati altrui, mancando però nella comprensione del proprio mondo interno (Bateman, Fonagy, 2019).

Dimensione Interno-Esterno

Questa dimensione si basa sul contenuto da comprendere attraverso la mentalizzazione di un evento. Si possono distinguere i contenuti derivati direttamente dall'attività immaginativa (pensieri, emozioni, intenzioni) dai contenuti prodotti in modo più diretto dai processi percettivi come le azioni e gli effetti di esse sul mondo concreto (Debbané, 2019). Nello scenario clinico, lo psicoterapeuta dovrebbe individuare l'elemento che ha dato il via alla mentalizzazione del paziente: in genere, si parla o di un fattore orientato verso contenuti interni (psichici) o di fattori che portano informazioni esterne e quindi percepibili.

Questa dimensione non riguarda solo il concentrarsi sulle manifestazioni esterne rispetto agli stati mentali interni degli altri, ma si applica anche all'individuo stesso, comprendendo il pensiero sia verso di sé che verso i propri stati interni ed esterni. Dal punto di vista della diagnosi clinica, la distinzione tra interno ed esterno è particolarmente rilevante poiché ci aiuta a capire perché alcune persone possano avere difficoltà nel comprendere i pensieri degli altri, pur essendo sensibili alle loro espressioni facciali o postura corporea, creando così l'impressione di essere bravi a leggere gli stati mentali altrui (Debbané, 2019). Chi ha poco accesso e molta incertezza riguardo alla propria esperienza soggettiva potrebbe arrivare a conclusioni sui propri sentimenti osservando il proprio comportamento e le reazioni degli altri ad esso. Concentrarsi sull'esterno può rendere una persona estremamente sensibile all'osservazione dei comportamenti esterni degli altri. Tuttavia, un focus esclusivo sugli indicatori esterni, senza una riflessione approfondita sui processi mentali interni, può rendere l'individuo particolarmente vulnerabile in contesti sociali, generando il tipo di ipersensibilità interpersonale descritto da Gunderson e Lyons-Ruth nel 2008. Nei trattamenti MBT, gli interventi spesso iniziano con la valutazione delle interpretazioni che il paziente fa delle persone basandosi su segnali esterni, per poi considerare alternative sui possibili stati mentali sottostanti, incoraggiando così il paziente a riflettere sulle sottili sfumature e sulla complessità dei mondi interiori delle persone. Anche in questo caso sono stati condotti molteplici studi di neuro-imaging, dai quali è emersa la presenza di una rete fronto-parietale mediale nel trattamento di informazioni interne e la presenza di una rete fronto-temporo-parietale laterale, associata alla lavorazione delle informazioni esterne (Satpute, Lieberman, 2006). Tale distinzione in questa dimensione la troviamo associata anche alle aree che si attivano per ingranare i processi di ragionamenti focalizzati sul "perché" (corteccia

mediale) e alle aree che invece sono coinvolte nei ragionamenti, i quali pongono la loro attenzione sulle modalità in cui avviene ciò che bisogna comprendere (corteccia laterale) (Gilead, Liberman, & Maril, 2014).

Nel caso degli individui a cui è possibile diagnosticare il Disturbo Antisociale di Personalità, si può notare come essi mostrino delle evidenti difficoltà a decodificare le emozioni altrui affidandosi alle informazioni percettive che captano sui volti degli altri (Blair, 2010; Blair & Coles, 2000), ma, contemporaneamente, potrebbero far emergere un'acuta sensibilità nei confronti degli stati interiori altrui, capacità molto utile per poter poi manipolare l'altro (Bateman et al., 2012).

Un processo di mentalizzazione che si concentra sulle caratteristiche interne è il risultato di uno sviluppo che ha origine nella relazione di attaccamento primaria. Diversi studi hanno evidenziato che, quando il caregiver interagisce con il bambino, esponendo i suoi stati interni, vi è una maggiore probabilità di sviluppare un interesse per i processi mentali, suggerendo la presenza di ulteriori capacità mentalizzanti (Meins et al., 2003). Grazie alle interazioni sensibili, coerenti e sistematiche in cui i caregiver presentano al bambino gli stati mentali dietro i comportamenti, quest'ultimo riesce a comprendere la relazione tra il suo stato interno e le manifestazioni comportamentali. Questo allenamento precoce nel considerare gli stati interni come parte integrante dei comportamenti, insieme all'esperienza di essere trattati come individui il cui comportamento è influenzato da stati mentali riconoscibili, è fondamentale nello sviluppo della mentalizzazione (Debbané, 2019).

Dimensione Cognitivo-Affettiva

Bateman e Fonagy differenziano la mentalizzazione cognitiva, la quale consiste nella capacità di nominare, riconoscere e ragionare sugli stati mentali, dalla mentalizzazione affettiva, la quale, invece, coinvolge tutti quei processi di comprensione dei sentimenti relativi a questi stati, utile per esperire un'autentica e genuina empatia. "Sentire ciò che si comprende", ecco come Martin Debbané (2019, pag.18) definisce l'integrazione delle polarità cognitiva e affettiva. Tale esperienza permette al paziente un'apertura verso una nuova prospettiva attraverso cui vedere il mondo circostante. Perciò, il grado e la modalità in cui avviene questa integrazione permettono di valutare adeguatamente la capacità di mentalizzazione. Queste due polarità sono sottese da due sistemi cerebrali parzialmente distinti (Shamay-Tsoory & Aharon-Peretz, 2007; Shamay-Tsoory, Shur, Harari & Levkovitz, 2007). Tali sistemi neuronali sono connessi all'attività di *mentalizing* - per quanto riguarda la polarità cognitiva- la quale raggruppa aree adibite all'attribuzione di stati mentali (corteccia prefrontale mediale superiore, solco temporale superiore e polo temporale), e all'attività empatica - per quanto

riguarda la polarità affettiva- che sostiene fenomeni relativi al contagio emotivo (corteccia cingolata mediale, insula anteriore).

Questa dicotomia potrebbe trovare appoggio nella teoria proposta da Simon Baron-Cohen e collaborati nel 2001, i quali dividono le rappresentazioni che fanno riferimento alla dimensione mentale (M) e le rappresentazioni che si basano sull'esperienza empatica (E). Le prime sono costruite sulla base di convinzioni o desideri attribuiti ad un individuo (Agente, Atteggiamento, Proposizione), le altre, invece, coinvolgono il soggetto diretto nella sua esperienza emotiva a contatto con un oggetto (Sé, Stato affettivo, Proposizione) (Debbané 2019). Secondo la teoria sopracitata, le rappresentazioni E sono più vincolate all'altro, poiché subentra il concetto di contagio emotivo.

Tuttavia, in scenari più psicopatologici, si possono manifestare delle incongruenze in questo ambito: ciò potrebbe essere un'evidenza di uno sviluppo atipico del sistema empatico (Bateman, Fonagy, Luyten, 2012). Quando avvengono queste manifestazioni disfunzionali, si parla di dissociazione tra polarità cognitiva e polarità affettiva, o comunque una rilevante difficoltà nel processo di integrazione che le vede protagoniste. Vi sono diversi meccanismi in grado di ostacolare l'adeguata capacità di mentalizzazione: un'inibizione eccessiva del polo cognitivo, una disattivazione di uno dei due poli, oppure un deficit che interessa sia i processi cognitivi che affettivi. Il risultato di questi meccanismi sarà una mentalizzazione instabile, polarizzata e più orientata verso una pseudomentalizzazione (Debbané, 2019). Una mentalizzazione esageratamente polarizzata verso la sfera affettiva spingerà il soggetto ad attribuire all'altro le proprie stesse emozioni e questo ostacolerà le dinamiche relazionali interpersonali. Questa proiezione emotiva porterà ad una deriva rispetto all'esperienza altrui, impedendo, inoltre, l'emergere di uno stato empatico autentico nei confronti dell'altro, del quale non verranno, di conseguenza, riconosciute le emozioni (Debbané, 2019). Al contrario, invece, nel caso di una mentalizzazione eccessivamente polarizzate verso la sfera cognitiva, potrebbe causare un vasto numero di inferenze, evitando anche il contatto con l'esperienza emotiva. Bateman definisce questo fenomeno come ipermentalizzazione (Bateman et al., 2012). In sintesi, la funzione di integrazione, attraverso cui la dimensione cognitiva e la dimensione affettiva devono essere collegate per favorire la regolazione emotiva, è fondamentale per una mentalizzazione funzionale.

Riassumendo, il processo di mentalizzazione coinvolge diverse dimensioni. Le persone con disturbi della personalità possono avere difficoltà nella mentalizzazione, specialmente durante situazioni stressanti, quando la modalità automatica e non riflessiva della capacità mentalizzante prevale su quella controllata. Questo può rendere difficile comprendere il punto di vista degli altri e portare a ipotesi affrettate. L'esposizione precoce a stress o traumi potrebbe influenzare la propensione verso questa modalità di pensiero, con anche una possibile influenza genetica (Bateman, & Fonagy, 2019). Altri elementi di cui tenere conto quando viene a mancare la capacità di mentalizzazione, sono le tre

modalità non-mentalizzanti, definite così da Bateman e Fonagy (2019): la “modalità dell’equivalenza psichica”, la “modalità teleologica” e la “pseudomentalizzazione”. Si tratta di quelle modalità di pensiero che presentano dei parallelismi con le linee guida comportamentali che i bambini piccoli seguono prima di aver sviluppato qualsiasi capacità mentalizzante. Questi elementi specifici tendono a riemergere quando l’individuo perde la capacità di mentalizzare.

Modalità dell’Equivalenza Psichica

In questa modalità i pensieri e i sentimenti diventano troppo reali, rendendo impossibile per l’individuo percepire le prospettive altrui. Questo fenomeno viene definito dai clinici come concretezza di pensiero, situazione in cui il paziente è convinto che la sua prospettiva sia l’unica possibile. Questa modalità può portare il soggetto a provare un forte terrore, con annessi senso di dramma e rischio alla base delle esperienze di vita (Bateman, & Fonagy, 2019). La chiarezza di queste esperienze, dal punto di vista del paziente, potrebbero essere definite sintomi più o meno psicotici e possono caratterizzare anche una situazione in cui è presente un Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD).

Modalità Teleologica

In questa modalità gli stati mentali sono riconosciuti solo nel caso in cui le conseguenze degli stessi si mostrano sul piano fisico. Questo vuol dire che l’azione del riconoscimento è limitato alle situazioni veramente concrete. Un paziente che arriva ad esperire tale modalità potrebbe farlo attraverso l’acting out, avviando una serie di processi comportamentali inappropriati per ottenere nell’altro determinate reazioni, il quale porta delle affermazioni rispetto agli stati soggettivi non credibili (Bateman, & Fonagy, 2019). Gli individui che arrivano a questa modalità in genere sono coloro orientati maggiormente verso il polo esterno all’interno della dimensione interno-esterno della mentalizzazione: sono gravemente focalizzati sulla comprensione di come gli altri e loro stessi si comportano e delle loro intenzioni, basandosi sulle loro movenze.

Pseudomentalizzazione (modalità del “far finta”)

I pensieri e i sentimenti in questa modalità sono nettamente distaccati dalla realtà. Estremizzato, questo concetto potrebbe essere associato a sentimenti di derealizzazione e dissociazione (Bateman, & Fonagy, 2019). I pazienti in questa modalità tenderebbero a raccontare le proprie esperienze senza

però contestualizzarle, come se stessero creando un mondo parallelo, fittizio. Le azioni dei pazienti in questi casi potrebbero essere orientate all'ipermentalizzazione o pseudomentalizzazione, fenomeni per cui gli individui possono condividere molto rispetto ai propri stati mentali, ma niente di significativo o di connesso con la realtà. Per distinguerlo dalla mentalizzazione funzionale, serve tenere a mente che la modalità del "far finta" comprende narrazioni molto lunghe, prive di stato affettivo o di legami con la realtà. Il problema dell'ipermentalizzazione è proprio che con questi pazienti sembra di interagire con individui estremamente capaci di mentalizzare, salvo poi che, successivamente, si mostrano scarsi nel ragionamento emotivo alla base delle abilità mentalizzanti (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Queste tre modalità pre-mentalizzanti sono fondamentali da individuare nei pazienti poiché spesso sono associate ad un emergere degli aspetti non-mentalizzanti del sé, definiti come "parti aliene del sé". Questo può manifestarsi tramite tentativi di dominare la mente degli altri, autolesionismo o altri comportamenti mirati a calmare la tensione e l'eccitazione nella modalità teleologica (Fonagy, Target, 2000).

Un ulteriore concetto fondamentale per comprendere al meglio la mentalizzazione è quello del Sé Alieno. Winnicott (1956) affermava che nel caso in cui un bambino non fosse in grado di rappresentare la propria esperienza, quindi il sé psicologico, attraverso il meccanismo di rispecchiamento genitoriale, tenderebbe a interiorizzare l'immagine delle figure primarie di attaccamento come una parte di tale rappresentazione del sé. Sebbene ciò possa essere utile a rafforzare il sé infantile, non è altrettanto vantaggioso per lo stato del sé, poiché esso non viene rispecchiato e non vengono espresse le caratteristiche. Questa discontinuità del sé è definita come Sé Alieno (Bateman, & Fonagy, 2019).

Quando la capacità di mentalizzazione fallisce, emerge questa discontinuità nella struttura del sé. Per ritrovare un senso di coerenza del senso di sé si potrebbero attribuire gli aspetti alienati, quindi quelli indesiderati del sé, all'altra persona, attraverso determinate dinamiche relazionali. A questo punto, però, le relazioni diventano disfunzionali e scomode, e l'altro si trova costretto a ricoprire i ruoli conseguenti dell'espressione di queste parti alienate del sé. Quando un individuo sperimenta un tale bisogno dell'altro come tramite per il proprio Sé Alieno, rischia di essere travolto emotivamente, vivendo la situazione come una questione di sopravvivenza e convivendo con la minaccia di sviluppare una dipendenza interpersonale (Bateman, Fonagy, 2019).

2.2 Psicosi e Mentalization-based Treatment (MBT)

Secondo la definizione del DSM-5-TR (APA, 2016) i disturbi psicotici comprendono anche schizofrenia e disturbo schizotipico di personalità. Sempre riprendendo le definizioni del manuale

diagnostico citato, si tratta di disturbi caratterizzati dalla presenza di anomalie psicopatologiche in uno o più dei cinque seguenti ambiti:

1. Deliri, ovvero tutte quelle convinzioni intensamente sostenute che, sempre secondo il DSM-5-TR, non possono essere sottoposte in nessun modo ad alcuna modifica. I contenuti dei deliri possono diversificarsi negli ambiti, ma i più comuni sono i deliri di persecuzione, quelli di riferimento, i deliri somatici, i deliri religiosi e i deliri di grandezza.
2. Allucinazioni, le quali consistono in esperienze simil-percettive che avvengono senza un effettivo stimolo esterno. Sono vivide, involontarie e sono caratterizzate dallo stesso impatto delle esperienze reali. Anche le allucinazioni possono presentarsi in diverse modalità, ma la modalità più frequentemente associata ai casi di schizofrenia è la modalità uditiva. Per essere definite come allucinazioni devono avvenire nel contesto di un sensorio integro, spiega il DSM-5-TR, quelle che si verificano durante il risveglio o l'addormentamento sono categorizzabili come esperienze normali reali.
3. Pensiero Disorganizzato, in genere dipendente dall'eloquio dell'individuo. Le caratteristiche che lo costituiscono devono avere un livello di gravità tale da compromettere la comunicazione rendendola inefficace.
4. Comportamento motorio grossolanamente disorganizzato, il quale si può manifestare in diversi modi, dalla "stolidità" infantile all'agitazione imprevedibile e che, di conseguenza, ostacolerà le attività quotidiane.
5. Sintomi Negativi, come per esempio la diminuzione dell'espressione delle emozioni e abulia, tipiche della schizofrenia. Mentre la diminuzione dell'espressione delle emozioni comprende, per esempio, la riduzione delle espressioni facciali, del contatto visivo, dell'intonazione dell'eloquio e dei movimenti delle mani, della testa e del volto, tutti fattori che avvantaggiano l'enfasi emozionale, l'abulia consiste, invece, nella diminuzione delle attività finalizzate, volontarie e spontanee, sempre riprendendo le definizioni del DSM-5-TR. Altri sintomi negativi sono l'alogia (riduzione della produzione verbale), l'anedonia (diminuzione della capacità di provare piacere) e l'asocialità (assenza di interesse nelle interazioni sociali).

Recentemente è stato istituito da Howes e Murray (2014) un modello riguardo la patogenesi della psicosi che individua come possibili cause del disturbo determinate variazioni genetiche, complicazioni pre e perinatali, situazioni significativamente stressanti, casi di neuro-infiammazione, oppure una mancata regolazione nell'attività cerebrale all'interno dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Weijers et al., 2020). Inoltre, si sostiene che i processi di attribuzione errata, in veste di bias cognitivi, siano ulteriori elementi costitutivi dell'eziologia della psicosi, come, per esempio, le allucinazioni tipiche dei pazienti affetti da questo disturbo (Aleman & Larøi 2008). Infine, è importante tenere

conto della sensibilizzazione del sistema dopaminergico mesolimbico, alla base delle difficoltà nello sviluppo sociale, altro elemento fondamentale per la diagnosi dei Disturbi Psicotici Non Affettivi (Selten et al. 2013). Nonostante emerga un ruolo significativo dei diversi sistemi biologici, cognitivi e correlati al neurosviluppo dell'individuo, per quanto concerne i sintomi positivi come deliri o allucinazioni, i Disturbi Psicotici Non Affettivi (es. schizofrenia, disturbo psicotico breve o disturbo schizoaffettivo) coinvolgono anche sintomi negativi, come la mancanza di iniziativa, l'espressione affettiva drasticamente diminuita, se non totalmente appiattita, e la disfunzione sociale (Green et al. 2019).

Se i sintomi positivi sono trattabili con farmaci antipsicotici, non è altrettanto possibile la farmacoterapia per far fronte alla disfunzione sociale (Pinkham et al. 2003), e questo crea spesso una separazione netta tra la gravità dei sintomi e la disfunzione nei pazienti affetti da disturbo psicotico cronico (Birchwood et al. 2013). Tuttavia, un recente studio condotto da Leonhardt e collaboratori nel 2017, ha dimostrato che il recupero funzionale è possibile, con una percentuale compresa tra il 14 e il 53%, e non grazie ai farmaci, ma a fattori sociali come la sensazione di connessione all'altro e la sperimentazione del supporto sociale (Eisenstadt et al. 2012; Hendryx et al. 2009; Norman et al. 2013; Thomas et al. 2016).

Sempre nella sfera interpersonale, la cognizione sociale comprende una vasta gamma di processi mentali ed emotivi che influenzano le interazioni con gli altri. I problemi nella sfera cognitiva legata alle relazioni sociali, spesso presenti nei casi di Disturbi Psicotici Non Affettivi (NAPD), secondo Fett e collaboratori (2011) stanno diventando sempre più oggetto di interesse per interventi terapeutici. Molti studi si concentrano su specifici aspetti della comprensione sociale, come la capacità di riconoscere le espressioni emotive facciali o la cosiddetta Teoria della Mente, che riguarda la capacità di capire gli stati mentali degli altri (Green et al., 2019). Tuttavia, si potrebbe sostenere che una vera comprensione della sfera sociale richieda l'integrazione di tutti questi aspetti. Migliorare il riconoscimento delle espressioni facciali può aiutare a percepire l'emozione altrui, ma non garantisce una comprensione completa del perché l'altro si senta in quel modo. Recenti studi hanno adottato un approccio più completo, suggerendo che alla base dei deficit cognitivi sociali vi sia una compromissione nelle capacità di comprendere i pensieri e le emozioni altrui, concetti noti come mentalizzazione e metacognizione (Fonagy, 1989; Lysaker et al., 2005; Semerari et al., 2003).

Per comprendere i concetti di mentalizzazione e metacognizione, bisognerebbe indagare su come le persone arrivino a comprendere le menti. Fino a poco tempo fa, due teorie polarizzavano il campo della cognizione sociale (Keysers, Gazzola, 2007).

1. La teoria della simulazione sostiene che le persone sviluppino una comprensione esperienziale degli altri attraverso la simulazione delle esperienze altrui, mediante neuroni specchio e

circuiti sensoriali-affettivi condivisi (Gallese 2005). Secondo questa teoria, il significato delle azioni è considerato implicitamente compreso, attraverso il sentimento condiviso.

2. La "Teoria della Teoria", invece, sostiene che un individuo arrivi a comprendere gli altri attraverso l'inferenza cognitiva di regole da situazioni sociali osservate, attribuendo loro credenze e intenzioni teoriche (Baron-Cohen et al. 1986). Si può affermare che sia la metacognizione che la mentalizzazione colmino il divario tra queste due posizioni (Weijers et al., 2020).

La mentalizzazione può essere compresa come l'interazione dinamica tra processi impliciti e riflessivi, orientati all'affetto, e i processi espliciti e riflessivi, orientati alla cognizione.

La metacognizione, invece, si riferisce ad un insieme di attività mentali tramite cui le persone formulano idee integrate sulla propria e altrui mente (Lysaker & Dimaggio 2014). Essa, inoltre, comprende attività discrete come il riconoscimento dell'affetto e attività più sintetiche come l'integrazione delle esperienze in narrazioni complessive. Entrambi i concetti suggeriscono che non si sperimenta solo lo stato mentale di un altro attraverso emozioni condivise, ma che si usino processi cognitivi di ordine superiore per trasformare esperienze discrete in rappresentazioni coscienti, le quali possono essere utilizzate per migliorare la comprensione di sé stessi così come degli altri. Tuttavia, il concetto di mentalizzazione è legato alla teoria psicoanalitica e, più nello specifico, alla teoria dell'attaccamento, specificando particolari condizioni necessarie per lo sviluppo della capacità di mentalizzazione, come la capacità di un caregiver di riflettere sulla mente del bambino. Al contrario, la metacognizione non è specificamente legata a una teoria dello sviluppo (Weijers et al., 2020).

Un ulteriore concetto che ha smosso l'interesse di numerosi studiosi è l'*embodied mentalizing* nei pazienti con NAPD, i quali spesso mostrano difficoltà nel riconoscere le situazioni generate dalla propria mente, definiti come "errori di monitoraggio della fonte" (Brookwell et al. 2013). Questi problemi nel percepire e rappresentare le proprie sensazioni e sentimenti possono causare difficoltà nella mentalizzazione (Lind e Bowler 2009; Kantrowitz et al. 2014). Quando l'*embodied mentalizing* non è equilibrata, si può tendere a considerare troppo attendibili le proprie esperienze sensoriali e affettive, considerandole come rappresentazioni accurate della realtà. Se tali esperienze non vengono messe in discussione e regolate da determinati meccanismi cognitivi, c'è il rischio che vengano addirittura confuse con la realtà stessa. D'altro canto, essere troppo certi delle credenze cognitive preesistenti può portare a fraintendimenti della realtà, se queste credenze non vengono aggiornate in base all'esperienza sensoriale e affettiva (Weijers et al., 2020).

Nei pazienti con NAPD, è comune la mancanza di fiducia epistemica (Pereira & Debbané, 2018). Essa consiste nella capacità di considerare affidabile il nuovo sapere che l'individuo acquisisce dall'altro e la mancanza di tale disposizione è ritenuta patologica poiché ostacola il funzionale

aggiornamento dei sistemi di credenze e può portare a situazioni di isolamento (Fonagy et al., 2015; Weijers et al., 2020).

In conclusione, la fiducia epistemica è fondamentale per l'integrazione e le dinamiche relazionali ed è importante creare un intervento terapeutico anche in base alla mancanza di questa disposizione spesso assente nei casi di NAPD.

Secondo quanto detto finora, in questi pazienti la capacità di mentalizzazione appare compromessa sotto diversi punti di vista, specialmente nel quadro della Teoria della Mente, ovvero nel saper inferire gli stati mentali altrui (Bechi et al., 2019; Sprong, Schothorst, Vos, Hox, & Van Engeland, 2007), e nel saper identificare e descrivere i propri stati emotivi (Kohler, Walker, Martin, Healy, & Moberg, 2010; O'Driscoll, Laing, & Mason, 2014; Trémeau, 2006). Oltre a ciò, i pazienti con diagnosi di NAPD tendono a mostrare deficit anche nella sfera della metacognizione, per lo più nel disfunzionamento sociale, nell'assunzione di una prospettiva empatica e nella capacità riflessiva (Weijers et al., 2021).

Il trattamento basato sulla mentalizzazione è nato per intervenire nei pazienti con Disturbo di Personalità Borderline, con l'intento di agire sui sintomi depressivi, sui comportamenti suicidari e para-suicidari e sul funzionamento sociale e interpersonale (Bateman & Fonagy, 1999). Dagli studi condotti da Bateman e Fonagy tra il 2001 e il 2008, si è potuto riscontrare che gli effetti del trattamento erano ulteriormente aumentati sia a 18 mesi che a 5 anni dopo la fine del trattamento (Weijers et al., 2021). Questo ha fatto sì che certi autori formulassero un'idea di trattamento basato sulla mentalizzazione come intervento per i pazienti con NAPD (Brent & Fonagy, 2014; Debbané et al., 2016; Weijers et al. 2016; Weijers et al., 2020).

Weijers e colleghi hanno condotto uno studio (2021) per indagare l'eventuale miglioramento, nei pazienti psicotici, del disfunzionamento sociale, attraverso la mentalizzazione. Inoltre, vennero ipotizzati, sempre con l'aiuto della capacità mentalizzante, anche dei possibili miglioramenti nella qualità della vita, nei sintomi ansiosi e depressivi, nell'aumento di consapevolezza, nell'eventuale abuso di droghe, nelle esperienze psicotiche e riguardo alla reazione affettiva e psicotica allo stress sociale (Weijers et al., 2021).

L'intervento terapeutico basato sulla mentalizzazione consiste in una serie di sedute psicoterapiche sia individuali che di gruppo. L'obiettivo è migliorare la capacità mentalizzante e, attraverso ciò, anche intervenire sulla psicopatologia e sul funzionamento generale (Fonagy & Bateman, 2006). Lo studio sopracitato è stato condotto seguendo il manuale originale del MBT per i pazienti con Disturbo di Personalità Borderline, secondo il quale i terapeuti si dovrebbero concentrare maggiormente sull'affetto, sull'instaurazione di una relazione di fiducia terapeutica sicura, sul bilanciamento della complessità degli interventi di mentalizzazione e dello stress, e sull'adozione di una posizione

terapeutica di "non-sapere" (Weijers et al., 2021). I criteri per selezionare i partecipanti a questo studio erano:

- Almeno sei mesi ma non più di dieci anni di trattamento per il disturbo psicotico;
- Età compresa tra i 18 e i 55 anni;
- Assenza di disabilità intellettiva e/o analfabetismo;
- Conoscenza della lingua;
- Assenza di una dipendenza da sostanze tale da richiedere il ricovero per disintossicazione.

In contrapposizione veniva intanto avviato un gruppo di controllo con pazienti psicotici ai quali veniva somministrato il trattamento di base secondo la teoria multidisciplinare olandese per la schizofrenia (Van Alphen et al., 2012) e seguendo, inoltre, anche il modello “*Functional Assertive Community Treatment*”. Le conclusioni che emersero da questo studio confermarono la maggior adeguatezza dell'MBT come intervento sul funzionamento sociale rispetto al trattamento di base.

L'ipervigilanza epistemica nei pazienti NAPD tende a complicare le terapie psicoterapeutiche perché comporta che nuove prospettive offerte da un terapeuta vengano viste come tentativi di coercizione (Fonagy & Allison, 2014). Inoltre, molti pazienti affetti da questi disturbi hanno difficoltà a mentalizzare sotto stress, il che significa che le terapie psicoterapeutiche potrebbero essere troppo complesse. Il trattamento basato sulla mentalizzazione è stato sviluppato appositamente per affrontare la mentalizzazione compromessa (Bateman & Fonagy, 1999) e la diffidenza epistemica (Fonagy & Allison, 2014), attraverso quattro principi fondamentali:

1. Posizione terapeutica di "non sapere", la quale comporta che il terapeuta interroghi attivamente il paziente e coltivi un interesse genuino nell'esperienza attuale di quest'ultimo, senza imporgli alcuna interpretazione. In questi casi, il terapeuta comunica il suo intento di interpretare le azioni del paziente in linea con la propria esperienza soggettiva e che il paziente viene trattato come un agente intenzionale (Debbané et al. 2016; Fonagy et al. 2017). Sentirsi mentalizzati durante la terapia si ritiene faccia sentire il paziente abbastanza al sicuro da riflettere su sé stesso in relazione al suo mondo sociale e su come opera in esso (Fonagy & Allison, 2014): ciò aiuta a diventare più flessibili nelle proprie credenze cognitive, permettendo un'apertura verso l'opportunità di apprendere nuovamente dall'esperienza e da altre prospettive, il che si ritiene porti a un miglioramento della comprensione di sé stessi e del mondo sociale (Weijers et al., 2020).
2. Interventi modesti, poiché converrebbe che le terapie fossero condotte senza pretese e mirassero a far sì che il paziente identifichi e verbalizzi le esperienze sensoriali-affettive (Fonagy & Bateman, 2006).
3. Focus sull'affetto attualmente provato sia del paziente che del terapeuta. Aiutando il paziente a riflettere attivamente sulle sue esperienze attualmente percepite, il trattamento basato sulla

mentalizzazione tenta di ridurre la predominanza delle modalità di elaborazione delle informazioni, guidate dall'affetto, sul pensiero e sul comportamento, poiché verbalizzare l'esperienza sensoriale-affettiva ha dimostrato di ridurre l'intensità di tale affetto a livelli neurale, fisiologico e soggettivo (Torre & Lieberman, 2018).

4. Adattamento al livello di mentalizzazione e di attivazione del paziente, ovvero, l'intensità delle terapie, quindi la complessità della mentalizzazione richiesta al paziente, viene adattata al livello di attivazione emotiva che il paziente sta sperimentando (Weijers et al., 2020).

Molti individui affetti da Disturbi Psicotici Non Affettivi, tendono a reprimere i sentimenti legati all'affetto al fine di gestire le intense interazioni sociali, il che può far sembrare che mostrino una bassa attività emotiva. In aggiunta, alcuni sintomi negativi, come l'atteggiamento emotivo piatto, possono rendere più complicata la valutazione del livello di coinvolgimento emotivo del paziente. Chiedere loro di impegnarsi in processi di pensiero complessi durante momenti di grande stimolazione non è considerato benefico. Pertanto, i terapeuti che si avvalgono dell'MBT devono essere consapevoli dei segnali sottili di disturbo emotivo, tipici del NAPD, come rallentamenti nel discorso o una diminuzione della coerenza. Inoltre, questi individui spesso incontrano difficoltà nello sviluppo di legami affettivi con il terapeuta o con i membri del gruppo, specialmente nelle prime fasi del trattamento. Questo indebolisce i legami emotivi e può portare i pazienti a interrompere le sedute. Altro aspetto importante è la presenza, nei pazienti con NAPD, di un deficit nella capacità mentalizzante più grave rispetto ai pazienti con il Disturbo di Personalità Borderline (BPD) (Gumley, & Liotti, 2008). Nel BPD, infatti, la mentalizzazione sembra essere instabile più che carente, mentre nei NAPD, i pazienti hanno vere e proprie difficoltà strutturali nel percepire e interpretare le esperienze sensoriali-affettive. Per questo le prime sessioni di terapia dovrebbero concentrarsi su aspetti di base della mentalizzazione come il riconoscimento delle esperienze emotive e la loro verbalizzazione (Weijers et al., 2020).

Per concludere, i farmaci antipsicotici tendono spesso ad attenuare le emozioni, il che può migliorare la capacità mentalizzante per certi aspetti, ma può rendere difficile la comprensione del significato emotivo degli eventi se le emozioni sono percepite in modo limitato. Pertanto, è fondamentale un'attenta regolazione dei farmaci antipsicotici che consideri soprattutto il mantenimento della capacità del paziente di sperimentare ancora affetto (Weijers et al., 2020).

Per concludere, si può confermare la funzionalità dell'MBT nei pazienti con Disturbi Psicotici Non Affettivi, poiché questo trattamento permette di rendere più flessibili le interpretazioni delle esperienze sensorio-affettive proprie e altrui e quindi di migliorare non solo le dinamiche sociali quotidiane delicate, caratteristiche di questi disturbi, ma anche, più nello specifico, la diffidenza epistemica (Weijers et al., 2020).

CAPITOLO 3: OBIETTIVI E IPOTESI DI RICERCA

3.1 Obiettivo

Questo elaborato si propone di valutare l'efficacia del trattamento basato sulla mentalizzazione, ideato da Bateman e Fonagy (2016), attuandolo su un gruppo di pazienti con Disturbi Psicotici, poiché tale trattamento è stato ideato anche per questi Disturbi, soprattutto se intercettati nelle fasi iniziali della malattia (Weijers et al., 2020). Si tratta di uno studio preliminare: l'obiettivo primario sarà quello di valutare l'andamento clinico sintomatologico che verrà misurato a inizio trattamento e a conclusione dello stesso. Oltre alla valutazione clinica, verrà valutato l'outcome del funzionamento personale e sociale tramite alcune scale di misura specifiche.

Lo studio è stato condotto su pazienti adulti e giovani adulti afferenti al Centro di Salute Mentale 1 di Padova, con sede in via Berchet 16, che hanno ricevuto diagnosi comprese tra i Disturbi dello Spettro Psicotico, senza concomitanza di Disabilità Intellettiva. L'intervento è stato sviluppato strutturandolo in sedute MBT di gruppo con cadenza settimanale, e con un numero massimo di dieci pazienti. I dati sono stati raccolti in tre momenti diversi: T0 (periodo di inizio trattamento), T1 (fine trattamento) e FU (Follow Up).

Nella storia della ricerca, il trattamento basato sulla mentalizzazione è stato utilizzato non solo nei casi dei Disturbi di Personalità Borderline, ma anche in diversi spettri patologici, come per esempio nell'ambito dei Disturbi dell'Alimentazione, Disturbi Depressivi e nei Disturbi correlati agli atti di Autolesionismo (Rossouw & Fonagy, 2012). Nel campo dei Disturbi Psicotici, recenti studi hanno permesso di notare una correlazione tra l'incremento della capacità mentalizzante e il miglioramento della psicosi sulla vita sociale (Weijers et al., 2020).

3.2 Procedura e Ipotesi

La conduzione dei gruppi terapeutici sopracitati presso il CSM in Via Berchet 16 (PD), è stata affidata alla Dottoressa Cappelletti, psicologa e psicoterapeuta, affiancata da uno psichiatra, il Dottor Zaninotto, e con la collaborazione di due psicologhe in formazione specialistica supervisionate dalla Dottoressa stessa.

Una prima valutazione clinica è stata condotta tramite strumenti strutturati su scale sintomatologiche clinico-psichiatriche somministrate in T0 e T1 quali la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS; Andreasen, 1982), *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS; Andreasen, 1984) e la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS; Kay, 1987). Altri strumenti sono stati utilizzati per valutare il miglioramento del funzionamento adattivo personale e sociale, ovvero la *Health of the*

Nation Outcome Scale (HoNOS; Wing et al., 1998), la *Scala di valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo* (SVFSL; Goldman et al., 1992), la *Scala per la valutazione del Funzionamento Globale* (VGF; Aas, 2011), tutte e tre compilate dai clinici e l'*Outcome Questionnaire-45* (OQ-45; Lambert et al., 2004), come scala per il funzionamento sociale e lavorativo compilata dai pazienti stessi.

Successivamente, sono state indagate le competenze cognitive, espressive, emotive e relazionali degli utenti, tramite dei questionari self-report: *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ; Fonagy et al., 2016), *Coping Orientation to Problems Experienced* (COPE; Sica et al., 2008), *Mentalization Affective Scale* (MAS; Greenberg, 2017), *Relationship Questionnaire* (RQ; Bartholomew et al., 1991). Anche questa seconda indagine, come la precedente, è stata ripetuta all'inizio (T0) e alla fine del trattamento (T1).

Esclusivamente all'inizio del trattamento, si è deciso di indagare anche sulle relazioni familiari nell'infanzia, proponendo ai pazienti il questionario self-report *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire* (CECA.Q; Bifulco et al., 2005).

Nella valutazione complessiva, sono stati considerati anche oltre a genere, età e alcune variabili indipendenti generali, il numero di ricoveri e di accessi in urgenza, e la tipologia della terapia farmacologica.

Le ipotesi di questa ricerca sono che questo tipo di trattamento sia in grado di intensificare nel paziente la funzione riflessiva, le strategie di coping, il funzionamento globale, sociale e lavorativo, lavorando sulla capacità mentalizzante.

3.3 Campione

Il Campione su cui si è basata questa ricerca è composto da 9 pazienti, 4 femmine e 5 maschi, di età compresa tra i 26 e i 49 anni, e con minimo 13 anni di scolarità, tutti con diagnosi comprese nello spettro dei disturbi psicotici.

3.4 Strumenti

Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)

Il clinico utilizza l'HoNOS come un semplice registro del progresso del paziente (Wing et al., 1987). Si tratta di una scheda di valutazione, compilabile in breve tempo, che indaga su 12 specifiche scale:

1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati

2. Autolesionismo
3. Problemi legati all'assunzione di alcool o droghe
4. Disturbi cognitivi
5. Problemi di malattia somatica o di disabilità fisica
6. Allucinazioni e deliri
7. Umore depresso
8. Altri disturbi psichici e comportamentali
9. Difficoltà relazionali
10. Difficoltà nelle attività quotidiane
11. Difficoltà nelle condizioni di vita
12. Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative

Ognuna di queste scale è valutata dal clinico assegnando un valore da 0 a 4 dove 0 equivale all'assenza del tratto, mentre 4, invece, corrisponde ad una certa intensità patologica del tratto (Wing et al., 1999).

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) & Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)

Sono stati definiti criteri per distinguere tre tipi di sindrome schizofrenica: la schizofrenia positiva, negativa e mista. La schizofrenia positiva si caratterizza per la presenza evidente di deliri, allucinazioni, disordini del pensiero e comportamenti strani e persistenti; la schizofrenia negativa, invece, per una mancanza di espressione emotiva, difficoltà nel parlare, mancanza di motivazione, incapacità di provare piacere e problemi di attenzione. Nella schizofrenia mista, possono essere presenti sia sintomi positivi che negativi in modo evidente, oppure nessuno dei due (Andreasen & Olsen, 1982). Si è deciso di esaminare la validità di questi criteri in diversi modi, trovando differenze significative tra i tre tipi attraverso indicatori esterni come il livello di funzionamento prima del disturbo, problemi cognitivi, dimensioni dei ventricoli cerebrali e andamento della malattia in ospedale. Anche l'analisi delle correlazioni tra i sintomi ha confermato ulteriormente l'efficacia del metodo di classificazione (Andreasen & Olsen, 1982).

I criteri sopracitati alla base di questa distinzione sono stati definiti sulla base di diversi strumenti di valutazione sintomatologica, come per esempio la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)* e la *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*.

La SANS è stata il primo strumento sviluppato allo scopo di fornire una valutazione completa dei sintomi negativi nella schizofrenia (Andreasen, 1982; 1983). Consiste in cinque scale che valutano cinque diversi aspetti dei sintomi negativi: alogia, affettività appiattita, avolizione-apatia, anedonia-

asocialità e deficit attentivo (Andreasen, 1982). Ciascuno di questi sintomi negativi può essere valutato globalmente, ma vengono inoltre effettuate osservazioni dettagliate per ottenere la valutazione globale. La Scala per la Valutazione dei Sintomi Positivi (SAPS), in modo complementare, consente una valutazione dettagliata e valutazioni globali di allucinazioni, deliri, disturbi del pensiero formale positivi e comportamenti bizzarri (Andreasen, 1984). Insieme, le due scale forniscono una valutazione completa per misurare i sintomi della schizofrenia e valutarne il cambiamento nel tempo.

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

La PANSS è composta da 30 item ed è stata concepita da Kay e collaboratori (1987) come uno strumento operativo, sensibile ai farmaci, che fornisce una rappresentazione bilanciata dei sintomi positivi e negativi e misura il loro rapporto reciproco e la loro relazione con la psicopatologia globale. È composta da quattro scale che misurano sindromi positive e negative, il loro differenziale e la gravità generale del disturbo. Le informazioni ottenute derivano sia dall'intervista clinica sia dai rapporti del personale clinico o dei familiari. Quest'ultimi costituiscono la fonte essenziale per valutare il danno sociale, inclusi gli elementi del controllo degli impulsi, dell'ostilità, del ritiro passivo e dell'evitamento sociale attivo. Tutte le altre valutazioni derivano da un'intervista psichiatrica semi-strutturata della durata di 30-40 minuti che consente un'osservazione diretta delle funzioni affettive, motorie, cognitive, percettive, attentive, integrate e interattive (Kay et al., 1987).

Scala di valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo (SVFSL) e Scala per la valutazione del Funzionamento Globale (VGF)

La Scala SVFSL, versione italiana della SOFAS (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*; Goldman et al., 1992), serve al clinico per valutare il funzionamento esclusivamente sociale e lavorativo del paziente, senza quindi l'influenza della gravità dei sintomi psichici, assegnando un valore compreso tra un livello eccellente (100-90) ad uno grossolanamente deficitario (10-1) (DSM-IV-TR, APA, 2000). La VGF, versione italiana della GAF (*Global Assessment of Functioning Scale*; DSM 5, APA, 2013), è uno strumento di valutazione costruito su un sistema di punteggio piuttosto generico per la diagnosi. Consiste in una misura complessiva dello stato di benessere o malessere dei pazienti e valuta anche il funzionamento psicologico, oltre al sociale e all'occupazionale, coprendo l'intero spettro dalla salute mentale positiva alla psicopatologia grave (Aas, 2011).

Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q)

La CECA.Q si impegna ad indagare sulla mancanza di cure parentali, su eventuali casi di abusi fisici da parte dei genitori e su casi di abusi sessuali da parte di qualsiasi altra persona adulta prima dei 17 anni. Tale questionario è stato strutturato sulla base dell'intervista CECA (Bifulco et al., 2005). Nella sezione *parental care* si trovano 16 item strutturati su scala Likert impegnati a valutare il livello di antipatia e negligenza sia da parte della madre che del padre (1 = sì, sicuramente; 5= no, per niente). All'interno della sezione *physical abuse*, invece, troviamo item volti ad indagare la possibile presenza di punizioni fisiche da parte dei genitori o altri membri del nucleo familiare. Infine, nella sezione *sexual abuse*, gli item sono strutturati con lo scopo di analizzare la presenza di eventuali esperienze sessuali non desiderate prima dei 17 anni. Dato che non è sempre facile riconoscere e segnalare tali esperienze (Finkelhor et al., 1986), sono state utilizzate tre domande screening separate:

1. “Quando eri bambino/a o adolescente hai avuto esperienze sessuali non desiderate?” (sì/no/incerto)
2. “Qualcuno ti ha costretto o persuaso ad avere rapporti sessuali contro la tua volontà prima dei 17 anni?” (sì/no/incerto)
3. “Puoi pensare ad esperienze sessuali sconvolgenti prima dei 17 anni con un adulto correlato o qualcuno in autorità, ad esempio un insegnante?” (sì/no/incerto)

Mentalization Affective Scale (MAS)

La MAS consiste in una scala di valutazione della regolazione emotiva. I 60 item che la compongono possono essere raggruppati in tre macrocategorie (Greenberg et al., 2017):

1. Identificazione delle emozioni, ovvero la capacità di riconoscere le emozioni e riflettere sui fattori che le influenzano;
2. Elaborazione delle emozioni, quindi la capacità di modulare e distinguere emozioni complesse;
3. Espressioni delle emozioni, ovvero la capacità ad orientare le proprie emozioni o verso l'interno o verso l'esterno.

Queste tre macrocategorie si influenzano gerarchicamente, infatti la capacità di elaborare emozioni non può svilupparsi senza prima lo sviluppo dell'identificazione delle stesse, come anche il fatto che non può esserci espressione delle emozioni se prima non vengono elaborate. È stato dimostrato, inoltre, che queste componenti sono associate a determinati tratti di personalità, allo stato di

benessere, ad eventuali traumi e diversi disturbi psicologici, includendo anche i disturbi dell'umore, quelli neurologici e della personalità (Greenberg et al., 2017).

Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)

L' OQ-45 è un test di autovalutazione composto da 45 elementi con lo scopo di monitorare e valutare i risultati dei pazienti in un contesto terapeutico (Lambert et al., 2004). Viene valutato utilizzando una scala Likert a cinque punti (0 = mai, 1 = raramente, 2 = a volte, 3 = frequentemente, 4 = quasi sempre), che produce un possibile intervallo di punteggi da 0 a 180. Punteggi elevati sul OQ-45 indicano maggiore disagio, quindi all'aumentare del miglioramento dei pazienti, i punteggi diminuiscono. L' OQ-45 ha tre ulteriori scale: la scala del disagio sintomatico (25 elementi), la scala dell'*interpersonal relations* (11 elementi) e la scala del *social role* (9 elementi). I punteggi delle tre scale vengono sommati per creare un punteggio totale che rappresenta il livello complessivo di disfunzione psicologica o disagio generale di una persona (Lo Coco et al., 2008).

Relationship Questionnaire (RQ)

Si tratta di un self-report composto da quattro item su scala likert ed è stato progettato per misurare lo stile di attaccamento negli adulti (Hazan & Shaver, 1987). Più nello specifico, il *Relationship Questionnaire* (RQ) è composto da due parti: *RQ1*, un singolo item in cui gli individui devono indicare il loro stile di relazione preferito, e *RQ2*, in cui gli individui possono valutare il proprio stile di relazione in modo più dettagliato utilizzando quattro diverse scale. È previsto un accordo tra i livelli più alti selezionati e lo stile scelto in *RQ1* (Wongpakaran et al., 2021). La valutazione degli stili di attaccamento, in questo test, consiste nel misurare il senso del Sé e dell'altro: se sono positivi entrambi, si potrà parlare di attaccamento sicuro, se sono negativi entrambi, invece, si tratterà di attaccamento evitante-timoroso. Se il senso del Sé è negativo ma il senso dell'altro è positivo, emergerà un attaccamento preoccupato, al contrario, invece, si riscontrerà un attaccamento evitante-svalutante (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)

La capacità di funzionamento riflessivo, quindi la mentalizzazione, come già ampiamente affermato, consiste nella capacità di interpretare gli stati mentali interni, sia propri che altrui, come sentimenti, desideri, obiettivi, voglie e atteggiamenti (Fonagy et al., 2016). È stata progettata una nuova misura

riguardo a questa capacità, il Questionario sul Funzionamento Riflessivo (RFQ), il quale nasce con lo scopo di fornire una misura self-report di mentalizzazione. Per quanto riguarda la struttura del RFQ è stata scelta la versione composta da otto item, a cui i pazienti, sia in T0 sia in T1, hanno risposto assegnando un numero (1= Fortemente in disaccordo; 7 = Fortemente in accordo) in base al grado di accordo nei confronti di ciascun item. Questo test si basa su due scale principali (Fonagy & Luyten, 2009):

1. *RFQ-C (Certainty)*: questa scala misura la certezza riflessiva, ovvero quanto una persona è sicura dei propri stati mentali e di quelli degli altri.
2. *RFQ-U (Uncertainty)*: questa scala, al contrario della precedente, misura l'incertezza riflessiva, cioè quanto una persona è incerta o confusa sui propri e altrui stati mentali. Un punteggio elevato su questa scala suggerisce una difficoltà maggiore nell'interpretare e comprendere i propri pensieri e sentimenti, così come quelli degli altri.

Coping Orientation to Problems Experienced (COPE-NVI)

Il *Coping Orientations to Problem Experienced* (Carver, Scheier e Weintraub, 1989) è un self-report costituito da 60 item, che chiede di valutare con quale frequenza il soggetto mette in atto, nelle situazioni difficili o stressanti, un determinato meccanismo di coping; le possibili risposte sono quattro e sono comprese tra “di solito non lo faccio” e “lo faccio quasi sempre”. La versione utilizzata nel caso clinico esposto in questo elaborato indaga su quattro scale:

- *Sostegno Sociale*: gli item relativi a questa scala fanno riferimento alla ricerca di comprensione, di informazioni e allo sfogo emotivo;
- *Strategie di Evitamento*: scala molto eterogenea che comprende l'utilizzo di negazione, uso di sostanze, distacco comportamentale e mentale;
- *Attitudine Positiva*: gli item relativi a questa scala fanno riferimento ad eventuali atteggiamenti di accettazione, contenimento e reinterpretazione positiva degli eventi;
- *Orientamento al Problema*: scala che pone il focus sull'utilizzo eventuale da parte del paziente di strategie attive e di pianificazione;
- *Orientamento Trascendente*: gli item caratteristici di questa scala si concentrano sull'aspetto religioso e sull'assenza di umorismo.

Infine, è importante che il paziente non faccia riferimento ad una situazione specifica fonte di stress, quanto piuttosto a come affronta gli scenari stressanti quotidiani (Sica et al., 2008).

Per questa ricerca è stata utilizzata la versione ridotta composta da 25 item.

3.5 *Analisi dei dati*

Sono state calcolate le statistiche descrittive dei punteggi grezzi ottenuti, sia al T0 che al T1. Successivamente, sono stati svolti confronti non parametrici tra i dati ottenuti nel T0 e quelli ottenuti nel T1, tramite *Wilcoxon*.

CAPITOLO 4: ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

4.1 Svolgimento dell'Analisi dei Dati

Una volta raccolti i test, sono state calcolate le statistiche descrittive dei punteggi sui totali e le subscale dei test, sia al T0 che al T1. Successivamente, sono stati svolti confronti non parametrici tra i dati ottenuti nel T0 e quelli ottenuti nel T1 tramite la statistica non parametrica di *Wilcoxon*. Il campione, nel T0, è risultato di nove pazienti, 5 maschi e 4 femmine. Alla fine del primo anno, si sono contati 2 drop out (un maschio e una femmina). Per quanto riguarda la presenza di disturbo clinico, dalle analisi svolte è riscontrabile che vi sia una prevalenza di diagnosi di Disturbo dello Spettro Psicotico.

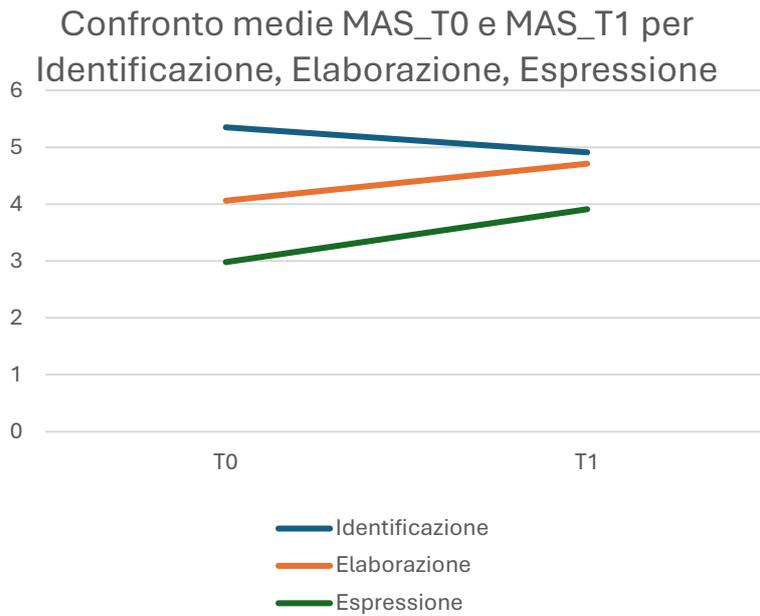
4.2 Risultati

Mentalization Affective Scale (MAS)

I risultati ottenuti dal test di *Wilcoxon* mostrano diverse relazioni tra variabili, tutte statisticamente significative al *Wilcoxon*. Dal confronto delle medie ottenute nella *Mentalization Affective Scale* tra T0 e T1, l'Identificazione diminuisce mentre l'Elaborazione delle emozioni e l'Espressione delle emozioni aumentano, indicando nel gruppo un miglioramento di queste capacità.

Tab 1: Confronto longitudinale T0 e T1 delle scale considerate, tramite *Wilcoxon*

<i>MAS</i>	<i>T0</i>		<i>T1</i>		<i>Wilcoxon -Z</i>	<i>P value</i>
	<i>Media</i>	<i>Ds</i>	<i>Media</i>	<i>Ds</i>		
Identificazione	5.35	.70	4.91	.45	-2.201	.028
Elaborazione	4.06	.90	4.71	.60	1.892	.058
Espressione	2.98	.50	3.91	.70	2.207	.027

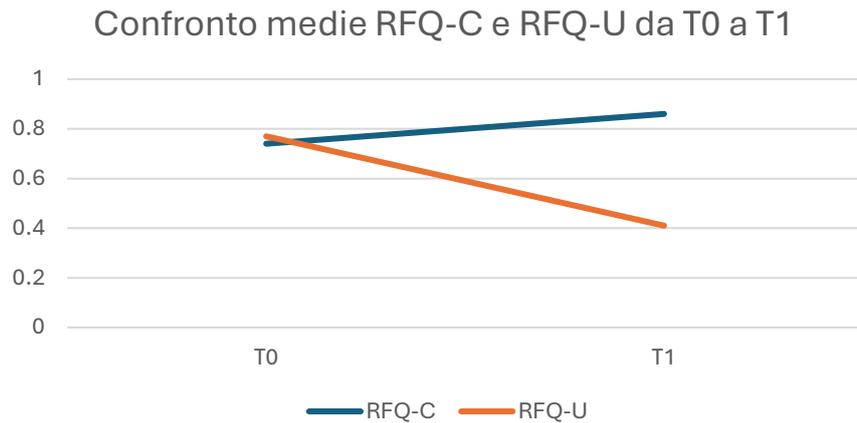


Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)

Per quanto riguarda i dati emersi dal calcolo delle statistiche tramite *Wilcoxon* sul *Reflective Functioning Questionnaire*, sono state analizzate due scale: la scala della certezza e quella dell'incertezza, rispettivamente RFQ-C e RFQ-U. Come già spiegato nel capitolo precedente, la prima misura la certezza riflessiva, ovvero quanto una persona è sicura delle proprie rappresentazioni mentali, mentre la seconda misura l'incertezza riflessiva, cioè quanto una persona è incerta o confusa riguardo gli stati mentali propri e altrui (Fonagy & Luyten, 2009). Dai risultati delle analisi, si può notare come la media relativa alla scala RFQ-U abbia subito un decremento tendente alla significatività tra i due tempi.

Tab.2: Confronto longitudinale T0 e T1 delle scale considerate, tramite Wilcoxon

<i>RFQ</i>	<i>T0</i>		<i>T1</i>		<i>Wilcoxon -Z</i>	<i>P value</i>
	<i>Media</i>	<i>Ds</i>	<i>Media</i>	<i>Ds</i>		
Certainty	.74	.70	.86	.73	.921	.357
Uncertainty	.77	.49	.41	.25	-1.841	.066

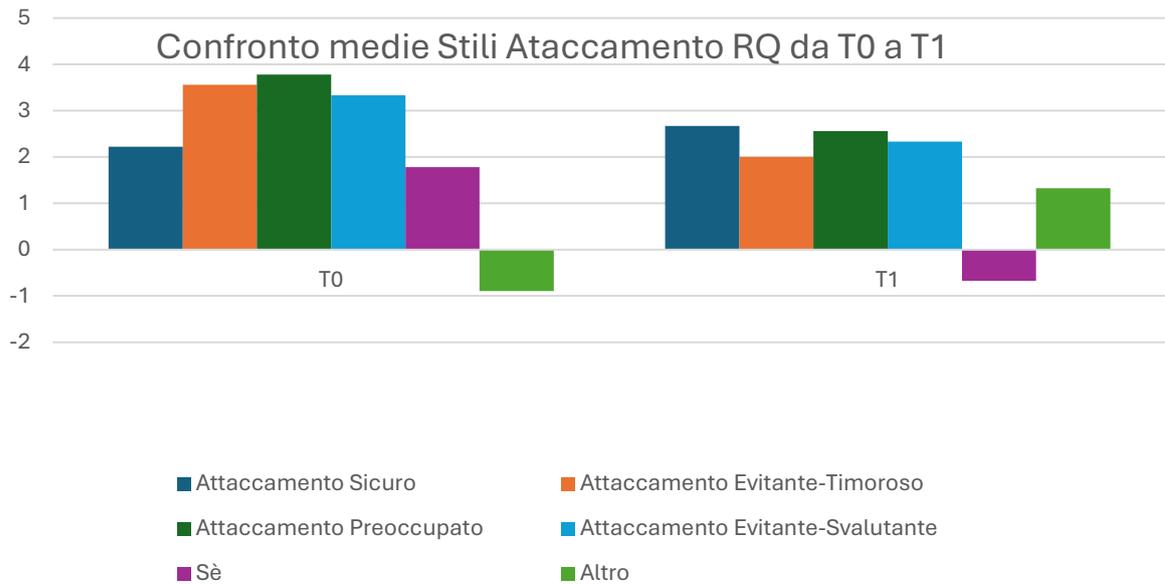


Relationship Questionnaire (RQ)

Come già accennato nel capitolo precedente, il *Relationship Questionnaire* è composto da due parti: *RQ1*, ovvero un singolo item in cui gli individui devono indicare il loro stile di relazione preferito, e *RQ2*, in cui gli individui possono valutare il proprio stile di relazione in modo più dettagliato utilizzando quattro diverse scale (Wongpakaran et al., 2021). Nel confronto delle medie tra T0 e T1 l'unica tendenza alla significatività riguarda la scala dell'attaccamento evitante timoroso, che ha una lieve decremento.

Tab.3: Confronto longitudinale T0 e T1 delle scale considerate, tramite Wilcoxon

<i>RQ</i>	<i>T0</i>		<i>T1</i>		<i>Wilcoxon -Z</i>	<i>P value</i>
	<i>Media</i>	<i>Ds</i>	<i>Media</i>	<i>Ds</i>		
stile preferito	2.78	1.302	2.00	1.690	-1.382	.167
sicuro	2.22	1.986	2.67	2.693	.351	.726
evitante	3.56	2.404	2.00	1.803	-1.550	.121
ansioso	3.78	2.167	2.56	2.242	-.933	.351
evitante-timoroso	3.33	2.236	2.33	2.693	-1.786	.074
Modello del Sé	1.78	3.768	-.67	2.160	-.135	.892
Modello dell'altro	-.89	5.819	1.33	4.719	1.476	.140

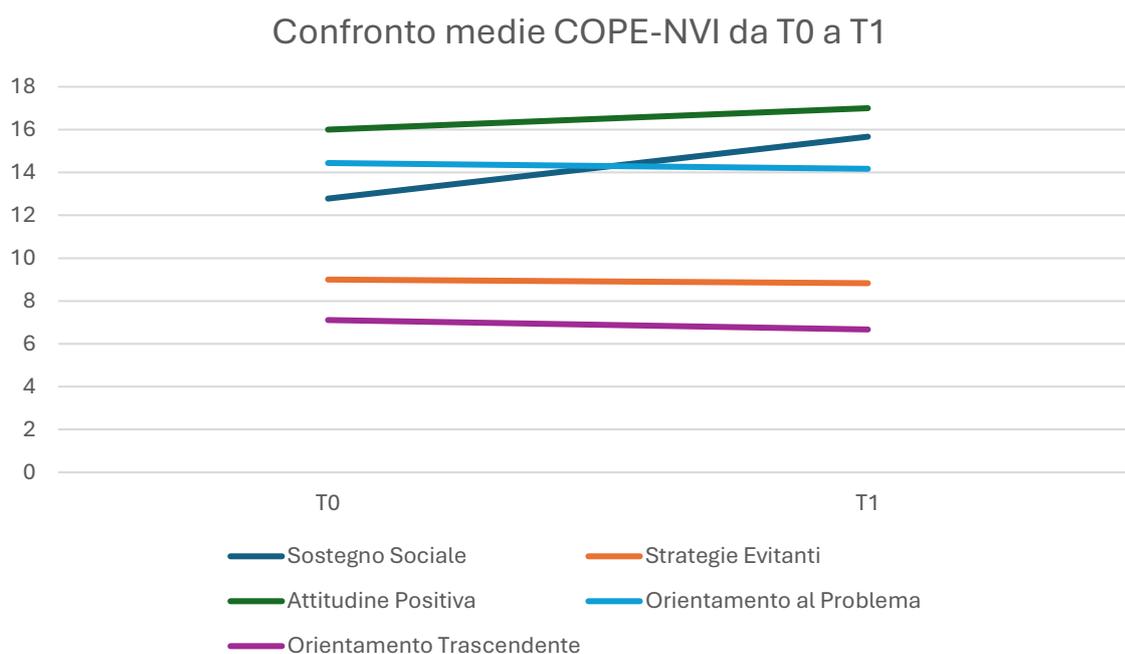


Coping Orientation to Problems Experienced (COPE-NVI)

Rispetto al COPE-NVI, dai dati emersi sono riscontrabili determinati valori che potrebbero essere interessanti. Come già spiegato nel capitolo precedente, questo test si basa su quattro scale principali: *sostegno sociale (SS)*, *strategie di evitamento (SE)*, *attitudine positiva (AP)*, *orientamento al problema (OP)* e *orientamento trascendente (OT)*. Confrontando i valori totali ottenuti nei due tempi, emerge un incremento positivo delle medie solo nella scala relative al sostegno sociale, quindi alla ricerca di comprensione, di informazioni e allo sfogo emotivo da parte del paziente: 5 pazienti su 6 hanno dimostrato un miglioramento, mentre 1 non ha mostrato variazioni tra il primo e il secondo tempo.

Tab.4: Confronto longitudinale T0 e T1 delle scale considerate, tramite Wilcoxon

COPE_NVI	T0		T1		Wilcoxon -Z	P value
	Media	Ds	Media	Ds		
sostegno sociale	12.78	3.270	15.67	2.338	2.032	.042
strategie evitanti	9.00	3.428	8.83	3.061	.365	.715
attitudine positive	16.00	3.317	17.00	3.347	1.156	.248
orientamento al problema	14.44	3.046	14.17	3.371	0	1
orientamento trascendente	7.11	4.167	6.67	3.204	-.378	.705

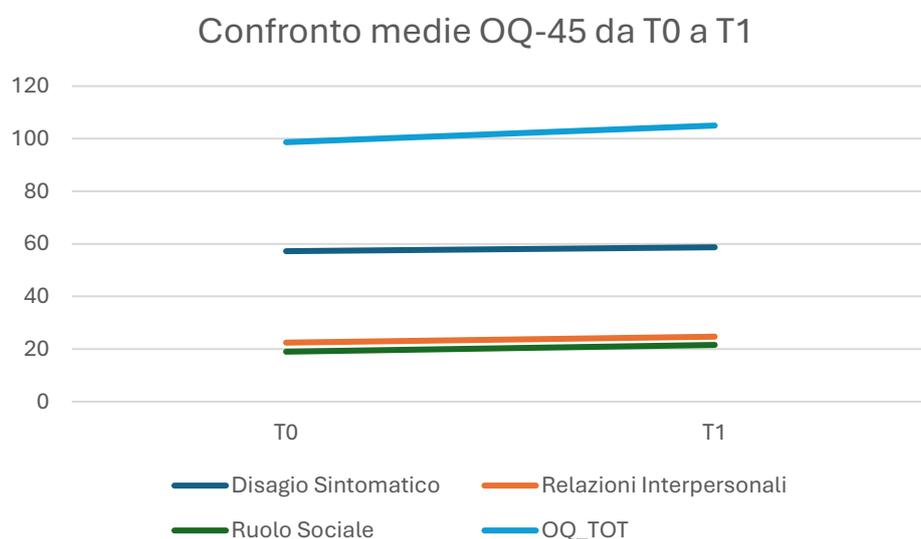


Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)

In questo test, strutturato su tre scale specifiche riguardanti disagio sintomatico, relazioni interpersonali e ruolo sociale, nel confronto delle medie tra T0 e T1 si può notare una stabilità delle scale nei due tempi, quindi nessun cambiamento dichiarato.

Tab.5: Confronto longitudinale T0 e T1 delle scale considerate, tramite Wilcoxon

OQ-45	T0		T1		Wilcoxon -Z	P value
	Media	Ds	Media	Ds		
Disagio Sintomatico	57.22	17.094	58.71	24.696	.314	.753
Relazioni Interpersonali	22.44	4.246	24.71	4.461	1.190	.234
Ruolo Sociale	19.00	3.041	21.57	5.062	.736	.462
Totale	98.67	21.668	105.00	32.726	.254	.799



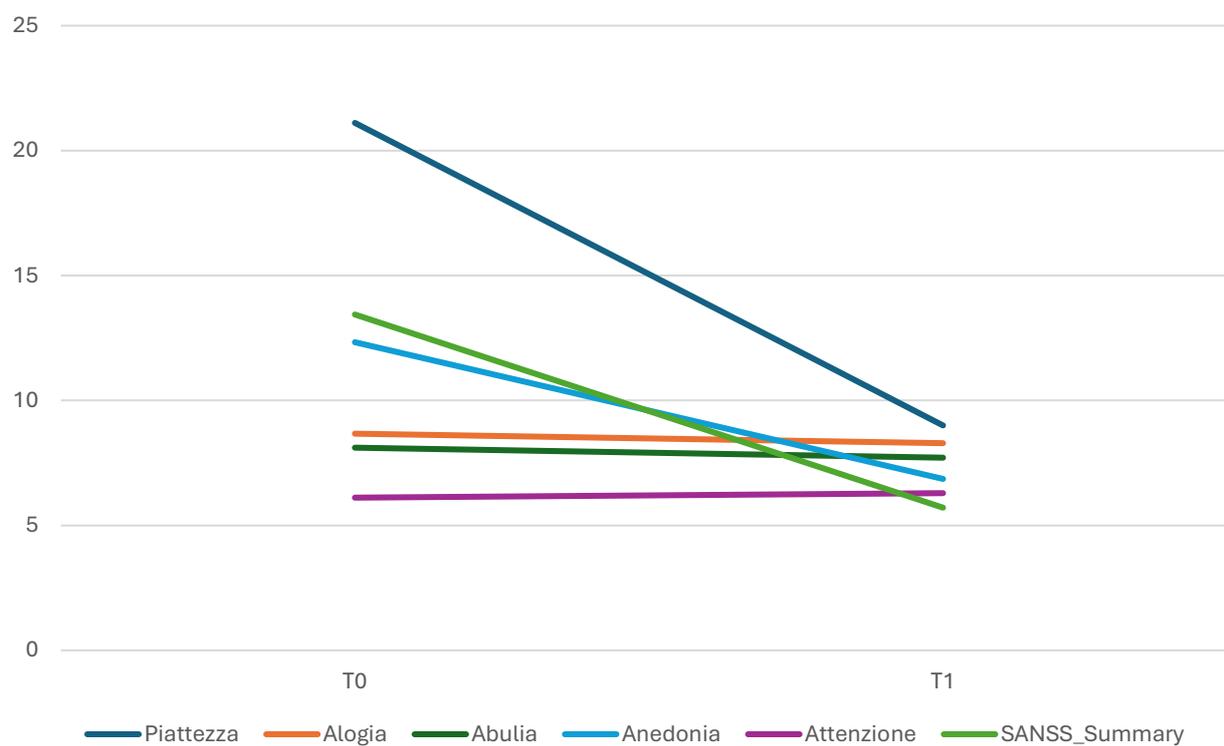
Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)

Continuando con l'analisi dei risultati ottenuti dai *clinician test*, i dati emersi dal confronto delle medie rilevate nei due tempi, mostrano come vi sia un calo significativo solo nella scala della Piattezza della SANS. Nel parametro relativo all'alogia solo 3 pazienti hanno riportato un miglioramento e 3 pazienti, invece, un peggioramento, mentre 1 è rimasto invariato. Per quanto concerne il parametro legato alle capacità attentive, solo tre pazienti appaiono migliorati nel secondo tempo.

Tab.6: Confronto longitudinale T0 e T1 delle scale considerate, tramite Wilcoxon

SANS	T0		T1		Wilcoxon -Z	P value
	Media	Ds	Media	Ds		
Piattezza	21.11	7.079	9.00	8.103	-2.371	.018
Alogia	8.67	6.042	8.29	7.804	.105	.917
Abulia	8.11	2.088	7.71	7.761	-.851	.395
Anedonia	12.33	3.162	6.86	8.454	-1.355	.176
Attenzione	6.11	1.965	6.29	8.261	.508	.611
Summary	13.44	3.504	5.71	7.566	-1.859	.063

Confronto medie SANSS da T0 a T1



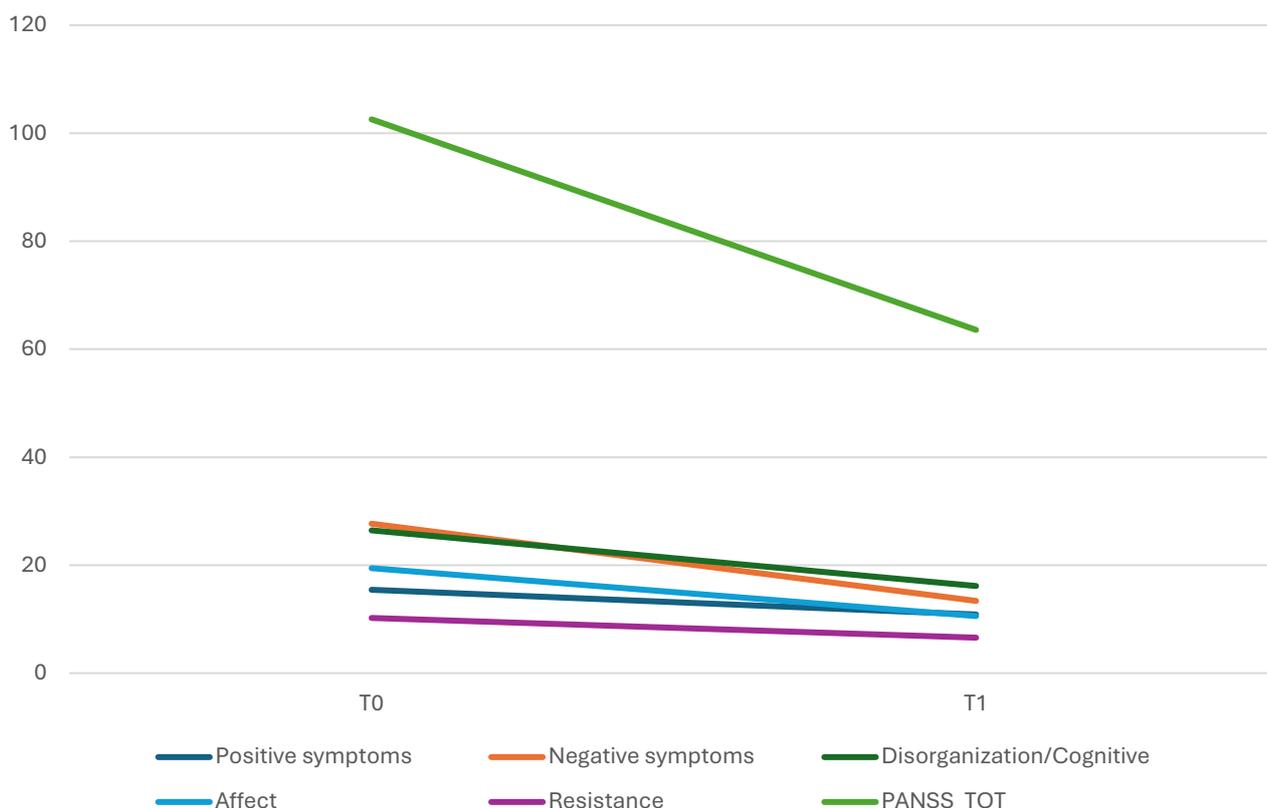
Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

In questa scala si possono riscontrare solo decrementi significativi nel confronto tra le medie calcolate nei due tempi, con eccezione per la scala “*Resistance*”.

Tab.7: Confronto longitudinale T0 e T1 delle scale considerate, tramite Wilcoxon

PANSS	T0		T1		Wilcoxon -Z	P value
	Media	Ds	Media	Ds		
Positive Symptoms	15.44	7.143	10.86	6.914	-2.205	.027
Negative Symptoms	27.67	6.000	13.38	8.017	-2.392	.017
Disorganization/Cognitive	26.44	7.876	16.14	8.989	-2.371	.018
Affect	19.44	2.963	10.57	3.645	-2.371	.018
Resistance	10.22	5.974	6.57	3.359	-1.472	.141
TOT	102.56	25.976	63.57	22.759	-2.366	.018

Confronto medie PANSS da T0 a T1



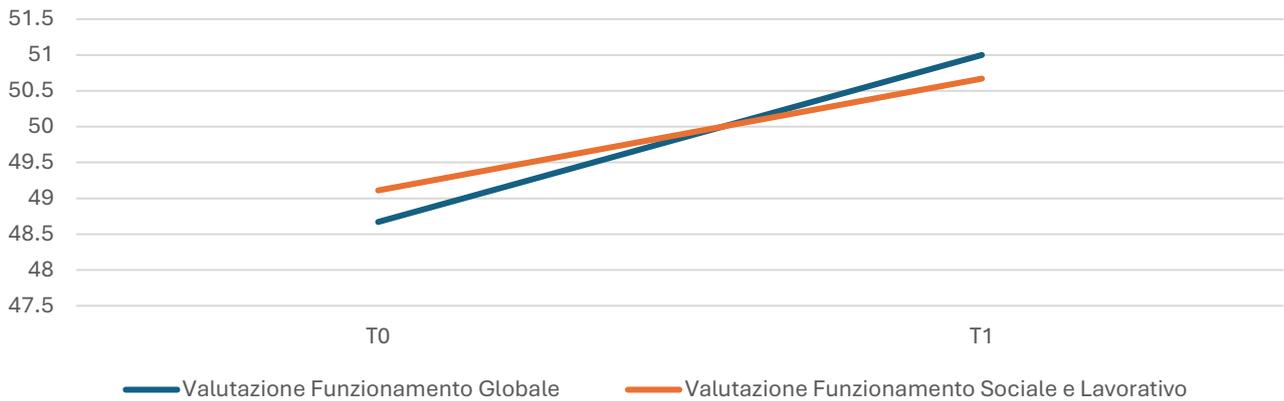
Scala di valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo (SVFSL) e Scala per la valutazione del Funzionamento Globale (VGF)

Non si è riscontrato alcun miglioramento né nel funzionamento sociale e lavorativo, né in quello globale anche dal punto di vista della valutazione clinica, tra T0 e T1 e non si riscontrano correlazioni significative con il percorso MBT.

Tab.8: Confronto longitudinale T0 e T1 delle scale considerate, tramite Wilcoxon

	T0		T1		Wilcoxon -Z	P value
	Media	Ds	Media	Ds		
SVFSL_TOT	49.11	7.457	50.67	31.008	.654	.513
VGF_TOT	48.67	6.727	51.00	30.907	.654	.513

Confronto medie VGF e SVFSL da T0 a T1



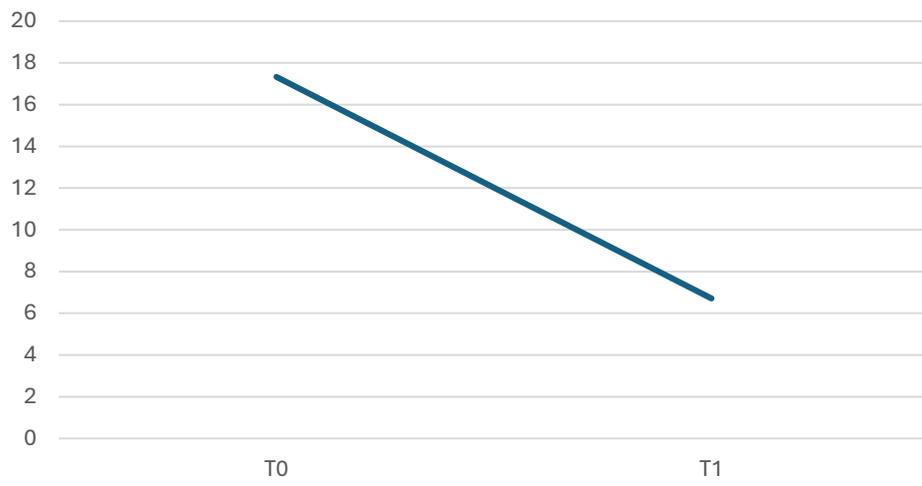
Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)

Per concludere, in questa valutazione clinica emerge un decremento significativo nel confronto delle medie tra T0 e T1 per la scala HONOS. Come già accennato nel capitolo precedente, questo test indaga dodici specifiche scale (comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati; autolesionismo; problemi legati all’assunzione di alcool o droghe; disturbi cognitivi; problemi di malattia somatica o di disabilità fisica; allucinazioni e deliri; umore depresso; altri disturbi psichici e comportamentali; difficoltà relazionali; difficoltà nelle attività quotidiane; difficoltà nelle condizioni di vita; problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative) che, decrescendo significativamente, indicano un migliore adattamento dei pazienti al loro ambiente di vita.

Tab.9: Confronto longitudinale T0 e T1 delle scale considerate, tramite Wilcoxon

	T0		T1		Wilcoxon - Z	P value
	Media	Ds	Media	Ds		
HoNOS	17.33	3.536	6.71	3.450	-2.366	.018

Confronto medie HoNOS_TOT da T0 a T1



CAPITOLO 5: CONCLUSIONI, LIMITI E SVILUPPI FUTURI

5.1 Discussione Clinica dei Risultati

Sebbene il campione considerato sia numericamente piccolo e ci siano stati 2 drop out, che clinicamente indicano la difficoltà di questa tipologia di pazienti a mantenere la costanza e l'impegno clinico al MBT, dai risultati emersi nel capitolo precedente e considerandone una lettura squisitamente clinica, si evince che il trattamento basato sulla mentalizzazione proposto da Bateman e Fonagy ha riscosso un relativo successo sui pazienti con diagnosi di Disturbo dello Spettro Psicotico.

In particolare, per dichiarazione dei pazienti stessi che hanno portato a termine il percorso, emergono un miglioramento generale e un maggiore equilibrio nella scala legata alla mentalizzazione affettiva (MAS), una diminuzione nella scala della Uncertainty dell'RFQ, un calo della percezione di attaccamento disfunzionale (evitante timoroso), un miglioramento nella percezione del sostegno sociale, in tutti i sintomi psichiatrici (PANSS) e la piattezza emotiva (SANS), ad indicare uno stato di minore carico sintomatico e migliore adattamento all'ambiente di vita, così come emerso significativamente anche dalla HoNOS.

Non sono emersi cambiamenti significativi negli altri stili di coping e nel questionario relativo all'outcome, nella scala della soddisfazione di vita e nella valutazione globale del funzionamento da parte dei clinici.

5.2 Limiti e Direzioni Future di Ricerca

Un limite di questa ricerca è stato sicuramente il numero dei partecipanti, forse non sufficientemente significativo per confermare l'ipotesi iniziale, tenendo conto del fatto che 2 pazienti hanno abbandonato il progetto a metà anno. Si potrebbe reclutare un numero maggiore di pazienti attraverso la collaborazione con più centri clinici, magari ampliando l'area geografica di interesse, con lo scopo di ottenere un campione più rappresentativo e numeroso, cercando sempre di mantenere un'adeguata specificità per la popolazione di studio.

Suggerimenti per ricerche future, con lo scopo di ovviare a questo limite, potrebbero essere aumentare il campione per incrementare la potenza statistica (Vollset, 1993; Button et al., 2013), ovvero la capacità di un test di identificare un effetto, e migliorare la generalizzabilità dei risultati (Hackshaw, 2008; Biau et al., 2008): campioni più ampi permetterebbero di effettuare analisi più dettagliate, magari addirittura identificando dei sottogruppi, consentendo di indentificare meglio le caratteristiche

individuali che influenzano la risposta al trattamento e andando ad indagare le differenze dei pazienti qualora appartengano a dei sottogruppi (es. categorizzazione per genere, per età, per area geografica, etc.) (Wang et al., 2007; Sun et al., 2012). Altra soluzione potrebbe essere il prolungamento del trattamento e quindi del monitoraggio per valutare la persistenza dei cambiamenti osservati e registrare eventuali ricadute nei casi peggiori o necessità di strutturare interventi aggiuntivi o, ancora, utilizzare ulteriori batterie di test per poter rendere ancora più dettagliata l'analisi. Infatti, per esempio, nel caso delle aree dove non si sono riscontrati cambiamenti, una causa potrebbe essere che il percorso da parte dei pazienti verso il miglioramento necessita di più tempo.

5.3 Conclusioni

Il presente studio ha analizzato l'efficacia di un intervento clinico su un campione di pazienti affetti da Disturbi dello Spettro Psicotico, valutandone l'impatto su diverse dimensioni psicologiche, comportamentali e di adattamento attraverso una serie di strumenti di misura. I risultati ottenuti mostrano cambiamenti significativi in alcune aree chiave, come l'espressione emotiva, il sostegno sociale, l'incertezza riguardo gli stati mentali propri e altrui e la riduzione dei sintomi psicotici.

In conclusione, considerando il quadro generale di questi dati, emerge che il trattamento basato sulla mentalizzazione può favorire anche i pazienti con Disturbo dello Spettro Psicotico, intensificando la consapevolezza di sé stessi, degli altri e dei relativi stati mentali, migliorando la capacità di elaborazione ed espressione delle emozioni, il funzionamento sociale, lavorativo e globale e diminuendo la sintomatologia tipica di questa categoria psicopatologica. Tuttavia, la mancanza di cambiamenti in alcune aree indica la necessità di ulteriori interventi specifici e mirati. Nonostante i limiti citati nel paragrafo precedente, l'ipotesi alla base di questa ricerca riguardo l'efficacia della mentalizzazione sui pazienti con Disturbi dello Spettro Psicotico è stata confermata, lo studio ha evidenziato che l'intervento clinico può essere efficace nel migliorare alcuni aspetti della vita emotiva e sociale dei pazienti con Disturbi dello Spettro Psicotico. Questi risultati forniscono una base importante per sviluppare e ottimizzare ulteriori programmi terapeutici, contribuendo al miglioramento complessivo della qualità della vita dei pazienti, come confermato anche nello studio condotto da Weijers e colleghi (2021), i quali dimostrano come il trattamento mentalizzante potrebbe consentire cambiamenti più duraturi rispetto al trattamento convenzionale, oppure nello studio di Armando, Hutsebaut e Debbané (2019), i quali provano, poiché la pratica clinica nella psicopatologia dello sviluppo spesso opera in condizioni di incertezza riguardo all'evoluzione dei sintomi e agli esiti clinici, che ulteriori ricerche integranti le evidenze empiriche aiuteranno a migliorare gli strumenti e i metodi di diagnosi precoce e intervento, con l'obiettivo di fornire piani di cura adattati che

sostengano lo sviluppo dell'individuo e riducano l'impatto negativo della psicosi sul funzionamento sociale e interpersonale, attualmente i principali ostacoli al successo terapeutico nella psicosi.

BIBLIOGRAFIA

- Aas, I. H. M (2011). Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Annals of General Psychiatry*, 10:2.
- Aleman, A., & Larøi, F. (2008). *Hallucinations: The science of idiosyncratic perception*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Allen, J.G., Fonagy P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andreasen, N.C. (1982). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, University of Iowa.
- Andreasen, N.C. (1984). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City, University of Iowa.
- Andreasen, N. C., & Olsen, S. (1982). Negative vs Positive Schizophrenia: Definition and Validation. *Arch Gen Psychiatry*, 39 (7): 789-794. doi: 10.1001/archpsyc.1982.04290070025006.
- Apperly, I.A. (2011). *Mindreaders: The Cognitive Basis of "Theory of Mind"*. Psychology Press, Hove (UK).
- Armando, M., Hutsebaut, J., & Debbané, M. (2019). A Mentalization-Informed Staging Approach to Clinical High Risk for Psychosis. *Front. Psychiatry* 10:35. Doi:10.3389/fpsy.2019.00385
- Badoud, D., Speranza, M. & Debbané, M. (2016). Vers un modèle du développement de la mentalisation à l'adolescence – Towards a developmental model of mentalization dimensions during adolescence. *Revue Québécoise de Psychologie*, 49-68.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1986). Mechanical, behavioural, and intentional understanding of picture stories in autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 4, 113-125.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*, 42(2), 241-251.
- 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(2), 226-244.

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder. A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1563-1569.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder, *World Psychiatry*, 9, pp. 11-15.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2012). (a cura di), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing, Washington (DC).
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità: una guida pratica al trattamento*. Tr. It. A cura di Boldrini, T., Gagliardini, G., Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. & Luyten, P. (2012). *Antisocial Personality Disorder*. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 289-308). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. & Luyten, P. (2012) Chapter 1: *Introduction and Overview*. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 3-42) Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bechi, M., Bosia, M., Buonocore, M., Agostoni, G., Bosinelli, F., Silvestri, M. P., ... & Cavallaro, R. (2019). Stability and generalization of combined theory of mind and cognitive remediation interventions in schizophrenia: Follow-up results. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), 140-148.
- Biau, D. J., et al. (2008). Sample size calculations for clinical trials. *Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume*, 90(11), 2567-2574.
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M., & Jacobs, C. (2005). The Childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): Validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology*, 44 (4), 563-581.
- Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M. et al. (2013). Reducing duration of untreated psychosis: Care pathways to early intervention in psychosis services. *British Journal of Psychiatry*, 203 (1), 58-64.
- Blair, R. J.R. (2010). Neuroimaging of Psychopathy and Antisocial Behavior: A Targeted Review. *Current Psychiatric Reports*, 12(1), 76-82.
- Blair, R. J.R. & Coles, M. (2000). Expression recognition and behavioural problems in early adolescence. *Cognitive Development*, 15(4), 421-434.
- Bouchard, M. A. & Lecours, S. (2008). *Contemporary Approaches to Mentalization in the Light of Freud's Project*. In F. N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*. New York, NY: The Analytic Press.
- Brass, M., Ruby, P., & Spengler, S. (2009). Inhibition of imitative behaviour and social cognition". In *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 364, pp. 2359-2367.

- Brent, B. K., & Fonagy, P. (2014). *A mentalization-based treatment approach to disturbances of social understanding in schizophrenia*. In P. H. Lysaker, G. Dimaggio & M. Brüne (Eds.), *Social cognition and metacognition in schizophrenia: Psychopathology and treatment approaches* (pp. 245-259). San Diego: Elsevier Academic Press.
- Brookwell, M., Bentall, R. P., & Varese, F. (2013). Externalizing biases and hallucinations in source monitoring, self-monitoring, and signal detection studies: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, *43*(12), 2465-2475.
- Button, K. S., et al. (2013). Power failure: Why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, *14*(5), 365-376.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Debbané, M. (2019). *Mentalizzazione: Dalla teoria alla pratica clinica* (O. Oasi, Ed.). Milano: Edra S.p.A.
- Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida Tozzi, A., ... Brent, B. K. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in Human Neuroscience*, *10*, 406. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406>
- Eisenstadt, P., Monteiro, V. B., Diniz, M. J., & Chaves, A. C. (2012). Experience of recovery from first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *6*(4), 476-480. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00350.x>
- Fett, A. K. J., Viechtbauer, W., Penn, D. L., Van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*(3), 573-588. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.001>
- Fine, A. (2005). Mentalization. In A. del Mijolla (Ed.), *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris: Hachette Littératures.
- Finkelhor, D., Araji, S., Baron, L., Browne, A., Peters, S. D., & Wyatt, G. E. (1986). *A Sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Center*, *12*, 91-115.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, *51*(3), 372. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(4), 411-430. <https://doi.org/10.1002/jclp.20241>
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2011). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575-609. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our mind about: Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8>
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A. W., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., & Allison, E. (2010). Attachment and personality pathology. In J. F. Clarkin, P. Fonagy, & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A clinical handbook* (pp. 37-88). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., ... Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS ONE*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905. <https://doi.org/10.2307/1131141>
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(Pt 2), 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997a). Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del sé. In *Attaccamento e funzione riflessiva* (pp. 101-133). Milano: Raffaello Cortina. (Original work published 1996)
- Fonagy, P., & Target, M. (2000a). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 81(Pt 5), 853-873. <https://doi.org/10.1516/0020757001600177>
- Fonagy, P., & Target, M. (2000b). Giocare con la realtà. III. Il persistere di una realtà psichica duale nei pazienti borderline. In *Attaccamento e funzione riflessiva* (pp. 191-223). Milano: Raffaello Cortina. (Original work published 2000)
- Fonagy, P., & Target, M. (2007). Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(Pt 4), 917-937. <https://doi.org/10.1516/ijpa.2007.881104>
- Fotopoulou, A., & Tsakiris, M. (2017). Mentalizing homeostasis: The social origins of interoceptive inference. *Neuropsychoanalysis*, 19, 3-28. <https://doi.org/10.1080/15294145.2017.1294031>
- Frith, C. D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Psychology Press Ltd.

Frith, C. D., & Frith, U. (1999). Interacting minds: A biological basis. *Science*, 286(5445), 1692-1695. <https://doi.org/10.1126/science.286.5445.1692>

Frith, U., & Frith, C. D. (2003). Development and neuropsychology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 358(1431), 459-473. <https://doi.org/10.1098/rstb.2002.1218>

Gallese, V. (2005). Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4(1), 23-48. <https://doi.org/10.1007/s11097-005-4737-z>

Gallese, V., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2(12), 493-501. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(98\)01262-5](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(98)01262-5)

Gallese, V., & Sinigaglia, C. (2014). Understanding action with the motor system. *Behavioral and Brain Sciences*, 37(2), 199-200. <https://doi.org/10.1017/S0140525X13002458>

Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1181-1212.

Gilead, M., Liberman, N., & Maril, A. (2014). From mind to matter: neural correlates of abstract and concrete mindsets. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(5), 638-645. <https://doi.org/10.1093/scan/nst036>

Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1148-1156. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.9.1148>

Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2019). Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions. *World Psychiatry*, 18(2), 146-161. <https://doi.org/10.1002/wps.20627>

Greenberg, D. M., Kolasi, J., Hegsted, C. P., Berkowitz, Y., & Jurist, E. L. (2017). Mentalized affectivity: a new model and assessment of emotion regulation. *PLoS ONE*, 12(10), e0185264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185264>

Guignard, F. (2001). Le couple mentalization-démentalisation, un “concept de troisième type”. *Revue française de psychosomatique*, 20(2), 115-135.

Gumley, A., & Liotti, G. (2008). An attachment perspective on schizophrenia: The role of disorganized attachment, dissociation, and mentalization. In A. Moskowitz, I. Schäfer, J. Martin, & M. J. Dorahy (Eds.), *Psychosis, trauma, and dissociation: Evolving perspectives on severe psychopathology* (pp. 97-116). Wiley Online Library.

Gunderson, J. G., & Lyon-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 22-41.

Hackshaw, A. (2008). Small studies: strengths and limitations. *European Respiratory Journal*.

Happé, F., & Frith, U. (2014). Annual research review: Towards a developmental neuroscience of atypical social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 553-557.

- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Conceptualizing romantic love as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 511-524.
- Hendryx, M., Green, C. A., & Perrin, N. A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *Journal of Behavioral Health and Research*, *36*(3), 320-329.
- Howes, O. D., & Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: An integrated socio-developmental-cognitive model. *The Lancet*, *383*(9929), 1677-1687.
- Hughes, C., Jaffee, S. R., Happé, F., Taylor, A., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2005). Origins of individual differences in theory of mind: From nature to nurture? *Child Development*, *76*, 356-370.
- Kantrowitz, J. T., Hoptman, M. J., Leitman, D. I., Silipo, G., & Javitt, D. C. (2014). The 5% difference: Early sensory processing predicts sarcasm perception in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychological Medicine*, *44*(1), 25-36.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, R. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS). *Schizophrenia Bulletin*, *13*(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Keyzers, C., & Gazzola, V. (2007). Integrating simulation and theory of mind: From self to social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, *11*(5), 194-196.
- Kohler, C. G., Walker, J. B., Martin, E. A., Healy, K. M., & Moberg, P. J. (2010). Facial emotion perception in schizophrenia: A meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(5), 109-119.
- Lambert, M. J., Morton, J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R., Shimokawa, K., Christopherson, C. D., & Burlingame, G. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* (3rd ed.). Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC.
- Leonhardt, B. L., Huling, K., Hamm, J. A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H. J., et al. (2017). Recovery and serious mental illness: A review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *17*(11), 117-1130.
- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology*, *58*, 259-289.
- Lind, S. E., & Bowler, D. M. (2009). Recognition memory, self-other source memory, and theory-of-mind in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *39*(9), 1231.
- Lo Coco, G., Chiappelli, M., Bensi, L., Gullo, S., Prestano, C., & Lambert, M. J. (2008). The factorial structure of the Outcome Questionnaire-45: A study with an Italian sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 418-423. <https://doi.org/10.1002/cpp.601>
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Fogley, R. L., Ringer, J., Harder, S., Hasson-Ohayon, I., et al. (2005). The mutual development of inter-subjectivity and metacognitive capacity in the psychotherapy for persons with schizophrenia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *43*(2), 63-72.

- Lysaker, P. H., & Dimaggio, G. (2014). Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: Implications for developing treatments. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(3), 487-491.
- McGeer, V. (2007). The regulative dimension of folk psychology. In D. Hutto & M. M. Ratliffe (Eds.), *Folk psychology re-assessed* (pp. 137-156). Springer, Dordrecht.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, *74*(4), 1194-1211.
- Norman, R. M., Windell, D., Lynch, J., & Manchanda, R. (2013). Correlates of subjective recovery in an early intervention program for psychoses. *Early Intervention in Psychiatry*, *7*(3), 278-284.
- O'Brien, K., Slaughter, V., & Peterson, C. C. (2011). Sibling influences on theory of mind development for children with ASD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*, 713-719.
- O'Driscoll, C., Laing, J., & Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(6), 482-495.
- Parnas, J., & Jansson, L. B. (2015). Self-disorders: Clinical and conceptual implications for the diagnostic concept of schizophrenia. *Psychopathology*, *48*(5), 332-338.
- Pereira, J. G., & Debbané, M. (2018). An integrative-relational approach in schizophrenia: From philosophical principles to mentalization-based practice. In I. Hipolito, J. Goncalves, & J. Pereira (Eds.), *Schizophrenia and common sense* (pp. 193-207). Springer, Cham.
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Perkins, D. O., & Lieberman, J. (2003). Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *160*(5), 815-824.
- Platek, S. M., Mohamed, F. B., & Gallup, G. G., Jr. (2005). Contagious yawning and the brain. *Brain Research: Cognitive Brain Research*, *23*(2-3), 448-452.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, *27*, 169-192.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *51*. <https://doi.org/10.1304/13013.e3>
- Satpute, A. B., & Lieberman, M. D. (2006). Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Research*, *1079*(1), 86-97.
- Selten, J. P., Van der Ven, E., Rutten, B. P., & Cantor-Graae, E. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: An update. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(6), 1180-1186.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., et al. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*(4), 238-261.

- Shamay-Tsoory, S. G., & Aharon-Peretz, J. (2007). Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: A lesion study. *Neuropsychologia*, *45*(13), 3054-3067. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2007.05.021>
- Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Harari, H., & Levkovitz, Y. (2007). Neurocognitive basis of impaired empathy in schizophrenia. *Neuropsychology*, *21*(4), 431-438. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.21.4.431>
- Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiri, L. R., & Franceschini, S. (2008). Coping Orientation to Problems Experienced – Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, *14*(1), 27.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(1), 5-13. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.035899>
- Sun, X., et al. (2012). Credibility of claims of subgroup effects in randomized controlled trials: systematic review. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1553>
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, "Just the Facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, *110*(1-3), 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005>
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, *77*(Pt 3), 459-479.
- Thomas, E. C., Muralidharan, A., Medoff, D., & Drapalski, A. L. (2016). Self-efficacy as a mediator of the relationship between social support and recovery in serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *39*(4), 352. <https://doi.org/10.1037/prj0000199>
- Torre, J. B., & Lieberman, M. D. (2018). Putting feelings into words: Affect labeling as implicit emotion regulation. *Emotion Review*, *10*(2), 116-124. <https://doi.org/10.1177/1754073917742706>
- Trémeau, F. (2006). A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *8*(1), 59.
- Van Alphen, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., & Bruggerman, R. (2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Overwalle, F., & Baetens, K. (2009). Understanding other's actions and goals by mirror and mentalizing systems: a meta-analysis. *Neuroimage*, *48*(3), 564-584. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.06.009>
- Vollset, S. E. (1993). Confidence intervals for a binomial proportion. *Statistics in Medicine*. <https://doi.org/10.1002/sim.4780120918>
- Vritka, P., & Vuilleumier, P. (2012). Neuroscience of human social interactions and adult attachment style. *Frontiers in Human Neuroscience*, *6*, 212. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00212>
- Wang, R., et al. (2007). Statistics in medicine—reporting of subgroup analyses in clinical trials. *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa071066>

Weijers, J. G., Ten Kate, C., Debbané, M., Bateman, A. W., de Jong, S., Selten, J. P., & Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2020). Mentalization and psychosis: a rationale for the use of mentalization theory to understand and treat non-affective psychotic disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09456-3>

Weijers, J. G., Ten Kate, C., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Viechtbauer, W., Rampaart, R., Bateman, A. W., & Selten, J. P. (2016). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 191. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0885-4>

Weijers, J. G., Ten Kate, C., Viechtbauer, W., Rampaart, R., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Selten, J. P. (2021). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: a rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 51, 2846-2855. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003304>

Winnicott, D. W. (1956). La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. Tr. It. In *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974.

Wongpakaran, N., DeMaranville, J., & Wongpakaran, T. (2021). Validation of the Relationship Questionnaire (RQ) against the Experience of Close Relationship-Revised Questionnaire in a Clinical Psychiatric Sample. *Healthcare*, 9, 1174. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091174>