

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO E DELLA SOCIALIZZAZIONE

CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN SCIENZE PSICOLOGICHE DELLO SVILUPPO,
DELLA PERSONALITÀ E DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI



Tesi di Laurea Triennale

**DEFICIT NELLA MENTALIZZAZIONE DEI
PAZIENTI BORDERLINE:
ANALISI DELL'EFFICACIA DEL MBT**

**MENTALIZATION DEFICIT IN BORDERLINE
PATIENTS:
EFFICACY ANALYSIS OF MBT**
(Laurea triennale L-24 – indirizzo Psicologia)

Relatore: Prof.ssa Silvia Salcuni

Laureanda: Mirtilla Odetti

ANNO ACCADEMICO 2021-2022

Abstract

La mentalizzazione è la funzione mentale che permette di rappresentarsi la mente dell'altro, di interpretare conseguentemente il comportamento altrui e di potervi rispondere in maniera adeguata (Fonagy & Target, 2001). Tale capacità permette la comprensione dei propri stati mentali, oltre che l'inferenza e la previsione di quelli altrui. La mentalizzazione è alla base di numerose altre capacità e funzioni mentali, quali la funzione riflessiva, l'automonitoraggio, l'empatia, l'autoregolazione e la percezione di un sé coerente. Lo sviluppo della funzione riflessiva è una tappa di sviluppo del bambino, che inizia con l'abbandono del pensiero teleologico e dell'equivalenza psichica, grazie al rispecchiamento adeguato del genitore (Fonagy & Target, 2001).

Il disturbo borderline di personalità si caratterizza per deficit nella mentalizzazione (Penner et al., 2020; Tay et al., 2017), identità diffusa, uso massiccio di scissione ed identificazione proiettiva, problemi di autoregolazione, comportamenti impulsivi pericolosi, autolesivi o suicidari ricorrenti (Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorder, 2020). I sintomi del disturbo possono essere interpretati in base alla disarmonia nelle modalità di mentalizzazione di questi pazienti (sbilanciamento verso l'altro e verso la dimensione affettiva, uso di indicatori esterni e modalità automatica; Colli & Gagliardini, 2016).

Vi sono numerose prove dell'efficacia del MBT (*Mentalization based treatment*; Bateman & Fonagy, 1999) per il disturbo borderline di personalità. Il trattamento ha effetti positivi sia per il funzionamento globale (Jørgensen et al., 2014) che per la riduzione dei sintomi psichiatrici (Bales et al., 2012). Il trattamento MBT comporta, inoltre, un miglioramento significativo della mentalizzazione dei pazienti (Kalleklev & Karterud, 2018).

Il presente elaborato analizza l'efficacia del trattamento basato sulla mentalizzazione in un campione di pazienti borderline, attenendosi (per un tempo totale di 24 mesi) all'andamento della gravità dei sintomi, gli sbilanciamenti nella mentalizzazione e le modalità prementalizzanti. In particolare, si ipotizza: a) una riduzione significativa dei sintomi al termine del trattamento; b) il raggiungimento di un maggiore equilibrio delle quattro dimensioni della mentalizzazione; c) la riduzione nell'uso di modalità prementalizzanti.

Prima di procedere all'analisi dei dati, il presente elaborato tratta e approfondisce la struttura borderline di personalità, il disturbo borderline di personalità e i deficit nella mentalizzazione dei pazienti borderline. L'analisi ha evidenziato un miglioramento del campione preso in esame per quel che riguarda la gravità dei sintomi, gli sbilanciamenti nella mentalizzazione e l'uso della pseudo-mentalizzazione intrusiva, confermando le ipotesi della ricerca.

Sommario

Introduzione	1
1. La struttura borderline di personalità	3
1.1 La struttura di personalità	3
1.2 L'attuale spettro della personalità	4
1.3 Storia della categoria borderline	4
1.4 Il lavoro di Otto Kernberg	5
1.5 Eziologia della struttura borderline di personalità	7
2. Il disturbo borderline di personalità: quadro sintomatologico e manifestazioni	9
2.1 I manuali: DSM-5 e PDM-2	9
2.2 Prevalenza, decorso, ereditarietà e tassi di suicidio	10
2.3 Il Sé compromesso e incoerente	10
2.4 Disregolazione emotiva ed impulsività	11
2.5 Meccanismi di difesa	12
2.6 Comportamenti autolesivi	13
2.7 Paura dell'abbandono e difficoltà relazionali	14
2.8 Ideazione paranoide transitoria e sintomi dissociativi	15
2.9 Incapacità di mentalizzare	15
3. La mentalizzazione nei pazienti borderline	17
3.1 La teoria della mente	17
3.2 La prospettiva di Fonagy	17
3.3 La prospettiva attuale	18
3.4 Il modello dimensionale	20
3.5 Attaccamento e funzione riflessiva	21
3.6 La teoria della mente nei pazienti borderline	24
4. Analisi dell'efficacia del MBT	29
4.1 Background	29
4.2 Campione	30
4.3 Strumenti di assessment	30
4.4 Risultati	31
5. Conclusioni	37

Introduzione

Il presente studio tratta i deficit della mentalizzazione di soggetti borderline e l'efficacia del trattamento MBT per questo tipo di pazienti. In particolare, una prima parte è dedicata all'approfondimento del disturbo e della mentalizzazione, mentre una seconda parte analizza i risultati ottenuti in un campione di pazienti borderline sottoposti a trattamento MBT.

Il campione del presente studio è composto di nove pazienti borderline (sette femmine e due maschi) di età compresa tra i 19 e i 51 anni, in cura presso l'ospedale Camposampiero (PD). La somministrazione dei test è avvenuta all'inizio, durante e al termine del trattamento, durato in totale 24 mesi solari.

La tesi è articolata in quattro capitoli; nel primo capitolo vengono approfonditi i concetti di struttura di personalità e, in seguito, la struttura borderline di personalità. Il secondo capitolo si concentra sul disturbo borderline di personalità secondo le prospettive psicodinamica e statistico-descrittiva, approfondendolo così da entrambi i punti di vista. Il terzo capitolo tratta della mentalizzazione: definizione, linea di sviluppo e legami con l'attaccamento. Sempre nel terzo capitolo, vengono descritti gli specifici deficit di mentalizzazione dei pazienti borderline. Infine, nel quarto capitolo viene analizzata l'efficacia del trattamento MBT per il campione di riferimento, attraverso lo studio dei punteggi dei pazienti ai test BPD-CL, MMS e MIS.

L'obiettivo di questa tesi di laurea è dunque comprendere, attraverso l'analisi dei risultati del campione a BPD-CL, MIS e MMS, se il trattamento MBT è risultato efficace. In particolare, l'efficacia viene valutata in termini di equilibrio nelle modalità di mentalizzazione, minore uso di forme di pensiero prementalizzanti e riduzione della gravità dei sintomi.

Grazie a questa analisi è stato possibile comprendere i cambiamenti ed i progressi dei soggetti del campione durante il trattamento, i quali verranno esposti esaustivamente nelle conclusioni.

Capitolo 1

La struttura borderline di personalità

1.1 Struttura di personalità

La personalità, secondo gli autori del PDM-2, è più di quanto si possa osservare dal solo comportamento, in quanto comprende un'ampia gamma di processi interni e psicologici (motivazioni, fantasie, patterns specifici di sentimenti e modalità di pensiero, modi di fare esperienza del sé e dell'altro, modalità di coping e molti altri). Dato che la personalità comprende non solo "chi siamo" (la gamma di processi interni psicologici) ma anche il nostro modo di porci agli altri e di fare esperienza, è molto comune che le problematiche riportate dai pazienti siano strettamente connesse e intrecciate alla loro personalità. Il modo in cui ognuno si relaziona al mondo esterno e ne fa esperienza è unito al mondo interno tramite una relazione di influenza reciproca, ed è proprio questa relazione che – nel tempo – struttura la persona nella sua completezza: forma il nucleo dell'individuo. La struttura di personalità è difatti il nucleo delle tendenze dominanti di ognuno, le quali in letteratura vengono descritte con specifici stili di personalità. Quali che siano le tendenze dominanti, ognuno ha caratteristiche appartenenti a diversi stili, che possono manifestarsi più o meno frequentemente e in maniera più o meno generalizzata nella vita quotidiana dell'individuo.

La valutazione della struttura di personalità è un processo estremamente complesso, nel quale il clinico deve identificare la struttura di personalità, l'eventuale presenza di un disturbo di personalità e i tratti o stili di personalità latenti. La struttura di personalità può essere una specifica organizzazione o la combinazione di due diverse organizzazioni, nel caso in cui il paziente non rientri pienamente in una singola categoria. Parlando invece di stili di personalità latenti si intendono stili presenti ma che non implicano disagio psicologico o disadattamento. Esistono test della personalità che permettono di valutare la pervasività degli stili di personalità, identificando dunque i tratti latenti e distinguendoli da quelli che effettivamente si manifestano in maniera più o meno problematica nell'individuo.

Identificare la struttura di personalità è utile al clinico per scegliere una direzione di intervento terapeutico appropriata, oltre che per trovare una modalità di comunicazione efficace che permetta al paziente di procedere verso il cambiamento e la guarigione, rendendo assimilabile l'intervento. Questo tipo di valutazione fornisce indicazioni sulle tendenze dominanti, indipendentemente dalla presenza o meno di un disturbo di personalità.

È possibile e corretto diagnosticare un disturbo di personalità solo nel caso in cui i pattern di comportamento e di relazione con se stessi e con l'altro diventino pervasivi e disadattivi.

Dai test di personalità possono emergere difatti diversi stili di personalità in un individuo, ma non necessariamente questi raggiungono il punteggio critico che li rende patologici.

Scrivo in proposito Mc Williams “Le dinamiche non sono patologia. Si può correttamente ritenere che qualcuno abbia una patologia del carattere o un disturbo della personalità soltanto quando i suoi schemi sono talmente stereotipati da impedire lo sviluppo psicologico e l’adattamento” (Mc Williams, 2012, pag. 184).

Il disturbo di personalità è un problema strutturato, in quanto tali pattern di pensiero e comportamento sono presenti nel mondo interno del paziente da molto tempo; infatti, spesso pazienti con questi tipi di disturbi raccontano di non aver mai percepito il mondo in un modo diverso da quello attuale, oppure di aver sempre reagito a situazioni stressanti nello stesso modo. È dunque importante, al fine di identificare la corretta linea di intervento nello specifico caso, distinguere queste problematiche da problemi cosiddetti reattivi. Un problema è detto reattivo quando l’individuo reagisce in maniera disadattiva a seguito di un episodio particolarmente doloroso o traumatico. La qualità disadattiva della risposta potrebbe essere semplicemente la risposta ad una condizione esterna, piuttosto che la manifestazione di un problema della personalità.

1.2 L’attuale spettro della personalità

Attualmente, la personalità viene valutata e classificata lungo uno spettro che va dal funzionamento sano al funzionamento psicotico, passando per i funzionamenti nevrotico e borderline: dal funzionamento più sano a quello più disturbato, vengono riassunte in questo spettro le strutture di personalità ad oggi riconosciute in letteratura. Tale spettro è una linea continua, lungo la quale è possibile identificare vari gradienti di psicopatologia. Le varie categorie si distinguono per la qualità del funzionamento della persona nella vita quotidiana: controllo degli impulsi, coerenza dell’identità, gestione del conflitto e meccanismi di difesa sono alcuni degli aspetti principali da tenere in considerazione, oltre alla capacità del paziente di provare emozioni e di avere relazioni soddisfacenti. L’estremo sano del continuo è caratterizzato da: espressione adeguata negli impulsi, senso di identità personale relativamente coerente, gestione flessibile di conflitti interni ed esterni, comprensione di uno spettro relativamente ampio di emozioni e sentimenti, relazioni durature e soddisfacenti con gli altri. Questi pazienti, inoltre, non vivono indebitamente l’angoscia e non la impongono agli altri. All’estremo più disturbato del continuum invece, secondo gli autori del PDM-2, vi sono pazienti che reagiscono in maniera inflessibile a situazioni conflittuali o stressanti utilizzando un insieme ristretto di meccanismi di difesa, tendenzialmente disadattivi e costosi in termini energetici.

1.3 Storia della categoria borderline

Il concetto di struttura borderline di personalità, inteso come livello di funzionamento psichico, non è stato tuttavia sempre accettato dalla comunità psicoanalitica;

Intorno alla fine del XIX secolo si trova già traccia nella comunità psicoanalitica dei primi accenni alla struttura borderline di personalità: alcuni osservatori psichiatrici avevano identificato una zona di confine tra nevrosi e psicosi, categorie di matrice freudiana. Freud concepì unicamente il livello nevrotico e psicotico di patologia: o il paziente era in contatto con la realtà, oppure tale contatto era interrotto e danneggiato. Nonostante fossero presenti le prime idee su un livello di psicopatologia intermedio tra psicosi e nevrosi, fino a circa metà del XX secolo la comunità psicoanalitica rimase fedele ai precetti freudiani.

Il modello freudiano appena presentato appare ai nostri occhi assolutamente obsoleto e non aderente alle diverse manifestazioni della psicopatologia oggi conosciute e studiate a fini diagnostici, ma sarebbe sbagliato sottovalutarne la rilevanza storica. La possibilità di differenziare il trattamento in base al tipo di problematica del paziente - per quanto limitate fossero le problematiche allora concepite - ha posto la base necessaria ai futuri sviluppi della psicoterapia.

Nella seconda metà del XX secolo, molti autori hanno tentato di dare una definizione alla “stabile instabilità” (Fonagy & Target, 2001, p. 30) che era presente in alcuni pazienti: scrive Mc Williams che tali pazienti “erano troppo sani per essere considerati pazzi e troppo pazzi per essere considerati sani” (Mc Williams, 2012, pag. 75).

Si osserva quindi un distacco ed un’evoluzione rispetto ai precetti freudiani nella comunità psicoanalitica, evoluzione che ha poi permesso di elaborare un’idea diversa e nuova della psicopatologia. Non si parla più di sanità o pazzia, ma piuttosto si concepiscono nuove sfaccettature della malattia mentale.

Alcuni autori (Bion, 2009; Rey, 1979; Steiner, 1979), cercando di comprendere ciò che Fonagy descriverà in seguito come “paradossale costellazione di permanenza e impermanenza” (Fonagy & Target, 2001, p. 30), studiarono l’organizzazione patologica sottostante a questi pazienti. Altri (Ekstein & Wallerstein, 1954; Rosenfield & Sprince, 1963; Shapiro, 1983) invece - nell’ambito della psicologia dell’Io - concentrarono maggiormente la loro attenzione sulle funzioni psicologiche sottostanti al comportamento di questi soggetti, descrivendo una stabile instabilità delle funzioni dell’Io. Vediamo come l’instabilità sia stato fin da subito l’elemento caratterizzante dei pazienti borderline agli occhi degli studiosi che hanno approfondito tale argomento. Grazie al lavoro di molti (Grinker et al., 1968; Gunderson & Singer, M, 1975; Kernberg, 1980; Masterson, 1976) la struttura borderline di personalità trovò un suo spazio nella comunità psicoanalitica e una sua precisa caratterizzazione, intorno alla fine del XX secolo. Il principale contributo teorico rimane tuttavia quello di Otto Kernberg, portato avanti tra il 1975 e il 1985.

1.4 Il lavoro di Otto Kernberg

Il contributo di Otto Kernberg è stato fondamentale sia per definire la struttura borderline di personalità come livello di funzionamento psichico, sia per distinguerla dal disturbo di personalità.

Kernberg basa la diagnosi di personalità su tre criteri principali: a) tipo di difese psicologiche utilizzate (mature o primitive), b) esame di realtà (compromesso o integro), c) diffusione dell'identità (presente o assente).

La diffusione di identità consiste nell'assenza di integrazione delle idee sul sé, sui propri valori, sulle proprie preferenze sessuali o sul proprio stile di vita; tale criterio è stato sviluppato da Kernberg specificatamente per definire la struttura borderline di personalità. La diffusione di identità è soggettivamente percepita come senso di vuoto e contraddizione rispetto a se stessi, inoltre implica l'incapacità di entrare in contatto con l'altro e di empatizzare. Empatizzare permette difatti di "mettersi nei panni dell'altro", ma in presenza di un Sé non coerente questo risulta difficile, se non impossibile.

L'incapacità di empatizzare implica una scarsa coerenza dell'immagine dell'altro e si riflette dunque anche nel modo in cui i pazienti borderline descrivono le persone che li circondano: spesso utilizzano termini svalutanti e spiegazioni stereotipate ai comportamenti altrui, creando un'immagine dell'altro quasi non umana. La rappresentazione dell'altro per questi pazienti è priva di ambivalenza, da cui la turbolenza caratteristica delle loro relazioni non solo nella quotidianità, ma anche nelle dinamiche transferali e controtransferali. Nancy Mc Williams, infatti, descrive i transfert di pazienti borderline come "intensi, privi di ambivalenza e resistenti alle normali interpretazioni" e i controtransfert come aventi spesso "qualità disturbanti e distruttive" (Mc Williams, 2012, pag. 91) anche quando si tratta di controtransfert positivi.

L'esame di realtà consiste nella mantenuta capacità di valutare se stessi secondo norme condivise, distinguere il sé dal non sé e gli stimoli interni da quelli esterni: tutte capacità assenti nell'organizzazione psicotica (in cui secondo Kernberg l'esame di realtà è infatti assente), ma presenti nei borderline. La capacità dei borderline di valutare adeguatamente la realtà è infatti ciò che li distingue dagli psicotici.

Dato che il concetto "borderline" per come fu teorizzato da Kernberg includeva molti disturbi di personalità oltre al disturbo borderline (ad esempio, le personalità antisociali e narcisistiche), Gunderson (2003) vi ha aggiunto dei criteri nel tentativo di rendere più specifica la descrizione del disturbo e limitare gli errori diagnostici. Alcuni criteri sono tentativi di suicidio con scopi manipolatori, affettività enfatizzata ed esperienze psicotiche lievi.

Riassumendo, la struttura borderline è caratterizzata da manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io, tendenza al processo primario di pensiero, presenza dominante di difese psicologiche primitive (come scissione, identificazione proiettiva e proiezione) e diffusione dell'identità (Kernberg, 1967, 1978, 1988). Conseguono la loro rappresentazione distorta degli

oggetti interni, percepiti unicamente come positivi o negativi e mancanti dunque di ambivalenza.

1.5 Eziologia della struttura borderline di personalità

Molti autori hanno ricercato l'eziologia del disturbo borderline di personalità, ipotizzandone o identificandone gli elementi predisponenti o scatenanti, nella storia personale dell'individuo.

Il lavoro di rielaborazione degli stadi infantili freudiani in termini di compiti interpersonali, portato avanti da Erikson (1966), influenzò Masterson e Kernberg. Alla luce di tale rielaborazione, gli autori conclusero che il paziente borderline si trova in uno stato di fissazione allo stato di separazione-individuazione (Mahler, 1972), da cui deriverebbero sia la sua angoscia di abbandono, sia il suo timore della fusione totale con l'altro (che eliminerebbe la sua identità). Il loro vissuto psicologico è dunque caratterizzato da un conflitto tra l'annullamento della propria persona e il completo isolamento, da cui nasce la loro profonda ansia di separazione. Masterson riconduce l'ansia da separazione a fallimenti evolutivi durante la sottofase di riavvicinamento del processo di separazione-individuazione, dunque al mancato soddisfacimento di bisogni dell'attaccamento precoce. Kernberg (1978) ha similmente ricondotto l'origine della struttura borderline a interazioni non sane nella diade madre-bambino nelle prime fasi dello sviluppo. Altri autori (Rinsley, 1982) anni dopo hanno inoltre sottolineato il possibile ruolo dell'assenza di confini interpersonali in situazioni familiari disfunzionali.

Mary Ainsworth ed altri (1978) si sono concentrati sulla correlazione tra gli stili di attaccamento infantili e l'emersione del funzionamento borderline in età adulta. I risultati di questi studi concordano con ricerche più recenti (Schore, 2002), le quali mostrano l'importanza del clima familiare e del legame di attaccamento nei primi anni di vita, oltre al ruolo di traumi relazionali o abusi sessuali in infanzia o adolescenza. Anche la ricerca neuroscientifica (Fertuck et al., 2006; Van Der Kolk, 2003) evidenzia che un'esperienza traumatica precoce può inficiare le capacità di controllo esecutivo e di conseguenza la regolazione degli affetti. Altri autori (Stone, 1977) posero l'attenzione sul ruolo delle predisposizioni costituzionali e neurologiche, e la letteratura più recente presenta evidenze del ruolo della vulnerabilità genetica (Kernberg, 2005) e dell'arresto dello sviluppo (Bateman & Fonagy, 2006), per quanto questi fattori siano mediati dalle differenze individuali.

Nonostante attualmente si ritenga che l'eziologia di tale condizione sia multifattoriale, negli ultimi anni la prospettiva principe sull'eziologia della struttura e del disturbo borderline di personalità è quella di Fonagy, che assume il ruolo centrale della mentalizzazione e della "funzione riflessiva" (Fonagy, 2000). Secondo questa prospettiva, le difficoltà dei pazienti borderline sono dovute alla loro incapacità di mentalizzare, ovvero di rappresentare il sé e gli altri come indipendenti tra loro, sostanzialmente diversi e separati: mancano dunque di un'adeguata funzione riflessiva. Il deficit della funzione riflessiva nei pazienti borderline è causa dei loro comportamenti impulsivi, della turbolenza dei loro rapporti con gli altri, dei loro

problemi nella regolazione e tolleranza degli affetti. Mc Williams scrive infatti, parlando dell'emotività dei pazienti borderline, che “frequentemente si arrabbiano laddove altri individui proverebbero vergogna, invidia, tristezza o qualche altro stato affettivo più sfumato” (Mc Williams, 2012, pag. 88).

Capitolo 2

Il disturbo borderline di personalità: quadro sintomatologico e manifestazioni

2.1 I manuali: DSM-5 e PDM-2

Si fa di seguito riferimento ai manuali DSM-5 e PDM-2 per descrivere la sintomatologia del disturbo borderline di personalità: tale scelta è stata fatta per utilizzare sia la prospettiva psicodinamica, sia l'approccio statistico-descrittivo e descrivere il disturbo in maniera esaustiva.

Il PDM-2 (*Psychodynamic Diagnostic Manual* - seconda edizione) utilizza un approccio dimensionale alla diagnosi di personalità, prendendo in esame il funzionamento del paziente, lo stile di personalità, le difese che utilizza, i suoi punti di forza e le sue credenze patogene. Il manuale, inoltre, utilizza un approccio prototipico: dato che la manifestazione completa dei criteri nosografici è estremamente rara, un certo disturbo di personalità può essere diagnosticato in base a quanto il paziente è sovrapponibile al prototipo descritto nel manuale. Dato che utilizza un approccio psicodinamico, il PDM-2 descrive le dinamiche transferali e controtransferali, i vissuti individuali sia del clinico che del paziente e, più in generale, la coppia terapeutica nella sua specificità. Il manuale, inoltre, adotta una logica multiassiale e life-span: per ogni fase di vita, il PDM-2 analizza il funzionamento mentale dell'individuo utilizzando gli assi P, M e S. Tali assi valutano rispettivamente: stili e sindromi di personalità (o stili emergenti per bambini e adolescenti), capacità e profilo di funzionamento mentali, pattern sintomatologici ed esperienza soggettiva del paziente. Per quanto riguarda le fasi di vita, il manuale è diviso in cinque sezioni: sezione I per l'età adulta, sezione II per gli adolescenti dai 12 ai 18 anni, sezione III per l'infanzia, sezione IV per la prima infanzia e sezione V per la popolazione anziana. Date le caratteristiche del campione analizzato (individui maggiorenni), la trattazione è incentrata su quanto riportato nella sezione I (età adulta) e prevalentemente in base a quanto descritto dall'asse P. L'asse S non è inclusa nella presente trattazione in quanto non tratta di disturbi della personalità e l'asse M viene utilizzata per trattare della mentalizzazione. Il DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* - quinta edizione) utilizza una prospettiva diagnostica categoriale e politetica: la diagnosi si basa quindi sull'assunto che i singoli disturbi siano reciprocamente esclusivi (Kraepelin, 1919) e viene effettuata in base alla presenza o all'assenza di un insieme di sintomi, specifici per ogni disturbo mentale. Il PDM-2 identifica due livelli di patologia borderline: un livello più alto, più vicino al funzionamento nevrotico, e uno più basso e vicino al funzionamento psicotico. Notiamo che - utilizzando una prospettiva dimensionale - la psicopatologia è intesa come un gradiente,

piuttosto che come una serie di categorie tra loro separate. Il DSM-5, utilizzando una prospettiva diagnostica categoriale e politetica, non opera questo tipo di distinzione. Il DSM-5, essendo un manuale puramente descrittivo e ateoretico, tende alla neutralità e non affronta le dinamiche transferali o altri aspetti relazionali della coppia terapeutica. Tuttavia, fornisce informazioni utili riguardo la prevalenza, il decorso, l'ereditarietà, le comorbidità e i criteri per la diagnosi differenziale.

2.2 Prevalenza, decorso, ereditarietà e tassi di suicidio

Il DSM-5 stima la prevalenza nella popolazione generale del disturbo borderline di personalità intorno al 1,6%, aggiungendo tuttavia che potrebbe anche arrivare al 5,9%. La prevalenza è del 6% nei contesti di cura primaria, 10% negli ambulatori e circa 20% nella popolazione psichiatrica. Tuttavia, secondo il manuale, la prevalenza diminuisce con l'aumentare dell'età dei soggetti: tra i 30 e i 40 anni, la maggior parte delle persone con questo disturbo riesce a mantenere relazioni stabili e una maggiore continuità in ambiente professionale rispetto al passato.

Il disturbo borderline di personalità è cinque volte più comune tra parenti di primo grado rispetto alla popolazione generale. Il rischio aumenta in casi di disturbo da abuso di sostanze, disturbo di personalità antisociale e disturbo depressivo o bipolare nella storia familiare. Un'altra caratteristica del BPD (borderline personality disorder) evidenziata dal DSM-5 è la prevalenza femminile: tre pazienti su quattro diagnosticati con questo disturbo sono donne.

Il DSM-5 riporta che i pattern di instabilità cronica esordiscono comunemente nella prima età adulta, accompagnati da gravi episodi di mancato controllo di affetti e impulsi, e con conseguente ricorso a strutture di cura. La compromissione del funzionamento individuale e il rischio di suicidio, per quanto riguarda questo disturbo, sono alti nella prima età adulta, ma calano gradualmente con l'aumentare dell'età. Il DSM-5 riporta il tasso di suicidio tra l'8% e il 10% nella popolazione borderline, con rischio massimo nella prima età adulta, e l'alta ricorrenza di tentativi e minacce di suicidio, tanto che - molto spesso - è proprio a causa di un tentato suicidio che queste persone giungono all'attenzione clinica.

2.3 Il Sé compromesso e incoerente

Il PDM-2 evidenzia l'incapacità dei pazienti borderline di percepire se stessi e gli altri in maniera continua e coerente: questi pazienti, infatti, alterano improvvisamente le loro rappresentazioni di sé e degli altri, senza stupirsi dell'incoerenza di tali cambiamenti. Il DSM-5 parla di "alterazione dell'identità" (American Psychiatry Association, 2014, pag. 663) per descrivere l'instabilità persistente dell'immagine di sé: spesso questi pazienti cambiano l'immagine di sé così bruscamente da arrivare a dire che non esistono affatto. L'immagine di sé di questi pazienti è descritta come instabile in maniera persistente: i cambiamenti repentini nella rappresentazione di sé li portano a modificare frequentemente i loro obiettivi, valori,

aspirazioni, carriera professionale, identità sessuale, amici. Quanto detto è in accordo con il concetto di diffusione di identità precedentemente citato. Secondo il PDM-2, una delle credenze patogene associate a questo disturbo è “Non so chi sono”: a tale pensiero consegue logicamente il profondo senso di vuoto comune tra i pazienti borderline.

2.4 Disregolazione emotiva e impulsività

Sia il DSM-5 che il PDM-2 riportano la difficoltà a tollerare e regolare gli affetti dei pazienti borderline, i quali spesso vivono emozioni travolgenti ed estreme, episodi di depressione, ansia o rabbia molto intense e passano molto velocemente da uno stato all'altro, da un'emozione all'altra. Secondo il PDM-2, le emozioni dei pazienti borderline raggiungono alti livelli di intensità così in fretta da compromettere il loro funzionamento; proprio per questo – e per la loro tendenza a catastrofizzare - spesso in situazioni di forte *arousal* hanno bisogno della presenza e del conforto di un'altra persona per riuscire a calmarsi. Nonostante l'instabilità dell'umore sia anche un sintomo dei disturbi depressivi e bipolari, questa - nel disturbo borderline - fa parte di un pattern di comportamento ed esperienza esordito generalmente nella prima età adulta e consolidato nel tempo. Nel caso dei disturbi bipolari e depressivi invece, l'alterazione dell'umore è circoscritta a specifici periodi di vita dell'individuo.

Il DSM-5 riporta che la marcata reattività dell'umore e l'instabilità affettiva di questi pazienti si concretizzano in episodi di disforia, ansia e rabbia intensa, spesso in risposta a sollecitazioni interpersonali (dunque, presumibilmente, all'attivazione del sistema di attaccamento). Secondo il manuale, tali episodi durano poche ore, raramente più di un paio di giorni. Il cambiamento rapido delle emozioni (oltre alla ricerca di attenzioni e al comportamento manipolatorio) è un sintomo presente anche nel disturbo istrionico di personalità. Tuttavia, il DSM-5 sottolinea che i pazienti borderline si distinguono da pazienti istrionici per l'autodistruttività, gli attacchi di rabbia e i sentimenti cronici di vuoto interiore e solitudine.

Nel DSM-5 la difficoltà a controllare la rabbia occupa un criterio diagnostico separato rispetto all'instabilità emotiva in generale, assumendo particolare rilevanza nel quadro sintomatologico. Secondo il manuale, il paziente borderline reagisce con rabbia quando percepisce negligenza, indifferenza o noncuranza nei suoi confronti da parte dell'altro significativo (caregiver, amante, ecc). Agli episodi di rabbia, seguono solitamente sentimenti di vergogna e colpa, che contribuiscono all'immagine di sé come cattivo. Secondo il DSM-5, nonostante le reazioni di rabbia inappropriate siano comuni anche ai disturbi paranoide e narcisistico di personalità, i pazienti paranoide e narcisisti si distinguono dai pazienti borderline per la relativa coerenza dell'immagine di sé e per la relativa assenza di autodistruttività, impulsività e paura dell'abbandono.

L'impulsività di questi pazienti è un'altra importante chiave di lettura del quadro sintomatologico: in proposito, nel PDM-2 riporta che spesso i pazienti borderline si sentono disorientati dal loro stesso comportamento e possono far sentire allo stesso modo le persone

con cui interagiscono. Secondo il DSM-5, la marcata reattività dell'umore e l'elevata sensibilità alle circostanze esterne sono le due principali cause dell'impulsività di questi pazienti.

L'impulsività li rende vulnerabili a disturbi connessi al circuito della ricompensa: abuso di sostanze, ludopatia e comportamenti alimentari a rischio (ad esempio, il binge eating). Li rende anche propensi a comportamenti a rischio (come la guida spericolata) anche di natura sessuale e a comportamenti autolesivi (auto-mutilazione e altre attività autodistruttive), specialmente in momenti stressanti. Il DSM-5 dedica un criterio a sé stante ai comportamenti automutilanti e suicidari di questi pazienti, aumentandone, in un certo senso, la rilevanza nel quadro sintomatologico rispetto al PDM-2.

Studi recenti (Vahidi et al., 2021) hanno evidenziato correlazioni significative tra la regolazione emotiva, la capacità di mentalizzazione e i sintomi del BPD in un campione di adolescenti, confermando sia la teoria di Jurist (2018), che mostrava il ruolo della mentalizzazione nel processo di regolazione emotiva, sia gli studi di Chiesa e Fonagy (Chiesa & Fonagy, 2014), che hanno riportato una significativa relazione tra funzione riflessiva e sintomi del BPD. Ricerche recenti (Carpenter & Trull, 2014) hanno suggerito che i deficit nella regolazione emotiva dei pazienti borderline sottintendono una scarsa consapevolezza emotiva e si concretizzano in comportamenti disturbati, specialmente in momenti stressanti.

Molta letteratura è dedicata alla relazione esistente tra la scarsa regolazione emotiva e gli altri sintomi del disturbo borderline di personalità; Both e altri (2019) hanno dimostrato la correlazione tra la scarsa regolazione emotiva e sintomi del BPD, mentre Vanek e altri (2021) hanno dimostrato la relazione tra impulsività, deficit nella regolazione emotiva, autolesionismo, uso di sostanze e tendenza al suicidio nel BPD.

2.5 Meccanismi di difesa

Secondo la prospettiva psicodinamica, i pazienti borderline si distinguono dai pazienti nevrotici per l'uso generalizzato di meccanismi di difesa primitivi. I pazienti nevrotici, contrariamente ai borderline, utilizzano infatti principalmente meccanismi di difesa maturi e quelli problematici riguardano solitamente una o poche aree di vita. I principali meccanismi di difesa utilizzati dai pazienti borderline secondo il PDM-2 sono: scissione, identificazione proiettiva, negazione, ritiro, introiezione, controllo onnipotente, acting out, somatizzazione, dissociazione e idealizzazione primaria. Identificazione proiettiva e scissione sono i due meccanismi che più inficiano le relazioni di questi pazienti, specialmente se si tiene in considerazione il loro carattere essenzialmente egosintonico. L'identificazione proiettiva consiste nell'unione di proiezione e introiezione: l'individuo proietta sugli altri i suoi oggetti interni (precedentemente introiettati) e gli altri, conseguentemente, tendono a comportarsi concordemente a tali oggetti, siano questi buoni o cattivi.

Tale meccanismo è reso possibile dallo stato di equivalenza psichica (Fonagy & Target, 2001, pag. 193) dei pazienti borderline: la confusione tra interno ed esterno permette la fusione dei processi di introiezione e proiezione.

La scissione è un processo difensivo primario, utilizzato dal bambino quando ancora non è in grado di concepire la costanza e l'ambivalenza dell'oggetto: l'altro è buono o cattivo e la realtà che lo circonda è necessariamente distorta. Poiché il paziente borderline ricorre alla scissione come meccanismo di difesa, le sue rappresentazioni di sé e degli altri mancano di ambivalenza: fallisce nell'integrare i diversi aspetti delle persone che lo circondano, le quali, conseguentemente, vengono rappresentate come essenzialmente scisse, come le rappresenterebbe un bambino.

Grazie all'identificazione proiettiva, il paziente borderline crea scissioni non solo interiori, ma anche dell'altro: poiché possiedono oggetti interni privi di ambivalenza, l'altro a cui si rivolgono diviene bersaglio di questi stessi oggetti, e tenderà a comportarsi di conseguenza. Il PDM-2 riporta, infatti, le intense reazioni controtransferali che si verificano nel corso della terapia di pazienti borderline.

2.6 Comportamenti autolesivi

Secondo il PDM-2, i pazienti borderline ricorrono a comportamenti autolesivi (NSSI - non-suicidal self injury, Favazza & Conterio, 1989) come strategia di regolazione emotiva, in risposta al senso di vuoto interiore, per attirare l'attenzione degli altri o per manipolarli (o ancora, per entrambi gli scopi).

Un altro motivo per cui spesso pazienti di questo tipo ricorrono a comportamenti autolesivi è il tentativo di ri-connettersi al proprio corpo. In questo caso, l'autolesionismo in questi pazienti è connesso alla costanza oggettuale: quando il paziente si sente sopraffatto e perde il contatto con se stesso, si affida a questa strategia per diminuire il suo dolore interno e sentirsi nuovamente connesso al proprio corpo, dimostrando dunque a se stesso di essere reale attraverso il dolore fisico. Il DSM-5 riporta che i pazienti borderline possono ricorrere a gesti autolesivi anche per compensare la loro convinzione di essere cattivi.

Kong (2019) spiega che molti operatori psichiatrici percepiscono l'intenzione manipolatoria sottostante all'autolesionismo dei pazienti borderline e li ritengono dunque responsabili di tali gesti; da qui la difficoltà di trattamento psicologico, che spesso lascia i farmaci come unica opzione di trattamento perseguibile. Kong, tuttavia, nel suo lavoro, sottolinea che - data l'egosintonia di tali comportamenti - sia sbagliato parlare di responsabilità o di colpa. Il paziente borderline ha, infatti, una rappresentazione di sé come non degno di amore o di rispetto e, finché rimane all'interno di tale framework psicologico ("non sono degno di rispetto", "merito di essere punito"), secondo l'autrice non può essere ritenuto responsabile di azioni che prende concordemente ad esso.

2.7 Paura dell'abbandono e difficoltà relazionali

Molta letteratura è dedicata al ruolo che il trauma psicologico in contesti di attaccamento ha nell'eziologia del disturbo borderline di personalità, il quale è infatti tendenzialmente associato all'attaccamento insicuro/disorganizzato (Fonagy et al., 2000). Il DSM-5 riporta che eventi di trascuratezza infantile, abuso sessuale e perdita prematura di un genitore sono comuni nella storia dei pazienti borderline ed è evidente che possono condizionare le loro relazioni in età adulta. In proposito, sia il DSM-5 che il PDM-2 riportano i problemi che questi pazienti hanno con l'intimità: quando si avvicinano ad un'altra persona, spesso si sentono controllati e contemporaneamente profondamente spaventati dall'idea che l'altro li abbandoni. Può accadere che inizialmente idealizzino un nuovo amico o amante e condividano con lui aspetti estremamente personali della propria vita, ma che dopo pochi incontri assumano d'improvviso un atteggiamento svalutante: l'altro viene visto alternamente come presenza positiva e persecutoria. Tutto questo conferma sia che questi pazienti vivono un conflitto tipico della fase di separazione-individuazione, sia il loro utilizzo generalizzato della scissione come meccanismo di difesa. È comune, infatti, che passino improvvisamente da una rappresentazione idealizzata ad una svalutante dell'altra persona, disorientando chi interagisce con loro.

Il sistema di attaccamento dei pazienti borderline li rende inoltre, secondo il PDM-2, dei pazienti particolarmente difficili. Il terapeuta, all'interno delle dinamiche transferali, è sia oggetto di salvezza che di minaccia, viene quindi trattato prima con ossequiosità e come fosse un'ancora di salvezza e dopo con atteggiamento ostile e denigratorio, evocando così controtransfert intensi e sgradevoli.

Secondo il DSM-5, i pazienti borderline non tollerano la solitudine e sperimentano la paura dell'abbandono anche a fronte di una breve separazione: potrebbero, per esempio, disperarsi al momento in cui il clinico comunica il termine della seduta. Spesso ricorrono a gesti autolesivi per "obbligare" altre persone a salvarli, riavvicinarli a sé ed evitare ciò che loro percepiscono come abbandono. Secondo lo stesso manuale, il paziente borderline può attribuire l'abbandono da parte di chi lo circonda al suo essere intimamente cattivo. La paura dell'abbandono è comune anche al disturbo dipendente di personalità, ma il DSM-5 riporta la sostanziale differenza tra i due disturbi: il paziente borderline reagisce all'abbandono con rabbia e richieste di attenzione, mentre il paziente dipendente reagisce in maniera sottomessa e cerca urgentemente qualcuno che possa sostituire chi lo ha abbandonato. Il paziente borderline inoltre ha relazioni tipicamente brevi e instabili, mentre quelle del paziente dipendente sono tendenzialmente stabili e di lunga durata. Il PDM-2 riporta, in proposito, le difficoltà che i pazienti borderline hanno a mantenere relazioni gratificanti a lungo termine e carriere professionali stabili e il DSM-5 riporta che è molto comune che perdano il posto di lavoro o che divorzino dal partner.

Il DSM-5 riporta anche che questi pazienti accusano spesso gli altri di abbandonarli o di averli abbandonati, mostrando intensa rabbia o paura a fronte della situazione di reale o immaginario

abbandono. Tale comportamento manipolativo viene differenziato, nel DSM-5, da quello che si manifesta nei disturbi di personalità antisociale: individui con disturbo di personalità antisociale manipolano gli altri per ottenere profitto, potere o gratificazioni materiali, mentre il paziente borderline ricerca attenzione e cura.

2.8 Ideazione paranoide transitoria e sintomi dissociativi

Un criterio utilizzato dal DSM-5, ma che non viene citato dal PDM-2, è l'ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi. Tali episodi sono spesso scatenati dalla paura di un reale o immaginario abbandono, sono temporanei e non abbastanza gravi da essere considerati un disturbo separato. Il DSM-5 differenzia in questo senso il disturbo borderline di personalità dal disturbo schizotipico di personalità: questi sintomi - per il paziente borderline, diversamente da quanto accade per il paziente schizotipico - sono transitori, scatenati da situazioni interpersonali e rispondono a circostanze esterne e situazionali.

2.9 Incapacità di mentalizzare

L'unico sintomo del disturbo borderline di personalità riportato nel PDM-2, e non nel DSM-5, è l'incapacità di mentalizzare.

La mentalizzazione è descritta nella sezione M del PDM-2, insieme alle altre 11 funzioni mentali utilizzate dal manuale per comprendere il funzionamento psichico del paziente (indipendentemente dalla diagnosi). La mentalizzazione è una funzione immaginativa e prevalentemente preconsocia, che si può manifestare verbalmente e non (ad esempio, attraverso il linguaggio corporeo) ed è operazionalizzata attraverso la funzione riflessiva.

Il manuale definisce la mentalizzazione come "l'abilità di inferire e riflettere su propri e altrui stati mentali" (Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorder, 2020, pag. 88) che permette di a) vivere il proprio mondo interno e descriverlo in maniera appropriata attraverso la simbolizzazione dell'esperienza (ad esempio attraverso il linguaggio), b) regolare i propri affetti ed i propri impulsi, c) sviluppare un senso coerente di sé e conseguentemente d) saper distinguere il mondo interno dal mondo esterno e i processi mentali dalle esperienze reali. Punteggi alti nella scala *Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva* implicano ottime capacità di riflessione, comprensione e inferenza sugli stati mentali propri e altrui, rappresentazioni sofisticate delle altre persone. Questi individui fanno esperienza di un'ampia gamma di emozioni complesse e controllano adeguatamente i loro impulsi. Dalla coerenza del sé, deriva la capacità di questi pazienti di distinguere la realtà interna da quella esterna.

A bassi punteggi nella scala *Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva* corrispondono pazienti incapaci sia di riflettere sui propri stati mentali che di inferire quelli altrui, oltre che incapaci di descrivere le loro emozioni nel momento in cui le stanno vivendo. Inoltre, questi pazienti non riescono a descrivere verbalmente le proprie esperienze (manca dunque la capacità di simbolizzazione) e non sono in grado di regolare i propri stati affettivi. Non distinguono né

la realtà interna da quella esterna, né i processi mentali dalle interazioni reali e sotto stress possono percepirsi come incoerenti o addirittura inesistenti.

È ben evidente quanto il quadro appena descritto si sovrappone alla fenomenologia del disturbo borderline di personalità. Il PDM-II riporta infatti i problemi che il paziente borderline incontra nel capire i comportamenti, le intenzioni, i desideri e le emozioni altrui. Spesso li fraintendono perché ricorrono alla proiezione, dando per scontato che gli altri si sentano e pensino come loro. Hanno anche difficoltà ad assumere un punto di vista diverso dal proprio e, conseguentemente, rappresentano le persone in maniera binaria (buone o cattive) ed egocentrica: possono utilizzare spiegazioni stereotipiche per il comportamento altrui, oppure possono sviluppare interpretazioni talmente contorte da distorcere la realtà e perdere il contatto con essa.

I deficit nella mentalizzazione possono manifestarsi in due diversi modi nei pazienti borderline: l'ipermentalizzazione e l'ipomentalizzazione.

L'ipermentalizzazione è una iperinterpretazione degli stati mentali altrui, di cui implica il fraintendimento e la distorsione: vengono attribuiti all'altro pensieri, emozioni, desideri che tuttavia non gli appartengono. L'ipomentalizzazione consiste invece nella difficoltà a fare inferenza sugli stati mentali altrui e a descrivere e comprendere i propri. Gli studi di Vahidi et al (2021) mostrano che i sintomi del BPD connessi a ipo e iper mentalizzazione si manifestano proprio attraverso la regolazione emotiva compromessa e inficiano le relazioni interpersonali. Vahidi ed altri (2021) e Gambin et al (2021) hanno inoltre concluso che i deficit nella regolazione emotiva e nella mentalizzazione sono strettamente connessi negli adolescenti con BPD.

La capacità di mentalizzare si sviluppa nei primi anni di vita, momento in cui il bambino internalizza le relazioni di attaccamento. Durante questo periodo, se il genitore riesce a dare un senso agli affetti che il bambino ancora non esprime verbalmente (è dunque rispecchiante) e tratta il bambino come un agente psicologico dotato di stati mentali, permette l'elaborazione e l'integrazione degli affetti nel bambino, aiutandolo a porre le basi per la mentalizzazione e per un senso coerente di sé. L'esito di questo processo dipende dalle capacità di mentalizzazione del genitore: se egli non fosse in grado di rispecchiare adeguatamente il bambino, quest'ultimo potrebbe sviluppare un senso non coerente di sé e incorrere nelle distorsioni della mentalizzazione (ipomentalizzazione e ipermentalizzazione).

Capitolo 3

La mentalizzazione nei pazienti borderline

3.1 La teoria della mente

La mentalizzazione è una forma di cognizione sociale strettamente legata al concetto di teoria della mente (TOM; Premack & Woodruff, 1978) e, per quel che riguarda i legami di attaccamento, al costrutto della funzione riflessiva (FR; Fonagy & Target, 2001). La teoria della mente fu definita per la prima volta come l'insieme delle intuizioni che ognuno ha su funzionamento mentale, credenze, attribuzioni, esperienza percettiva, memoria, emozioni, desideri e credenze (Premack & Woodruff, 1978). In seguito, Baron-Cohen (2000) la descrive come la capacità di inferire l'intera gamma degli stati mentali e comprendere il ruolo che hanno nel determinare le azioni. Fonagy, riferendosi alla mentalizzazione, parla di una "funzione mentale che organizza l'esperienza del nostro e altrui comportamento in termini di costrutti dello stato mentale." (Fonagy & Target, 2001, pag. 103): è ciò che permette di attribuire un senso al comportamento degli altri, di prevederlo e di potervi rispondere in maniera adeguata in base alla propria rappresentazione degli stati mentali altrui. Secondo l'autore la mentalizzazione è parte di un processo intersoggettivo tra caregiver e bambino, in quanto si sviluppa internamente alla relazione di attaccamento. La mentalizzazione inoltre si basa sull'acquisizione, da parte del bambino, di modelli di mentalizzazione attraverso il linguaggio (verbale e non) del caregiver stesso.

La teoria della mente è alla base di numerose capacità: permette la previsione delle azioni degli altri e la comprensione delle loro intenzioni in base agli stati mentali a loro attribuiti. Permette inoltre la regolazione affettiva, il controllo degli impulsi, l'automonitoraggio, l'introspezione, l'esperienza del Sé come agente, l'empatia, la comprensione dell'inganno e delle false credenze. Inoltre, la linea di sviluppo infantile della teoria della mente influenza i meccanismi di difesa che il bambino userà una volta adulto (Fonagy & Target, 2001).

3.2 La prospettiva di Fonagy

Fonagy e Target (2001) riprendono il pensiero di alcuni psicologi evolutivi a loro precedenti (Bretherton et al., 1981; Leslie, 1987) che, in casi di sviluppo tipico, una forma primitiva di teoria della mente sia presente già intorno al primo anno di vita.

Tra i tre e i quattro anni, secondo gli autori, il bambino acquisisce la capacità di attribuire opinioni ad altre persone e, dopo il sesto anno di età, sviluppa il *level two perspective taking*, che Flavell definisce come la "capacità di pensare sui pensieri di un'altra persona relativi ai pensieri di una terza persona" (Flavell et al., 1968).

Secondo Fonagy e Target (2001) il bambino pensa secondo l'atteggiamento teleologico e percepisce il mondo secondo la modalità dell'equivalenza psichica, in seguito sviluppa - anche grazie al gioco simbolico - la modalità del "far finta" e infine la funzione riflessiva e la capacità di mentalizzazione. Questi passaggi evolutivi sono resi possibili dall'attività di rispecchiamento del genitore.

L'atteggiamento teleologico è una forma di pensiero prementalizzante che permette la rappresentazione dell'altro solo in termini delle sue azioni fisiche: il bambino riconosce l'affetto della madre solo se questa, oltre ad esprimerlo a parole, attua comportamenti di cura (ad esempio, coprirlo quando ha freddo o nutrirlo se ha fame).

Fonagy e Target usano il termine "equivalenza psichica" per riferirsi al funzionamento mentale di un bambino troppo piccolo per aver sviluppato una flessione riflessiva adeguata, per il quale quindi "gli eventi mentali sono equivalenti a quelli del mondo fisico in termini di potere, capacità di determinare esiti concreti e implicazioni" (Fonagy & Target, 2001, pag. 193). Tale condizione rende le emozioni comprensibilmente terrificanti per il bambino, che quindi passa alla modalità del "far finta": crea delle rappresentazioni simboliche degli oggetti, riuscendo così sia a separare il mondo interno dal mondo esterno, sia a comprendere che i sentimenti sono sia interni che connessi al mondo esterno. Così facendo, il bambino pone le basi per lo sviluppo della sua stessa mentalizzazione.

Il rispecchiamento è un atteggiamento del caregiver che permette al bambino di dare un senso alle sue emozioni e renderle gestibili, tipico delle relazioni di attaccamento sicuro. Consiste in una risposta adeguata da parte del genitore alle angosce del bambino. Tale reazione, secondo Fonagy e Target (2001), non deve essere né troppo vicina, né troppo lontana dall'esperienza del bambino e deve contenere - oltre alla riflessione dell'affetto - un atteggiamento opposto all'angoscia del bambino stesso. Il genitore deve dunque sia riconoscere e rispettare l'angoscia del figlio, sia comunicargli che è al sicuro e che non ha nulla da temere. Per esempio: se un bambino ha paura che ci sia un mostro nel suo armadio pronto ad attaccarlo appena si addormenta, il genitore non deve limitarsi a spiegargli che si tratta di un semplice armadio, ma deve aprire lui stesso l'armadio davanti al bambino. Così facendo, evita di mostrarsi impaurito e traumatizzare il bambino senza sminuire il vissuto di angoscia del figlio.

3.3 La prospettiva attuale

L'attuale modello di sviluppo della teoria della mente si discosta dai periodi sensibili riportati da Fonagy e Target (2001): dalla comparsa dei primi predittori nel primo anno di vita, la teoria della mente si forma intorno ai tre anni e continua a svilupparsi fino circa ai sette anni, parallelamente allo sviluppo del linguaggio e del ragionamento (Wellman et al., 2001)

Tra i sei e i dodici mesi compaiono i primi predittori della mentalizzazione: il *pointing proto-dichiarativo* e l'*inseguimento visivo*. Questi dimostrano la capacità del bambino di capire il

focus attentivo di una seconda persona e seguire la direzione del suo sguardo rimanendo concentrato.

Tra i trentasei e i quarantotto mesi, il bambino comprende che “vedere porta a sapere”: capisce che le conoscenze di un individuo relative ad una specifica situazione dipendono, almeno parzialmente, da ciò che ha visto. Questa significativa componente dello sviluppo sociale permette al bambino di esprimere un giudizio sulle credenze di un'altra persona, in base a ciò che sa che quella persona ha visto. Più o meno nello stesso periodo, il bambino sviluppa il gioco simbolico”, o gioco “per finta”. Sia il gioco simbolico, sia la consapevolezza che “vedere porta a sapere” sono dovuti all'abilità di *meta-rappresentazione* e permettono al bambino di sviluppare le competenze necessarie a interazioni sociali efficaci. La meta-rappresentazione è definita da Leslie (1987) come la capacità di separare la realtà dalla fantasia, di distinguere un oggetto dalla sua raffigurazione in un dipinto. Tali rappresentazioni secondarie permettono al bambino di partecipare al gioco simbolico in compagnia in quanto, grazie a queste, il bambino condivide la fantasia dei suoi compagni di gioco, consapevole della rappresentazione mentale altrui dell'oggetto.

Tra il primo ed il secondo anno di vita, il bambino entra nello *stadio del desiderio*: ora comprende che gli altri hanno dei desideri che lui può conoscere ed utilizzare per prevedere i loro comportamenti.

Intorno al secondo anno di vita il bambino sviluppa l'empatia, intesa come la capacità di comprendere lo stato interno e intimo di altri in base ai loro comportamenti o in base a ciò che si sa di loro. Inoltre, a circa due anni il bambino comprende l'inganno e il segreto.

Tra il secondo ed il quarto anno di vita il bambino entra nello *stadio credenza-desiderio*: comprende che gli altri, oltre che di desideri, sono dotati anche di credenze e che dunque i comportamenti altrui possono essere previsti conoscendo non solo i loro desideri ma anche - appunto - le loro credenze e convinzioni. Il bambino, dunque, non concepisce più solo i desideri altrui, ma crea anche una rappresentazione mentale di ciò che le altre persone sanno di una data situazione.

Intorno al quarto anno di vita il bambino raggiunge lo *stadio rappresentativo*: apprende che le credenze di qualcuno su una data situazione possono essere false e che questo può portare le persone a commettere errori. Dennett (1991) sostiene che l'unico modo per esaminare l'abilità di teoria della mente nel bambino siano i compiti di falsa credenza, teoria confermata da Wimmer e Perner (1983), Baron-Cohen (1985), Perner (1987), rispettivamente attraverso la somministrazione dei compiti “Maxi e la cioccolata”, “Sally-Anne” e il “Compito degli smarties”. I risultati di tali studi dimostrano che i bambini sotto i quattro anni non sono in grado di comprendere le false credenze e che quindi non hanno ancora sviluppato un'adeguata e completa teoria della mente.

Altre ricerche hanno tuttavia suggerito che i bambini sotto i quattro anni potrebbero possedere una forma di teoria della mente implicita. Secondo tali studi, il limite delle ricerche precedenti

era la natura essenzialmente verbale dei compiti, che dunque un bambino sotto i quattro anni non poteva superare, indipendentemente dalla qualità della sua teoria della mente. DeVilliers e DeVilliers (2000) sostengono infatti che le prestazioni inferiori di bambini sotto i quattro anni derivano dal fatto che i bambini non capiscono cosa viene loro richiesto. Clements e Perner (1994) hanno evidenziato che bambini di tre anni riescono in compiti di falsa credenza che non richiedono l'uso del linguaggio, mostrando di possedere una teoria della mente implicita. Vi sono evidenze (Onishi, & Baillargeon, 2005) di teoria della mente implicita in bambini di appena quindici mesi.

Seppur si discuta se un bambino sotto i quattro anni possieda o meno una teoria della mente implicita, i ricercatori concordano nell'affermare che la teoria della mente è assolutamente presente intorno al quarto anno di vita.

Intorno ai sei anni, la vita sociale del bambino e l'interazione con i pari aumentano sensibilmente rispetto al passato: questa nuova "palestra sociale" permette al bambino di sviluppare le competenze necessarie a comprendere il sarcasmo e risolvere compiti di falsa credenza di secondo ordine; capisce che le persone possono voler dire o fare qualcosa a qualcuno per suscitare nell'altro un'emozione. Queste nuove capacità permettono al bambino di comprendere le sue amicizie ad un livello più profondo, in termini di implicazioni pratiche ed emotive. Secondo la prospettiva attuale, lo sviluppo di nuove capacità della teoria della mente continua fino alla fanciullezza.

3.4 Il modello dimensionale

La mentalizzazione è di recente stata operazionalizzata e valutata secondo una logica multidimensionale (Colli & Gagliardini, 2016); ogni dimensione è un continuum, lungo il quale si colloca l'individuo, con due polarità agli estremi: a) asse sé/altro, b) asse cognitiva/affettiva, c) asse automatica/controllata, d) asse interna/esterna.

L'asse sé/altro si riferisce all'oggetto verso cui è rivolta la mentalizzazione. L'abilità di riflettere su se stessi (*reflective self awareness*) è fondamentale per la costruzione della rappresentazione di sé. La *self awareness* può essere oggettiva o soggettiva: gli aspetti soggettivi permettono di percepire se stessi come centro di iniziativa, mentre la *self awareness* oggettiva implica la percezione di sé come uno tra tanti (Auerbach & Blatt, 1996). La capacità di riflettere sulle altre persone è la polarità opposta al riflettere su se stessi: permette di elaborare gli stati e i processi mentali altrui e fare inferenze a riguardo.

La dimensione cognitiva/affettiva si riferisce al tipo di contenuto mentale che viene mentalizzato. La teoria della mente affettiva permette di comprendere le emozioni altrui, la teoria della mente cognitiva implica la capacità di fare inferenze sulle credenze altrui (S. Shamay-Tsoory et al., 2007). La capacità di comprendere e mentalizzare i pensieri propri e altrui è alla base di processi complessi, quali il ragionamento astratto ed il *perspective taking*, ed è ciò che permette di pensare i pensieri (Fonagy et al., 2005). La teoria della mente affettiva -

connessa al funzionamento dei neuroni specchio - è alla base dell'empatia e di quel particolare tipo di regolazione emotiva che Jurist (2005) definisce *affettività mentalizzata*. Secondo l'autore, la mentalizzazione degli affetti comprende tre domini distinti: identificazione, processamento ed espressione; tali domini non sono legati da nessi causali, ma piuttosto da legami circolari di influenza reciproca.

L'identificazione permette di riconoscere e nominare le emozioni, così da renderle significative e dotate di senso, il processamento consiste nella modulazione degli affetti. L'espressione delle emozioni può essere diretta verso l'interno o l'esterno, nel qual caso può essere diretta o mediata dal linguaggio.

La polarità automatica/controllata si riferisce alla modalità di mentalizzazione. La mentalizzazione controllata è un processo volontario, conscio, controllato attivamente dall'individuo e basato sul linguaggio che permette l'attribuzione deliberata a sé e agli altri di emozioni, pensieri e intenzioni. Contrariamente, la mentalizzazione automatica è implicita, inconscia, veloce e poco costosa in termini energetici, motivo per cui è spesso soggetta a bias, specialmente in condizioni di forte arousal emotivo. Nonostante sia più imprecisa rispetto alla modalità controllata, la modalità automatica è quella più frequentemente utilizzata nelle relazioni quotidiane. Le due modalità possono alternarsi o attivarsi simultaneamente, in quanto la mentalizzazione implica spostamenti molto veloci tra conscio e inconscio.

La dimensione interno/esterno si riferisce al tipo di indicatore utilizzato per ottenere informazioni sugli stati mentali propri e altrui. Esempi di indicatori esterni degli stati mentali sono la postura, la prosodia e l'espressione facciale, esempi di indicatori riferiti al mondo interno sono invece le credenze e i desideri propri o altrui.

Ognuna delle polarità finora elencate pare essere connessa a specifici network cerebrali; per esempio, la dimensione interno/esterno sembra essere associata al network fronto-parietale-mediale (per gli indicatori interni) e fronto-temporo-parietale laterale (per gli indicatori esterni). (Luyten & Fonagy, 2015).

La specificità dei correlati neurobiologici della mentalizzazione sostiene l'ipotesi che le diverse dimensioni seguano specifiche traiettorie di sviluppo tra loro indipendenti. Un individuo possiede una buona capacità di mentalizzazione se è dinamico e flessibile nello spostarsi da una polarità all'altra dei quattro continuum: un individuo che mentalizza è un individuo flessibile, il cui sistema di rappresentazione di sé e degli altri è dinamico. Lo sbilanciamento verso uno dei due poli è associato all'eccessivo investimento sulla modalità di mentalizzazione corrispondente (Fonagy et al., 2012), ma è ancora dibattuto se lo sbilanciamento su un polo implichi un deficit sul polo opposto del continuum (Gagliardini, 2019).

3.5 Attaccamento e funzione riflessiva

L'attaccamento e la mentalizzazione hanno un ruolo centrale nello sviluppo di strutture di personalità disadattive e, più in generale, hanno una serie di conseguenze negative e patologiche

(Badoud et al., 2018). In particolare, il rispecchiamento non adeguato implica lo sviluppo anormale della funzione riflessiva e, conseguentemente, la frammentazione del sé e importanti ripercussioni negative sul funzionamento interpersonale (Fonagy & Luyten, 2009). Lo sviluppo di un'adeguata teoria della mente dipende dunque dalla sicurezza e dalla coerenza della relazione oggettuale di attaccamento nei primi anni di vita (Fonagy & Target, 2001): il funzionamento psichico del genitore deve dunque essere "abbastanza buono" da permettere al bambino di sviluppare la funzione riflessiva. Il modello operativo interno che si crea nel bambino influenzerà le sue relazioni in età adulta, in particolare quelle in cui fornisce o riceve delle cure: l'attaccamento del genitore potrebbe dunque sia permettere che impedire che il bambino riceva cure adeguate e rispecchianti (Paley, 2000).

Genitori con attaccamento ansioso potrebbero risultare invadenti nel tentativo di evitare la separazione (Bartholomew & Shaver, 1998) e - nel momento in cui il figlio non è per loro disponibile - proiettare su di lui il proprio senso di colpa attraverso forme di ostilità e criticismo (Mikulincer & Shaver, 2005). Il bambino probabilmente rappresenterà se stesso come incapace di comunicare i propri bisogni, l'altro come distratto, imprevedibile e non responsivo. Avrà dunque una rappresentazione discontinua della sua relazione col caregiver. Questo tipo di schemi sono associati all'attaccamento ansioso, che spesso si traduce nella tendenza del bambino a focalizzarsi sulla propria angoscia e sul proprio stato mentale escludendo gli scambi intersoggettivi (Fonagy & Target, 2001).

Genitori con attaccamento evitante, possono ricorrere a criticismo e ostilità per evitare e/o far fronte alle difficoltà del loro ruolo di caregiver (Campbell et al., 2001). Il bambino sviluppa così una rappresentazione del sé come autonomo rispetto ad un genitore non disponibile e rifiutante all'interno di una relazione non sicura. Tali rappresentazioni sono associate all'attaccamento evitante, che spesso comporta la rinuncia a comprendere lo stato mentale dell'altro (Fonagy & Target, 2001). Paley (2000) nel suo studio ha rilevato la correlazione positiva tra attaccamento evitante ed emotività espressa (che comprende le dimensioni di ostilità e commenti critici) self report del caregiver. I risultati di Paley mostrano anche la ridotta capacità di mentalizzazione di caregiver con attaccamento evitante rispetto al gruppo di controllo.

I bambini con attaccamento disorganizzato si mostrano molto sensibili agli stati intenzionali altrui e cercano in ogni modo di ottenere informazioni sugli stati mentali del caregiver a scopo predittivo: il caregiver è percepito come imprevedibile e spesso abusante, dunque utilizzano la mentalizzazione per prevedere i suoi comportamenti a scapito della comprensione di sé. Questo comportamento dei bambini disorganizzati può essere dovuto ad un caregiver ansioso, che conseguentemente rende ansioso il bambino, oppure ad un caregiver non affidabile o incostante nel rispondere ai bisogni psicologici del bambino. Date le conseguenze negative dei traumi infantili sulla mentalizzazione (Pears & Fisher, 2005) e il legame tra attaccamento disorganizzato e disturbo borderline di personalità (Carlson et al., 2009), si possono facilmente comprendere le conseguenze disastrose dei traumi e dei disturbi dell'attaccamento sullo sviluppo individuale.

Il contesto di attaccamento e la rete di interazioni familiari rappresentano il contesto di esperienza primario: il bambino forma i primi schemi mentali riguardo il Sé e il non-Sé in un ambiente complesso, significativo e dal carattere fortemente emotivo. Solo grazie ad un contenimento abbastanza buono in una relazione di attaccamento sicuro può avere luogo il rispecchiamento necessario allo sviluppo di una teoria della mente adeguata (Fonagy & Target, 2001).

Per esempio, se il genitore riflettesse l'angoscia del figlio senza elaborarla, il bambino potrebbe identificarsi col comportamento del genitore continuando a vivere l'affetto come intollerabile, sviluppare un attaccamento insicuro e - in certi casi - inibire la sua funzione riflessiva allo scopo di mantenere la sua vicinanza al caregiver.

La capacità di mentalizzare del genitore è un fattore predittivo per la sicurezza dell'attaccamento (Fonagy & Target, 2001): se il genitore non è in grado di rappresentare e comprendere l'angoscia del figlio non può nemmeno restituirla in forma digeribile e comprensibile, lasciando così il bambino spaventato e incapace di percepire il genitore come la base sicura di cui ha bisogno.

Così come una buona capacità di mentalizzazione del caregiver permette l'attaccamento sicuro e lo sviluppo della mentalizzazione del bambino, la mentalizzazione non adeguata del caregiver può avere conseguenze anche molto gravi sull'attaccamento del figlio e sulla sua teoria della mente. Cooper e colleghi (2021) hanno infatti dimostrato empiricamente il ruolo mediatore della mentalizzazione tra l'attaccamento insicuro e disturbi della personalità: i soggetti con bassi livelli di mentalizzazione mostravano un'associazione positiva tra attaccamento evitante e affettività negativa (Hopwood et al., 2019), mentre in casi di mentalizzazione adeguata la correlazione è negativa.

Zanarini e colleghi (1989) hanno documentato la diffusa presenza, nella storia dei pazienti borderline, di trascuratezza, abuso o genitori emotivamente insensibili, che influenzano la loro percezione degli altri come ostili e non degni di fiducia (Agrawal et al., 2004). Esiste, infatti, una forte associazione tra pattern di attaccamento insicuro e disturbo borderline di personalità (Schupper et al., 2015). Le difficoltà relazionali di questi pazienti hanno dunque origine spesso nella prima infanzia, a seguito di traumi o in casi di situazioni familiari disfunzionali. Nello studio di Brüne e colleghi (2016), in cui veniva richiesto ai partecipanti di valutare pensieri ed emozioni altrui, la performance dei soggetti borderline era infatti correlata negativamente con la gravità di eventuali traumi infantili.

Jańczak (2018) documenta precise corrispondenze tra tipo di attaccamento e specifico deficit nella mentalizzazione; soggetti borderline con attaccamento ansioso/preoccupato mostrano un improvviso crollo della mentalizzazione in situazioni stressanti o caratterizzate da forte arousal emotivo (Jańczak, 2018). Soggetti borderline con attaccamento evitante gestiscono meglio l'arousal e lo stress e attivano meno frequentemente il sistema di attaccamento rispetto ai soggetti con attaccamento preoccupato, ma situazioni con alto livello di arousal compromettono

comunque la loro capacità di mentalizzazione (Jańczak, 2018). Alcuni studi (Beeney et al., 2015; Ghiasi et al., 2016) confermano che l'attaccamento ansioso/preoccupato influisce negativamente sulla mentalizzazione in misura maggiore rispetto all'attaccamento evitante. I soggetti borderline con attaccamento disorganizzato, infine, mostrano un completo deficit nella mentalizzazione, oppure una relazione non definita tra la mentalizzazione e il sistema di attaccamento (Jańczak, 2018).

Oltre all'attaccamento insicuro, altri fattori possono contribuire allo sviluppo di una funzione riflessiva abnorme: predisposizioni del bambino (come iperattività, problemi di attenzione o difficoltà congenite nel controllo degli impulsi) e traumi infantili, in particolare maltrattamenti o abusi sessuali (Fonagy & Target, 2001). Questo tipo di abuso è spesso associato all'attaccamento disorganizzato e allo sviluppo abnorme della funzione riflessiva.

Il bambino abusato rifiuta di concepire che l'abusante abbia una mente propria, in quanto l'idea che qualcuno possa intenzionalmente provocargli così tanto dolore è insostenibile: il trauma disincentiva il bambino dal capire la mente altrui e l'inibizione della funzione riflessiva diventa dunque una difesa dal dolore psichico, una forma di "separazione vitale" (Fonagy & Target, 2001, pag. 92). Nei casi in cui l'abusante è il caregiver, il bambino generalizza al mondo intero la diffidenza e la paura che prova per il genitore: teme le menti degli altri e la propria e per questo persiste nell'uso della modalità di equivalenza psichica invece di forme mentalizzanti di pensiero. Nei casi di genitori abusanti che obbligano il figlio a negare l'accaduto, il bambino perde fiducia nella sua capacità di valutare i pensieri e le emozioni degli altri (Brüne et al., 2016). I bambini abusati non riescono a risolvere il trauma proprio a causa dell'inibizione della loro funzione riflessiva e conseguentemente - invece di risolverlo - lo ripetono (Fonagy & Target, 2001). Il ritiro dal mondo mentale del bambino può essere causato anche da uno stile genitoriale autoritario, dalla negazione/distorsione dei propri stati mentali in ambiente familiare abusante o dalla percezione da parte del bambino in sé stesso di stati analoghi a quelli del caregiver abusante (Fonagy & Target, 2001).

3.6 Teoria della mente nei pazienti borderline

La mancanza di un senso stabile del Sé, che risulta negli affetti non simbolizzati, non elaborati e non contenuti, è uno dei principali problemi dei pazienti borderline: il Sé, spesso a causa del rispecchiamento inadeguato, diventa alieno, ovvero composto non dalle rappresentazioni che il bambino ha di se stesso, bensì dalle rappresentazioni che il caregiver ha del bambino (Fonagy & Target, 2001). "L'immagine della madre colonizza in questo modo il Sé" (Fonagy & Target, 2001, pag. 213) e dunque il bambino fa uso costante della proiezione per ristabilire la coerenza nella propria esperienza. Lo sviluppo abnorme della funzione riflessiva è spesso l'origine della psicopatologia dello sviluppo e, in età adulta, del disturbo borderline di personalità (Bateman & Fonagy, 2010a).

I sintomi del disturbo borderline di personalità possono essere interpretati in funzione dell'inibizione della funzione riflessiva (Fonagy & Target, 2001). La mancata moderazione di aggressività può infatti essere connessa all'incapacità di questi pazienti di rappresentare l'altro, e dunque l'altrui sofferenza. I comportamenti di auto-etero aggressività possono essere interpretati come strategie di contenimento dell'esperienza psicologica, dovute alla non rappresentabilità delle esperienze interiori. L'incapacità di rappresentare coerentemente la mente degli altri implica anche che questi pazienti non si domandano se l'altro li capisce quando parlano, motivo per cui al terapeuta risulta difficile seguire le loro associazioni. Dato che per questi pazienti non esistono presenze mentali astratte, ma solo presenze fisiche/concrete, essi sono dipendenti dalla presenza fisica dell'altro e hanno difficoltà ad accettare cambiamenti nelle relazioni.

L'uso generalizzato del meccanismo di scissione sarebbe infatti (Fonagy et al., 2000), un tentativo di crearsi un'immagine dell'altro in assenza di un'appropriata capacità di mentalizzazione: così facendo, il paziente borderline sviluppa un set limitato di rappresentazioni che usa per interpretare il comportamento degli altri, finendo tuttavia per distorcere la realtà attraverso l'uso di rappresentazioni unicamente idealizzate o persecutorie. Non avendo un'immagine coerente di sé, Fonagy scrive che i pazienti borderline “fanno esperienza di sé dall'esterno” (Fonagy & Target, 2001, pag. 202).

E' stata dimostrata una correlazione negativa tra livello di mentalizzazione e probabilità che l'individuo abbia una struttura di personalità patologica (Fischer-Kern et al., 2010); Semerari e colleghi (2014) hanno dimostrato che a minori livelli di mentalizzazione è associato un maggior numero di sintomi di disturbi della personalità. La ricerca suggerisce dunque una base eziologica comune ai diversi disturbi di personalità, che ha le sue origini nel sistema attaccamento-mentalizzazione (Newbury-Helps et al., 2017). A conferma di ciò, molte delle difficoltà derivate da una scarsa funzione riflessiva sono sintomi comuni sia al disturbo borderline che ai disturbi narcisistico e antisociale di personalità (Cooper et al., 2021).

La capacità di mentalizzazione dei borderline è fluttuante, come se a volte potessero mentalizzare bene e altre volte “perdessero questa capacità” (Bateman & Fonagy, 2013), tendenzialmente in risposta a situazioni interpersonali che attivano il loro sistema di attaccamento.

In generale, il disturbo borderline è stato connesso empiricamente (Penner et al., 2020) e teoricamente ad un'ampia gamma di deficit nella mentalizzazione; lo studio di Preißler e colleghi (2010) riporta deficit sia nella dimensione cognitiva che affettiva della teoria della mente nei soggetti borderline, rispetto al gruppo di controllo. Nello studio di Tay e colleghi (2017) il gruppo di soggetti borderline ha riportato prestazioni nettamente inferiori sia nella dimensione cognitiva (misurata con la Happe's Cartoon Task; Happé et al., 1999) che in quella affettiva (misurata con il Reading the Mind in the Eyes Task; Baron-Cohen et al., 2001) della

mentalizzazione rispetto al gruppo di controllo di pazienti con disturbo di depressione maggiore.

Tuttavia, altri studi riportano risultati opposti. Il disturbo borderline di personalità è associato, nello studio di Fertuck e altri (2009) a livelli di teoria della mente affettiva simili o superiori rispetto al gruppo di controllo. I risultati di Fertuck e colleghi, tuttavia, possono essere spiegati alla luce della forte associazione, trovata da Sharp e colleghi (2013), tra sintomi borderline e ipermentalizzazione. In uno studio precedente, Sharp e colleghi (2011), utilizzando il MASC (Movie Assessment of Social Cognition; Dziobek et al., 2006), dimostrano che gli adolescenti borderline utilizzano più forme di ipermentalizzazione, piuttosto che di ipomentalizzazione. Questo meccanismo è emerso anche in studi con campioni adulti (Vaskinn et al., 2015).

La tendenza dei borderline a interpretare forzatamente gli stati mentali ed emotivi altrui riesce quindi a compensare le loro difficoltà, specialmente in compiti focalizzati esclusivamente sulla dimensione affettiva, come quello sopra citato.

Le difficoltà dei pazienti borderline nella mentalizzazione emergono principalmente in contesti sperimentali ecologicamente validi e vicini a scenari di vita quotidiana, che richiedono il ragionamento sui motivi delle azioni altrui.

Nel loro studio, Baez e colleghi (2014) hanno misurato le prestazioni di un gruppo di pazienti borderline e di un gruppo di controllo in compiti di riconoscimento delle espressioni facciali (*emotional morphing*). In un primo compito veniva richiesto al partecipante di identificare l'espressione sul volto presentato e non si evidenziavano differenze nella prestazione dei due gruppi. Nel compito TASIT (Baez et al., 2012), invece, le prestazioni dei pazienti borderline erano significativamente più basse rispetto al gruppo di controllo, in particolare nel riconoscere le espressioni di disgusto. In tale compito era necessaria l'inferenza contestuale degli stati emotivi altrui, attraverso l'integrazione di informazioni provenienti da varie fonti (volto prosodia, gestualità e contesto sociale).

Anche compiti che richiedono sia l'impiego di diverse funzioni mentali, sia l'attività mentale conscia e inconscia (Petersen et al., 2016), oppure compiti che riproducono contesti di vita quotidiana (Fossati et al., 2018), abbassano le prestazioni dei soggetti borderline.

Le loro difficoltà sono ancora più evidenti in situazioni sperimentali che attivano il sistema di attaccamento (Jańczak, 2018), che richiedono l'integrazione di diverse rappresentazioni di sé o degli altri e il *perspective taking* (Semerari et al., 2005).

In caso di attivazione del sistema di attaccamento, i pazienti borderline prediligono modalità di equivalenza psichica e di mentalizzazione automatica a scapito di modalità controllate (Bateman & Fonagy, 2010b).

L'arousal è un altro fattore che influenza notevolmente la mentalizzazione di questi pazienti. Daros e colleghi (2013) hanno mostrato il calo delle prestazioni di pazienti borderline in compiti di riconoscimento delle espressioni facciali nei casi in cui tali espressioni erano più intense: i

soggetti, nonostante non mentalizzassero, si identificavano con i volti rappresentati in figura e con le loro emozioni, che suscitavano dunque in loro livelli eccessivi di arousal.

Quek e colleghi (2019), utilizzando il RMET e il MASC per valutare la mentalizzazione in un campione di adolescenti, hanno attestato la difficoltà dei borderline a mentalizzare anche in contesti (complessi ed ecologicamente validi) esterni a quelli di attaccamento.

I deficit della mentalizzazione di questi pazienti, tuttavia, non emergono in compiti offline di interpretazioni di vignette o cartoni animati (Arntz et al., 2009). Inoltre, nonostante il linguaggio figurativo e le metafore siano associate alla mentalizzazione (Frith et al., 2003), i pazienti borderline superano adeguatamente compiti di comprensione di questo tipo di linguaggio.

Dalla letteratura recente emergono correlazioni tra specifici pattern di disturbi nella mentalizzazione e disturbo borderline di personalità. I pazienti borderline si distinguono per uno sbilanciamento verso la dimensione automatica e affettiva (Lowyck et al., 2016) della mentalizzazione, particolarmente evidente in situazioni di alto arousal o di attivazione del sistema di attaccamento (Bateman & Fonagy, 2019).

Inoltre, la loro difficoltà nell'assumere il punto di vista altrui, compensata con la strategia di contagio emotivo diretto (Shamay-Tsoory et al., 2009), suggerisce uno sbilanciamento di questi pazienti verso l'utilizzo di indicatori esterni, associato all'atteggiamento teleologico; i pazienti borderline comprendono gli altri in base a ciò che percepiscono di loro fuori dal mondo interno. Ad esempio, difficilmente percepiscono l'affetto del partner a meno che la dichiarazione di affetto non sia supportata da un'azione (Colli & Gagliardini, 2016). I gesti impulsivi, autolesivi e aggressivi dei pazienti borderline possono essere anch'essi compresi in funzione dell'atteggiamento teleologico, in quanto i pazienti riconoscono in se stessi un affetto o uno stato mentale solo se vi è un effettivo riscontro di questo nel mondo esterno. Lo sbilanciamento della mentalizzazione dei pazienti borderline verso l'altro (Bateman et al., 2013), potrebbe spiegare la grande attenzione che dedicano ai comportamenti altrui, anche attraverso forme di ipermentalizzazione. Le abilità di riflessione sull'altro sono connesse ai circuiti mentali di riconoscimento di espressioni facciali di emozioni base (Ekman, 1984); questo potrebbe spiegare l'ipersensibilità di questi pazienti alle espressioni altrui che tuttavia, in situazioni sperimentali, si abbassa notevolmente all'aumentare della complessità del compito. Minzenberg e colleghi (2006) hanno registrato l'abbassamento delle prestazioni di soggetti borderline nei compiti di riconoscimento delle espressioni facciali quando veniva richiesta l'integrazione di informazioni sociali aggiuntive per una descrizione adeguata dello stato mentale della persona ritratta (Minzenberg et al., 2006).

Capitolo 4

Analisi dell'efficacia del MBT

4.1 Background

Il MBT (*Mentalization Based Treatment*; Bateman & Fonagy, 1999) è una specifica modalità di trattamento psicoterapeutico che mira ad aumentare la mentalizzazione del paziente per migliorare la sua tolleranza degli affetti, la sua qualità della vita e le sue interazioni sociali. Ad esempio, il terapeuta incoraggia il paziente ad usare strategie mentalizzanti piuttosto che ricorrere a comportamenti impulsivi per regolare i propri stati affettivi. Il MBT prevede due sedute settimanali, alternativamente individuali e di gruppo, per un tempo totale di diciotto mesi. Questo tipo di terapia si è rivelato particolarmente efficace, rispetto ad altri, per il trattamento del disturbo borderline di personalità. I risultati di Kalleklev e Karterud (2018) mostrano un miglioramento significativo della mentalizzazione di pazienti borderline dopo un percorso MBT, dimostrandone la maggiore efficacia rispetto alla psicoterapia psicodinamica, sia individuale che di gruppo. Jørgensen e colleghi (2013, 2014) riportano un miglior funzionamento globale di pazienti borderline che avevano ricevuto un trattamento MBT rispetto al gruppo di controllo, che aveva ricevuto una terapia di gruppo supportiva.

Il MBT riveste un ruolo importante nella riduzione dei sintomi psichiatrici (Bales et al., 2012), dei comportamenti autolesivi (Kvarstein et al., 2015) e dei tentativi di suicidio nei pazienti borderline, oltre a migliorare loro qualità di vita (Bales et al., 2012).

Löf e colleghi (2018) hanno riportato progressivi miglioramenti nel loro campione di pazienti borderline durante il trattamento MBT: l'immagine di sé era progressivamente migliorata, così come l'alessitimia, in particolare nel riconoscimento dei sentimenti. L'alessitimia è considerata come una conseguenza del deficit nella mentalizzazione dei propri stati (Luyten et al., 2012) ed è dunque connessa sia al deficit nella mentalizzazione che all'immagine non coerente - e spesso negativa - che questi pazienti hanno di sé. Le comorbidità e la gravità dei sintomi del singolo paziente possono rendere più difficoltoso il trattamento, in quanto aumentano le difficoltà sociali (Wilberg et al., 2009) e, conseguentemente, i deficit nell'ambito della regolazione emotiva (Shea et al., 2002). Ciononostante, il MBT riduce i tentativi di suicidio, l'autolesionismo ed il ricovero ospedaliero più della semplice gestione clinica strutturale, dimostrandosi più efficace per individui con un alto numero di diagnosi di disturbi appartenenti all'Asse II del DSM-5 (Bateman & Fonagy, 2013).

Alla luce dei risultati ottenuti grazie al trattamento MBT su pazienti borderline, la presente ricerca indaga l'efficacia del trattamento MBT su un campione di pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità. In particolare, ipotizzando:

- a) La riduzione significativa dei sintomi al termine del trattamento (Vogt & Norman, 2019)
- b) Il raggiungimento di un maggiore equilibrio nelle quattro dimensioni della mentalizzazione (Carrera et al., 2018)
- c) La riduzione nell'uso di modalità prementalizzanti (Carrera et al., 2018).

4.2 Campione

Il campione è composto da nove pazienti (sette femmine e due maschi) di età compresa tra i 19 e i 51 anni (media=33.05, deviazione standard=11.48) in cura presso l'ospedale di Camposampiero (PD), presso il quale hanno seguito un percorso di terapia basata sulla mentalizzazione per 24 mesi solari (18 mesi, se non si considerano le pause nel trattamento). In questa ricerca è assente il gruppo di controllo, in quanto l'esclusione di pazienti dal trattamento per motivi di ricerca implica evidenti problemi dal punto di vista etico. Il campione è vario sia per occupazione che per stato civile. Il 45% dei soggetti sono sposati/conviventi, il 30% sono single e il 25% sono impegnati ma non conviventi. Per quel che riguarda l'occupazione, il 40% del campione è composto da lavoratori a tempo pieno, il 30% da studenti, il 20% dei soggetti sono disoccupati e il rimanente 10% è composto da lavoratori part time e liberi professionisti. Tutti i pazienti del campione, all'inizio della ricerca, erano sottoposti ad un trattamento farmacologico, che prevedeva l'assunzione da minimo 1 a massimo 7 farmaci (media =3, deviazione standard = 1.57). Il 75% dei soggetti assumeva antidepressivi, il 70% antipsicotici, il 50% ansiolitici e il 25% assumeva farmaci stabilizzatori dell'umore. Infine, il 10% dei soggetti assumeva ipnoinducenti. Le comorbidità del campione erano numerose: oltre alla diagnosi principale di disturbo borderline di personalità, tutti i pazienti avevano almeno un ulteriore disturbo della personalità o un disturbo clinico. Per quanto riguarda le comorbidità con l'Asse I del DSM-5 (American Psychiatry Association, 2014), il 35% dei pazienti soffriva di disturbi dell'umore, il 25% di disturbi del comportamento alimentare, il 10% da sintomatologia dissociativa e/o allucinatoria transitoria, un ulteriore 10% soffriva di disturbo bipolare. Oltre alla diagnosi principale di disturbo borderline di personalità, il 30% del campione aveva ricevuto la diagnosi di disturbo paranoide di personalità, il 15% di disturbo antisociale di personalità, il 10% di disturbo evitante di personalità.

4.3 Strumenti di assessment

Visti gli obiettivi della ricerca, sono stati utilizzati tre diversi test: BPD-CL (Bloo et al., 2018), MMS e MIS (Gagliardini, 2019). Il primo test è stato utilizzato per la valutazione della gravità dei sintomi, mentre il secondo e il terzo per indagare rispettivamente la presenza di modalità prementalizzanti e gli sbilanciamenti della mentalizzazione nei pazienti.

La **Borderline Disorder Personality Checklist (BPD-CL;** Bloo et al., 2018) è un questionario self report che valuta il funzionamento del paziente e la gravità dei suoi sintomi nell'ultimo mese, attraverso 47 item a cui il soggetto deve rispondere su una scala Likert a 5 punti che va

da *per nulla a estremamente*. Il test gode di ottima coerenza interna ($\alpha = .97$) ed è stato validato specificatamente per la popolazione borderline; le scale del test rispecchiano i criteri del disturbo borderline di personalità del DSM-4: a) evitamento dell'abbandono ($\alpha = .87$), b) relazioni instabili ($\alpha = .78$), c) disturbo dell'identità ($\alpha = .89$), d) impulsività autolesiva ($\alpha = .69$), e) ricorrenti comportamenti (para)suicidari ($\alpha = .82$), f) instabilità degli affetti ($\alpha = .93$), g) scarso controllo della rabbia ($\alpha = .78$), h) dissociazione e ideazione paranoide ($\alpha = .86$) i) sentimenti cronici di vuoto ($r_{ii} = .84$). I punteggi soglia della BPD-CL sono: a) punteggio soglia per la guarigione (67), b) punteggio soglia per l'inclusione in prove di trattamento (100). La BPD-CL è stata somministrata in tre momenti diversi ai pazienti: all'inizio del trattamento (t0), dopo nove mesi (t1) e, infine, dopo due anni dall'inizio del trattamento (t2). Su tali risultati è stata condotta un'analisi della varianza ANOVA a misure ripetute.

La **Mentalization Imbalances Scale (MIS; Gagliardini, 2019)** ($\alpha = 0.90$) è un questionario self report composto da 22 item su scala Likert da 0 a 5, che valuta lo sbilanciamento del paziente sulle quattro assi della mentalizzazione (asse sé/altro, asse cognitiva/affettiva, asse automatica/controllata, asse interna/esterna). La MIS non considera gli sbilanciamenti controllato e interno, in quanto non facilmente distinguibili in termini di polarità della mentalizzazione dal punto di vista clinico. Le scale rimangono quindi sei, invece di otto: a) sbilanciamento cognitivo (5 item, $\alpha = .89$), b) sbilanciamento affettivo (4 item, $\alpha = .83$), c) sbilanciamento verso l'altro (3 item, $\alpha = .81$), d) sbilanciamento verso sé (4 item, $\alpha = .78$), e) sbilanciamento automatico (3 item, $\alpha = .70$), f) sbilanciamento verso l'esterno (3 item, $\alpha = .78$).

La **Modes of Mentalization Scale (MMS; Gagliardini, 2019)** ($\alpha = 0.65$) è un questionario self report che, attraverso 24 item su scala Likert da 0 a 5, valuta la presenza di forme prementalizzanti. Le scale del test valutano le principali forme di distorsione della mentalizzazione: a) pseudo-mentalizzazione intrusiva (4 item, $\alpha = .67$), b) pensiero teleologico (3 item, $\alpha = .77$), c) buona mentalizzazione (5 item, $\alpha = .83$), d) comprensione concreta (6 item, $\alpha = .79$), e) eccessiva certezza (6 item, $\alpha = .91$).

MIS e MMS sono state somministrate ai soggetti all'inizio del trattamento (t0), dopo tre mesi, dopo nove mesi (t1), dopo un anno, dopo 15 mesi e infine dopo due anni (t2). I punteggi sono stati successivamente sottoposti a test ANOVA a misure ripetute.

4.4 Risultati

La gravità dei sintomi è diminuita significativamente dall'inizio alla fine del trattamento ($d = 0.68$) e, nonostante non possa essere considerata significativa a livello statistico ($p = 0.40$), conserva un'importante significatività clinica. I punteggi totali della BPD-CL sono calati sensibilmente durante il trattamento, avvicinandosi molto alla soglia della guarigione (vedi Figura 4.1). Nella Tabella 4.1 vengono riportati media e deviazione standard dei risultati alla BPD-CL all'inizio del trattamento (t0), dopo nove mesi (t1) e dopo due anni (t2).

Figura 4.1

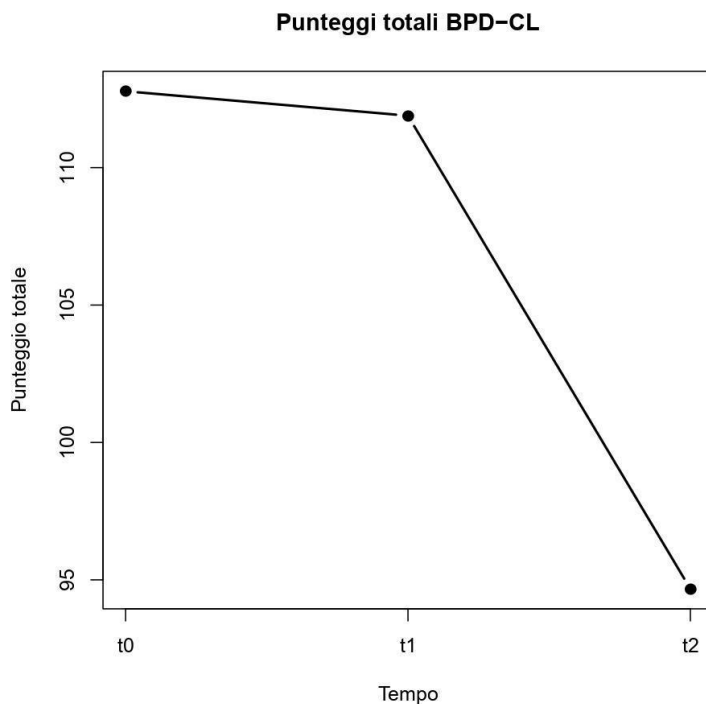


Tabella 4.1: Statistiche descrittive per la Borderline Personality Disorder - Check List (N=9) nei tre tempi

	t0		t1		t2	
	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile
BPD-CL totale	112,78	26,51	111,89	34,79	94,67	27,13

Per quanto riguarda la MIS, gli sbilanciamenti automatico e verso l'esterno riportano risultati significativi (rispettivamente: $d = 1.27$, $p = 0.03$ e $d = 0.16$, $p = 0.03$; vedi Figura 4.2 e figura 4.3). Le scale degli sbilanciamenti cognitivo e verso il sé riportano risultati tendenti alla significatività (rispettivamente, $p = 0.05$ e $p = 0.07$; vedi Figura 4.4 e Figura 4.5). Questi risultati evidenziano che i pazienti, durante il trattamento, hanno progressivamente diminuito i loro sbilanciamenti in favore di un maggior equilibrio nelle dimensioni della mentalizzazione. Infine, per quel che riguarda gli sbilanciamenti verso l'altro e affettivo, la ricerca non ha prodotto risultati significativi. Questo risultato è probabilmente dovuto all'uso della Traccia di Pillai come statistica per l'analisi della varianza: tale statistica è molto potente e robusta, e dunque può rivelarsi non adatta per campioni così piccoli. Nella Tabella 4.2 vengono riportati

media e deviazione standard dei risultati alla MIS all'inizio del trattamento (t0), dopo tre mesi, dopo sei mesi, dopo nove mesi (t1), dopo un anno, dopo quindici mesi e dopo due anni (t2). La statistica di Pillai è stata calcolata unicamente utilizzando i risultati a t0, t1 e t2.

Figura 4.2

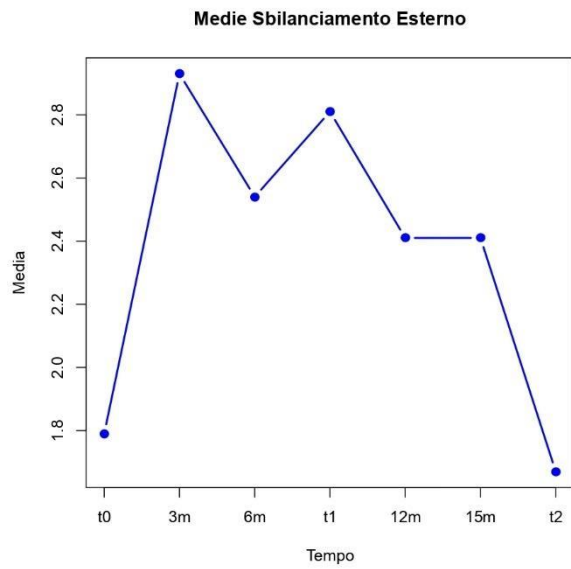


Figura 4.3

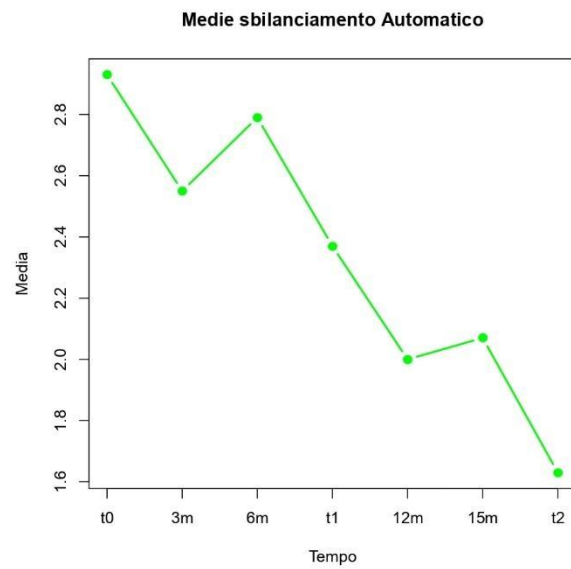


Figura 4.4

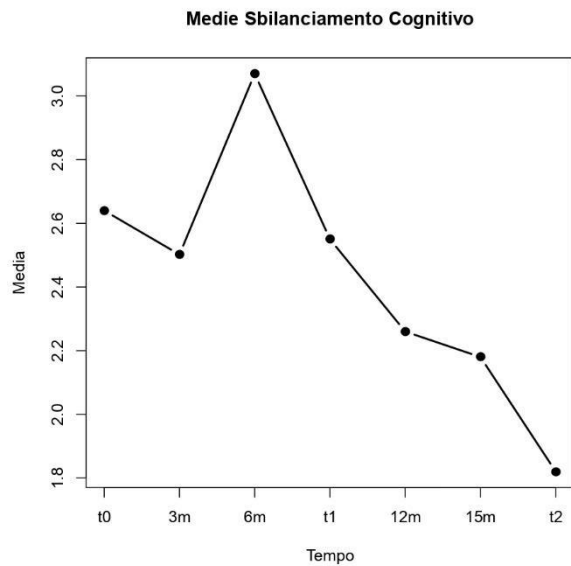


Figura 4.5

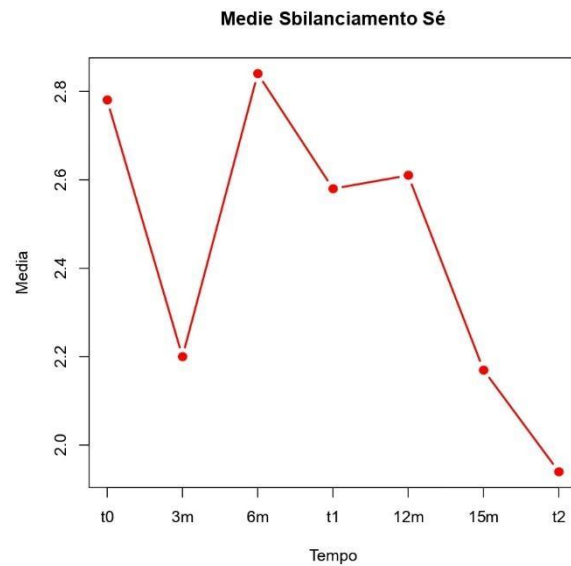


Tabella 4.2: Statistiche descrittive per la MIS (N=9) nei diversi tempi di rilevazione, con confronto per misure ripetute nei tre tempi principali

	t0*		3m		6m		t1*		12m		15m		t2		Traccia di Pillai*	Sign
	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile		
Sbilanciamento cognitivo	2.64	1.06	2.50	0.44	3.07	1.22	2.55	1.13	2.26	0.99	2.18	1.31	1.82	1.15	4.62	0.05
Sbilanciamento esterno	1.79	0.70	2.93	1.00	2.54	0.99	2.81	0.85	2.41	1.01	2.41	0.95	1.67	0.82	5.75	0.03
Sbilanciamento affettivo	3.33	1.24	2.83	1.12	3.25	0.89	2.83	0.97	2.69	0.88	2.39	1.02	2.19	0.83	3.16	0.11
Sbilanciamento verso l'altro	2.55	1.78	8.82	1.93	2.54	0.83	2.74	0.74	2.33	0.78	2.18	1.08	1.85	1.34	2.10	0.19
Sbilanciamento verso il sé	2.78	1.10	2.20	0.51	2.84	0.73	2.58	0.68	2.61	0.66	2.17	0.82	1.94	0.92	4.10	0.07
Sbilanciamento automatico	2.93	1.00	2.55	1.78	2.79	0.83	2.37	0.79	2.00	0.55	2.07	0.68	1.63	1.05	6.10	0.03

Per quel che riguarda le modalità prementalizzanti, solo la scala della pseudo-mentalizzazione intrusiva ha fornito risultati significativi ($d = 0.52$, $p = 0.018$; vedi Figura 4.6). Le altre scale della MMS, nonostante i punteggi mostrino trend di andamento incoraggianti, non hanno raggiunto un adeguato livello di significatività. Anche questo risultato è probabilmente da imputare all'uso della Traccia di Pillai come statistica per l'analisi della varianza.

Figura 4.6

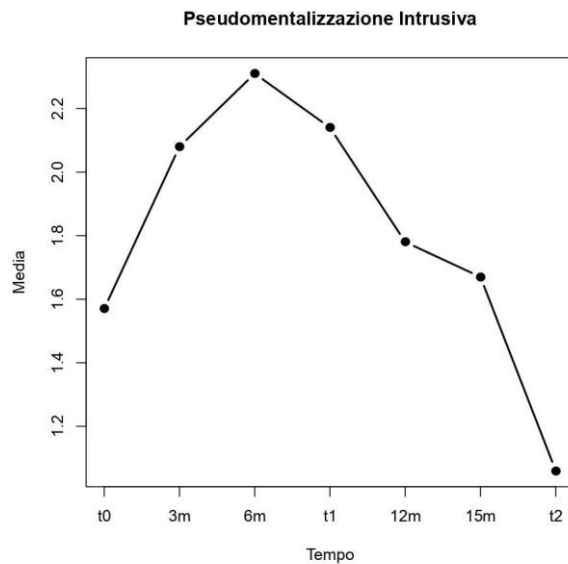


Tabella 4.3: Statistiche descrittive per la MMS (N=9) nei diversi tempi di rilevazione, con confronto per misure ripetute nei tre tempi principali

	t0*		3m		6m		t1*		12m		15m		t2		Traccia di Pillai*	Sign
	Media	Deviazion e standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile	Media	Deviazione standard variabile		
Eccessiva certezza	2.20	1.11	2.34	1.12	3.14	0.83	2.41	1.09	2.50	1.02	2.11	0.94	1.85	1.42	1.63	0.26
Comprensione concreta	2.17	0.68	2.39	1.12	2.33	0.53	2.26	0.66	2.35	0.68	2.11	0.84	1.54	0.89	2.81	1.27
Buona mentalizzazione	2.60	1.14	2.31	0.73	2.73	0.76	2.93	0.71	2.98	0.69	2.93	0.71	3.24	0.84	1.26	0.34
Pensiero teleologico	2.89	1.28	3.33	0-90	2.63	0.79	2.81	1.07	2.67	0.75	2.78	0.90	2.37	1.18	2.41	0.16
Pseudo-mentalizzazione intrusiva	1.57	0.82	2.08	0.68	2.31	0.65	2.14	0.99	1.78	0.74	1.67	0.77	1.06	1.13	7.60	0.02

Nella Tabella 4.3 vengono riportati media e deviazione standard dei risultati alla MMS all'inizio del trattamento (t0), dopo tre mesi, dopo sei mesi, dopo nove mesi (t1), dopo un anno, dopo quindici mesi e dopo due anni (t2). La statistica di Pillai è stata calcolata unicamente utilizzando i risultati a t0, t1 e t2.

Capitolo 5

Conclusioni

Il presente studio mira ad analizzare l'efficacia del MBT per il disturbo borderline di personalità. A tale scopo, sono stati somministrati tre questionari self-report (BPD-CL, MIS, MMS) ad un campione di nove pazienti borderline durante un percorso MBT, presso il CSM di Camposampiero (PD).

I risultati ottenuti mostrano il ruolo del MBT nel miglioramento delle condizioni dei nove pazienti, nel corso dei 24 mesi di intervento. In questo studio, i risultati evidenziano nei pazienti un miglioramento dei sintomi, un maggior equilibrio nelle dimensioni della mentalizzazione e un minore ricorso a forme di pseudo-mentalizzazione intrusiva.

La ricerca mostra uno spostamento significativo dalla polarità automatica e dalla polarità verso l'esterno e spostamenti tendenzialmente significativi dalla polarità cognitiva e dalla polarità del sé. I risultati ottenuti per le polarità affettiva e verso l'altro, invece, non hanno raggiunto livelli di significatività statistica adeguata, probabilmente a causa dell'esiguità del campione. Alla luce dei risultati del MIS, possiamo concludere che i pazienti durante il trattamento hanno raggiunto un maggior equilibrio nelle dimensioni della polarizzazione, sviluppando le loro capacità di comprensione dell'altro e di attribuzione volontaria e controllata di stati mentali e affetti altrui. Inoltre, concluso il trattamento, i pazienti si basano maggiormente su indicatori interni per comprendere l'altro rispetto al passato, hanno raggiunto una migliore consapevolezza emotiva e hanno sviluppato migliori strategie per esprimere gli affetti.

Le scale di eccessiva certezza ($p = 0.26$), comprensione concreta, buona mentalizzazione e pensiero teleologico non hanno prodotto risultati significativi. La scala della pseudo-mentalizzazione intrusiva ha invece ottenuto risultati significativi; i pazienti dunque, dopo il trattamento, comprendono maggiormente l'opacità delle menti altrui e la distinzione tra una mente e un'altra.

I risultati alla BPD-CL, usato per valutare la gravità dei sintomi, sono significativi dal punto di vista clinico, in quanto è evidente un miglioramento nel tempo e un consistente avvicinamento alla soglia di guarigione, ma non raggiungono livelli di significatività adeguati ($p = 0.396$). Nonostante ciò, l'andamento dei punteggi indica una diminuzione globale della gravità dei sintomi (paura dell'abbandono, difficoltà relazionali, identità disturbata, impulsività, comportamenti autolesivi o suicidari, instabilità degli affetti, senso di vuoto, rabbia incontrollata e stati dissociativi).

Le principali limitazioni dello studio sono la bassa numerosità campionaria e l'assenza del gruppo di controllo. Tali condizioni, tuttavia, sono dovute a fattori contestuali: la numerosità campionaria dipende dal numero di pazienti borderline in cura presso l'ospedale di

Camposampiero e non sarebbe stato etico escludere dei pazienti dal trattamento per scopi di ricerca.

L'uso della Traccia di Pillai su un campione piccolo è improprio, sebbene la matrice implichi tre misurazioni, e può aver compromesso la significatività di una parte dei risultati. Eventuali studi futuri potrebbero sfruttare un campione più ampio, oppure utilizzare analisi statistiche non parametriche adatte a campioni ridotti.

I risultati ottenuti confermano le ipotesi della ricerca, concordando anche con la recente letteratura (Bales et al., 2012; Kalleklev & Karterud, 2018; Löf et al., 2018). Nonostante alcune scale non abbiano ottenuto risultati significativi, si può dedurre, dal punto di vista dell'autovalutazione clinica e del benessere dei partecipanti, un quadro di miglioramento generale nel campione preso in esame, in linea con quanto atteso in termini di efficacia del MBT.

Riferimenti bibliografici

- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94–104. <https://doi.org/10.1080/10673220490447218>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatry Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: Quinta edizione*. Raffaello Cortina Editore.
- Arntz, A., Bernstein, D., Oorschot, M., & Schobre, P. (2009). Theory of mind in borderline and cluster-C personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 801–807. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181be78fb>
- Auerbach, J., & Blatt, S. (1996). Self-representation in severe psychopathology: The role of reflexive self-awareness. *Psychoanalytic Psychology*, 13(3), 297–341. <https://doi.org/10.1037/h0079659>
- Badoud, D., Prada, P., Nicastro, R., Germond, C., Luyten, P., Perroud, N., & Debbané, M. (2018). Attachment and Reflective Functioning in Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 17–30. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_283
- Baez, S., Marengo, J., Perez, A., Huepe, D., Font, F., Rial, V., Gonzalez-Gadea, M., Manes, F., & Ibanez, A. (2014). Theory of mind and its relationship with executive functions and emotion recognition in borderline personality disorder. *Journal of Neuropsychology*, 9(2), 203–218. <https://doi.org/10.1111/jnp.12046>
- Baez, S., Rattazzi, A., Gonzalez-Gadea, M., Torralva, T., Vigliecca, N., Decety, J., Manes, F., & Ibanez, A. (2012). Integrating intention and context: Assessing social cognition in adults with Asperger syndrome. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2012.00302>
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 568–582. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.568>
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A review. In *International Review of Research in Mental Retardation* (Vol. 23, pagg. 169–184). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0074-7750\(00\)80010-5](https://doi.org/10.1016/S0074-7750(00)80010-5)
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37–46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)

- 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. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42(2), 241–251.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (A c. Di), *Attachment theory and close relationships* (pagg. 25–45). The Guilford Press.
- Bateman, a., & Fonagy, P. (2010). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione: Per il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina Editore. <https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001/med-9780199680375>
- Bateman, A., Bolton, R., & Fonagy, P. (2013). Antisocial Personality Disorder: A Mentalizing Framework. *The Journal of Lifelong Learning in Psychoanalysis*, 11(2), 178–186. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.178>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: Psicoterapia con il paziente borderline* (A. Ranieri, Trad.). Raffaello Cortina Editore.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013a). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595–613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013b). Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(3), 221–227. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121129>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità: Una guida pratica al trattamento* (A. Colli, A c. Di). Raffaello Cortina Editore.
- Beeney, J., Stepp, S., Hallquist, M., Scott, L., Wright, A., Ellison, W. D., Nolf, K. A., & Pilkonis, P. A. (2015). Attachment and Social Cognition in borderline personality disorder: Specificity in relation to antisocial and avoidant personality disorders. *Personality disorders*, 6(3), 207–215. <https://doi.org/10.1037/per0000110>
- Bion, W., R. (2009). *Apprendere dall'esperienza* (A. Armando, Trad.). Armando.
- Bloo, J., Artz, A., & Schouten, E. (2018). The Borderline Personality Disorder Checklist: Psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples. *Roczniki Psychologiczne/Annals of Psychology*, 20(2), 311–336. <https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.2-3en>

- Both, L. M., Benetti, S. P., & Goodman, G. (2019). Reflective function and identity in adolescents with clinical and nonclinical symptoms. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *41*(2), 176–185. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0067>
- Bretherton, I., McNew, S., & Beeghly, M. (1981). Early person knowledge as Expressed in Gestural and Verbal Communication: When do Infants Acquire A «Theory of Mind»? In M. E. Lamb & L. R. Sherrod (A c. Di), *Infant Social Cognition* (pagg. 333–373).
- Brüne, M., Walden, S., Edel, M., & Dimaggio, G. (2016). Mentalization of complex emotions in borderline personality disorder: The impact of parenting and exposure to trauma on the performance in a novel cartoon-based task. *Comprehensive Psychiatry*, *64*, 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.003>
- Campbell, L., Simpson, J. A., Kashy, D. A., & Rholes, W. S. (2001). Attachment Orientations, Dependence, and Behavior in a Stressful Situation: An Application of the Actor-Partner Interdependence Model. *Journal of Social and Personal Relationships*, *18*(6), 821–843. <https://doi.org/10.1177/0265407501186005>
- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, *21*(4), 1311–1334. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990174>
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Reports*, *15*(1), 335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>
- Carrera, S., Pandolfi, G., Cappelletti, J. Y., Padoani, W., & Salcuni, S. (2018). Oriented mentalization-based treatment for borderline personality disorder patients: Preliminary results at Camposampiero Mental Health Center. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *21*(3), Article 3. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.336>
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health*, *8*(1), 52–66. <https://doi.org/10.1002/pmh.1245>
- Christopher J Hopwood editor, Abby L Mulay editor, & Mark H Waugh editor (A c. Di). (2019). *The DSM-5 alternative model for personality disorders: Integrating multiple paradigms of personality assessment*. Routledge.
- Clements, W. A., & Perner, J. (1994). Implicit understanding of belief. *Cognitive Development*, *9*(4), 377–395. [https://doi.org/10.1016/0885-2014\(94\)90012-4](https://doi.org/10.1016/0885-2014(94)90012-4)
- Colli, A., & Gagliardini, G. (2016). La psicoterapia basata sulla mentalizzazione. In A. Colli, *Psicoterapia dinamica: Teoria, clinica, ricerca* (pagg. 237–256). Carocci.
- Cooper, B. E., Anderson, J. L., Sharp, C., Langley, H. A., & Venta, A. (2021). Attachment, Mentalization, and Criterion B of the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders (AMPD). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *8*(1), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00163-9>

- Daros, A. R., Zakzanis, K. K., & Ruocco, A. C. (2013). Facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 43(9), 1953–1963. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002607>
- Dennett, C. D. (1991). *Brainstorms: Saggi filosofici sulla mente e la psicologia* (L. Colasanti, Trad.). Adelphi.
- deVilliers, J. G., & deVilliers, P. A. (2000). Linguistic Determinism and the Understanding of False Beliefs. In P. Mitchell & K. J. Riggs (A c. Di), *Children's Reasoning and the Mind* (pagg. 191–228). Psychology Press.
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J. K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2006). Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 623–636. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0>
- Ekman, P. (1984). Expression and nature of emotions. In P. Ekman (A c. Di), *Approaches to Emotions*. Erlbaum.
- Ekstein, R., & Wallerstein, J. (1954). Observations on the psychology of borderline and psychotic children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 9, 344–372.
- Erikson, E. (1966). *Infanzia e società* (A. Armando, Trad.). Armando.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x>
- Felsenheimer, A., Kieckhafer, C., & Rapp, A. M. (2020). Familiarity, empathy and comprehension of metaphors in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 291, 113152. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113152>
- Fertuck, E. A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C., Wilson, S. T., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2009). Enhanced «Reading the Mind in the Eyes» in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine*, 39(12), 1979–1988. <https://doi.org/10.1017/S003329170900600X>
- Fertuck, E. A., Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Hoermann, S., & Stanley, B. (2006). Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 346–375. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.05.008>
- Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, S., Kapusta, N. D., Taubner, S., Tmej, A., Rentrop, M., Buchheim, P., & Fonagy, P. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 27(4), 395–409. <https://doi.org/10.1037/a0020862>
- Flavell, J. H., Botkin, P. T., Fry, C. L., Wright, J. W., & Jarvis, P. E. (1968). *The Development of role-taking and communication skills in children*. John Wiley & Sons.

- Fonagy, P. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129–1146. <https://doi.org/10.1177/00030651000480040701>
- Fonagy, P., Bateman, A., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In P. Fonagy & A. Bateman (A c. Di), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pagg. 3–42). American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Gegerly, G., Jurist, E., & Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore.
- 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., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva* (Lingiardi & Ammaniti, A c. Di). Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103–122. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70146-5](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70146-5)
- Fossati, A., Borroni, S., Dziobek, I., Fonagy, P., & Somma, A. (2018). Thinking about assessment: Further evidence of the validity of the Movie for the Assessment of Social Cognition as a measure of mentalistic abilities. *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 127–141. <https://doi.org/10.1037/pap0000130>
- Frith, D., Wolpert, D., Frith, U., & Frith, C. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 358(1431), 459–473. <https://doi.org/10.1098/rstb.2002.1218>
- Gagliardini, G. (2019). *La valutazione della mentalizzazione: Costruzione e validazione della mentalization imbalances scale e della modes of mentalization scale* [Tesi di dottorato]. Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.
- Gambin, M., Woźniak-Prus, M., Konecka, A., & Sharp, C. (2021). Relations between attachment to mother and father, mentalizing abilities and emotion regulation in adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 18(1), 18–37. <https://doi.org/10.1080/17405629.2020.1736030>
- Ghiasi, H., Mohammadi, A., & Zarrinfar, P. (2016). An Investigation into the Roles of Theory of Mind, Emotion Regulation, and Attachment Styles in Predicting the Traits of Borderline Personality Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 11(4), 206–213.
- Grinker, R., Werble, B., & Drye, R. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of ego functions*. Basic Books.
- Gunderson, J. G. (2003). *La personalità borderline: Una guida clinica* (M. Longoni & A. Ranieri, Trad.). Raffaello Cortina Editore.

- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1–10. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1>
- Happé, F., Brownell, H., & Winner, E. (1999). Acquired «theory of mind» impairments following stroke. *Cognition*, 70(3), 211–240. [https://doi.org/10.1016/s0010-0277\(99\)00005-0](https://doi.org/10.1016/s0010-0277(99)00005-0)
- Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorder. (2020). *Manuale diagnostico psicodinamico PDM-2—Edizione riveduta e corretta* (V. Lingiardi & N. Mc Williams, A c. Di). Raffaello Cortina Editore.
- Jańczak, M. (2018). Mentalization in borderline individuals: An attempt to integrate contradictory research results. *Current Issues in Personality Psychology*, 6(4), 266–278. <https://doi.org/10.5114/cipp.2018.80196>
- Jørgensen, C. R., Bøye, R., Andersen, D., Døssing Blaabjerg, A. H., Freund, C., Jordet, H., & Kjølbye, M. (2014). Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization-based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning. *Nordic Psychology*, 66(4), 254–273. <https://doi.org/10.1080/19012276.2014.963649>
- Jørgensen, C. R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjølbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: A randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 305–317. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x>
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426–444. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.3.426>
- Jurist, E. L. (2018). *Tenere a mente le emozioni: La mentalizzazione in psicoterapia* (M. Liotti, Trad.). Raffaello Cortina.
- Kalleklev, J., & Karterud, S. (2018). A comparative study of a mentalization-based versus a psychodynamic group therapy session. *Group Analysis*, 51(1), 44–60. <https://doi.org/10.1177/0533316417750987>
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kernberg, O. (1978). *Sindromi marginali e narcisismo patologico* (S. Stefani, Trad.). Boringhieri.
- Kernberg, O. (1980). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica* (S. Stefani, Trad.). Boringhieri.
- Kernberg, O. (1988). Psychic structure and structural change: An ego psychology—Object relations theory viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36S, 315–337.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin, *Major theories of personality disorder, 2nd ed* (pagg. 114–156). Guilford Press.

- Kong, C. (2019). Nurture Before Responsibility: Self-in-Relation Competence and Self-Harm. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 26(1), 1–18. <https://doi.org/10.1353/ppp.2019.0000>
- Kraepelin, E. (2002). *Dementia praecox and paraphrenia*. Thoemmes press.
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2015). Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder – Does it make a difference? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(1), 71–86. <https://doi.org/10.1111/papt.12036>
- Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of «theory of mind.» *Psychological Review*, 94(4), 412–426. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.4.412>
- Löf, J., Clinton, D., Kaldø, V., & Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6>
- Lowyck, B., Luyten, P., Vanwalleghem, D., Vermote, R., Mayes, L., & Crowley, M. (2016). What's in a face? Mentalizing in borderline personality disorder based on dynamically changing facial expressions. *Personality Disorders*, 7(1), 72–79. <https://doi.org/10.1037/per0000144>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders*, 6(4), 366–379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. In A. Bateman & P. Fonagy (A c. Di), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing.
- Mahler, M. (1972). Rapprochement subphase of the separation-individuation process. *The Psychoanalytic Quarterly*, 41(4), 487–506.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. Brunner/Mazel.
- Mc Williams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica: Seconda edizione riveduta e ampliata* (A. Schimmenti & V. Caretti, A c. Di; A. Schimmenti, Trad.). Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12(2), 149–168. <https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x>
- Minzenberg, M., Poole, J., & Vinogradov, S. (2006). Social-emotion recognition in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 468–474. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.03.005>
- Newbury-Helps, J., Feigenbaum, J., & Fonagy, P. (2017). Offenders With Antisocial Personality Disorder Display More Impairments in Mentalizing. *Journal of Personality Disorders*, 31(2), 232–255. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_246

- Onishi, K., & Baillargeon, R. (2005). Do 15-Month-Old Infants Understand False Beliefs? *Science*, 308(5719), 255–258. <https://doi.org/10.1126/science.1107621>
- Paley, D. A. S., Anne Worrall-Davies, Graham. (2000). Familial origins of expressed emotion in relatives of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 9(6), 655–663. <https://doi.org/10.1080/jmh.9.6.655.663>
- Pears, K. C., & Fisher, P. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology*, 17(1), 47–65. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050030>
- Penner, F., McLaren, V., Leavitt, J., Akca, O. F., & Sharp, C. (2020). Implicit and Explicit Mentalizing Deficits in Adolescent Inpatients: Specificity and Incremental Value of Borderline Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 34(Suppl B), 64–83. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_463
- Perner, J., Leekam, S., & Wimmer, H. (1987). Three-year-olds' difficulty with false belief: The case for a conceptual deficit. *British Journal of Developmental Psychology*, 5(2), 125–137. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1987.tb01048.x>
- Preißler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H., & Roepke, S. (2010). Social Cognition in Borderline Personality Disorder: Evidence for Disturbed Recognition of the Emotions, Thoughts, and Intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2010.00182>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515–526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Quek, J., Melvin, G. A., Bennett, C., Gordon, M. S., Saeedi, N., & Newman, L. K. (2019). Mentalization in Adolescents With Borderline Personality Disorder: A Comparison With Healthy Controls. *Journal of Personality Disorders*, 33(2), 145–163. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_336
- Rey, J. H. (1979). Schizoid phenomena in the borderline. In J. Le Boit & A. Capponi (A c. Di), *Advances in the Psychotherapy of the Borderline* (pagg. 449–484). Jason Aronson.
- Rinsley, D. B. (1982). *Borderline and other self disorders: A developmental and object-relations perspective*. Jason Aronson Inc. Publishers.
- Rosenfeld, S. K., & Sprince, M. P. (1963). An Attempt to Formulate the Meaning of the Concept “Borderline”. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18(1), 603–635. <https://doi.org/10.1080/00797308.1963.11822944>
- Schore, A. N. (2002). Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 433–484. <https://doi.org/10.1080/07351692209348996>
- Schuppert, H. M., Albers, C. J., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M. G., & Nauta, M. H. (2015). Severity of borderline personality symptoms in adolescence: Relationship with maternal

parenting stress, maternal psychopathology, and rearing styles. *Journal of Personality Disorders*, 29(3), 289–302. https://doi.org/10.1521/pedi_2104_28_155

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicoló, G., Pedone, R., & Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(6), 690–710. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.6.690>

Semerari, A., Colle, L., Pellicchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M., & Pedone, R. (2014). Metacognitive dysfunctions in personality disorders: Correlations with disorder severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 751–766. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_137

Shamay-Tsoory, S., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain: A Journal of Neurology*, 132(3), 617–627. <https://doi.org/10.1093/brain/awn279>

Shamay-Tsoory, S., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., & Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 149(1–3), 11–23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.10.018>

Shapiro, T. (1982). The borderline syndrome in children: A critique. In S. R. Robson, *The borderline child: Approaches to etiology, diagnosis and treatment* (pag. 11–29).

Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L., & Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: Treatment effects and association with borderline traits. *Journal of Personality Disorders*, 27(1), 3–18. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.1.3>

Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents With Borderline Traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 563–573.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>

Shea, M. T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L. C., Grilo, C. M., McGlashan, T., Skodol, A. E., Dolan-Sewell, R., Dyck, I., Zanarini, M. C., & Keller, M. B. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2036–2041. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2036>

Steiner, J. (1979). The border between the paranoid-schizoid and the depressive positions in the borderline patient. *The British Journal of Medical Psychology*, 52(4), 385–391. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02539.x>

Stone, M. H. (1977). The borderline syndrome: Evolution of the term, genetic aspects, and prognosis. *American Journal of Psychotherapy*, 31(3), 345–365. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1977.31.3.345>

- Vahidi, E., Ghanbari, S., & Behzadpoor, S. (2021). The relationship between mentalization and borderline personality features in adolescents: Mediating role of emotion regulation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1), 284–293. <https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1931376>
- Van der Kolk, B. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293–317. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(03\)00003-8](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(03)00003-8)
- Vanek, J., Prasko, J., Ociskova, M., Hodny, F., Holubova, M., Minarikova, K., Slepecky, M., & Nesnidal, V. (2021). Insomnia in Patients with Borderline Personality Disorder. *Nature and Science of Sleep*, 13, 239–250. <https://doi.org/10.2147/NSS.S295030>
- Vaskinn, A., Antonsen, B., Fretland, R., Dziobek, I., Sundet, K., & Wilberg, T. (2015). Theory of mind in women with borderline personality disorder or schizophrenia: Differences in overall ability and error patterns. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2015.01239>
- Vogt, K. S., & Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 441–464. <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
- Wellman, H. M., Cross, D., & Watson, J. (2001). Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief. *Child Development*, 72(3), 655–684. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00304>
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., & Urnes, Ø. (2009). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(5), 390–396. <https://doi.org/10.1080/08039480902831322>
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103–128. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(83\)90004-5](https://doi.org/10.1016/0010-0277(83)90004-5)
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1), 18–25. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90114-4](https://doi.org/10.1016/0010-440x(89)90114-4)