



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Psicologia Generale

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di Laurea Magistrale

**ANALISI QUALITATIVA DEI REPORT DI GRUPPO DEL TRATTAMENTO  
BASATO SULLA MENTALIZZAZIONE CON I PAZIENTI CON DISTURBO  
BORDERLINE DI PERSONALITÀ**

Qualitative analysis of the reports of mentalization-based treatment group with patients  
with borderline personality disorder

*Relatrice*

**Prof.ssa Salcuni Silvia**

*Correlatrice*

**Dott.ssa Bassi Giulia**

*Correlatrice esterna*

**Dott.ssa Cappelletti Jee Yun**

***Laureanda: Kondratieva Mariia***

***Matricola: 2080569***

Anno Accademico 2023/2024



## INDICE

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1: I GRUPPI TERAPEUTICI.....	7
1.1. Cenni storici .....	7
1.2. Applicazione terapeutica dei gruppi.....	14
1.3. La ricerca in psicoterapia di gruppo .....	19
CAPITOLO 2. TRATTAMENTO BASATO SULLA MENTALIZZAZIONE PER I PAZIENTI CON DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ.....	24
2.1. Disturbo borderline di personalità.....	24
2.2. Concetto di mentalizzazione .....	29
2.3. Trattamento basato sulla mentalizzazione con i pazienti borderline.....	36
2.4. Trattamento basato sulla mentalizzazione con gli adolescenti.....	43
2.5. Efficacia dell'MBT .....	45
CAPITOLO 3: METODOLOGIA DELLA RICERCA .....	50
3.1. Obiettivo della ricerca .....	50
3.2. Procedura.....	50
3.3. Strumenti .....	52
3.4. Partecipanti.....	54
3.5. Analisi dei dati .....	54
CAPITOLO 4: PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	56
4.1. Statistiche descrittive del campione .....	56
4.2. Case study .....	58
4.3. Analisi qualitativa del testo .....	63
4.4. Discussione.....	80
4.5. Limiti e futuri sviluppi .....	82
CONCLUSIONE.....	85

BIBLIOGRAFIA.....	87
APPENDICE.....	93

## INTRODUZIONE

La mentalizzazione è un processo attraverso il quale diamo senso a noi stessi e agli altri attribuendo bisogni, desideri, emozioni, stati soggettivi e processi mentali. Data l'ampiezza di questa definizione, è ipotizzabile che la maggior parte dei disturbi mentali possa essere caratterizzata da difficoltà nella mentalizzazione, ma è l'applicazione di questo concetto al trattamento del disturbo borderline di personalità, una condizione psichiatrica con implicazioni importanti per la sanità pubblica, che ha ricevuto la maggiore attenzione. I pazienti con la diagnosi del disturbo borderline di personalità mostrano ridotte capacità di mentalizzazione, problemi di regolazione emotiva e difficoltà nella gestione dell'impulsività, specialmente nel contesto delle interazioni interpersonali. Il trattamento basato sulla mentalizzazione (MBT) è un trattamento limitato nel tempo che struttura interventi che promuovono l'ulteriore sviluppo della mentalizzazione.

L'obiettivo dell'attuale ricerca è stato di valutare cambiamenti nella mentalizzazione nel corso del trattamento grupppale in un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità, sia a livello quantitativo tramite l'uso di questionari clinician report, sia a livello qualitativo attraverso l'analisi del testo delle sedute di terapia di gruppo con il text mining.

Nel Primo Capitolo viene riportata la base teorica della psicoterapia di gruppo, partendo dai primi tentativi di utilizzo del gruppo per scopi terapeutici, che si possono far risalire al II d.c., fino a oggi, quando il dispositivo grupppale è largamente usato per gli scopi terapeutici, sia in contesti pubblici che privati.

Il Secondo Capitolo presenta gli aspetti teorici del trattamento basato sulla mentalizzazione con i pazienti con disturbo borderline di personalità. Il termine mentalizzazione è stato introdotto da Fonagy nel 1989 e da allora è stato sviluppato per comprendere una serie di disturbi mentali.

Il trattamento basato sulla mentalizzazione è stato testato in studi di ricerca e si è rivelato

efficace per il disturbo borderline di personalità quando somministrato da professionisti della salute mentale con formazione specifica e con livelli moderati di supervisione.

Il Terzo Capitolo è dedicato alla metodologia della ricerca. Lo studio è stato svolto presso il CSM1 di via Berchet, Padova su un gruppo di pazienti con disturbo borderline di personalità. Sono stati utilizzati i questionari self-report compilati prima del trattamento e questionari clinician report compilati a tre, sei e nove mesi. Tutte le analisi sono state svolte utilizzando il software R (RStudio, PBC), che ha permesso di condurre le statistiche descrittive e text mining. Il Quarto Capitolo comprende la descrizione dei risultati ottenuti dal presente elaborato, la discussione di questi e i limiti. I dati emersi dai questionari clinician report dimostrano incremento della buona mentalizzazione, diminuzione nell'utilizzo delle modalità prementalizzanti e di sbilanciamento tra le dimensioni di mentalizzazione. L'analisi qualitativa dei trascritti delle sedute di terapia di gruppo evidenzia l'emergere delle caratteristiche di buona mentalizzazione nel corso del trattamento.

# CAPITOLO 1: I GRUPPI TERAPEUTICI

## 1.1. Cenni storici

I primi tentativi di utilizzo del gruppo per scopi terapeutici si possono far risalire al II d.c., quando negli ambienti religiosi si applicavano delle misure particolari per fini medici, come cure termali o interpretazione dei sogni da parte dei sacerdoti.

Alla fine del 1700 Philippe Pinel è stato il primo ad applicare metodi diversi dal passato nella cura dei malati mentali. Il suo lavoro prevedeva togliere delle catene ai ricoverati in strutture ospedaliere, che all'epoca avevano una funzione simil-carceraria, rifiutare la violenza nel controllo dei pazienti, inserire programmi di riabilitazione e di socializzazione. Il lavoro di Pinel viene considerato il precursore del lavoro gruppale.

Nel 1905 l'internista a Boston J. Pratt ha intrapreso la terapia di gruppo con i pazienti malati di tubercolosi. Nel suo lavoro si era accorto di come l'andamento di malattia e lo stato psicologico dei pazienti fosse influenzato positivamente dall'interazione sociale nei gruppi, quindi aveva introdotto appuntamenti settimanali, in cui i pazienti avevano la possibilità di scambiare le proprie esperienze, leggere i diari, fornire e ricevere sostegno, diminuendo i sintomi depressivi e sentimento di isolamento. Il metodo di Pratt è stato poi utilizzato anche con i pazienti con diagnosi diverse da tubercolosi.

Il lavoro di Pratt e di altri medici che hanno utilizzato il suo metodo, mancava però delle basi teoriche psicologiche. Le prime esperienze gruppali hanno in comune lo svolgersi in ambienti istituzionali, l'attenzione per le problematiche sociali e la considerazione del gruppo come facilitatore nel processo di guarigione. Riconoscendo le proprie radici in questi primi tentativi di utilizzare il gruppo nelle cure, la psicoterapia di gruppo si propone non solo come dispositivo di cura, ma anche come il mezzo per conoscere il proprio funzionamento psichico e mentale.

Il primo ad utilizzare il termine analisi del gruppo è stato T. Burrow (1927) negli USA. Lui si concentrava sulle relazioni sociali dei pazienti con lo scopo di migliorare i rapporti attraverso il lavoro nel gruppo il quale, secondo Burrow, permetteva di abbassare le resistenze. Per Burrow, l'ambiente più adatto per le cure di disturbi è il gruppo. Nella teoria di Burrow, un conflitto individuale rappresenta un sintomo del conflitto sociale, a differenza della teoria psicoanalitica in cui i rapporti rilevanti non sono sociali, ma transferali, quindi basati su proiezione, identificazione e spostamento.

Indipendentemente, i gruppi di sostegno di pari iniziarono a prendere forma attraverso il movimento di auto-aiuto negli anni '20 e '30. L'organizzazione degli Alcolisti Anonimi (AA) è stata fondata nel 1935 da due uomini alle prese con l'alcolismo, un agente di cambio chiamato Bill W. e un medico, dottor Bob, che era membro di un gruppo religioso, il Movimento di Oxford. Nel 1939 pubblicarono i principi che avrebbero guidato l'organizzazione. Il loro libro, ampiamente conosciuto come il "Grande Libro", ha plasmato per decenni gli AA e i relativi approcci in 12 passi, ponendo rapidamente fine alla loro affiliazione formale con qualsiasi orientamento religioso (Malat et al., 2023).

Nella teoria psicoanalitica, l'interesse per il gruppo parte dal lavoro di Freud "Totem e Tabù" (1912-1913) nell'ambito dell'antropologia. Più tardi Freud affronta la psicologia sociale nel lavoro "Psicologia delle masse e analisi dell'Io": *“La contrapposizione tra psicologia individuale e psicologia sociale o delle masse, contrapposizione che a prima vista può sembrarci molto importante, perde, a una considerazione più attenta, gran parte della sua nettezza. La psicologia individuale verte sull'uomo singolo e mira a scoprire per quali tramite questo cerca di conseguire il soddisfacimento dei propri moti pulsionali, ma solo raramente, in determinate condizioni eccezionali, riesce a prescindere dalle relazioni di tale singolo con altri individui. Nella vita psichica del singolo l'altro è regolarmente presente come modello, come oggetto, come soccorritore, come nemico, e pertanto in quest'accezione più ampia ma*



*indiscutibilmente legittima, la psicologia individuale è anche, fin dall'inizio, psicologia sociale*" (Panaiteescu, 2017, p. 11).

Nel suo lavoro Freud descrive la massa come impulsiva e irritabile, governata per intero dall'inconscio, acritica, con sentimenti semplici ed esagerati. L'individuo che si trova all'interno di una massa subisce una modificazione della sua attività psichica, per cui viene esaltata l'affettività, mentre la capacità intellettuale viene ridotta, e tutti i processi vengono allineati a quelli degli altri individui.

Nonostante Freud attribuisse importanza allo studio psicoanalitico delle masse, nei suoi lavori non è mai stata ipotizzata una situazione diversa dal setting duale, tra analista e analizzando.

Nel 1946 Melanie Klein pubblica il saggio "Notes on Some Schizoid Mechanisms", nel quale formula due concetti di fondamentale importanza per la ricerca nel campo di psicoanalisi di gruppo: "Scissione dell'Io" e "Identificazione primitiva". Il concetto della "Scissione dell'Io", prendendo in considerazione l'individuo come diviso e molteplice, permette di considerare il gruppo come un oggetto di analisi. Il concetto di "Identificazione proiettiva" permette di considerare alcuni fenomeni del gruppo, come ad esempio la creazione di un leader.

La Seconda Guerra Mondiale fu un catalizzatore significativo per lo sviluppo della psicoterapia di gruppo a causa della necessità di trattare un gran numero di pazienti militari con risorse limitate. In questo periodo in Inghilterra, presso l'ospedale militare di Northfield inizia la ricerca e teorizzazione della terapia di gruppo. Cercando di curare i soldati affetti da nevrosi di guerra, vi hanno lavorato, in periodi diversi, sia Bion che Foulkes. L'attenzione è posta non più sulla folla, ma sui piccoli gruppi. Nel 1942 W. R. Bion si trova a dirigere un reparto dell'ospedale psichiatrico militare, dove viene sperimentata la prima comunità terapeutica sotto il nome "I esperimento". L'esperienza di sei settimane ha permesso ai pazienti di lavorare sulla nevrosi, ed è stata descritta in "Esperienze nei gruppi" (1961).

Tra 1943 e 1946 Foulkes ha introdotto all'ospedale il suo approccio gruppo-analitico, l'esperienza che poi ha trovato la sua espressione nell'opera "Introduzione alla psicoterapia gruppo-analitica" (1983).

A partire dalle prime teorizzazioni sulla terapia di gruppo, emersero tre dimensioni principali:

- Analisi in gruppo con principali esponenti Slavson, Wolf, Schwarts
- Analisi di gruppo teorizzata da Bion
- Analisi attraverso il gruppo, proposta da Foulkes

Analisi in gruppo presuppone l'applicazione dell'analisi duale all'interno del gruppo. In questa ottica il gruppo riproduce la situazione familiare, permettendo al terapeuta di individuare le specifiche problematiche di ogni paziente, impiegando strumenti e metodi della terapia individuale, come libere associazioni, analisi dei lapsus, dei sogni e delle resistenze. L'attenzione viene rivolta all'individuo e al transfert individuale piuttosto che al gruppo.

Analisi di gruppo ha come principali esponenti W. R. Bion e H. Ezriel della Tavistock Clinic di Londra. Qui il gruppo è inteso come un insieme unitario e non un semplice aggregato di individui. Il ruolo del terapeuta è quello di interpretare quello che accade in gruppo.

Nel terzo caso l'analisi si posiziona a livello intermedio, attraverso il gruppo vengono approfonditi sia processi individuali che gruppali. Il gruppo, quindi, si configura come un posto adatto ad amplificare e intensificare l'identificazione proiettiva multipla, dall'analisi della quale il paziente può risalire alla costituzione del suo Sé.

I due autori a cui si devono i maggiori contributi sullo studio dei gruppi sono Foulkes e Bion. Foulkes è stato il fondatore della Gruppoanalisi e uno dei primi teorici della psicoterapia grupale che ha messo a punto gli elementi del metodo e le prime regole che vengono applicate ancora oggi rispetto al setting, durata e la frequenza del trattamento, e ha definito il gruppo chiuso, semi-aperto e misto. Parlando della scelta dei pazienti sostiene che *"Uno dei punti più importanti da tener presente è che il loro bagaglio culturale generale sia compatibile, che*

*rientri cioè in una certa gamma di istruzione, di status sociale, di intelligenza, di età. Questo è assai più importante delle diagnosi formali che, invero, preferiamo siano eterogenee”* (Foulkes, 1977, pag. 86). La regolarità nella frequenza del gruppo è di essenziale importanza, ma è significativa anche la regolarità intesa come ritardi, assenze o silenzio del paziente nel gruppo. Nel suo lavoro “La psicoterapia gruppoanalitica” specifica che “*Non è una psicoanalisi degli individui in un gruppo. Neppure è un trattamento psicologico di un gruppo da parte di uno psicoanalista. È una forma di psicoterapia praticata dal gruppo, nei confronti del gruppo, ivi incluso il suo conduttore*” (Foulkes, 1977, pag. 17).

Foulkes teorizza la presenza delle reti sociali che determinano lo sviluppo dell’individuo, le sue esperienze e comportamenti. Il gruppo è concepito secondo il modello di rete, in cui ogni paziente rappresenta un nodo. La rete, dunque, non è una somma di relazioni duali, ma ha le proprie caratteristiche d’insieme. Propone di usare il nome plexus per la rete familiare, dinamica, intima: “*Con ciò si intende che un numero relativamente piccolo di persone, che comprende la famiglia, si raggruppa dinamicamente, man mano che procede il trattamento, intorno alla persona centrale – il paziente – soprattutto in connessione ai suoi conflitti che hanno un significato particolare per il disturbo che l’ha spinto a consultarci*” (Foulkes, 1977, pag. 25). Il sintomo del paziente non è altro che l’espressione di un disturbo nell’equilibrio del suo plexus. La fusione dei plexus nel gruppo terapeutico rappresenta la matrice del gruppo, che determina il significato e la comprensione degli eventi. L’analisi della matrice del gruppo corrisponde all’analisi della relazione duale nella psicoanalisi classica. Il gruppo viene usato ai fini terapeutici per rendere visibile ed elaborare la rete di relazione del paziente che lo ha portato al disagio. La gruppoanalisi permette di rivivere le esperienze legati alla propria matrice di riferimento in atmosfera di reciproca attenzione e tolleranza.

Per Foulkes e Bion si differenzia il modo di osservare, intendere ed utilizzare il gruppo.

Bion pone l'attenzione al gruppo, anziché alle dinamiche individuali e relazionali e ai relativi movimenti di transfert-controtransfert. Sostiene che l'individuo in gruppo torna ad utilizzare, come per una massiccia regressione, i meccanismi mentali primitivi, quindi perde la propria individualità e accetta di far parte del gruppo. Per formare il gruppo gli individui devono sperimentare una regressione che si esprime nella consapevolezza che il gruppo rappresenta qualcosa di diverso da una semplice somma di individui. Bion ipotizza che l'esperienza grupale possa attivare situazioni caratterizzati da primitività e non strutturazione. La partecipazione al gruppo stimola in modo particolare questo piano, in quanto l'individuo per esprimere le proprie parti primordiali tende ad attivare in maniera indistinta aspetti corporei e mentali. I fenomeni del sistema protomentale, dunque, sono contemporaneamente psichici e somatici: *“Io rappresento dunque il sistema proto-mentale come qualcosa in cui il fisico e lo psicologico o mentale si trovano in uno stato indifferenziato”* (Bion, 1971, pag. 109).

Secondo Bion ogni gruppo possiede due livelli (conscio e inconscio, manifesto e profondo), e al suo interno coesistono due aspetti: il gruppo di lavoro e il gruppo basato sugli assunti di base. Il gruppo di lavoro rappresenta il livello manifesto, dove i membri si riuniscono uniti da uno scopo cosciente, obiettivo che forma il funzionamento mentale del gruppo. La partecipazione al gruppo di lavoro indica l'avvenuto sviluppo di alcune caratteristiche dell'Io, come contatto con la realtà, pensiero simbolico, rappresentazione verbale.

Il livello più profondo corrisponde a quello degli assunti di base e tendenza a dare risposte automatiche. È dal sistema protomentale che emergono le fantasie collettive definite da Bion come assunti di base. Dentro al gruppo appaiono emozioni molto forti che possono favorire o ostacolare le persone nel raggiungimento dell'obiettivo. La funzione degli assunti di base è quella di evitare che le ansie primitive si manifestino come tali all'interno del gruppo, quindi possono essere definiti come i meccanismi di difesa del gruppo. La partecipazione agli assunti di base è inevitabile e include la condivisione di certe emozioni.

Bion differenzia assunto di dipendenza, assunto di accoppiamento e assunto di attacco e fuga. Nel primo il terapeuta rappresenta la saggezza, bontà, potere e protezione e il gruppo si riunisce intorno a lui in attesa delle salvifiche risposte. Nel secondo il gruppo è invaso della speranza che tutti i problemi possano essere risolte da un sottogruppo o una coppia di persone. Nel terzo il gruppo vive la convinzione che ci sia un nemico da evitare o distruggere. Il gruppo può essere dominato da diversi assunti di base all'interno di una stessa seduta oppure uno degli assunti può dominare per periodi prolungati.

Bion definisce mentalità di gruppo come *“l'espressione unanime del volere del gruppo, alla quale l'individuo contribuisce in modo inconscio, che lo mette a disagio tutte le volte che pensa o si comporta in maniera deviante rispetto agli assunti di base”* (Bion, 1971, pag.73). Come in un individuo ci sono degli aspetti evoluti e regrediti, così anche nel gruppo esiste la mentalità regredita (che possiamo paragonare al gruppo-massa di S. Freud) e la mentalità evoluta (la capacità di cooperare). Le due mentalità sono compresenti e contrapposte, il conflitto tra di loro dà l'origine alla trasformazione del gruppo e della personalità.

Per Bion l'aspetto più significativo dell'esperienza gruppale è osservare come ogni individuo contribuisce alla trasformazione ed evoluzione della scena gruppale, come le parti non integrate dell'individuo contribuiscono all'esperienza di gruppo. È questo il modo in cui un singolo può integrare gli aspetti imperscrutabili prima. Correale considera che la grande innovazione di Bion consiste *“nell'aver intuito che l'esperienza gruppale è qualcosa che mette in luce una parte molto specifica della mente, sempre attiva nell'individuo ma riconoscibile soltanto nel gruppo che potremmo definire come parte gruppale della mente”* (Correale & Neri, 1986, pag.11).

Per Bion, una persona trae profitto dall'esperienza del gruppo, se riesce a valutare meglio i propri stati emotivi, e nello stesso tempo è consapevole che questa capacità sia ancora al di

sotto delle sue necessità. Sottolinea che non si tratta di una terapia individuale svolta in pubblico, ma piuttosto lo studio del modo in cui l'individuo interagisce con il gruppo.

## **1.2. Applicazione terapeutica dei gruppi**

Oggi il dispositivo gruppale è largamente usato per gli scopi terapeutici, sia in contesti pubblici che privati. Il gruppo consente di trasformare i vissuti di singoli pazienti, favorisce il cambiamento e l'evoluzione di singoli membri, il che diventa un forte elemento trasformativo anche per gli altri partecipanti.

Nel corso della terapia ogni paziente racconta la propria storia fantasmatica, usando diversi mezzi. Ogni intervento è legato agli interventi precedenti e al procedere del gruppo. Il terapeuta deve aver chiare le caratteristiche di ogni partecipante, il loro percorso evolutivo, l'utilizzo che fanno delle risposte che ottengono nel gruppo.

Nel gruppo il terapeuta deve essere consapevole, tenere presenti e collegare tra di loro quattro elementi: le persone, le relazioni interpersonali, il rapporto tra persone e gruppo, e i fenomeni transpersonali. (Neri, 2017).

Il gruppo non è una semplice cornice. Durante le sedute si svolge uno scambio libero e vivace in merito a quello che sta accadendo e quello che, consapevolmente o meno, stanno portando i partecipanti. Percepire e metabolizzare gli stati di altri partecipanti permette di aumentare la conoscenza di sé stessi. Neri sostiene che *“la condivisione affettiva e l'esperienza di appartenenza abbiano importanza comparabile al pensiero, e che affettività e pensiero si debbano sviluppare di pari passo”* (Neri, 2017, p.68).

Il gruppo si costruisce intorno a un'idea messianica, collegato alla figura dell'analista (Neri, 2017). Lo stato gruppale nascente, oltre alla speranza messianica, presenta anche l'illusione gruppale che appaga la necessità della sicurezza, così il narcisismo individuale minacciato viene sostituito con il narcisismo gruppale. L'illusione gruppale si presenta come reazione

all'angoscia, ma anche come una condizione iniziale dello sviluppo all'interno del gruppo. Neri nota l'importanza e la significatività dell'emergenza dei fenomeni di depersonalizzazione e deindividuazione, nello stato gruppale nascente. Non si tratta di una condizione stabile, ma di transito verso altre condizioni.

Nello stadio della comunità dei fratelli si prende la consapevolezza del potenziale del gruppo come un'unità capace di pensiero. È uno stadio fusionale che spesso coincide con il cambio di ruoli all'interno del gruppo. La compresenza di partecipanti può configurarsi in due modi: "i fratelli" o "la comunità dei fratelli". Nel primo caso i partecipanti possono percepire gli altri membri come singoli individui, verso i quali nutrire diversi sentimenti, come gelosia, ammirazione, invidia. Nel secondo caso i partecipanti si percepiscono come parti di un insieme, dotato di proprie caratteristiche e funzioni. I partecipanti sentono di avere un diritto rispetto al gruppo.

Lo spazio del gruppo è uno spazio mentale e relazionale, che ha come dimensione la capacità di pensiero acquisita dai singoli membri. Lo spazio comune è fortemente legato al senso di appartenenza e distinzione tra ciò che è o meno il gruppo.

Con l'acquisizione di un'identità gruppale più solida, il confine esterno perde la sua rilevanza, e il gruppo si rivolge verso l'interno, i suoi partecipanti attribuiscono un senso al gruppo. Neri scrive: *"Il gruppo consente ai partecipanti un'esperienza di appartenenza, che è molto importante per la costruzione (o ricostruzione) del senso di Sé come persona che ha diritto a vivere e occupare uno spazio affettivo"* (Neri, 2017, p.179). A molti dei pazienti non è stato riconosciuto il diritto di appartenenza in famiglia, in questo caso il gruppo può rappresentare un'esperienza importante di appartenenza e affermazione del proprio diritto di esistere.

Il terapeuta del gruppo terapeutico psicodinamico tenta di non stabilire l'ordine del giorno ma piuttosto di seguire le associazioni del gruppo. La convinzione è che il processo di gruppo

condurrà inevitabilmente al materiale più importante e carico di affetti se gli si consente di procedere senza inibizioni (Rutan, 1992).

Sotto l'ombrello psicodinamico risiedono molti approcci teorici complessi per comprendere la personalità e il processo di gruppo. Inoltre, i terapeuti possono modificare le loro tecniche a seconda dei pazienti con cui lavorano.

All'interno della tradizione psicodinamica esiste un'ampia divergenza di opinioni riguardo al ruolo del gruppo come forza guaritrice. I seguaci di Bion (1971) si concentreranno esclusivamente sul gruppo nel suo insieme. I sostenitori di questo approccio presumono che gli individui nel gruppo cambiano se il gruppo nel suo insieme viene identificato e interpretato e che alcune reazioni possano avvenire esclusivamente nel contesto gruppale. Esistono anche terapeuti dinamici, influenzati da Yalom (1997), che focalizzano l'attenzione sulle interazioni tra i membri del gruppo e operano partendo dal presupposto che tutte le questioni caratteriali importanti si riveleranno inevitabilmente nell'interazione nel gruppo. Pertanto, la loro attenzione è rivolta alle interazioni interpersonali tra i membri del gruppo.

Forse la più grande discrepanza tra le teorie psicodinamiche riguarda i presupposti fondamentali riguardo ciò che produce la crescita terapeutica. Per Yalom (1997), il cambiamento terapeutico è un processo complesso che avviene attraverso l'interazione di esperienze umane. Yalom individua e descrive undici fattori terapeutici della terapia di gruppo:

- **Speranza:** la terapia può trarre giovamento dalla fiducia che i pazienti hanno nell'efficacia del trattamento. Il compito di infondere fiducia inizia ancora prima della formazione del gruppo, quando il terapeuta rafforza le aspettative positive del paziente. Osservare la fine della terapia di altri individui può essere importante per constatare la possibilità di miglioramento.



- **Universalità:** molti pazienti iniziano la terapia nella convinzione di essere soli ad avere certi problemi, impulsi e fantasie spaventose. La smentita di questa credenza può essere una grande fonte di sollievo dalla vergogna, segretezza e isolamento per aver vissuto determinate esperienze. La struttura della terapia individuale in genere non consente lo stesso livello e la stessa frequenza di rivelazione di sé da parte del terapeuta. Inoltre, il feedback dei pari può essere considerato più autentico del feedback del terapeuta.
- **Informazione:** qui vengono inclusi informazioni sulla salute mentale, sulla malattia, significato dei sintomi, dinamiche interpersonali, suggerimenti ricevuti dal terapeuta o altri pazienti, etc.
- **Altruismo:** i pazienti psichiatrici per molto tempo si sono considerati un peso per gli altri, hanno un'autostima ridotta e sono convinti di non poter offrire nulla agli altri. Scoprire di essere importanti per altre persone può diventare un'esperienza ristoratrice per l'autostima.
- **Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare:** molti dei pazienti hanno delle esperienze insoddisfacenti vissute in famiglia. Il gruppo presenta molti aspetti simili all'ambiente familiare: una figura autoritaria, fratelli coetanei, profonda intimità, l'espressione di emozioni forti, competitività. Nel gruppo i conflitti familiari possono non solo essere rivissuti, ma anche corretti, provando comportamenti nuovi.
- **Sviluppo di tecniche di socializzazione:** lo sviluppo di capacità di interazioni sociali avviene in tutti i gruppi. Acquisizione di abilità sociali include l'essere in sintonia con l'interlocutore, essere reattivi verso gli altri, risoluzione dei conflitti, il trattenersi dall'esprimere giudizi impulsivi, e altro.
- **Comportamento imitativo:** il paziente può prendere come modello diversi aspetti sia del terapeuta che di altri membri del gruppo. In questo modo i pazienti possono provare su di sé parti di altre persone, più o meno compatibili, scoprendo ciò che si è.

- **Apprendimento interpersonale:** la sintomatologia del paziente ha la sua origine ed espressione nelle relazioni interpersonali problematiche. Attraverso i feedback e l'auto-osservazione i pazienti diventano consapevoli di questi aspetti. Di conseguenza il paziente può sperimentare nuovi tipi di comportamento, e assicurarsi che il nuovo comportamento non porti all'abbandono o alla derisione, ma che gli altri mostrino maggiore approvazione e accettazione nei confronti del paziente.
- **Coesione di gruppo:** si riferisce all'attrattività del gruppo o degli altri membri ed è un analogo dell'alleanza terapeutica nella terapia individuale. I membri di un gruppo coeso provano calore, conforto e un senso di appartenenza in gruppo. I gruppi coesi dimostrano più accettazione e sostegno reciproco, il che porta a una più facile esplorazione e integrazione di aspetti di sé non accettabili fino ad allora. I livelli elevati di coesione sono stati correlati ad una maggiore rivelazione di sé, inoltre, una forte coesione può impedire ai membri del gruppo di scoraggiarsi o alienarsi quando in gruppo si verifica un conflitto (Malat et al., 2023).
- **Catarsi:** nel gruppo la catarsi viene considerata come una parte del processo interpersonale, ma da sola non è sufficiente. Diventa più utile nel momento in cui nel gruppo si sono formati i legami. La catarsi, intesa come un'espressione intensa delle emozioni, intensifica lo sviluppo di legami di coesione.
- **Fattori esistenziali:** non riguardano il cambiamento in sé, ma include molte questioni, come accettazione che la vita può essere ingiusta, l'incostanza dell'esistenza, la solitudine. Sono categorie che toccano corde reattive nei pazienti e quindi meritano molta considerazione.

### **1.3. La ricerca in psicoterapia di gruppo**

La sistematica ricerca quantitativa sugli esiti della psicoterapia iniziò negli anni '50 e fu in larga misura provocata da un rapporto negativo che metteva in dubbio il fatto che la psicoterapia avesse effetti positivi. La revisione di Eysenck (1952) oggi potrebbe essere considerata una meta-analisi: i rapporti statistici di ospedali e istituti di psicoterapia, comprendenti insieme più di 7.000 pazienti, sono stati riuniti quantitativamente per formare una statistica riassuntiva sulla percentuale di pazienti migliorati. Questa statistica è stata confrontata con la percentuale di pazienti psichiatrici negli ospedali statali dove non veniva somministrata alcuna psicoterapia, una sorta di condizione di “cura standard”. La percentuale di pazienti migliorati era più bassa con la psicoterapia che senza e più bassa con la terapia psicoanalitica intensiva che con la terapia eclettica meno intensiva. L'autore ha concluso che non c'erano prove che la psicoterapia avesse contribuito a migliorare i pazienti oltre i trattamenti standard forniti a quel tempo (Gelo et al., 2015). Negli anni successivi il campo della ricerca sui risultati della psicoterapia è esploso, e molti studi e revisioni hanno mostrato risultati molto più favorevoli, tra cui il primo è stato il lavoro «Meta-analysis of psychotherapy outcome studies” di Smith e Glass (1977). Attraverso lo studio di 375 ricerche (circa 25000 pazienti), è stato dimostrato per la prima volta l'efficacia della psicoterapia, come paragonabile alle terapie mediche comunemente accettate (effect size 0,68).

La necessità di introdurre i parametri di controllo negli studi sull'efficacia di psicoterapia ha portato la ricerca a riconfigurarsi secondo il modello della ricerca clinica sperimentale, conducendo studi randomizzati controllati con gruppi di controllo non sottoposti ad alcun trattamento o sottoposti ad altro trattamento, o lista d'attesa.

Nel 2018, dopo un lungo impegno, l'American Psychological Association ha deciso di riconoscere la psicoterapia di gruppo come una specializzazione, rendendola così un'area di

pratica definita che richiede conoscenze e competenze specifiche acquisite attraverso l'educazione e la formazione organizzata (Rosendahl et al., 2021).

Oggi una vasta gamma di gruppi per quasi tutte le condizioni o situazioni umane viene offerta in una varietà di contesti. La ricerca dimostra che la terapia di gruppo è un trattamento economicamente vantaggioso, accessibile, a rischio relativamente basso, altrettanto efficace della terapia individuale (Burlingame et al., 2013).

Una recente revisione ha dimostrato che i trattamenti di gruppo ottengono grandi effetti rispetto alle condizioni di trattamento non attive e che le differenze rispetto ad altri trattamenti, come la terapia individuale, sono trascurabili in termini di dimensione dell'effetto (Rosendahl et al., 2021). Una meta-analisi di studi randomizzati e controllati ha testato l'effetto della psicoterapia di gruppo per i disturbi dell'umore, tra cui depressione e disturbo bipolare, includendo nell'analisi 42 studi pubblicati dal 1990 al 2018. La meta-analisi ha dimostrato che la terapia di gruppo per la depressione ha prodotto risultati superiori rispetto alla lista d'attesa e al treatment as usual, e risultati equivalenti ai farmaci. Allo stesso modo, la terapia di gruppo per il disturbo bipolare ha prodotto risultati superiori rispetto al treatment as usual (Janis et al., 2021).

Gli studi rivelano come la psicoterapia psicodinamica di gruppo sia efficace per diversi disturbi. Fonagy (2015) propone una revisione completa degli studi sull'efficacia della terapia psicodinamica (PDT) per le principali categorie di disturbi mentali, in cui riporta un percorso di 16 settimane con i pazienti con il disturbo da alimentazione incontrollata che si è rivelato superiore al treatment as usual in tutti i parametri, e per lo più equivalente alla CBT di gruppo nel ridurre le abbuffate e nel miglioramento generale (79% PDT contro 73% CBT), e uno studio randomizzato che forniva 10 sessioni settimanali di terapia di gruppo per la gestione psicologica dei sintomi somatici inspiegabili dal punto di vista medico, riportando significativi benefici per la salute, di piccole e medie dimensioni.

La revisione degli studi eseguita da Lothstein (2023) conferma che i risultati della ricerca incoraggiano l'uso di approcci psicodinamici per la psicoterapia di gruppo con pazienti con disturbi di personalità.

Uno studio condotto in Norvegia ha indagato i risultati a lungo termine (durata media 1,5 anni) per i pazienti con disturbi di personalità trattati in gruppi psicodinamici ambulatoriali all'interno del servizio di salute mentale, riportando miglioramenti significativi (disagio riportato, problemi interpersonali, funzionamento lavorativo) indipendentemente dalla gravità generale della malattia (Kvarstein et al., 2017). Le risposte alle domande di follow-up suggerivano che i pazienti hanno riconosciuto i gruppi psicodinamici come una forza positiva nelle loro vite, si sono sentiti compresi e ascoltati. Come fattori positivi sono stati indicati l'alleanza con il terapeuta, il coinvolgimento e la fiducia nel gruppo.

Sebbene siano stati fatti grandi progressi nella ricerca in psicoterapia, tanto che ora possiamo affermare con sicurezza che molti trattamenti psicologici portano a un cambiamento terapeutico significativo, ci sono ancora molte domande su cosa avviene durante la seduta o come funziona la psicoterapia. Il focus della ricerca in questo caso si sposta su quello che accade all'interno del sistema terapeuta-paziente che consente il cambiamento.

Fondamentalmente, i processi di psicoterapia includono i processi di cambiamento del cliente e il modo in cui questi possono derivare dagli interventi e dalle interazioni terapeutiche. Queste dinamiche, tuttavia, non sono sempre semplici e facili da osservare. I processi di cambiamento del cliente possono o meno verificarsi durante la seduta; gli eventi che accadono in seduta possono essere utili, inutili o neutrali rispetto al loro impatto sul cambiamento del cliente.

Nell'area di terapia di gruppo la ricerca dei processi può diventare ancora più difficile per la molteplicità di variabili proprie al formato gruppo e per la complessità relazionale che in esso si sviluppa. Si può descrivere il processo di gruppo come *“lo studio del sistema gruppo nella sua interezza e dei cambiamenti che intercorrono nel suo sviluppo, delle interazioni tra i*

*sottosistemi del terapeuta e dei pazienti, tra paziente e paziente (coppia o sottogruppo) terapeuta e terapeuta se ci sono co-conduttori, e il modo in cui ognuno di questi sistemi interagisce ed è influenzato dal gruppo stesso” (Giordano & Lo Verso, 2014, pag. 16).*

I metodi più tradizionali nella ricerca del processo sono osservativi, che implicano l’esame sistematico del materiale effettivo della seduta terapeutica (cioè il “processo” della terapia), come videocassette e/o trascrizioni delle sedute terapeutiche. I metodi della ricerca di processi si estendono alla raccolta di altri tipi di dati sulle sessioni terapeutiche come i questionari self-report del paziente e del terapeuta completati immediatamente dopo le sessioni. Il termine “esame sistematico” viene utilizzato per descrivere metodi di ricerca sui processi e si riferisce a procedure dettagliate per selezionare il materiale da esaminare per rispondere a una particolare domanda di ricerca e allo sviluppo di strumenti psicometrici necessari per osservare e quantificare le variabili del processo terapeutico di interesse teorico o pragmatico (ad esempio, l’alleanza terapeutica) (MacKenzie, 2002).

La coesione di gruppo, l’alleanza terapeutica ed il clima di gruppo sono tre elementi che vengono considerati come le variabili di processo più importanti correlate all’esito della psicoterapia di gruppo (Giordano & Lo Verso, 2014). I processi terapeutici alla base della coesione trovano forma nelle dimensioni intrapersonali e interpersonali. Gli elementi intrapersonali di coesione possono essere trovati nel senso di appartenenza e accettazione di un membro del gruppo e in un impegno personale e fedeltà al gruppo. Gli elementi intragruppo includono l’attrattiva e la compatibilità avvertite all’interno del gruppo; simpatia e fiducia reciproche; sostegno, cura e stimolazione reciproca che creano apprendimento; e impegno collettivo per il lavoro del gruppo. La coesione è stata collegata a una serie di importanti processi di gruppo, ad esempio, una relazione emotiva elevata e positiva con i membri sembra promuovere la propensione a rivelare materiale importante e significativo che, a sua volta, porta a feedback più frequenti e intensi da parte degli altri membri. Inoltre, lo sviluppo della coesione

precoce può anche essere correlato alla capacità di un membro del gruppo di tollerare il conflitto che spesso si presenta nella fase più avanzata del trattamento di gruppo (Burlingame et al., 2001).

L'alleanza si riferisce alla relazione tra paziente e terapeuta e rappresenta uno dei fattori comuni in psicoterapia. Una recente meta-analisi (Alldredge et al., 2021) suggerisce che le relazioni terapeutiche membro-leader (alleanza) e la coesione di gruppo (relazioni membro-membro e membro-gruppo) hanno una correlazione simile con l'esito della terapia di gruppo. Pertanto, l'identificazione di una eventuale rottura e la conseguente riparazione di una qualsiasi di queste relazioni sembrano essere una strategia empiricamente valida per migliorare i risultati dei membri. Sforzarsi attivamente di riparare le rotture man mano che si verificano può portare a un migliore senso di alleanza, che, a sua volta, contribuirà a un esito favorevole del trattamento. Il clima di gruppo è un indicatore dell'atmosfera di un gruppo, e può essere definito come un costrutto multidimensionale che comprende la percezione da parte di un partecipante dell'impegno degli altri membri nel gruppo, l'evitamento di argomenti importanti o difficili e il conflitto tra membri del gruppo. Alcuni studi hanno dimostrato che un basso livello di conflittualità è associato ad un esito positivo della terapia, inoltre un clima positivo correla con altri processi di gruppo favorevoli (ad esempio, auto-svelamento) (Giordano, & Verso, 2014).

## **CAPITOLO 2. TRATTAMENTO BASATO SULLA MENTALIZZAZIONE PER I PAZIENTI CON DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ**

### **2.1. Disturbo borderline di personalità**

Il termine personalità ha molte definizioni, ma nessuna è stata accettata universalmente. Allport (1937) definisce la personalità come un'organizzazione dinamica, entro l'individuo, di sistemi psicofisici che determinano i pattern di comportamento, di pensiero e di emozioni tipici di ciascun individuo; per Caprara (2003), la personalità è quel complesso insieme di sistemi psicologici che contribuiscono all'unicità e alla continuità della condotta e dell'esperienza individuale, sia come viene espresso, sia come viene percepito dall'individuo e dagli altri; mentre Eysenck (1953) afferma che la personalità è l'organizzazione più o meno stabile e durevole del carattere, del temperamento, dell'intelletto e del fisico di una persona: organizzazione che determina il suo adattamento totale all'ambiente (De Beni et al., 2008).

Un recente articolo (Bergner, 2020) definisce la personalità di un individuo come l'insieme duraturo di tratti e stili che lui o lei esibisce, le quali caratteristiche rappresentano le disposizioni (cioè, tendenze naturali o inclinazioni personali) di questa persona, e i modi in cui questa persona differisce dalla “persona normale standard” nella sua società.

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, o World Health Organization, WHO) il concetto di personalità si riferisce al modo caratteristico di un individuo di comportarsi e vivere la vita, e di percepire e interpretare sé stesso, le altre persone, eventi e situazioni (WHO, 2024).

La personalità influenza notevolmente il modo in cui una persona interagisce nel suo ambiente.

Il DSM 5 (APA, 2013) definisce disturbo di personalità come *“un pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura*



*dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione” (Maj & Biondi, 2014, p.747).*

In generale, i disturbi di personalità sono caratterizzati da sintomi in due o più dei seguenti domini: cognitivo (p. es., percepire e interpretare sé stessi, le altre persone e gli eventi), affettività (p. es., intensità, labilità e adeguatezza delle risposte emotive), funzionamento interpersonale (modalità di risposta alle situazioni interpersonali) e controllo degli impulsi. I pattern dei sintomi sono duraturi e inflessibili, cioè questi sintomi non sono adattabili a situazioni specifiche.

L'OMS descrive il disturbo di personalità come un marcato disturbo nel funzionamento della personalità, che è quasi sempre associato a un notevole disagio personale e sociale. Le manifestazioni principali del disturbo di personalità sono compromissioni nel funzionamento di aspetti del sé (identità, autostima) e/o problemi nel funzionamento interpersonale (sviluppare e mantenere relazioni strette e reciprocamente soddisfacenti, comprendere la prospettiva degli altri, gestione del conflitto nelle relazioni). I disturbi del funzionamento del sé e/o del funzionamento interpersonale si manifestano in modelli disadattivi (ad esempio inflessibili o scarsamente regolati) di cognizione, esperienza emotiva, espressione emotiva e comportamento (WHO, 2024).

Nel modello dimensionale ICD-11 dei disturbi di personalità (2024), il clinico valuta la gravità della (dis)funzione della personalità su 3 livelli: lieve, moderato o grave. Mentre in ambito clinico ci si può aspettare che la maggior parte dei pazienti con disturbo borderline di personalità siano classificati come aventi un grave disturbo di personalità, l'ICD-11 consente di classificare i suddetti pazienti, che presentano alcune aree del funzionamento della personalità meno colpite, come aventi un disturbo di personalità moderato. Dei precedenti 10 disturbi distinti della personalità, solo il disturbo borderline rimarrà una diagnosi distinta mediante l'uso di una specifica di "pattern borderline".

Il DSM 5 definisce il disturbo borderline di personalità come *“un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell’immagine di sé e dell’umore, e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti”* (Maj & Biondi, 2014, p. 768). Per la diagnosi sono richiesti 5 sintomi su nove, tra cui sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono, relazioni interpersonali instabili e intense con alternanza tra idealizzazione e svalutazione, alterazione dell’identità, marcata impulsività, comportamenti o minacce suicidarie e autolesionismo, instabilità affettiva, sentimento di vuoto, rabbia inappropriata e ideazione paranoide. Il criterio della presenza di 5 sintomi su 9 dà spazio a quadri clinici molto diversi, in cui due pazienti con la stessa diagnosi possono avere solo un sintomo in comune.

Sebbene la prevalenza del disturbo borderline di personalità stimata sia circa tra lo 0,7% e il 2,7% della popolazione generale, tassi di prevalenza più elevati sono stati segnalati tra i pazienti che utilizzano servizi psichiatrici ambulatoriali (11%-12%) e tra i pazienti ricoverati (22%) (Leichsenring et al., 2023). Il disturbo borderline di personalità è associato a gravi disabilità sociali e professionali, come l’incapacità di mantenere un lavoro, alti tassi di comorbidità con disturbi mentali e malattie somatiche, un uso più frequente di servizi medici ambulatoriali e ospedalieri, alti tassi di suicidio e di assistenza medica, costi sanitari diretti e indiretti (ad esempio, giorni di assenza per malattia). Le persone con disturbo borderline di personalità presentano un funzionamento sociale globale peggiore rispetto alle persone con altri disturbi di personalità (ad esempio, disturbi evitanti e ossessivo-compulsivi) e tassi più elevati di disturbo depressivo maggiore in comorbidità. Inoltre, i tentativi di suicidio si sono verificati in oltre il 75% degli individui con BPD.

Una revisione svolta da Stepp et al. (2016) ha evidenziato molteplici fattori in ambito sociale, ambito familiare, ambito di maltrattamenti e ambito infantile che aumentano il rischio di successivi esiti di BPD. Gli indicatori di rischio più importanti erano: basso SES; eventi di vita

stressanti e avversità familiari in ambito sociale; psicopatologia materna e dimensione dell'affettività genitoriale (scarso calore, ostilità, dure punizioni) in ambito familiare; esposizione ad abusi fisici o sessuali o negligenza nell'ambito del maltrattamento; basso QI, alti livelli di affettività negativa e impulsività e psicopatologia internalizzante ed esternalizzante nell'ambito infantile.

Le esperienze infantili avverse, tra cui l'abuso fisico, sessuale o emotivo e trascuratezza, sono più comuni nelle persone con disturbo bipolare. Una metanalisi ha esaminato e sintetizzato i dati confrontando i livelli di avversità infantile negli individui con BPD rispetto ai controlli clinici e non clinici, trovando che i pazienti con BPD avevano una probabilità 13 volte maggiore di riferire avversità infantili rispetto ai controlli non clinici, erano più propensi a segnalare le avversità infantili rispetto ad altre popolazioni cliniche e che l'abuso emotivo e la trascuratezza erano particolarmente elevati nei campioni BPD rispetto ai controlli (Porter et al, 2020).

Sono sempre più numerose le prove che il maltrattamento compromette le capacità riflessive e il senso di sé del bambino. L'articolo di Fonagy et al. (2000) riporta gli studi che notano che i bambini abusati mostravano un effetto meno positivo nel riconoscersi allo specchio rispetto ai controlli, avevano un deficit specifico nell'uso delle parole relative agli stati interni e che tale linguaggio tendeva ad essere legato al contesto (cioè, anche se i bambini avevano imparato vari idiomi il cui uso poteva sembrare implicare la capacità di mentalizzare, li usavano senza una reale comprensione) oppure dimostravano deficit specifici nei compiti che richiedevano mentalizzazione (in particolare i bambini segnalati per abuso sessuale o fisico). Questi risultati suggeriscono che il maltrattamento può indurre i bambini a ritirarsi dal mondo mentale.

Tuttavia, non tutte le persone con diagnosi di BPD hanno una storia di esperienze infantili avverse. Diversi studi hanno dimostrato modelli di attaccamento insicuri nei pazienti con BPD. Uno studio condotto al McLean Hospital a Belmont ha paragonato gli stili di attaccamento nei pazienti diagnosticati con BPD, con Disturbo depressivo maggiore e gruppo di controllo,

trovando che i soggetti con BPD sono più paurosi e più preoccupati nei loro stili di attaccamento (Choi-Kain et al., 2009). Una revisione (Agrawal et al., 2004) che ha esaminato 13 studi empirici ha concluso che esiste una forte associazione tra disturbo borderline di personalità e attaccamento insicuro. I tipi di attaccamento ritenuti più caratteristici sono irrisolti, preoccupati e paurosi. In ciascuno di questi tipi di attaccamento, gli individui dimostrano un desiderio di intimità e, allo stesso tempo, preoccupazione per la dipendenza e il rifiuto. L'elevata prevalenza e gravità dell'attaccamento insicuro riscontrati in questi campioni di adulti supportano il ruolo centrale delle relazioni interpersonali disturbate nelle teorie cliniche del BPD.

La ricerca che ha effettuato uno screening online di 1.401 studenti universitari ha trovato che la relazione tra attaccamento ansioso e tratti BPD è mediata da tratti di affettività negativa e impulsività (Scott et al., 2009). Sebbene la relazione tra la diagnosi di BPD e una specifica categoria di attaccamento non sia ovvia, non ci sono dubbi sul fatto che il BPD sia fortemente associato all'attaccamento insicuro (solo il 6-8% dei pazienti con BPD è codificato come sicuro). Sembra che l'insicurezza dell'attaccamento precoce sia una caratteristica relativamente stabile dei pazienti con disturbo borderline, in particolare in concomitanza con i successivi eventi negativi della vita (Bateman & Fonagy, 2010).

Gli studi hanno osservato l'uso dei meccanismi di difesa primitivi nei pazienti borderline. La ricerca svolta da Zanarini et al. (2009) ha dimostrato che i pazienti borderline avevano punteggi significativamente più alti rispetto al gruppo di controllo per sette difese specifiche. Quattro di queste difese, quali acting out, ipocondria emotiva, aggressività passiva e proiezione, sono alla base di caratteristiche cliniche (impulsività, esigente, masochismo e sospettosità) che si sono rivelate estremamente comuni tra i pazienti borderline. I pazienti borderline ottenevano punteggi significativamente più alti per le difese dell'identificazione proiettiva e della scissione rispetto al gruppo di controllo.

Uno studio effettuato sul campione di 102 adolescenti in Centro Italia ha mostrato la correlazione tra tratti borderline e un uso estensivo di difese immature come la razionalizzazione, la proiezione, la scissione delle immagini degli altri e l'identificazione proiettiva (Di Giuseppe et al., 2020).

## **2.2. Concetto di mentalizzazione**

Il termine mentalizzazione è nato dall'Ecole Psychosomatique de Paris e in una certa misura è stato reso operativo dai ricercatori dello sviluppo che indagavano sulla teoria della mente. È stato utilizzato per la prima volta da Fonagy nel 1989 in modo più ampio e da allora è stato sviluppato per comprendere una serie di disturbi mentali (Bateman & Fonagy, 2010).

La mentalizzazione viene definita come *“la capacità di comprendere le azioni proprie e altrui in termini di pensieri, sentimenti, speranze e desideri; è una capacità molto umana che sottende le interazioni quotidiane”* (Bateman & Fonagy, 2019, p.3).

È un costrutto profondamente sociale, nel senso che siamo attenti agli stati mentali di coloro con cui stiamo, fisicamente o psicologicamente. Data la generalità della definizione, la maggior parte dei disturbi mentali comporterà inevitabilmente alcune difficoltà con la mentalizzazione. In effetti, possiamo concepire la maggior parte dei disturbi mentali come la mente che interpreta erroneamente la propria esperienza di sé stessa, quindi un disturbo della mentalizzazione. La mentalizzazione permette di percepire e interpretare il comportamento proprio e altrui in base agli stati mentali e necessita di un'analisi della situazione attuale, dei pattern comportamentali e delle esperienze passate a cui la persona è stata esposta. È una capacità che appartiene esclusivamente agli umani, ma non è una capacità stabile, tutti noi possiamo avere delle difficoltà a mentalizzare nelle situazioni di ansia e stress in cui sperimentiamo la caduta di mentalizzazione di entità più o meno grave. In queste situazioni possiamo agire in base a delle credenze erranee sulle intenzioni, comportamenti o stati mentali altrui.

La mentalizzazione è un processo rappresentazionale perché si tratta dell'immaginare quello che gli altri potrebbero provare o pensare. La storia personale e le capacità immaginative possono portare diverse persone a conclusioni diverse, quindi non è un processo omogeneo. Trattandosi della rappresentazione dei nostri stati mentali, la mentalizzazione forma il nostro senso di sé e dell'identità.

Il modello della mentalizzazione è basato sulla prospettiva evolutiva poiché la comprensione degli altri dipende dal fatto che da bambini i nostri stati mentali siano stati adeguatamente compresi da adulti premurosi, attenti e non minacciosi. Il rispecchiamento da parte delle figure di riferimento è fondamentale per lo sviluppo di regolazione affettiva, autocontrollo e la capacità di mentalizzazione. La mentalizzazione si sviluppa nelle interazioni sociali ed è influenzata dal modo in cui gli altri ci mentalizzano, si tratta dunque di un processo transazionale e intergenerazionale. Una mancanza di contingenza tra l'esperienza emotiva del bambino e il rispecchiamento del caregiver porta ad una diminuzione della capacità del bambino di rappresentare gli affetti (Daubney & Bateman, 2015). Quando la mentalizzazione è compromessa, le esperienze interne soggettive e il mondo interpersonale smettono di avere senso. La causa più importante dell'interruzione della mentalizzazione è il trauma psicologico nell'infanzia, che mina la capacità di pensare agli stati mentali o l'abilità di fornire descrizioni narrative delle proprie relazioni passate.

Si possono distinguere quattro diverse dimensioni della mentalizzazione e le persone possono sbilanciarsi in uno di questi poli:

- 1) Mentalizzazione automatica vs controllata (implicita vs esplicita)
- 2) Mentalizzazione in relazione al sé vs in relazione alle altre persone
- 3) Mentalizzazione in relazione alle componenti interne vs esterne
- 4) Mentalizzazione cognitiva vs affettiva

La mentalizzazione controllata (o esplicita) rappresenta un processo lento e seriale, tipicamente verbale, che richiede consapevolezza, attenzione, riflessione e sforzo. Ha un ruolo importante nella regolazione sociale poiché permette di spiegare e predire il comportamento. La mentalizzazione automatica (o implicita) è un processo più veloce, che richiede poca consapevolezza, attenzione e sforzo. Nella maggior parte delle interazioni sociali la mentalizzazione tende ad essere del tipo automatico. La mentalizzazione automatica prevale anche nelle situazioni di stress.

La dimensione sé – altro della mentalizzazione rappresenta la capacità di mentalizzare il proprio stato (comprese esperienze fisiche) e lo stato delle altre persone.

La dimensione interna – esterna descrive le inferenze fatte in base agli indicatori esterni sugli stati mentali di un individuo, oppure la creazione di una rappresentazione dell'esperienza interna di una persona in base alle nostre conoscenze delle esperienze passate e della situazione attuale di questa persona. Questa dimensione viene applicata anche al sé e ai propri stati interni ed esterni. Il focus sugli indicatori esterni può rendere una persona vulnerabile nei contesti sociali generando un'ipersensibilità interpersonale, cosa che avviene spesso nei pazienti con disturbo borderline di personalità.

Mentre la mentalizzazione cognitiva rappresenta la capacità di riconoscere, nominare e ragionare sugli stati mentali propri o altrui, la mentalizzazione affettiva include la capacità di comprendere i sentimenti relativi a questi stati ed è essenziale per l'empatia e la creazione del senso di sé.

Nelle situazioni di forte arousal psicologico l'individuo sperimenta una difficoltà nell'accedere alla mentalizzazione controllata, passando alla mentalizzazione automatica. Bateman e Fonagy (2019) indicano la probabilità che la soglia per passare da uno stile di mentalizzazione all'altro sia più bassa in individui che hanno subito esperienze traumatiche nei primi anni di vita. L'esperienza traumatica stimola il sistema di attaccamento, e nelle persone che sono state

esposte a un trauma legato all'attaccamento, questo può avvenire in maniera cronica. Il trauma legato all'attaccamento attiva eccessivamente il sistema di attaccamento perché la persona a cui il bambino dovrebbe rivolgersi in situazioni di stress è la stessa persona che causa la paura nel bambino. Un'improvvisa perdita della capacità di mentalizzare potrebbe essere dunque spiegata dall'iperattivazione del sistema di attaccamento.

Le persone con le strategie di attaccamento ansiose (iperattive) passano velocemente alla mentalizzazione automatica e impiegano più tempo per tornare alla modalità controllata. L'attaccamento disorganizzato esita in una risposta eccessiva allo stress, supportando un passaggio rapido alla mentalizzazione automatica che si manterrà a lungo. Le persone con attaccamento evitante saranno vulnerabili al crollo della mentalizzazione, anche se il recupero sarà relativamente veloce. Una persona con attaccamento sicuro presenterà una soglia abbastanza alta di stress necessario per il crollo della mentalizzazione, con un recupero relativamente veloce.

Una mentalizzazione bilanciata è caratterizzata dalla capacità di passare adeguatamente dalla mentalizzazione automatica a quella controllata, dalla possibilità di mantenere la mentalizzazione adeguata nelle situazioni di stress e da un rapido recupero nei momenti di difficoltà.

Quando la mentalizzazione fallisce le persone tendono a ricadere nelle modalità non-mentalizzanti (o pre-mentalizzanti, in linea con le modalità usate dai bambini che ancora non hanno pienamente sviluppato la capacità di mentalizzare): modalità di equivalenza psichica, modalità teleologica e modalità del fare finta.

Nella modalità di equivalenza psichica il paziente presume che ciò che è nella sua mente riflette fedelmente la realtà, portando a un'eccessiva certezza del proprio pensiero, in cui il dubbio viene sospeso e la persona percepisce la prospettiva come l'unica possibile senza considerare



spiegazioni alternative. Ad esempio, se il paziente si sente abbandonato, presume che la persona coinvolta lo stia rifiutando di proposito.

Nella modalità teleologica gli stati mentali vengono riconosciuti soltanto se presentano degli esiti osservabili sul piano fisico. Il cambiamento del mondo fisico viene considerato come unico possibile indicatore delle intenzioni di altre persone. Il paziente giudica le cose in base a ciò che realmente accade nel mondo fisico e questo determina il modo in cui viene interpretato l'intento dell'altra persona.

Nella modalità del far finta i sentimenti e i pensieri sono separati dalla realtà. La realtà interna è dissociata dalla realtà esterna, quindi non esiste alcun collegamento tra le due. Nei casi estremi questa modalità può essere associata alle esperienze di dissociazione e derealizzazione. Il paziente può investire eccessivamente sul pensiero astratto e sugli aspetti cognitivi (ipermentalizzare o pseudomentalizzare), facendo dei discorsi molto complessi rispetto agli stati della mente, ma con poca connessione alla realtà.

Le modalità non-mentalizzanti possono essere causati dagli sbilanciamenti nelle dimensioni della mentalizzazione. La prevalenza dell'emozione (affetto) sulla cognizione può portare alla modalità di equivalenza psichica. Un focus eccessivo sugli aspetti esterni con scarsa considerazione dell'interno può sfociare in modalità teleologica. Mentre il fare finta emerge dalla mancata mentalizzazione riflessiva ed esplicita.

Il fallimento nella mentalizzazione può rivelare una discontinuità nella struttura del sé. Quando un bambino non riesce a sviluppare una rappresentazione della propria esperienza dal rispecchiamento del caregiver, interiorizza l'immagine del genitore come una parte della propria rappresentazione. Questa immagine però non lo rispecchia nell'intensità e tonalità e non è contingente con lo stato di sé del bambino. Per ridurre l'incoerenza il bambino esternalizza il sé alieno, ponendo un aspetto di sé su un'altra persona e portandola a comportarsi in linea con la rappresentazione esternalizzata.

Bateman e Fonagy (2019) basano il loro approccio al disturbo borderline di personalità su tre idee centrali:

- 1) Un ambiente caotico e la storia di neglect in infanzia possono causare la compromissione dello sviluppo della capacità di mentalizzare.
- 2) Le successive avversità a traumi minano ulteriormente la mentalizzazione, parzialmente come una manovra difensiva, parzialmente a causa di un elevato arousal che indebolisce le capacità cognitive superiori.
- 3) Essendo la mentalizzazione una capacità multidimensionale, i pazienti con disturbo borderline di personalità possono presentare delle difficoltà in diverse dimensioni.

La disregolazione emotiva, caratteristica per il disturbo borderline, implica il focus sulla polarità affettiva della dimensione cognitiva – affettiva, portando alla modalità automatica, non riflessiva del mentalizzare. La modalità più frequentemente associata all'elevata emotività è l'equivalenza psichica.

In termini di sbilanciamento delle dimensioni di mentalizzazione, l'impulsività implica una forte enfasi sul polo automatico. Il comportamento impulsivo viene messo in atto quando manca un'adeguata riflessione sull'impatto delle proprie azioni sugli altri e su di sé. Nella condizione in cui la riflessione è staccata dalla realtà possiamo parlare della modalità del fare finta, con ipermentalizzazione o pseudomentalizzazione. Anche l'atteggiamento teleologico può sfociare in impulsività, se la persona accetta come l'espressione delle intenzioni di altre persone solo un'azione fisica.

La mentalizzazione è al centro della social cognition, quindi le persone con scarse capacità di mentalizzare possono presentare difficoltà e disfunzioni sociali a causa di mancanza di pensiero riflessivo e di mancata moderazione dei propri assunti automatici su altre persone. Le disfunzioni sociali si presentano anche come l'esito di un'eccessiva enfasi sulla mentalizzazione basata su indizi esteriori.

Nei termini delle dimensioni della mentalizzazione i pazienti con disturbo borderline di personalità possono essere presentati in seguente maniera:

- Automatico – Controllato: i pazienti tendono a una forma di mentalizzazione automatica o implicita, marcata da un'eccessiva certezza non giustificata che tradisce la sua origine non riflessiva.
- Sé – Altro: pazienti con disturbo borderline possono presentare una preoccupazione sproporzionata rispetto al proprio stato interno; gli stati mentali di altre persone possono influenzare eccessivamente portando a una forte sensibilità verso gli umori altrui.
- Interno – Esterno: tipicamente i pazienti sono molto sensibili alle espressioni facciali, inclusi quelle del clinico. Una forte reattività agli aspetti esteriori del sé e degli altri diventa una fonte di conoscenza sugli stati mentali portando ad un'eccessiva reattività emotiva. Il focus sull'esterno porta l'individuo ad essere ipervigile rispetto a ciò che pensano o sentono gli altri e allo stesso tempo incapace di valutare accuratamente senza basarsi sui giudizi superficiali.
- Cognitivo – Affettivo: i pazienti presentano una mentalizzazione automatica, basata sui sentimenti non bilanciati dal funzionamento più riflessivo, il che può portare al catastrofismo.

Gli errori temporanei nella mentalizzazione sono parte integrante del normale funzionamento, ma la capacità di continuare a mentalizzare anche in circostanze stressanti e un recupero relativamente rapido dagli errori di mentalizzazione sono il segno distintivo di una mentalizzazione solida. Gli individui con alti livelli di mentalizzazione mostrano tipicamente una notevole resilienza di fronte a condizioni stressanti e sono spesso in grado di acquisire una prospettiva sorprendentemente benefica sulla propria vita a seguito delle avversità (Bateman & Fonagy, 2013).

Bateman e Fonagy (2019) hanno sviluppato le caratteristiche di buona mentalizzazione:

1. In relazione ai pensieri e sentimenti delle altre persone: opacità, assenza di paranoia, contemplazione e riflessione, perspective-taking, interesse genuino per i pensieri e sentimenti altrui, apertura alla scoperta, indulgenza, prevedibilità.
2. Percezione del proprio funzionamento mentale: duttilità, prospettiva evolutiva, scetticismo realistico, riconoscimento dell'esistenza di un funzionamento preconscious, consapevolezza di avere idee e sentimenti contrastanti, atteggiamento autoindagatore, interesse per le differenze, consapevolezza dell'impatto degli stati affettivi.
3. Rappresentazione di sé: valide capacità pedagogiche e di ascolto, continuità autobiografica, ricchezza della vita interiore.
4. Valori e atteggiamenti generali: mancanza di assoluta certezza rispetto a cosa sia giusto e sbagliato, ponderatezza.

Alla base del trattamento basato sulla mentalizzazione vi è la volontà di ripristinare una buona mentalizzazione nel momento in cui è calata, di sostenerla quando è presente e di incrementare la capacità di mantenere tale capacità nelle situazioni di stress.

### **2.3. Trattamento basato sulla mentalizzazione con i pazienti borderline**

La teoria della mentalizzazione del disturbo borderline di personalità suggerisce che gli individui costituzionalmente vulnerabili e/o esposti all'abbandono nelle prime relazioni in cui la loro esperienza emotiva non è adeguatamente rispecchiata dal caregiver, sviluppano una capacità indebolita o fragile di rappresentare gli affetti e di controllare le proprie capacità attentive (Fonagy & Bateman, 2006).

L'MBT è nato negli anni Novanta ed inizialmente è stato usato per il trattamento dei pazienti del Day Hospital con la diagnosi del disturbo borderline di personalità (Bateman & Fonagy, 1999). Nel disturbo borderline, la capacità di mentalizzazione vulnerabile all'interazione sociale e interpersonale è considerata una caratteristica fondamentale del disturbo. Nel

momento in cui il paziente è sottoposto a forti emozioni e la sua capacità di mentalizzare fallisce, il clinico si rivolge a un processo strutturato di empatia e validazione, chiarificazione ed esplorazione, incremento di mentalizzazione e incoraggiamento del paziente a identificare gli stati mentali che erano fuori dalla sua consapevolezza.

La terapia basata sulla mentalizzazione per il disturbo borderline di personalità si fonda sulla teoria secondo cui la frequente perdita di mentalizzazione e il recupero più lento della mentalizzazione nel contesto delle relazioni interpersonali è la patologia fondamentale (Daubney & Bateman, 2015). Questo rende i pazienti vulnerabili agli stati emotivi rapidamente mutevoli e all'impulsività. L'obiettivo generale del trattamento basato sulla mentalizzazione è di sviluppare un processo terapeutico in cui ci si focalizza sulla mente del paziente, permettendogli di scoprire il modo in cui pensa e percepisce sé e gli altri e come questo influenza il suo modo di relazionarsi.

Il focus del trattamento deve essere quello di stabilizzare il senso di sé, sostenere la mentalizzazione nel contesto di una relazione di attaccamento ben gestita, cioè non troppo intensa e non troppo distaccata, tra paziente e terapeuta, e mantenere un livello ottimale di arousal durante le interazioni con gli altri. Il terapeuta deve essere consapevole che un'interazione interpersonale provocherà inevitabilmente un'ansia legata alla perdita del senso di sé e che le conseguenti esperienze emotive minacceranno rapidamente di sopraffare le capacità mentali del paziente, portando ad un'intensificazione delle emozioni e all'incapacità di comprendere accuratamente le motivazioni degli altri. La mentalizzazione in psicoterapia è un processo di attenzione congiunta, in cui gli stati mentali del paziente sono oggetto di attenzione. Il terapeuta costruisce e ricostruisce continuamente un'immagine del paziente, per aiutarlo a comprendere ciò che sente, e si concentra sulla mente del paziente, piuttosto che sul suo comportamento.

Il processo di mentalizzazione si sviluppa all'interno di un trattamento con una struttura definita che comprende l'assessment, il gruppo introduttivo MBT-I e il trattamento individuale accompagnato dalla terapia di gruppo. Le sedute individuali e di gruppo non rappresentano una scelta, ma sono due parti inseparabili: la mancata adesione a una delle parti può mettere in discussione l'opportunità di partecipare a tutto il trattamento. Le sedute individuali permettono ai pazienti di focalizzarsi sui dettagli del processo di mentalizzazione all'interno di una relazione di attaccamento; le sessioni di gruppo facilitano la pratica della mentalizzazione in un processo interazionale più complesso. È più probabile che i pazienti facciano fatica a mantenere la continuità nel trattamento di gruppo, il che diventa un motivo di esplorazione delle ragioni di tale difficoltà nelle sedute individuali.

Alcuni pazienti possono presentarsi riluttanti al trattamento grupppale. I pazienti con disturbo borderline di personalità presentano scarsa capacità di tenere a mente sé stessi mentre ascoltano gli altri o di riconoscersi nelle esperienze altrui, il che li porta ad oscillare tra ipercoinvolgimento e un totale distacco nelle relazioni. Quando si trovano coinvolti nella discussione di problemi dell'altro si perdono facilmente nella propria mente e in quella dell'altro, questo stato mentale conduce a un sentimento di solitudine e di vuoto, il che li porta ad allontanarsi in modo difensivo.

Per questi pazienti l'interazione sociale diventa una fonte di angoscia. La partecipazione alla terapia di gruppo aiuta a promuovere le competenze del paziente nel gestire ansia e regolare le emozioni nelle situazioni complesse, cariche emotivamente, mantenendo la capacità di mentalizzare. Il gruppo aiuta ad allenarsi a tenere a mente sé stessi nelle interazioni volte alla comprensione della mente di altre persone.

Tra i problemi più comuni nella terapia Bateman e Fonagy (2006) indicano il drop out e l'ospedalizzazione. In merito al drop out, il paziente deve essere consapevole che la sua decisione non è irrevocabile. Il lavoro di clinico sarà non solo quello di indagare le ragioni, ma

anche di far percepire al paziente che in caso lui chiedesse di tornare, la porta rimarrà aperta. Il ricovero in ospedale dovrebbe avvenire sulla decisione del paziente, concedendo un po' di respiro, mentre le dimissioni vengono concordate tra paziente e l'equipe terapeutica.

L'obiettivo primario del gruppo introduttivo è di fornire ai pazienti una comprensione adeguata del processo a cui stanno per partecipare, informarli sul focus del trattamento e condividere le aspettative. L'MBT-I ha la durata di 10-12 incontri e ha come scopo di informare i pazienti sulla mentalizzazione e sui disturbi di personalità, aumentare la motivazione, raccogliere informazione sulle capacità attuali di mentalizzazione.

Il trattamento di gruppo permette di focalizzarsi sui propri stati mentali e su quelli degli altri, stimolando interazione interpersonale allo scopo di comprensione delle motivazioni altrui e proprie. Il livello di complessità di mentalizzazione necessaria per l'interazione gruppe crea le condizioni che rendono le emozioni incontrollate a causa di iperstimolazione del sistema di attaccamento che mobilitano rapidamente le rappresentazioni rigide e schematiche degli altri. Dunque, la partecipazione al gruppo può diventare un fattore iatrogeno, stimolare il ritiro mentale e il collasso della mentalizzazione e facilitare il passaggio all'azione. Per ridurre al minimo i possibili effetti iatrogeni è fondamentale un'attenta strutturazione del gruppo e l'esercizio dell'autorità del terapeuta.

Il gruppo diventa un "campo di addestramento" della mentalizzazione in ambito interpersonale. La mentalizzazione riguarda i problemi quotidiani e gli eventi emotivamente forti che i pazienti affrontano ogni giorno. Il compito del clinico è quello di assicurarsi un focus appropriato ed evitare l'uso delle modalità non-mentalizzanti. Ciò richiede un equilibrio tra una struttura con una leadership ben definita e il clima che permette lo sviluppo di mentalizzazione interpersonale.

Il clinico deve sempre prestare attenzione alla dimensione esplicita – implicita della mentalizzazione dei pazienti. Se da un lato i processi impliciti vengono resi espliciti proponendo

ai pazienti di lavorare su processi definiti, dall'altro lato l'elaborazione esplicita si trasforma successivamente in comprensione implicita.

I gruppi MBT-G sono gruppi semi-aperti, che vengono svolti settimanalmente e hanno la durata di 75 minuti. Le sedute possono essere condotte da uno o due clinici e prevedono la partecipazione da sei a nove pazienti. All'inizio del gruppo i clinici illustrano la mentalizzazione, spiegando che si tratta di un processo reciproco che viene imparato in relazione con altri, e che le relazioni di attaccamento possono essere un contesto adatto per esplorare le proprie ansie in ambiente sicuro. Lo scopo del gruppo è di studiare i suddetti processi, ma anche di concentrarsi sulle aree problematiche comuni tra i pazienti. Quindi i partecipanti del gruppo dovranno organizzare la mentalizzazione intorno alle proprie difficoltà con l'obiettivo di mantenere la regolazione emotiva nelle situazioni che li rendono sensibili o fisicamente aggressivi.

La seduta di gruppo segue una struttura ben definita:

- Riepilogo della settimana precedente e feedback dai partecipanti;
- Giro di domande per stabilire eventuali aree problematiche importanti che devono essere trattate nella seduta;
- Sintesi dei problemi (quando possibile);
- Focus sulle aree problematiche;
- Chiusura del gruppo.

Il cominciare ogni seduta con il riepilogo della seduta precedente permette al clinico di costruire una cultura della continuità della mentalizzazione, agevolare la coesione del gruppo, aggiornare i pazienti che hanno saltato la seduta sui temi emersi e di riorganizzare la propria mente.

Successivamente il terapeuta introduce il "giro delle domande" chiedendo a ogni paziente se c'è qualcosa che vuole condividere per essere aiutato dal gruppo. In questa fase il clinico non



esplora a fondo le domande dei partecipanti e non permette agli altri pazienti di commentare, dare consigli o soluzioni o di parlare delle proprie esperienze collegate ai problemi portati.

Spesso i pazienti portano in seduta delle domande simili o sovrapponibili. Nel caso in cui i problemi portati siano tanti e il clinico realizzasse l'impossibilità di lavorare su tutte le questioni può essere utile fare una sintesi dei problemi che rappresenta un processo di mentalizzazione efficace, favorisce la condivisione e affiliazione tra i pazienti e mantiene l'autorità del clinico nel gruppo.

Spesso nei gruppi è facile capire da chi si vuole iniziare, ad esempio nei casi in cui un paziente mostra un particolare disagio. In altri casi la scelta può essere fatta da altri pazienti che riconoscono l'urgenza e l'importanza di una questione. Altre volte un paziente può iniziare senza prendere in considerazione gli altri partecipanti.

Verso la fine del gruppo il terapeuta deve indicare che il tempo del gruppo sta per finire, anche se c'è ne ancora abbastanza per concludere le questioni più importanti in maniera adeguata. Questo permette al clinico di ripercorrere i punti più importanti che sono stati trattati in seduta e identificare le aree che devono essere affrontate successivamente.

Dopo la seduta del gruppo il clinico può avere il bisogno di riflettere sull'esperienza del gruppo e discuterla con i colleghi.

Bateman e Fonagy (2006) elencano le caratteristiche comuni ai trattamenti efficaci per il disturbo borderline di personalità:

- Alto livello di strutturazione: *“La struttura organizzativa definisce la cornice esterna di riferimento della terapia e non dev'essere intrusiva né approssimativa ma, un po' come una presenza familiare e benevola, deve rimanere sullo sfondo e allo stesso tempo pronta a intervenire se le cose dovessero sfuggire al controllo”* (Bateman & Fonagy, 2006, p. 225). Il rischio più grave del non mantenere la struttura organizzativa è rappresentato dalla violazione dei confini terapeutici.

- Attuazione coerente e affidabile: è necessario mantenere la costanza e la coerenza nel trattamento perché gli individui affetti dai disturbi di personalità percepiscono immediatamente un'eventuale incongruenza, con possibile esito in comportamenti manipolativi.
- Attenzione alla formazione di relazioni costruttive: i pazienti con i disturbi di personalità spesso presentano difficoltà nel costruire le relazioni, che si ripropone anche nella relazione terapeutica. Il compito del terapeuta sarebbe quello di mantenere il focus sulla relazione, adottando un atteggiamento mentalizzante e prestando attenzione alle dinamiche transferali.
- Flessibilità: l'instabilità che manifestano i pazienti con disturbo borderline si presenta anche nella relazione ai servizi psichiatrici. L'equipe terapeutica deve mostrare flessibilità e disponibilità nello stabilire dei compromessi su certi aspetti della terapia per un breve periodo di tempo.
- Intensità modulata in base ai bisogni: per l'intensità si intende sia la frequenza che profondità del trattamento psicologico. Trattandosi di pazienti che richiedono un livello di intervento abbastanza intensivo, rimane necessario modulare le cure in modo da non generare il sentimento di panico nato da ciò che succede in seduta o dai sentimenti abbandonici nei momenti di crisi.
- Approccio terapeutico individualizzato: il paziente è considerato come una persona con le proprie difficoltà ed esigenze, e non come un soggetto che si deve adattare al programma di cure prefissato.
- Integrazione delle modalità di trattamento: l'abbinamento di terapia individuale e di gruppo permette di frazionare il transfert, aiutando il paziente a gestire l'attivazione emotiva dovuta ai processi di attaccamento disadattivo. Questo richiede un'attenta coordinazione tra i terapeuti individuali e di gruppo.

## 2.4. Trattamento basato sulla mentalizzazione con gli adolescenti

Il compito evolutivo degli adolescenti è quello di stabilire e affermare la propria indipendenza e identità. Il sentirsi sopraffatti dai fallimenti del sé e disorientati nelle relazioni con gli altri li può portare al sentimento di ansia, impotenza e paura di essere rifiutati che dà luogo allo “overthinking” sulle intenzioni di altre persone. Il compito terapeutico con i ragazzi è di riportarli sulla traiettoria evolutiva adeguata, aiutando a raggiungere il senso di autonomia, padronanza e identità. Il recuperare della rappresentazione della mente propria e degli altri permette di avere una visione più realistica.

L’obiettivo del trattamento MBT-A è *“potenziare, negli adolescenti, la capacità di essere consapevoli di sé e di chi li circonda in maniera più accurata, nonché consapevoli dell’impatto che essi hanno sugli altri”* (Rossouw et al., 2022, p. 44).

Il lavoro con gli adolescenti presuppone il coinvolgimento delle famiglie nel piano terapeutico per creare la possibilità di sviluppare un ambiente familiare caratterizzato dalla sincera curiosità verso i sentimenti altrui e dalla consapevolezza dei propri stati mentali e la loro influenza sugli altri.

Nel modello MBT-A la terapia individuale è accompagnata dall’MBT familiare e/o dall’MBT di gruppo. I programmi più intensivi possono associare alla terapia individuale sia la componente familiare che di gruppo. Normalmente, le sedute individuali e quelle di gruppo si svolgono settimanalmente, mentre l’MBT familiare può essere limitato a un totale di 6 sedute con frequenza bisettimanale, il che permette di applicare le nozioni imparate.

L’ambiente protetto e sicuro di gruppo può dare un utile spazio di apprendimento per gli adolescenti impegnati nella costruzione di relazioni con i pari. Il percorso gruppale dura da 6 a 18 mesi e i terapeuti sono gli stessi delle sedute individuali. Le sedute si svolgono settimanalmente, alla stessa ora e nello stesso studio. Le sedie sono disposte in cerchio e non vengono tolte se qualcuno dei membri è assente.

La struttura dell'MBT-A segue lo stesso schema del programma per gli adulti:

- Assesment e formulazione diagnostica;
- Psicoeducazione;
- Fase intermedia che rappresenta la parte principale del lavoro sullo sviluppo della mentalizzazione;
- Conclusione del lavoro che permette di consolidare le capacità acquisite.

Ogni volta, incontrando un nuovo paziente, il terapeuta deve mantenere la mente mentalizzante, essendo curioso, aperto e nella posizione di non-conoscenza, con un atteggiamento empatico e cordiale. È l'atteggiamento che viene mantenuto sia durante l'assesment che per tutto il periodo del trattamento. L'assesment è un processo molto collaborativo, lo scopo del quale è di esplorare il motivo dell'invio del paziente, collocandolo in un contesto storico e attuale, lo stato mentale ed eventuali rischi, e le difficoltà nella mentalizzazione che presentano il ragazzo e la famiglia. Deve includere anche le difficoltà interpersonali che l'adolescente presenta nelle relazioni con i pari.

La psicoeducazione ha come obiettivo aiutare i giovani pazienti a sviluppare la curiosità verso gli stati mentali propri e altrui e a comprendere il collegamento tra i sentimenti e il comportamento. La psicoeducazione può essere svolta nelle prime sedute di trattamento MBT, e di solito viene organizzata nel format di gruppo.

La fase principale include una buona parte del lavoro terapeutico. Il fulcro del lavoro prevede un focus continuo sulla mente e sul miglioramento della mentalizzazione che porta al maggior controllo sugli impulsi e la consapevolezza degli stati mentali altrui. La parte intermedia del trattamento mira anche ad aiutare gli adolescenti ad affrontare i loro compiti evolutivi, come passare dai legami di attaccamento familiare ai legami con gruppo di pari, creazione dell'identità, indipendenza, gestione della complessità di relazioni sociali.

La conclusione del percorso dovrebbe andare di pari passo con l'acquisizione di una maggiore stabilità emotiva e del senso di sé, indipendenza e la capacità di regolare i propri stati mentali. Ci si aspetta anche di trovare una minore presenza di sé alieno e la capacità di immaginare gli stati mentali altrui.

## **2.5. Efficacia dell'MBT**

La ricerca svolta da Bateman e Fonagy nel 1999 ha confrontato l'efficacia del ricovero parziale ad orientamento psicoanalitico con l'assistenza psichiatrica standard per i pazienti con disturbo borderline di personalità. Trentotto pazienti sono stati casualmente assegnati a un gruppo Day hospital o a un gruppo di cure psichiatriche standard (gruppo di controllo). La durata del trattamento, che comprendeva la psicoterapia psicoanalitica individuale e di gruppo, era di 18 mesi. È stato dimostrato che il focus sulla mentalizzazione nel contesto del Day hospital aiuta a ridurre i sintomi impulsivi del disturbo borderline di personalità. In particolare, nel corso del trattamento il numero di episodi di autolesionismo è diminuito nel gruppo di ricerca, ma è rimasto costante nel gruppo di controllo; entro 12 mesi il numero di individui che non avevano più tendenze suicidarie era significativamente maggiore nel gruppo parzialmente ospedalizzato rispetto al gruppo di controllo; anche i punteggi del Beck Depression Inventory sono diminuiti significativamente nel gruppo parzialmente ospedalizzato.

Il follow-up svolto dopo 18 mesi (Bateman & Fonagy, 200) ha dimostrato che i pazienti che hanno completato il programma di ospedalizzazione parziale non solo hanno mantenuto i loro sostanziali guadagni, ma hanno anche mostrato un miglioramento continuo statisticamente significativo sulla maggior parte delle misure, in contrasto con i pazienti trattati con cure psichiatriche standard, che hanno mostrato solo cambiamenti limitati durante lo stesso periodo. Un altro studio (Bateman & Fonagy, 2008) ha valutato l'effetto del trattamento basato sulla mentalizzazione in Day Hospital rispetto al trattamento abituale 8 anni dopo l'ingresso dei

pazienti nello studio randomizzato controllato e 5 anni dopo il completamento del trattamento basato sulla mentalizzazione. A cinque anni dalla dimissione, il gruppo MBT ha continuato a mostrare una superiorità clinica e statistica rispetto al trattamento abituale.

Nel complesso, il 46% dei pazienti ha effettuato almeno un tentativo di suicidio (uno con successo), ma solo il 23% lo ha fatto nel gruppo MBT, rispetto al 74% del gruppo di trattamento normale. Dopo la dimissione il gruppo che aveva ricevuto il trattamento abituale ha ricevuto significativamente più cure post-dimissione: 3,6 anni di trattamento psichiatrico ambulatoriale e 2,7 anni di supporto comunitario, rispetto a 2 anni e 5 mesi, rispettivamente, per il gruppo di trattamento basato sulla mentalizzazione. Le differenze sono state marcate anche in termini di farmaci. Il gruppo del treatment as usual ha trascorso quasi 2 anni assumendo tre o più farmaci psicoattivi, rispetto a una media di 2 mesi per il gruppo di trattamento basato sulla mentalizzazione. Alla fine del periodo di follow-up, il 13% dei pazienti MBT soddisfaceva i criteri diagnostici per il disturbo borderline di personalità, rispetto all'87% del gruppo in trattamento normale. Inoltre, il 46% del gruppo MBT, rispetto all'11% del gruppo di trattamento abituale, aveva punteggi GAF superiori a 60. Al livello lavorativo è importante notare che i partecipanti del gruppo MBT sono stati impiegati per un tempo quasi tre volte superiore a quello del gruppo di trattamento abituale.

Una revisione sistematica della letteratura (Malda-Castillo et al., 2019) ha esaminato ventitré studi sull'efficacia MBT, la maggior parte dei quali si è concentrata sul disturbo borderline di personalità, mostrando risultati clinici positivi per questa popolazione, ma le prove per altre diagnosi sono ancora in via di sviluppo. Il trattamento degli adolescenti che presentano autolesionismo e delle madri che presentano abuso di sostanze ha mostrato risultati particolarmente promettenti, poiché si tratta di gruppi di pazienti che in precedenza hanno mostrato una risposta positiva limitata agli interventi psicologici.

Uno studio (Griffiths et al., 2019) svolto su 48 adolescenti (età media 15 anni) ha trovato che la mentalizzazione può fungere da significativo predittore del cambiamento nel tempo nell'auto-riferito autolesionismo e nell'uso dei servizi sanitari legato all'autolesionismo.

Una valutazione empirica (Bo et al., 2017) è stata effettuata sul campione di 34 adolescenti danesi di età compresa tra 15 e 18 anni che hanno partecipato a 1 anno di terapia di gruppo basata sulla mentalizzazione. Venticinque adolescenti hanno completato lo studio, di cui la maggior parte (23) ha mostrato un miglioramento per quanto riguarda i sintomi borderline, la depressione, l'autolesionismo, l'attaccamento ai pari, l'attaccamento ai genitori, la mentalizzazione e la psicopatologia generale. Una maggiore fiducia nei coetanei e nei genitori, combinata con una migliore capacità di mentalizzazione, è stata associata a un maggiore declino dei sintomi borderline, indicando così un possibile meccanismo responsabile dell'efficacia del trattamento.

Una ricerca qualitativa (Lind et al., 2023), a cui hanno partecipato 6 pazienti di età media 15,2 anni, ha usato le video registrazioni dei gruppi MBT con la conseguente codifica che riguardava principalmente gli eventi della vita personale che gli adolescenti riportavano alle sedute di gruppo. Confrontando le prime cinque sessioni con le ultime cinque sessioni, si è verificato un aumento dei temi legati all'agentività e una diminuzione dei temi legati alla comunità (amicizia, amore, ricevere e dare sostegno). Le reazioni narrate erano dominate da temi legati al funzionamento autonomo ostacolato e all'identità primaria, sebbene fosse presente anche l'intimità. I pazienti sono migliorati in termini di funzionamento auto-riferito e di comportamento internalizzante ed esternalizzante prima e dopo la fine del trattamento.

Gli studi sulle esperienze vissute sono particolarmente utili per comprendere ciò che conta davvero per i partecipanti e ottenere la prospettiva di cambiamento unica dell'individuo, spostando così l'attenzione dalle idee preconcepite e teoricamente allineate del ricercatore alla costruzione da parte dell'individuo di ciò che crede essere la sua esperienza.

Un'analisi tematica (Johnson et al., 2016) dei focus group audio registrati di pazienti che hanno partecipato ai gruppi MBT ha dimostrato come i cicli distruttivi tra odio per sé stessi ed esclusione sociale sono stati interrotti per la prima volta dalla MBT perché le persone si sentivano comprese. Essere compresi ha ridotto l'odio verso sé stessi, che è stato un precursore essenziale per tentare nuove forme di mentalizzazione nelle interazioni sociali. Questo processo è stato impegnativo ma è continuato come un circolo virtuoso una volta terminato il trattamento. I partecipanti hanno riferito un miglioramento della mentalizzazione, coerente con gli obiettivi della MBT, ma hanno anche riferito una serie di altri modi in cui erano cambiati: riduzione dell'autolesionismo e dei comportamenti disadattivi di coping, miglioramento delle relazioni interpersonali e del funzionamento sociale. Sembrava inoltre che la fiducia reciproca e le esperienze condivise e comprese all'interno della terapia di gruppo fossero potenziali meccanismi attraverso i quali i partecipanti si sentivano in grado di esplorare contesti sociali più ampi.

Lo studio qualitativo svolto all'interno del servizio sanitario nazionale (NHS) del Regno Unito (Gardner et al., 2020) mirava a comprendere meglio le esperienze di MBT vissute dagli utenti del servizio, comprese le loro esperienze di cambiamento. Sono stati individuati tre temi sovraordinati: l'essere borderline, l'essere in gruppo e l'essere in viaggio. Il primo tema rappresenta i tentativi dei partecipanti di dare un senso alla loro diagnosi e ai loro tratti nel contesto della terapia. La maggior parte dei pazienti ha affermato di aver trovato utile in qualche modo ricevere la diagnosi all'inizio della MBT e l'esperienza complessiva sembrava essere positiva. Tutti i partecipanti hanno parlato dell'imparare a stare nel gruppo, in particolare in termini di sentirsi in grado di parlare in un ambiente sicuro e di senso di connessione con gli altri, sottolineando l'utilità del gruppo in termini di esperienze condivise e/o dell'apprendimento acquisito stando con altre persone con la diagnosi BPD. Per la maggior parte dei pazienti, il viaggio attraverso l'MBT è stato a tutti gli effetti una montagna russa



strumentale caratterizzata da periodi di stabilità, seguiti da un'accelerazione verso periodi più impegnativi e difficili.

## **CAPITOLO 3: METODOLOGIA DELLA RICERCA**

### **3.1. Obiettivo della ricerca**

Le difficoltà di mentalizzazione sono un aspetto intrinseco del disturbo borderline di personalità e possono essere promotori di problemi interpersonali, disregolazione emotiva e impulsività, caratteristiche distintive degli individui con questa diagnosi. Nella dimensione automatica/controllata della mentalizzazione, la disregolazione e l'impulsività riflettono una tendenza alla mentalizzazione automatica, mentre un'eccessiva attenzione agli stati mentali degli altri può portare ad uno sbilanciamento nella dimensione sé/altro (Bateman, Fonagy, Campbell, Luyten & Debbané, 2023).

La ricerca dimostra che i pazienti con un numero più elevato di criteri soddisfatti per i disturbi di personalità tendono ad utilizzare maggiormente le modalità prementalizzanti. In particolare, un maggior numero di ricoveri ospedalieri e comportamenti autolesionistici è associato alla modalità teleologica, mentre l'eccessiva certezza riguardo gli stati mentali altrui è tipica del disturbo borderline di personalità (Gagliardini & Colli, 2019).

L'obiettivo dell'attuale ricerca è di valutare cambiamenti nella mentalizzazione nel corso del trattamento gruppale in un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità.

### **3.2. Procedura**

La presente ricerca è stata svolta presso il Centro Salute Mentale di Psichiatria 1 (CSM) dell'ULSS 6 Euganea di Via Berchet a Padova, previa l'approvazione del comitato etico interdipartimentale di Psicologia dell'Università degli studi di Padova (N° 2004, del 6/10/2016).

La ricerca si è rivolta ad un gruppo di pazienti con disturbo borderline di personalità.

Il protocollo di ricerca prevede inizialmente la somministrazione dell'intervista strutturata per i disturbi di personalità Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality disorders (SCID-

5-PD; First, Williams, Benjamin & Spitzer, 2016; versione italiana a cura di Fossati & Borroni, 2017). Successivamente viene richiesto ai pazienti di compilare una batteria di questionari self-report all'inizio e alla fine del trattamento. Inoltre, ai terapeuti viene chiesto di compilare una batteria di questionari clinician report ogni 3 mesi per valutare la capacità di mentalizzazione dei pazienti.

Nella presente ricerca, nonostante i partecipanti rientrino nella fascia di età di giovani adulti (18-26), spesso, a causa di una linea di sviluppo interrotta, presentano problematiche caratteristiche della fase di sviluppo adolescenziale, come il percorso di studi non completato, la dipendenza dai genitori, intesa anche a livello economico e abitativo, così come la mancanza di autonomia lavorativa e l'instabilità relazionale. Sulla base di queste considerazioni è stato applicato il protocollo del trattamento basato sulla mentalizzazione per adolescenti (MBT-A; (Rossouw et al., 2022) coinvolgendo nel percorso anche i genitori dei pazienti.

Il protocollo MBT-A prevede una seduta di terapia individuale alla settimana per 12 mesi, anziché per 18 mesi come per gli adulti, insieme un incontro settimanale di terapia di gruppo per i pazienti e per il gruppo dei famigliari. Nello specifico, la terapia individuale prevede la frequenza settimanale ed è condotta dalla psicologa psicoterapeuta dirigente del Servizio, Dott.ssa Jee Yun Cappelletti o dagli specializzandi in psicoterapia formati per applicare il protocollo MBT-A. Le sedute di gruppo sia per i pazienti (registrate e trascritte per scopi di ricerca) sia per famigliari, vengono svolte ogni settimana dalla Dott.ssa Cappelletti, in presenza di osservatori silenti (tirocinante e specializzanda), e includono una prima parte volta a fornire informazioni sulla mentalizzazione (psicoeducazione), e una seconda parte in cui i pazienti riportano le loro problematiche (terapia vera e propria).

Al momento della stesura del presente elaborato, il gruppo MBT-A partito ad Ottobre 2023 non si è ancora concluso; dunque per l'analisi dei dati sono stati utilizzati i questionari somministrati

ai pazienti all'inizio del trattamento, i questionari compilati dal terapeuta al terzo, sesto e nono mese, e i trascritti dei primi nove mesi riguardanti le sedute di gruppo dei pazienti.

### **3.3. Strumenti**

Nello specifico, in accordo con gli scopi del presente elaborato, gli strumenti analizzati per i pazienti sono stati i seguenti:

1. La Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD; First et al., 2016; versione italiana a cura di Fossati et al., 2017) è un'intervista strutturata utile per valutare i disturbi di personalità. L'intervista si basa su un questionario self-report di 106 item misurati attraverso risposte dicotomiche. Esempio di item: "Si è mai tagliato, graffiato o bruciato di proposito?". Tutti i partecipanti raggiungevano i criteri diagnostici per il BPD, dato il criterio di inclusione al protocollo di intervento e ricerca.
2. La Symptom Check List- 90 Revised (SCL-90R; Derogatis, 1994; versione italiana a cura di Prunas et al., 2012) è uno strumento self-report composto da 90 item valutati su scala Likert a 5 punti, da 0 ("Per niente") a 4 ("Moltissimo"), e ha lo scopo di valutare i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti su 9 scale (Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Ipersensibilità interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo) e presenta anche un indice globale (Global Severity Index). Esempio di item: "Paura degli spazi aperti o delle strade". In questo elaborato, l'alpha di Cronbach risulta essere uguale a 0.91 (95% CI, 0.81 – 0.95).
3. Il Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004; versione italiana a cura di Sighinolfi et al., 2010) è un questionario self-report costituito da 36 item valutati su scala Likert a 5 punti, da 1 ("Quasi mai") a 5 ("Quasi sempre"), utilizzato nella valutazione delle difficoltà di regolazione emotiva attraverso 6 scale (Mancanza di accettazione della risposta emotiva, Difficoltà a distrarsi dall'emozione e

a eseguire comportamenti alternativi, Mancanza di fiducia nelle proprie abilità di regolazione emotiva, Difficoltà nel controllo dei comportamenti, Difficoltà nel riconoscimento dell'emozione esperita, Ridotta autoconsapevolezza emotiva), e punteggio totale. Esempio di item: “Quando sono turbato, perdo il controllo”. In questo elaborato, l'alpha di Cronbach risulta essere uguale a 0.90 (95% CI, 0.78 – 0.95).

4. Il Reflective Functioning Questionnaire (RFQ; Fonagy et al., 2016; versione italiana a cura di Morandotti et al., 2018) è uno strumento self-report composto da 8 item misurati sulla scala Likert a 7 punti, da 1 (“Fortemente in disaccordo”) a 7 (“Fortemente in accordo”), che mira ad indagare la funzione riflessiva, ovvero la capacità di mentalizzazione attraverso due scale (Certezza sugli stati mentali propri e degli altri, Incertezza sugli stati mentali propri e degli altri). Esempio di item: “Qualche volta faccio cose senza realmente sapere il perché”. In questo elaborato, l'alpha di Cronbach risulta essere uguale a 0.62 (95% CI, 0.12 – 0.78).

Gli strumenti compilati dal terapeuta sono stati:

1. Mentalization Imbalance Scale (MIS; Gagliardini & Colli, 2018) è uno strumento clinician-report composto da 22 item valutati su scala Likert a 6 punti, da 0 (“Assolutamente non descrittivo”) a 5 (“Assolutamente descrittivo”) che ha lo scopo di identificare gli sbilanciamenti nella mentalizzazione attraverso 6 scale (Sbilanciamento cognitivo, Sbilanciamento sull'esterno, Sbilanciamento affettivo, Sbilanciamento sull'altro, Sbilanciamento sul sé, Sbilanciamento automatico). Esempio di item: “Il paziente fatica ad assumere la prospettiva altrui per interpretare il comportamento delle persone”. In questo elaborato, l'alpha di Cronbach risulta essere uguale a 0.81 (95% CI, 0.03 – 0.91).
2. Modes of Mentalization Scale (MMS; Gagliardini & Colli, 2019) è uno strumento clinician-report composto da 24 item valutati su scala Likert a 6 punti, da 0

(“Assolutamente non descrittivo”) a 5 (“Assolutamente descrittivo”) e ha lo scopo di valutare le modalità di mentalizzazione attraverso 5 scale (Eccessiva certezza, Comprensione concreta, Buona mentalizzazione, Pensiero teleologico, Pseudomentalizzazione intrusiva). Esempio di item: “Il paziente tende a fare eccessivo affidamento sulla sua capacità intuitiva”. In questo elaborato, l’alpha di Cronbach risulta essere uguale a 0.93 (95% CI, 0.55 – 0.97).

### **3.4. Partecipanti**

Nello studio sono stati inclusi i pazienti afferenti al CSM 1 di via Berchet, maggiorenni che: (i) sono arrivati al servizio da luglio 2023, (ii) hanno soddisfatto i criteri diagnostici per il Disturbo borderline di personalità e (iii) hanno firmato il consenso informato per partecipare al progetto di ricerca-intervento.

Il protocollo MBT-A nella terapia di gruppo è stato avviato ad ottobre 2023 con 8 partecipanti, successivamente si sono aggiunti altri 3 pazienti, per un totale di 11 partecipanti, tra cui 10 femmine e 1 maschio, con età media di 21.55 anni (DS=2.62). La maggior parte del campione è composto da studenti di scuola secondaria di secondo grado o universitari (solo una paziente non studia e svolge dei lavori saltuari), presentando una media di 13.5 anni di scolarità (DS=2.68). A metà del trattamento una delle pazienti ha abbandonato la terapia di gruppo, pur avendo continuato il trattamento individuale.

### **3.5. Analisi dei dati**

Tutte le analisi condotte nel presente elaborato sono state svolte utilizzando R (RStudio, PBC). Negli ultimi anni, si è sviluppato un crescente interesse nell’integrazione di metodi qualitativi e quantitativi nella ricerca in psicoterapia. Questa integrazione fornisce una visione più completa

dell'interazione paziente-terapeuta in quanto è supportata da misure oggettive attraverso una prospettiva complementare (Del Giacco, Salcuni & Anguera, 2019).

Per la descrizione del campione e l'analisi dei questionari compilati dai pazienti all'inizio del trattamento sono state calcolate le statistiche descrittive (media e deviazione standard).

Per i case study su 5 pazienti sono state calcolate delta delle scale dei questionari compilati dai terapeuti ogni 3 mesi, per un totale di 9 mesi.

Per quanto riguarda l'analisi del testo è stata applicata la procedura di text mining per estrarre informazioni dai trascritti delle sedute, divisi in periodi di 3 mesi. Questa analisi è stata implementata basandosi sul pacchetto *Quanteda* (Benoit et al., 2018) in ambiente R. L'analisi è stata condotta come segue: prima i trascritti sono stati ripuliti, rimuovendo la parte di psicoeducazione e *stopwords* (ad esempio, "altrimenti", "appunto"), per poi passare all'estrazione delle coppie di parole e di concetti ricorrenti, utilizzando quelle più frequenti. Una coppia di parole veniva considerata ricorrente se è stata utilizzata almeno 6 volte nel trascritto di 3 mesi. Le coppie di parole formate dalla stessa parola (ad es., mamma-mamma) sono state considerate come una parola singola.

## CAPITOLO 4: PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

### 4.1. Statistiche descrittive del campione

Per quanto riguarda l'intervista SCID-5-PD, in particolare per il disturbo borderline di personalità, il campione di N = 11 pazienti in media ha raggiunto il punteggio di 7.36 (DS = 1.36), raggiungendo la soglia per la diagnosi di 5 criteri. Tra altri disturbi di personalità per cui sono state raggiunte le soglie diagnostiche, ci sono disturbo paranoide (n = 6 pazienti), disturbo evitante (n = 4 pazienti) e disturbo ossessivo-compulsivo (n = 3 pazienti).

Come riportato in Tabella 1, nel questionario SCL-90R, i pazienti in media hanno mostrato punteggi relativi a sintomi di intensità da moderata/elevata ( $55 \leq T < 65$ ) ad altamente elevata ( $65 \leq T \leq 75$ ). La media del Global Severity Index della SCL-90R contrassegna un livello generale di disagio, posizionandosi oltre la soglia di attenzione clinica.

Tabella 1. SYMPTOM CHECK LIST- 90 REVISED (SCL-90-R; N=11)

SCL-90R	Somatizzazione	Ossessività Compulsività	Ipersensibilità interpersonale	Depressione	Ansia	Ostilità	Ansia fobica	Ideazione paranoide	Psicoticismo	GSI
Max	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Min	39	64	47	60	60	43	52	40	55	64
Media	60.82	69.73	69.09	70.36	70.18	60.27	66.45	60.82	68.45	70.64
DS	12.27	4.61	8.46	5.30	6.78	11.27	9.14	12.52	7.80	4.54

Come riportato in Tabella 2, i punteggi medi del questionario DERS presentano valori molto elevati, al di sopra dei valori del campione normativo (Sighinolfi, Pala, Chiri, Marchetti & Sica, 2010), riflettendo le difficoltà di regolazione delle emozioni dei pazienti che stanno svolgendo il protocollo MBT-A.



Questi dati sono supportati da diversi studi. Uno di questi studi ha confrontato adolescenti con diagnosi di disturbo borderline di personalità, adolescenti con altri disturbi psichiatrici e adolescenti sani, riscontrando una disregolazione emotiva significativamente più elevata nei pazienti con disturbo borderline di personalità (Ibraheim, Kalpakci & Sharp, 2017). Un altro studio condotto su due campioni di studenti universitari, ha evidenziato una correlazione positiva ( $r = 0.54$ ) tra la disregolazione emotiva e la sintomatologia del disturbo borderline di personalità (Glenn & Klonsky, 2009).

Tabella 2. DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION SCALE (DERS; N=11)

<b>DERS</b>	<b>Mancanza di accettazione</b>	<b>Difficoltà nella distrazione</b>	<b>Mancanza di fiducia</b>	<b>Mancanza di controllo</b>	<b>Difficoltà nel riconoscimento</b>	<b>Ridotta autoconsapevolezza</b>	<b>Totale</b>
Max	30	25	40	29	25	22	165
Min	10	19	20	16	13	11	104
Media	21.18	22.55	33.55	23.27	19.45	17.55	137.64
DS	7.28	1.92	6.09	4.10	4.32	3.78	19.66
<i>Media normativa</i>	<i>11.59</i>	<i>12.83</i>	<i>10.89</i>	<i>10.55</i>	<i>8.05</i>	<i>5.80</i>	<i>61.38</i>
<i>DS normativa</i>	<i>4.89</i>	<i>4.61</i>	<i>3.71</i>	<i>4.52</i>	<i>2.80</i>	<i>2.76</i>	<i>15.37</i>

Il questionario RFQ presenta due scale: RFQ-C ( $M=0.47$ ,  $DS=0.47$ ) che valuta la certezza sugli stati mentali propri e degli altri, e RFQ-U ( $M=1.64$ ,  $DS=0.85$ ), incertezza sugli stati mentali, i cui valori alti sono indicativi di ipermentalizzazione o eccessiva mentalizzazione, ovvero lo sviluppo di modelli troppo certi e dettagliati della mente e degli stati mentali non supportati da prove.

In relazione al questionario MIS, come riportato in Tabella 3, i pazienti presentano valori più alti rispetto a quelli normativi in tutte le scale, evidenziando sbilanciamenti in diverse dimensioni della mentalizzazione, soprattutto nell'area affettiva della mentalizzazione e nella dimensione dell'altro, in linea con i dati della ricerca di Gagliardini et al. (2018).

Tabella 3. MENTALIZATION IMBALANCE SCALE (MIS; N=11)

MIS	Sbilanciamento cognitivo	Sbilanciamento sull'esterno	Sbilanciamento Affettivo	Sbilanciamento sull'altro	Sbilanciamento sul sé	Sbilanciamento automatico
Max	4.8	5	5	5	4.25	4.33
Min	2.2	0.33	3.5	1.67	2.75	3
Media	3.93	3.48	4.20	3.58	3.55	3.70
DS	0.73	1.16	0.59	1.02	0.43	0.85
<i>Media normativa</i>	<i>2.75</i>	<i>2.04</i>	<i>2.98</i>	<i>2.25</i>	<i>3.26</i>	<i>3.09</i>
<i>DS normativa</i>	<i>1.34</i>	<i>1.12</i>	<i>1.28</i>	<i>1.23</i>	<i>0.87</i>	<i>0.41</i>

Come mostrato in Tabella 4, per quanto riguarda il questionario MMS, i risultati indicano un valore inferiore per quanto riguarda la scala di buona mentalizzazione e valori elevati nelle scale che descrivono le modalità prementalizzanti dei pazienti.

Tabella 4. MODES OF MENTALIZATION SCALE (MMS; N=11)

MMS	Eccessiva certezza	Comprensione concreta	Buona mentalizzazione	Pensiero teleologico	Pseudomtz intrusiva
Max	4.17	3.83	2.60	4.67	4.25
Min	1	1	0.80	2	1.50
Media	3.50	2.86	1.73	3.67	3.30
DS	0.91	0.83	0.60	0.68	0.83
<i>Media normativa</i>	<i>2.80</i>	<i>2.40</i>	<i>2.40</i>	<i>3.09</i>	-
<i>DS normativa</i>	<i>1.12</i>	<i>1.04</i>	<i>0.99</i>	<i>1.15</i>	-

## 4.2. Case study

I case study sono stati svolti su 5 pazienti per le quali a giugno 2024 erano disponibili i questionari MIS e MMS compilati da terapeuti a tre, sei e nove mesi. Quattro delle pazienti

sono state seguite individualmente dalla psicologa psicoterapeuta dirigente del Servizio, e una paziente è stata seguita individualmente da una specializzanda in psicoterapia. Per quanto riguarda la terapia di gruppo, una paziente ha frequentato 30 sedute (85.71% del totale delle sedute di gruppo svolte), una paziente ha frequentato 28 sedute (80%), due pazienti hanno frequentato 22 sedute (62.86%), e una paziente ha frequentato 18 sedute (51,43%). Una delle pazienti nel corso del trattamento ha avuto 7 ricoveri per un totale di 85 giorni.

Come riportato in Figure 1-11, le pazienti hanno iniziato il trattamento MBT-A con valori elevati in tutte le scale, tranne per quanto riguarda la scala della buona mentalizzazione che presentava valori più bassi rispetto alla media normativa (Gagliardini & Colli, 2019).

Per tutte le pazienti si nota, inoltre, un aumento in alcune scale che riflettono uno sbilanciamento nella mentalizzazione o nelle modalità prementalizzanti nel periodo dei primi tre mesi (ad esempio, sbilanciamento sull'esterno e sbilanciamento sull'altro, pseudomentalizzazione intrusiva per la paziente 1; sbilanciamento sull'esterno, sbilanciamento sul sé, pensiero teleologico per la paziente 2; sbilanciamento sull'esterno, sbilanciamento affettivo, sbilanciamento sull'altro, pensiero teleologico per la paziente 3; sbilanciamento cognitivo, sbilanciamento sull'esterno, sbilanciamento sul sé, eccessiva certezza per la paziente 5). Questo è probabilmente dovuto all'enfatizzare del paziente, nei primi mesi di trattamento, il proprio disturbo per evidenziarlo nel rapporto terapeutico. Nonostante questo, già dal primo periodo per tutte le pazienti si è osservato un incremento della buona mentalizzazione.

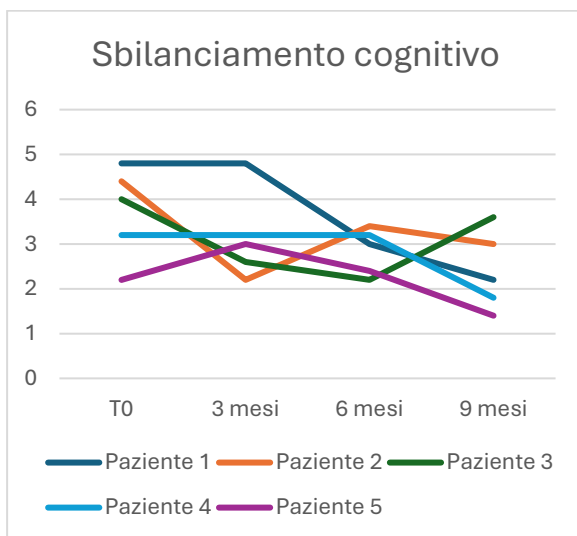
La paziente 1 è stata la più costante nella frequenza del gruppo terapeutico, rispetto alle altre pazienti, osservabile dall'aumento della scala di buona mentalizzazione ( $\Delta 1.80$ ) e dal decremento più alto nella scala di Sbilanciamento automatico ( $\Delta -2.33$ ) dopo 9 mesi di trattamento.

La paziente 2 ha subito un lutto che ha portato ad una serie di ricoveri prolungati, per cui possiamo osservare un incremento delle modalità prementalizzanti nel secondo periodo. È

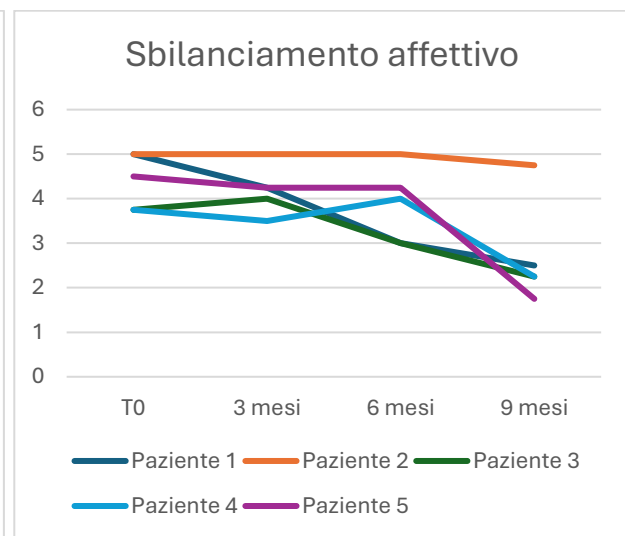
anche la paziente con il valore più alto nella scala di Sbilanciamento affettivo rispetto alle altre pazienti a 3, 6 e 9 mesi di trattamento.

La paziente 3 e la paziente 4 hanno frequentato la stessa quantità di sedute, presentando entrambe una diminuzione graduale di modalità prementalizzanti e sbilanciamenti, anche se la paziente 4 mostra valori più bassi nelle scale di sbilanciamento cognitivo, sbilanciamento sull'esterno, sbilanciamento sul sé, sbilanciamento automatico, eccessiva certezza, comprensione concreta, pensiero teleologico e pseudomentalizzazione intrusiva a 9 mesi rispetto alla paziente 3. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che la paziente 4 ha affrontato la terapia di gruppo in maniera più consapevole, avendo già partecipato al gruppo MBT-A un anno prima, ed aver ripreso il gruppo dopo un precedente abbandono.

La paziente 5 è partita con valori più bassi in tutte le scale rispetto alle altre pazienti, mostrando un decremento più lento nelle modalità prementalizzanti e sbilanciamento, così come anche un aumento nella buona mentalizzazione nel corso di trattamento. Questo potrebbe essere dovuto ad una minore esperienza della terapeuta specializzanda nella compilazione dei questionari clinician report.



*Figura 1 – Andamento della scala di sbilanciamento cognitivo*



*Figura 2 – Andamento della scala di sbilanciamento affettivo*

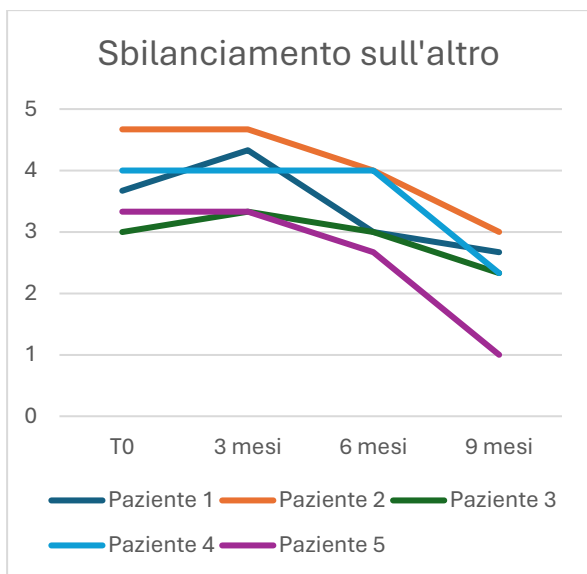


Figura 3 – Andamento della scala di sbilanciamento sull'altro

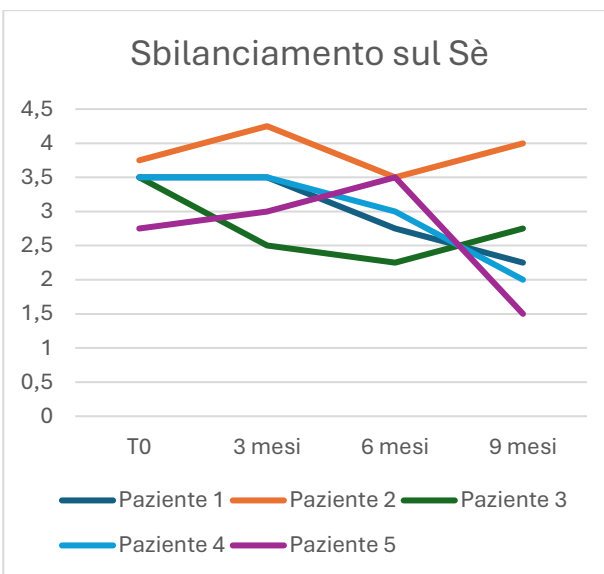


Figura 4 – Andamento della scala di sbilanciamento sul Sè

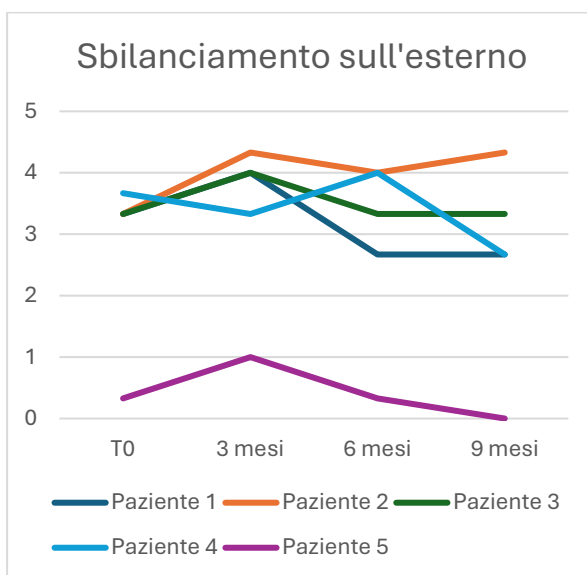


Figura 5 – Andamento della scala di sbilanciamento sull'esterno

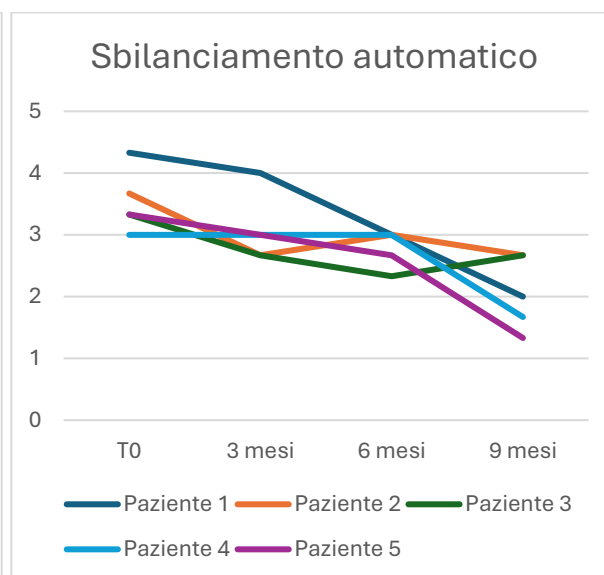


Figura 6 – Andamento della scala di sbilanciamento automatico

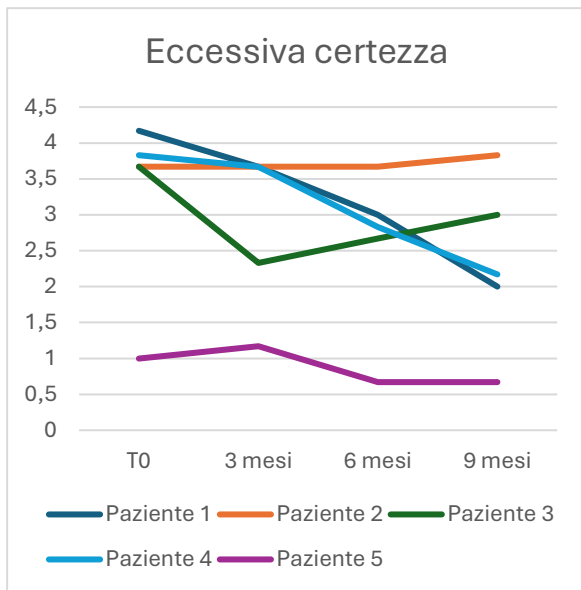


Figura 7 – Andamento della scala di eccessiva certezza

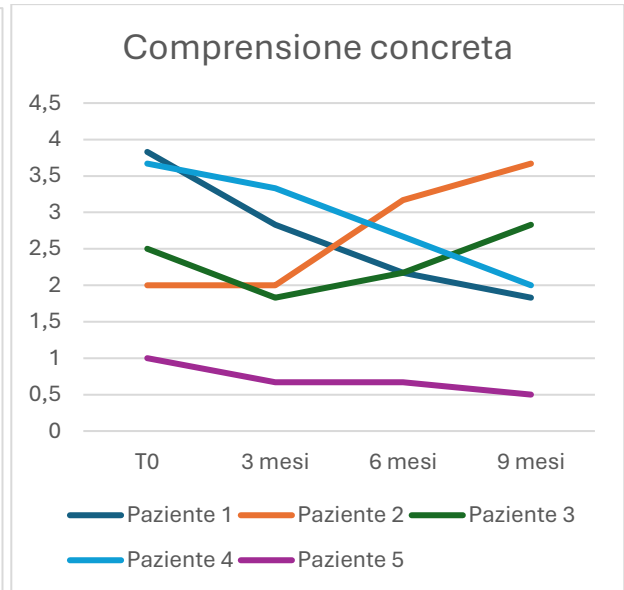


Figura 8 – Andamento della scala di comprensione concreta

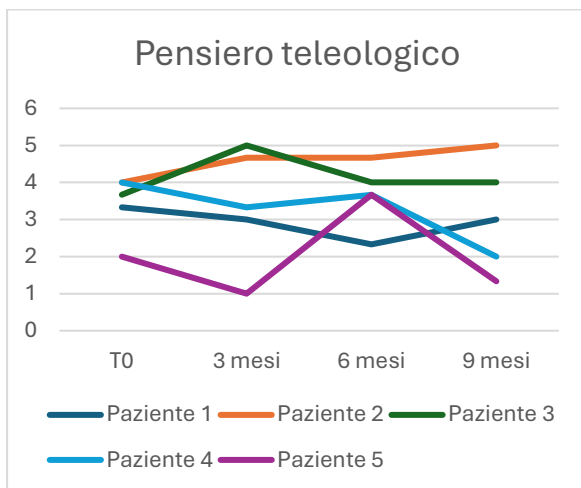


Figura 9 – Andamento della scala di Pensiero teleologico

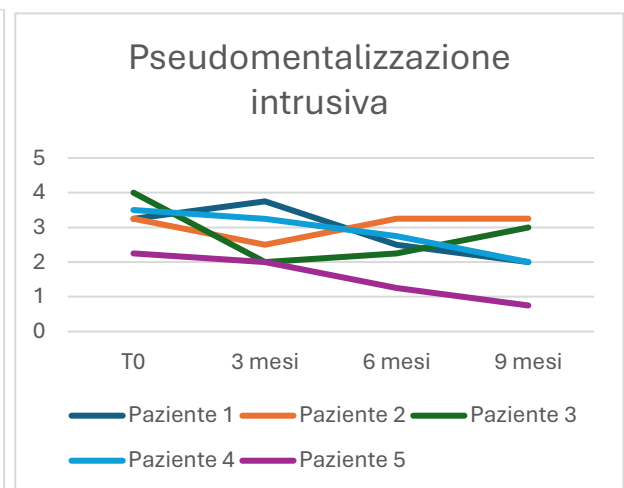


Figura 10 – Andamento della scala di pseudomentalizzazione intrusiva

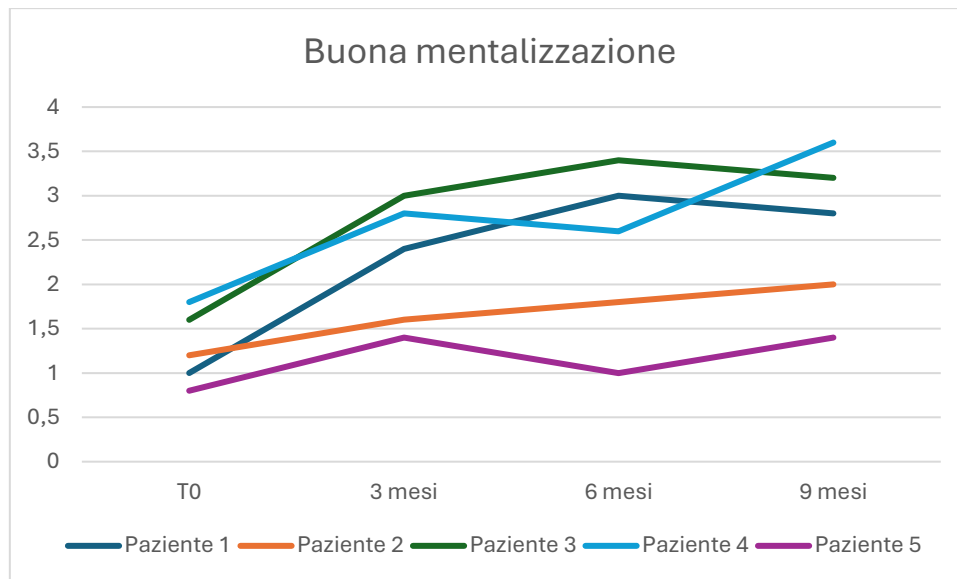


Figura 11 – Andamento della scala di buona mentalizzazione

### 4.3. Analisi qualitativa del testo

Nel presente elaborato sono state analizzate le sedute di terapia di gruppo svolte da ottobre 2023 a giugno 2024, per un totale di 35 sedute condotte in 9 mesi. Per osservare i cambiamenti nelle modalità di mentalizzazione le sedute sono state divise in 3 periodi:

- Primo periodo da Ottobre 2023 a Dicembre 2023
- Secondo periodo da Gennaio 2024 a Marzo 2024
- Terzo periodo da Aprile 2024 a Giugno 2024.

La divisione dei periodi corrisponde a due interruzioni della terapia legate alle vacanze di Natale (2 settimane) e alle vacanze di Pasqua (1 settimana).

Il trascritto del Periodo 1 è composto da 59522 parole. Dopo la selezione di coppie di parole emerse dalle analisi di Text Mining sono state calcolate le frequenze di uso delle parole. Data la vastità di argomenti trattati nelle sedute di terapia di gruppo, dove ogni membro riporta le proprie esperienze e i vissuti, i *digrams* più frequentemente nominati e la frequenza delle singole parole utilizzate ha permesso di individuare i temi e le problematiche più ricorrenti. Nel primo periodo, 22 coppie di parole hanno raggiunto la soglia di considerazione (n=6). *Digrams*

maggiormente utilizzati in questo periodo sono stati “*stare male*” (nominato 90 volte), “*sentire colpa*” (22 volte), “*disturbo alimentare*” (12 volte). Tra le parole maggiormente utilizzate possiamo individuare: “*male*” (0.37% del trascritto), “*altri*” (0.20%), “*paura*” (0.12%), “*rabbia*” (0.15%). Il primo periodo si è caratterizzato per temi legati alla diagnosi, quindi ai disturbi e alla sintomatologia (“*disturbo di personalità*”, “*disturbo alimentare*”, “*sentire vuoto*”, “*stare male*”). Questi dati sono in linea con i Case study in cui il primo periodo veniva caratterizzato dall’aumento dell’uso di modalità prementalizzanti e di sbilanciamento.

Tabella 6. NUMERO DI DIGRAMS E FREQUENZA DELLE PAROLE PRESE IN ESAME NEL TRASCritto DEL PERIODO 1 (da Ottobre 2023 a Dicembre 2023)

<b>Coppie di parole</b>	<b>N</b>	<b>Coppie di parole</b>	<b>N</b>
Stare male	90	Voler fare	7
Sentire colpa	22	Stare peggio	7
Disturbo alimentare	12	Lasciar andare	7
Stare bene	11	Fare rabbia	7
Fare finta	11	Rapporto con farmaci	7
Disturbo di personalità	10	Sentire vuoto	6
Fare male	8	Persone male	6
Stare meglio	8	Paura di altri	6
Professore di filosofia	8	Mamma papà	6
Mal di testa	7	Fare paura	6
Poter fare	7	Relazioni tossiche	6
<b>Parole</b>	<b>Frequenza, %</b>	<b>Parole</b>	<b>Frequenza, %</b>
Male	0.37	Lasciar	0.07
Fare	0.33	Relazioni	0.07
Stare	0.28	Dissociazione	0.07
Volere	0.20	Professore	0.06
Altri	0.20	Meglio	0.06
Sentire	0.17	Personalità	0.06
Rabbia	0.15	Disturbo	0.05
Mamma	0.15	Rapporto	0.05
Bene	0.12	Filosofia	0.04
Paura	0.12	Peggio	0.04
Andare	0.10	Vuoto	0.04
Colpa	0.08	Finta	0.04
Testa	0.08	Poter	0.03
Farmaci	0.08	Tossiche	0.03
Papà	0.08	Alimentare	0.03
Mangiare	0.07		



Lo scatter plot (*Figura 12*) permette di visualizzare i *digrams* maggiormente frequenti nei trascritti, utilizzando sia le coppie di parole (“*fare finta*”), dove la freccia indica l’ordine in cui le parole si presentano, sia le singole parole (“*dissociazione*”).

Alcuni dei temi affrontati riflettono gli sbilanciamenti nella mentalizzazione e le modalità prementalizzanti dei pazienti.

Lo sbilanciamento sul sé porta ad ipermentalizzare rispetto al proprio stato. Lo possiamo osservare nei temi legati allo “*stare male*” e a “*fare finta*” che i pazienti descrivono come “...*Ci sono momenti in cui mi sembra di star bene o inizio a pensarci troppo e credo di star fingendo di star bene, momenti in cui non capisco assolutamente niente di quello che mi sta accadendo*”.

Un altro esempio di sbilanciamento sul sé può essere identificato nel tema legato alla paura quando è rivolta ai propri stati mentali o fisici: “*Uno dei motivi per cui io non volevo (andare a vivere dalla zia) è perché avevo paura che mio cugino nella fase di crescita clou avesse in casa una persona con le crisi, e quindi non volevo appiccicargli qualcosa di mentale*”.

Le capacità di riflettere sul sé e sugli altri sono interconnessi, quindi i disturbi caratterizzati dalla difficoltà rispetto al senso di identità presentano spesso anche dei deficit nella capacità di riflettere sugli stati mentali altrui (Bateman & Fonagy, 2019). Eccessivo sbilanciamento sugli altri emerge nei temi di “*paura di altri*”, che i pazienti descrivono nel modo seguente: “*Perché non sono abbastanza, mi confronto con altri ragazzi e persone che vedo sempre sorridenti, poi ho paura del giudizio degli altri perché io mi giudico tanto eppure certe persone giudicano me come io giudico me stessa*”.

Anche il tema di “*star bene*”, in questa fase in riferimento ad altre persone, può rispecchiare lo sbilanciamento sugli altri: “*E in tutta questa situazione essere diventata un oggetto senza una voce perché pur di far star bene lei mi sono un po’ annullata*”; “*vedere tutti gli altri che lo fanno (parlano tra di loro) penso sempre che siano sani, che stiano bene, e io che sono, che non mi merito questa vita insomma*”.

Lo sbilanciamento sull'esterno indica le situazioni in cui si dà un eccessivo rilievo ai segnali esterni degli stati mentali. Per il gruppo di pazienti alle prese con le questioni scolastiche questo sbilanciamento si può esprimere nella relazione con i professori: *“Perché cioè, è il mio professore preferito, e il fatto che non sono andata alla verifica, che poi gli ho scritto la mail chiedendo se potevo recuperarla giovedì, non so, l'ho visto un po'...deluso”*.

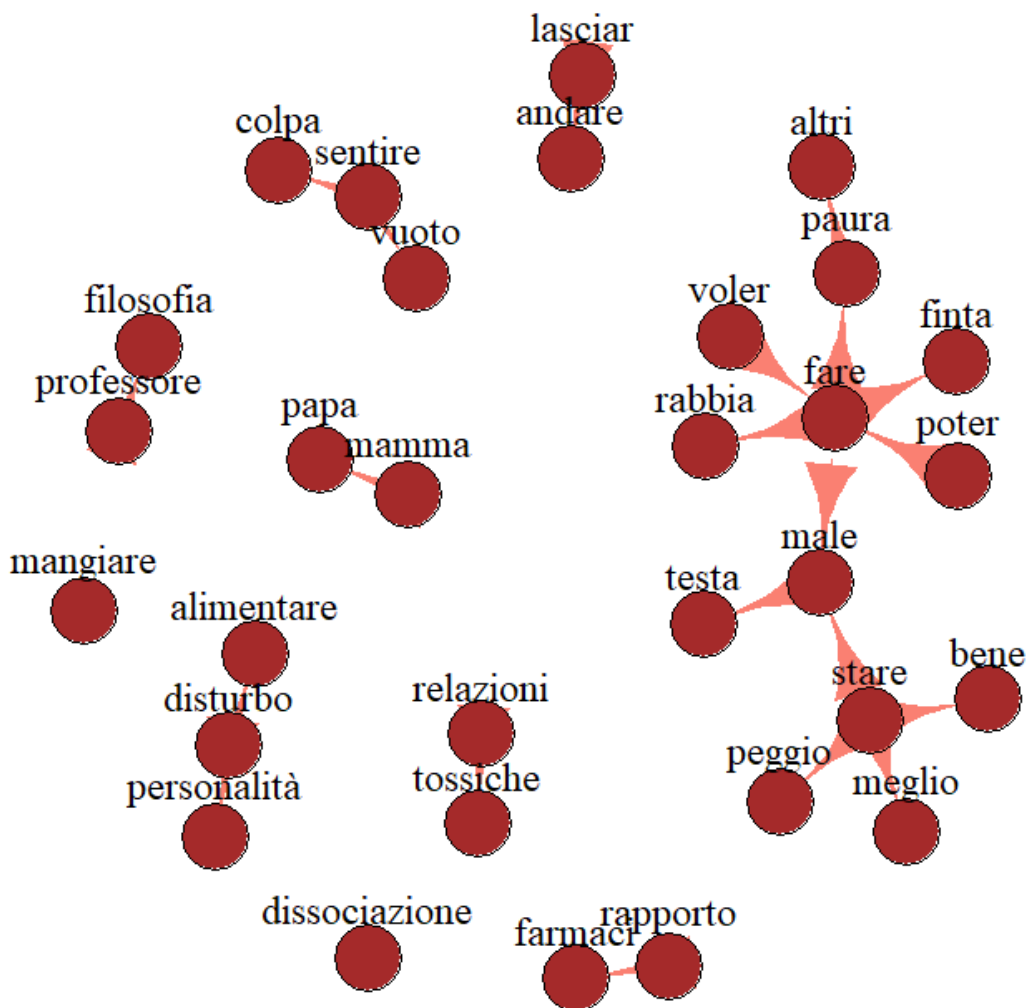
Lo sbilanciamento cognitivo è caratterizzato da un'eccessiva manifestazione di ragionamenti astratti, e può essere trovata in diversi temi. Uno degli esempi potrebbe essere la frase di paziente che illustra il ragionamento che porta a un senso di vuoto: *“L'essere è e non può non essere, non essere non è e non può essere ahaha che alla fine ti fai tutti quei giri mentali, ma alla fine poi ti trovi con il vuoto. Perché cos'è che è, cos'è che non è”*.

Alta emotività e sbilanciamento negli aspetti affettivi portano ad avere paura di esprimere le proprie emozioni: *“ho paura di essere lasciato da solo, emarginato non appena dimostro il mio malessere, ho paura che mi ritengano una persona pesante o tossica e ho paura di essere lasciato solo, sono terrorizzato”*. Anche i temi di *“genitori”* e di *“rabbia”* richiamano gli aspetti di sbilanciamento affettivo che può condurre ad azioni impulsive: *“basta un ricordo del passato, un dubbio, un sentirmi inadatta, e mi fa perdere il controllo. Io ho fatto migliaia di euro di danni... e lui alcune volte, perché cercava di bloccarmi fisicamente, mio padre non riesce a fermarmi, mia mamma dice – Vai via, vai via, lasciala in pace”*.

Modalità teleologica si presenta come un'eccessiva enfasi su cosa è direttamente osservabile. Ad esempio, parlando del proprio malessere: *“Se questa persona è stata ricoverata per tot volte più di me, se questa persona è stata legata al letto, se questa persona in questo momento ha flebo, allora io sempre sono meno... Non merito il posto dove sto, questo letto in ospedale non dovrebbe spettare a me ma a chi sta male davvero, sto rubando il ricovero a qualcuno”*.

Lo sguardo degli altri può far ricadere nella modalità di equivalenza psichica, dove pensieri e sentimenti diventano troppo reali, non lasciando spazio a possibili prospettive alternative: *“Cioè*

*mi ricordo in alcuni posti andavo in maniche corte, non so tipo alcune cliniche, alcuni centri, perché la gente ti vede le cicatrici, cazzo son cicatrici di 3 anni fa, ma che problemi hai, ma io ormai mio corpo è questo, non rompere le palle, se fossero aperte che sanguinano, non c'ha senso, non me ne frega niente, non rompere i coglioni”.*



*Figura 12 – Scatter plot dei nuclei tematici del Periodo 1 (Ottobre 2023 – Dicembre 2023)*

Il trascritto del secondo periodo (Gennaio 2024 – Marzo 2024) è composto da 61102 parole. Come riportato in Tabella 7, l’espressione più utilizzata continua ad essere “stare male” (61 volte), ma nonostante questo, la parola maggiormente nominata è stata “fiducia” (0.55% del trascritto). Questo si riflette nelle diverse coppie di parole (“fiducia in altri”, “avere fiducia”, “dare fiducia”, “sviluppare fiducia”, “sentire fiducia”, “fiducia in sé”, “creare fiducia”,

“ricevere fiducia”), che in totale vengono utilizzate 140 volte. Il tema della “fiducia” è strettamente collegato ai temi di “relazione con altri” e “stili di attaccamento”. Un’altra particolarità del secondo periodo è stata l’introduzione da parte della terapeuta della “Carta d’identità”: una autopresentazione che risponde alla domanda “Chi sono?”. Questo ha permesso ai pazienti di riflettere sulla propria storia, sulle esperienze passate, e di costruire una continuità autobiografica che è stata definita da Bateman e Fonagy (2019) una delle caratteristiche di una buona mentalizzazione.

La Figura 13 rappresenta lo scatter plot con le coppie di parole maggiormente utilizzate del secondo periodo (Gennaio 2024 – Marzo 2024). Anche in questa fase possiamo osservare lo sbilanciamento sul sé e sull’altro.

Il contagio emotivo, una delle caratteristiche dei pazienti borderline e tipico per lo sbilanciamento sull’altro, è ben espresso da una delle pazienti: *“Quindi io sono come uno specchio con le persone con cui sono, e se loro stanno male io automaticamente sto male, cioè magari succede... più volte è successo che magari il mio ragazzo stava male, e a me veniva, cioè stavo male anche io”*.

L’ipermentalizzazione sul proprio stato in questa fase è più legata agli aspetti corporei, nei trascritti si manifestano i temi del corpo, della testa, e dello stare male fisico: *“Anch’io ho passato questo periodo in cui proprio non riuscivo a stare da sola, proprio mi faceva male fisicamente”, “Cioè in questi giorni quando sono da sola ho la nausea e mal di testa”,* e ai sensi di colpa nelle relazioni con altre persone: *“Mi ritengo sempre sbagliato e faccio delle pazzie che poi vengono interpretate male dalle altre persone e io non capisco se sia colpa mia, e quindi la mia testa dice: Sì, sicuramente è colpa tua se, sei tu che hai sbagliato per primo, hai fatto qualcosa di male”*.

Tabella 7. NUMERO DI DIGRAMS E FREQUENZA DELLE PAROLE PRESE IN ESAME NEL TRASCritto DI PERIODO 2 (Gennaio 2024 – Marzo 2024)

<b>Coppie di parole</b>	<b>N</b>	<b>Coppie di parole</b>	<b>N</b>
Stare male	61	Fare finta	8
Fiducia in altri	56	Insicuro evitante	8
Carta d'identità	31	Bianco o nero	7
Stare bene	28	Lasciar andare	7
Avere fiducia	27	Andare a scuola	7
Mettere in difficoltà	22	Sentire fiducia	7
Sentire colpa	21	Fiducia in sé	7
Male di testa	15	Relazione altri	6
Dare fiducia	20	Affrontare paura	6
Stare soli	13	Lasciare soli	6
Sviluppare fiducia	11	Insicuro ambivalente	6
Stile di attaccamento	10	Creare fiducia	6
Stile di relazione	9	Ricevere fiducia	6
Sbilanciamento sull'altro	9		
<b>Parole</b>	<b>Frequenza, %</b>	<b>Parole</b>	<b>Frequenza, %</b>
Fiducia	0.55	Sviluppare	0.07
Male	0.36	Attaccamento	0.07
Altri	0.31	Sbilanciamento	0.07
Paura	0.25	Scuola	0.07
Mamma	0.23	Creare	0.06
Sentire	0.22	Arrabbiarsi	0.06
Relazione	0.22	Mettere	0.06
Stare	0.19	Stile	0.06
Bene	0.15	Carta	0.05
Soli	0.14	Identità	0.05
Andare	0.14	Insicuro	0.05
Lasciar	0.12	Fare	0.04
Testa	0.10	Sé	0.04
Evitante	0.10	Dare	0.03
Difficoltà	0.09	Bianco	0.03
Colpa	0.09	Ambivalente	0.03
Avere	0.09	Finta	0.02
Affrontare	0.08	Ricevere	0.02
Sbagliare	0.08	Nero	0.01

L'aspetto relazionale, molto presente in questa fase di gruppo, rispecchia lo sbilanciamento cognitivo, quando le emozioni forti vengono inibite: *“C'è una cosa che mi sono accorta negli ultimi tempi, che il fatto di mentalizzazione, che è molto utile e tutto quanto, però la prendo e la uso come arma a doppio taglio e non diventa più mentalizzazione dopo. Praticamente non*

*so, il fatto di, magari ho tantissimi pensieri, e sempre gli stessi argomenti che poi magari ne parlo con (nome del fidanzato), e tutto quanto, il problema è che, ancora la mentalizzazione che è una cosa, poi inizio a ingigantirla come se tutto, essendo che non puoi avere la certezza di niente, è tutto talmente instabile che nemmeno quello che dicono gli altri magari non lo pensano davvero neanche loro”.*

Nel descrivere gli aspetti corporei emerge anche la modalità prementalizzante del fare finta, dove il mondo mentale è separato dalla realtà esterna: *“Però ehm, che dire, tanti tanti pensieri, cioè pensieri nel senso intrusivi, nel senso che non riesco proprio, quando mi sento di stare meglio letteralmente riesco a sentire la mia testa quasi come se fosse esterna che cerca tutte le cose passate per farmi stare peggio, le trova anche, cagate che magari ho solo pensato, non ho neanche fatto, e me le riporta in testa, poi dopo un po’ che ci penso me le cambia continuamente, tipo come se fossero più reali di quello che sono state, cambia minimamente ogni volta i sentimenti che ho provato, i pensieri che ho fatto e li aumenta, ingigantisce e le cambia per farmi stare sempre peggio”.*

Il tema dello stare male riflette ancora una volta la modalità teleologica di mentalizzazione: *“Anche con i miei genitori c’è anche ora, tipo mi stanno vicino perché io sto male, e io sono felice perché ho qualcuno vicino, che si preoccupa”.*

Esprimendo le questioni che li mettono in difficoltà, i pazienti descrivono anche la modalità prementalizzante di equivalenza psichica: *“Bisognerebbe riuscire a far sì che magari quei pensieri ci siano, ma non farli diventare realtà, comunque, perché quando prende il panico è come se diventassero realtà”.* Questa modalità è rispecchiata anche dal tema di paura: *“Io mi ci rivedo, nel fatto che hai paura che sia una cosa e però hai ancora più paura che ti venga confermata, perché comunque anche se nella tua testa è reale, quando diventa proprio reale reale vai nel panico. Però se non te lo dicono comunque nella tua testa è ancora reale, quindi sì, ti capisco”.*

Il tema della fiducia e delle relazioni, anche con i genitori, ha permesso l'emergere delle caratteristiche di una buona mentalizzazione: atteggiamento autoindagatore (*“Forse quella che io consideravo essere fiducia non era proprio fiducia, ma era più un dare tutto all'altro affinché lui restasse lì con me”*); contemplazione e riflessione (*“Perché credo riguardi il modo di attaccamento che ho sviluppato negli anni, è anche un modo di costruirsi un guscio attorno, stare sempre sulla difensiva, stare in punta dei piedi sugli aghi, cioè io mi sento così con gli altri... Quindi non è bello, ti isola, sei da solo, non hai modo di creare relazioni. Quello che stai cercando tu è l'autonomia, non lo stile evitante”*); interesse per sentimenti e pensieri delle altre persone (*“Sabato stavo parlando con mia mamma e le ho chiesto come aveva fatto nell'ultimo ricovero a prendere tutte queste distanze, se le ha fatto del male e perché lo ha fatto. Ehm, la mamma mi ha detto che è stata la sua scelta, che ha fatto consapevolmente per preservare sé stessa... Mi ha colpito il fatto che lo facesse per sé stessa, pensavo lo facesse per me, invece lo faceva per lei”*).

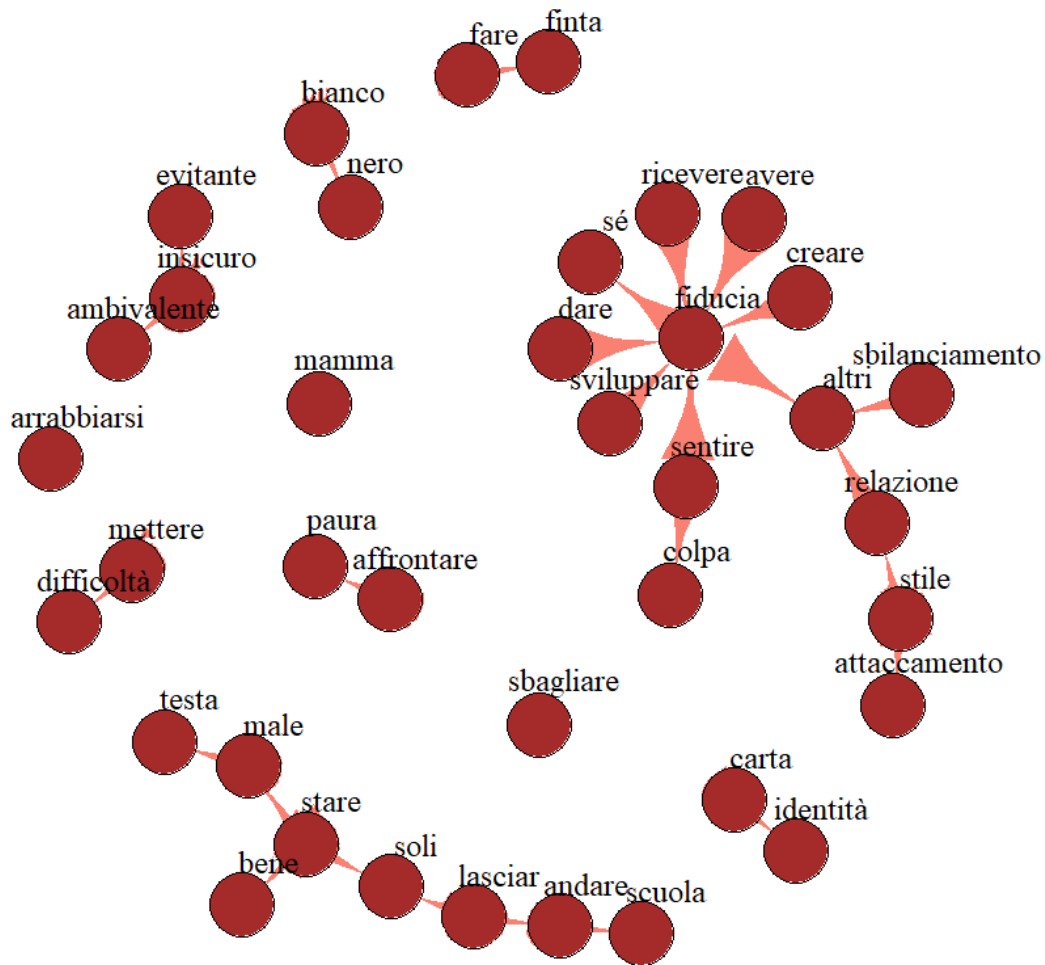


Figura 13 – Scatter plot dei nuclei tematici del Periodo 2 (Gennaio 2024 – Marzo 2024)

Il trascritto del terzo periodo (Aprile 2024 – Giugno 2024) è composto da 60253 parole. Come riportato nella Tabella 8, in questo periodo la coppia di parole maggiormente utilizzata è ancora “*stare male*” (72 volte) e la parola più utilizzata torna ad essere “*male*” (0.42% del trascritto), che però viene usata in un contesto diverso dal primo periodo: “*Perché faccio il confronto rispetto magari ai mesi prima che stavo male, e quindi dico sono riuscita a tenere sotto controllo determinate cose*”. In questa fase, i pazienti hanno iniziato a percepire la futura conclusione del gruppo, tornando a rivedere il percorso che hanno intrapreso. Tra i temi maggiormente portati dai pazienti troviamo “*pensieri ossessivi*”, “*lasciar andare*” e “*chiodo schiaccia chiodo*” (espressione utilizzata dai pazienti per descrivere le modalità relazionali). La parola “*fare*” (0.11) non viene più correlata solo alla rabbia o alla paura, com’è stato nel primo



periodo, ma viene utilizzata nei digrams “*posso fare*” (17 volte), “*riuscire a fare*” (15 volte), “*voglio fare*” (8 volte). Tra i digrams maggiormente nominati troviamo anche “*stare meglio*” (13 volte).

Tabella 8. NUMERO DI DIGRAMS E FREQUENZA DELLE PAROLE PRESE IN ESAME NEL TRASCRITTO DI PERIODO 3 (Aprile 2024 – Giugno 2024)

<b>Coppie di parole</b>	<b>N</b>	<b>Coppie di parole</b>	<b>N</b>
Stare male	76	Fare male	10
Lasciar andare	43	Stare soli	10
Sentire in colpa	21	Provare rabbia	8
Pensieri ossessivi	21	Pensieri intrusivi	8
Schiaccia chiodo	20	Disturbo di personalità	8
Stare bene	19	Pronto soccorso	8
Posso fare	17	Voglio fare	8
Sentire soli	16	Mettere in difficoltà	7
Riuscire a fare	15	Avere fiducia	6
Stare meglio	13	Affrontare dolore	6
Mal di testa	13	Disturbo bipolare	6
Fare paura	11	Finire scuola	6
<b>Parole</b>	<b>Frequenza, %</b>	<b>Parole</b>	<b>Frequenza, %</b>
Male	0.42	Rabbia	0.10
Sentire	0.33	Disturbo	0.10
Stare	0.24	Sbagliare	0.09
Pensieri	0.22	Dolore	0.09
Andare	0.21	Finire	0.08
Voglio	0.21	Chiodo	0.07
Soli	0.19	Personalità	0.06
Mettere	0.18	Posso	0.06
Riuscire	0.17	Provare	0.06
Paura	0.17	Scuola	0.06
Testa	0.15	Ossessivi	0.05
Bene	0.14	Difficoltà	0.04
Lasciar	0.12	Schiaccia	0.03
Fare	0.11	Bipolare	0.03
Affrontare	0.11	Pronto	0.02
Meglio	0.11	Intrusivi	0.02
Vuoto	0.11	Avere	0.02
Fiducia	0.10	Soccorso	0.01
Colpa	0.10		

In questa fase persiste ancora un'eccessiva concentrazione sui propri stati interni, che spesso prende la forma di pensieri ossessivi, come per esempio: *“Io ho pensieri ossessivi tutto il giorno, tanto da non riuscire più a mangiare normalmente”*.

La concentrazione sull'altro diminuisce nel terzo periodo e il tema di *“dolore”* viene usata per fare riferimento anche ai cambiamenti avvenuti: *“Effettivamente era una cosa che mi capitava, sentire anche il dolore degli altri oltre al mio mi era proprio insopportabile. Ed è stato proprio un allenamento, venire qua, cioè riuscendo ad esserci...”*.

L'eccessiva enfasi delle emozioni è ancora legata ai temi di paura e rabbia: *“Questa è la modalità che ho sperimentato con la mia famiglia [rabbia esplosiva], i miei genitori e parenti, e ho paura di riportare questa modalità fuori di casa, perché se succede fuori casa è grave”*; *“Non ho neanche un luogo fisico dove poter esprimere le cose, a casa è un disastro, e quindi ho iniziato ad avere le crisi di ansia, crisi di rabbia”*.

In questa fase si osserva ancora la dissociazione tra i pensieri e le emozioni, spesso espresse nel corpo, tipica della modalità del fare finta: *“Questione della mente che va da una parte e il corpo che va da un'altra, io penso “ce la posso fare”, il mio corpo dice “No”. Ma perché? la mente dice “Lascia andare”, il corpo trattiene tutto, non riesco ad arrivarci a come, se la mente fa una roba”*.

Il tema di diagnosi (*“disturbo di personalità”, “disturbo bipolare”*) torna come un tentativo di riflettere sul percorso di terapia: *“Quando mi hanno dato la diagnosi non sapevo cosa fare, da una parte i miei dubbi erano svaniti, dall'altra mi sentivo inguaribile. Ormai hai la vita segnata, non sarà mai altro che borderline. Dopo 10 mesi, sono cresciuta, cambiata, ma soprattutto migliorata, non ho attacchi di panico giornalieri, non mi sento soffocare ogni volta che esco, non penso quasi più alla morte”*.

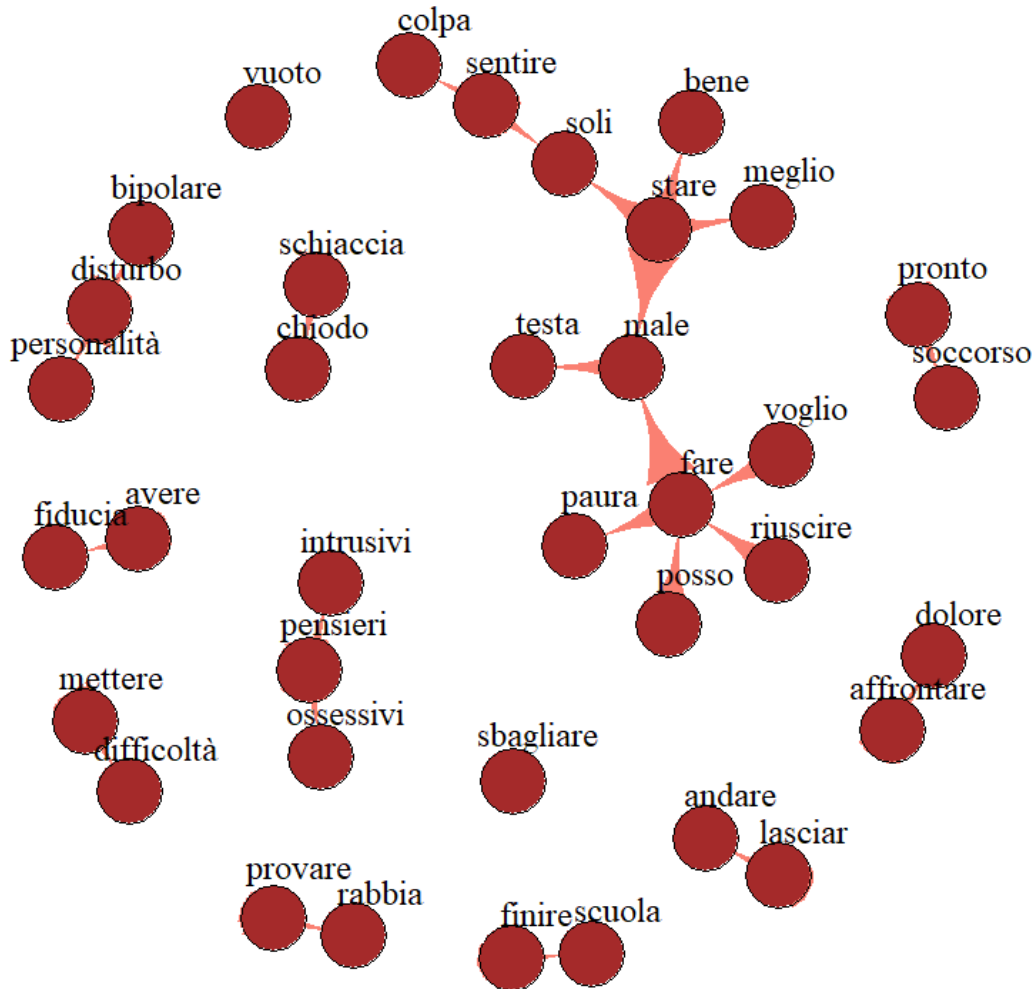
Il tema di *“finire la scuola”* trasmette la progettualità che riguarda l’esame di maturità per alcuni pazienti e la volontà di riprendere la scuola per concludere il percorso di studi per la paziente che precedentemente aveva abbandonato la scuola.

Anche il tema di *“pronto soccorso”* riflette i cambiamenti che stanno avvenendo: in questa fase i pazienti lo descrivono come un posto dove *“sentirmi un po’ al sicuro”*, a cui comunque non per forza devono ricorrere: *“Poi mi sono calmata... sono riuscita a calmarmi, cioè un po’ piano piano, parlando con il mio ragazzo, e sono andata a farmi una doccia, e ho fatto qualcosa di rilassante”*.

In questo periodo possiamo osservare anche la crescita di caratteristiche di una buona mentalizzazione:

- prospettiva evolutiva: *“Io oggi riesco ad attraversarlo invece che esplodere, farmi del male, essere ricoverata”*;
- consapevolezza dell’impatto degli stati affettivi: *“E niente mi sono concessa due ore per riprendermi, ho lasciato del tempo di sbollire, e poi sono stata bene”*;
- atteggiamento autoindagatore: *“L’individualità non è che è una cosa che tu adesso ci pensi “Chi sono io? Cosa voglio fare?”. Ti metti fuori e fai l’esperienza”*;
- consapevolezza di possedere sentimenti contrastanti: *“Sono consapevole che comunque ci sono cose che devo portare avanti per stare meglio. Anche se sto male, poi il giorno dopo migliora quella cosa, non sempre il giorno dopo, però con tempo. Quindi inizio ad apprezzare, quando sto male è un modo per stare ancora meglio rispetto al prima, non è che apprezzo nel momento questa cosa, però dopo un po’ riesco ad accettarla di più”*;
- scetticismo realistico: *“è impegnativo, provare a star bene è impegnativo perché a volte è più facile lasciarsi andare al dolore... bisogna trovare modi alternativi per affrontare*

*il dolore, perché non hai modi disfunzionali però non sai bene cos'altro fare allora, cioè, non ti vengono neanche più spontanei quelli disfunzionali”.*



*Figura 14 – Scatter plot dei nuclei tematici del Periodo 3 (Aprile 2024 – Giugno 2024)*

Nel corso dei tre periodi, come riportato nella Tabella 9, la coppia di parole più utilizzata è stata “*stare male*”. L’uso della parola “*male*” è aumentato nel tempo (da 0.37% a 0.42%) a causa dell’utilizzo della parola in contesti diversi. Il tema della “*fiducia*” è stato maggiormente discusso nel secondo periodo, mentre la parola “*fiducia*” è stata la più nominata fra i tre periodi “*fiducia*” (0.55%).

Tabella 9. COMPARAZIONE DELL'UTILIZZO DI COPPIE DI PAROLE PRESE IN ESAME NEI TRE PERIODI

<b>Coppie di parole</b>	<b>Periodo 1</b>	<b>Periodo 2</b>	<b>Periodo 3</b>	<b>Coppie di parole</b>	<b>Periodo 1</b>	<b>Periodo 2</b>	<b>Periodo 3</b>
Stare male	90	61	76	Insicuro evitante		8	
Fiducia in altri		56		Provare rabbia			8
Lasciar andare	7	7	43	Pensieri intrusivi			8
Carta d'identità		31		Pronto soccorso			8
Stare bene	11	28	19	Voglio fare	7		8
Avere fiducia		27	6	Stare peggio	7		
Sentire colpa	22	21	21	Fare rabbia	7		
Mettere in difficoltà		22	7	Rapporto con farmaci	7		
Pensieri ossessivi			21	Bianco o nero		7	
Schiaccia chiodo			20	Andare a scuola		7	
Dare fiducia		20		Sentire fiducia		7	
Posso fare		7	17	Fiducia in sé		7	
Sentire soli			16	Sentire vuoto	6		
Riuscire a fare			15	Persone male	6		
Mal di testa	7	15	13	Paura di altri	6		
Stare soli		13	10	Mamma papà	6		
Stare meglio	8		13	Relazioni tossiche	6		
Disturbo alimentare	12			Relazione altri		6	
Fare finta	11	8		Affrontare paura		6	
Fare paura	6		11	Lasciare soli		6	
Sviluppare fiducia		11		Insicuro ambivalente		6	
Disturbo di personalità	10		8	Creare fiducia		6	
Fare male	8		10	Ricevere fiducia		6	
Stile di attaccamento		10		Affrontare dolore			6
Stile di relazione		9		Disturbo bipolare			6
Sbilanciamento sull'altro		9		Finire scuola			6
Professore di fislosofia	8						

Nel terzo periodo, a differenza di primi due, viene affrontato in maniera più evidente l'incapacità di *“lasciar andare”* e la modalità relazionale *“chiodo schiaccia chiodo”* in cui i pazienti tendono a non affrontare il dolore della perdita, ma sostituire l'oggetto di amore con un altro.

Il tema relativo ai *“sensi di colpa”* rimane stabile nei tre periodi, ma se nella prima fase è legato al sentirsi non abbastanza, sentirsi sbagliati, nel corso del trattamento il contesto di utilizzo cambia: *“Tipo, adesso sto cercando di prendermela un pochino più con calma, dato un po' il periodo, però i sensi di colpa a mille perché non sono abituata a sta cosa”*.

La Tabella 10 presenta la comparazione nell'uso di singole parole prese in esame nei tre periodi. Con l'asterisco sono segnate le parole che in determinati periodi non apparivano nei digrams, ma venivano comunque utilizzati dai pazienti.

I dati della tabella mostrano come alcune parole sono state utilizzate in tutti i tre i periodi, anche se in contesti diversi, mentre altre apparivano solo in un periodo, in cui è stato affrontato un determinato argomento.

Nel corso dei tre periodi, la parola maggiormente nominata è stata *“fiducia”*, seguita da parola *“male”*. L'uso della parola *“altri”* diminuisce gradualmente nei tre periodi, rispecchiando l'andamento della scala di sbilanciamento sull'altro. Le parole *“paura”*, *“mamma”*, *“relazione”* aumentano nel secondo periodo, riflettendo i temi maggiormente discussi. L'utilizzo delle parole *“sentire”* e *“soli”* aumenta gradualmente nel corso del trattamento, ed appare sia nei temi legati alla ricerca della propria identità (*“Forse ho capito perché mi sento, cioè o mi sento o mi sentivo così sola, e ho pensato molto a quello che ha detto della conferma dell'altro, che non mi sentivo capita perché io nell'altro non cercavo, cioè cercavo una conferma. Ma se non capisci neanche tu qual è la tua conferma, come fai a poter capire”*), sia nel raccontare la propria esperienza di solitudine (*“che c'ho riflettuto e penso tanto al fatto che magari posso*

*fare un sacco di miglioramenti, che comunque però nella mia testa rimane un po' il fatto degli altri, che mi sento molto sola nella mia quotidianità”*), che potrebbe essere legata alla percezione della futura conclusione del gruppo

Tabella 10. COMPARAZIONE DELL'UTILIZZO DI PAROLE PRESE IN ESAME NEI TRE PERIODI (Per comodità di lettura, le percentuali sono state moltiplicate per cento)

Parola	Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3	Parola	Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3
Fiducia		55	10	Mangiare	7	*2	*3
Male	37	36	42	Sbilanciamento	*2	7	*4
Sentire	17	22	33	Sviluppare		7	*1
Fare	33	4	11	Attaccamento		7	*2
Altri	20	31	*15	Dissociazione	7		
Stare	28	19	24	Chiodo			7
Paura	12	25	17	Personalità	6	*2	6
Mamma	15	23	*14	Poter	3	*6	6
Pensieri	*10	*16	22	Dare	*4	3	*6
Relazioni	7	22	*12	Provare	*3	*3	6
Volere	20	*3	21	Professore	6		
Andare	10	14	21	Creare		6	
Soli	*4	14	19	Stile		6	
Mettere	*12	*6	18	Rapporto	5	*5	*4
Riuscire	*5		17	Carta		5	
Avere	*16	9	2	Identità		5	
Rabbia	15	*8	10	Insicuro		5	
Bene	12	15	14	Ossessivi			5
Testa	8	10	15	Peggio	4	*1	*4
Lasciar	7	12	12	Sé	*2	4	*4
Affrontare	*6	8	11	Finta	4	2	*2
Dolore	*5	*11	9	Filosofia	4		
Vuoto	4	*4	11	Alimentare	3		*2
Meglio	6		11	Bianco		3	*1
Colpa	8	9	10	Nero		1	*3
Disturbo	5	*3	10	Tossiche	3		
Evitante		10		Ambivalente		3	
Sbagliare	*4	8	9	Schiaccia			3
Difficoltà		9	4	Bipolare			3
Scuola	*8	7	6	Ricevere		2	*1
Arrabbiarsi	*8	6	*5	Pronto			0,02
Farmaci	8		*8	Intrusivi			0,02
Papà	8	*5	*4	Soccorso			0,01
Finire			8				

Prendendo in considerazione i temi più caratteristici di ogni periodo, possiamo dire che il primo periodo è stato caratterizzato dai temi di diagnosi, disturbi, sintomi; il secondo periodo è stato dedicato alla fiducia e alle relazioni, mentre nel terzo periodo i pazienti iniziano ad accorgersi dei cambiamenti avvenuti e a costruire una progettualità.

#### **4.4. Discussione**

L'obiettivo dell'attuale elaborato è stato di valutare cambiamenti nella mentalizzazione nel corso del trattamento gruppele basato sulla mentalizzazione in un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità.

Diversi studi (Bohus et al., 2021; Leichsenring et al., 2011) dimostrano come il disturbo borderline di personalità sia caratterizzato da gravi compromissioni funzionali, un alto rischio di suicidio, un decorso negativo dei disturbi depressivi, un uso estensivo del trattamento e costi elevati per la società. Questi dati vengono confermati dalle statistiche descrittive del presente campione, in cui si evidenziano sintomi internalizzanti ed esternalizzanti di intensità elevata e ridotta capacità di regolazione emotiva e di mentalizzazione.

I dati emersi dai questionari clinician report MIS e MMS a tre, sei e nove mesi dimostrano un incremento della buona mentalizzazione, una diminuzione nell'utilizzo delle modalità prementalizzanti e di sbilanciamento tra le dimensioni di mentalizzazione. Questi risultati sono in linea con la ricerca svolta al Centro di Salute Mentale di Camposampiero (Carrera et al., 2018) con i pazienti con disturbo borderline di personalità, in cui si sono indagati i cambiamenti nella capacità di mentalizzare durante un percorso di cura MBT, trovando una riduzione nello sbilanciamento a favore di un equilibrio più stabile tra diversi poli di mentalizzazione e una costante diminuzione dell'uso di ipermentalizzazione, della comprensione concreta e della mentalizzazione teleologica a favore di miglioramento nell'uso di una buona mentalizzazione. Questi dati sono in linea con i risultati che emergono dalla parte qualitativa della ricerca.



L'analisi qualitativa dei trascritti delle sedute di terapia gruppo ha permesso di individuare i temi e le problematiche maggiormente portate dai pazienti in diverse fasi della terapia, riflettendo la capacità di mentalizzare dei pazienti.

Il primo periodo (Ottobre 2023 – Dicembre 2023) è stato caratterizzato da temi legati alla diagnosi, al *disturbo borderline di personalità*, ai *disturbi alimentari*, e ai sintomi, come la *dissociazione* o il *senso di vuoto*, allo *star male* e alla percezione di non essere mai abbastanza in confronto agli altri. Questi temi riflettono gli sbilanciamenti sul sé e sull'altro, sbilanciamento affettivo, tipico dei pazienti con disturbo borderline di personalità, nonché la modalità teleologica. A differenza dello studio di Gagliardini et al. (2018), che ha correlato lo sbilanciamento cognitivo ai disturbi di personalità schizoide, narcisistico e ossessivo-compulsivo, la presente ricerca ha osservato lo sbilanciamento in questa dimensione anche nei pazienti con disturbo borderline di personalità.

I temi maggiormente nominati nel secondo periodo (Gennaio 2024 – Marzo 2024) sono legati alla *fiducia*, alle *relazioni* e agli *stili di attaccamento* che, nonostante la presenza di sbilanciamenti in diverse dimensioni e delle modalità prementalizzanti, ha permesso l'emergere delle caratteristiche di una buona mentalizzazione.

Il terzo periodo (Aprile 2024 – Giugno 2024) ha visto l'utilizzo delle stesse coppie parole presenti anche nei primi due periodi, quali "stare *male*", "*disturbo di personalità*", in contesti diversi da quelli precedentemente discussi, legati principalmente all'elaborazione dei cambiamenti avvenuti nei mesi di terapia di gruppo. In questa fase si osserva la presenza di caratteristiche di una buona mentalizzazione.

In generale, possiamo notare come nel primo periodo il trascritto rifletta la necessità dei pazienti di enfatizzare il proprio malessere, dopo aver trovato il posto dove si può esprimere ("*Qui ci capiamo*"). Il secondo periodo è caratterizzato da una riflessione sulla propria storia ("*carta d'identità*") e sui temi di attaccamento e relazioni, in particolare come si sono formati nel tempo

e se possono essere modificati (*“Ma se noi abbiamo gli stili di attaccamento simili a quelli che abbiamo imparato da piccoli, ed è una cosa che lei ha detto che può cambiare, possiamo cambiare, ma, ad esempio, io mi rendo conto di essere attratta da persone con sempre o problemi o qualcosa”*). Nel terzo periodo appaiono elementi di elaborazione e progettualità.

Come discusso sopra, i risultati qualitativi e quantitativi dell’attuale lavoro mostrano che i nove mesi di psicoterapia di gruppo basata sulla mentalizzazione ha portato i pazienti a diminuire lo sbilanciamento tra le dimensioni di mentalizzazione a favore di un maggiore equilibrio, ridurre l’utilizzo di modalità prementalizzanti e aumentare la capacità di buona mentalizzazione. I risultati ottenuti dipendono anche dalla costanza dei pazienti nel seguire la terapia.

#### **4.5. Limiti e futuri sviluppi**

Il lavoro attuale presenta diversi limiti:

- Quasi tutto il campione (90.91%) è rappresentato da donne, che può aver influito sui risultati della ricerca e sui temi affrontati nelle sedute di terapia di gruppo. Considerando che nello studio svolto su un campione di 34481 persone (Tomko et al., 2014) sono stati osservati solo tassi leggermente più elevati di prevalenza del disturbo nelle donne rispetto agli uomini (3% vs 2.4%), la ricerca futura dovrebbe sviluppare studi su un campione più bilanciato. Sarebbe inoltre interessante indagare le differenze di genere nelle capacità di mentalizzazione.
- Il campione di 11 persone è molto ristretto per poter generalizzare i dati. Nelle future ricerche sarebbe opportuno coinvolgere campioni di partecipanti più ampi.
- L’assenza di un gruppo di controllo non permette di verificare se il trattamento basato sulla mentalizzazione abbia un’efficacia maggiore rispetto ad un trattamento standard per quanto riguarda lo sviluppo della capacità di mentalizzazione.

- Il presente lavoro è stato svolto su un gruppo che non ha ancora concluso il trattamento, questo non ha permesso di analizzare i dati alla fine del trattamento.

Infine, sarebbe interessante confrontare quali interventi terapeutici, oltre a MBT, stimolano lo sviluppo di una buona mentalizzazione e quali caratteristiche dei clinici oltre che dei pazienti predicono lo sviluppo di una migliore mentalizzazione.



## CONCLUSIONE

L'obiettivo dell'attuale ricerca è stato di valutare cambiamenti nella mentalizzazione nel corso del trattamento MBT-A in un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità.

Lo studio è stato svolto presso il CSM1 di via Berchet, Padova su un gruppo di 11 pazienti con disturbo borderline di personalità. Al momento della stesura del presente elaborato, il gruppo MBT-A non si è ancora concluso; per l'analisi dei dati sono stati utilizzati i questionari self-report compilati dai pazienti all'inizio del trattamento, i questionari clinician report compilati dal terapeuta al terzo, sesto e nono mese, e i trascritti dei primi nove mesi riguardanti le sedute di gruppo. Tutte le analisi sono state svolte utilizzando il software R (RStudio, PBC), che ha permesso di condurre le statistiche descrittive e il text mining.

In linea con i dati emersi dalla letteratura, le statistiche descrittive del campione hanno evidenziato una situazione iniziale caratterizzata da sintomi internalizzanti ed esternalizzanti di intensità elevata e ridotta capacità di regolazione emotiva e di mentalizzazione.

I questionari clinician report MIS e MMS, somministrati in corso del trattamento MBT, hanno mostrato la progressiva riduzione di sbilanciamento tra diversi poli di mentalizzazione e una costante diminuzione dell'uso di ipermentalizzazione, comprensione concreta e mentalizzazione teleologica a favore di miglioramento nell'uso della buona mentalizzazione. I risultati ottenuti dipendono dalla costanza dei pazienti nel seguire la terapia.

L'analisi qualitativa dei trascritti delle sedute di terapia di gruppo ha permesso di osservare una graduale crescita delle caratteristiche di buona mentalizzazione nel corso del trattamento, e un cambiamento nelle coppie di parole usate dal gruppo nel tempo.

I limiti principali dello studio riguardano la ridotta larghezza del campione, prevalenza femminile, l'assenza di un gruppo di controllo e l'aver eseguito la ricerca su un gruppo che non ha ancora concluso il trattamento. I futuri sviluppi dovrebbero prendere in considerazione i limiti dello studio attuale. Inoltre, sarebbe interessante confrontare quali interventi terapeutici, oltre a MBT, stimolano lo sviluppo di una buona mentalizzazione e quali caratteristiche dei clinici oltre che dei pazienti predicono il miglior sviluppo di buona mentalizzazione.

## BIBLIOGRAFIA

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.

Allredge, C. T., Burlingame, G. M., Yang, C., & Rosendahl, J. (2021). Alliance in group therapy: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 25(1), 13.

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of psychiatry*, 158(1), 36-42.

Bateman, A., Fonagy, P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: psicoterapia con il paziente borderline*. Raffaello Cortina Editore.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic inquiry*, 33(6), 595-613.

Bateman, A., Fonagy, P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità: una guida pratica al trattamento*. Raffaello Cortina Editore.

Bateman, A., Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., & Debbané, M. (2023). *Cambridge guide to mentalization-based treatment (MBT)*. Cambridge University Press.

- Benoit, K., Watanabe, K., Wang, H., Nulty, P., Obeng, A., Müller, S., & Matsuo, A. (2018). quanteda: An R package for the quantitative analysis of textual data. *Journal of Open Source Software*, 3(30), 774-774.
- Bergner, R. M. (2020). What is personality? Two myths and a definition. *New Ideas in Psychology*, 57, 100759.
- Bion, W. R. (1971). *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Roma: Armando editore.
- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 396.
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398(10310), 1528-1540.
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Johnson, J. E. (2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 373.
- Burlingame, G. M., Strauss, B., & Joyce, A. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 640-689.
- 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).
- Choi-Kain, L. W., Fitzmaurice, G. M., Zanarini, M. C., Laverdière, O., & Gunderson, J. G. (2009). The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(11), 816-821.
- Correale A., Neri C. (1986). L'approccio bioniano al piccolo gruppo a orientamento psicoanalitico. *Psicobiettivo*, 5, 11-18.



Daubney, M., & Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): an overview. *Australasian Psychiatry*, 23(2), 132-135.

De Beni, R., Carretti, B., Moe, A., & Pazzaglia, F. (2008). *Psicologia della personalità e delle differenze individuali* (pp. 1-229). Il mulino.

Del Giacco, L., Salcuni, S., & Anguera, M. T. (2019). The communicative modes analysis system in psychotherapy from mixed methods framework: introducing a new observation system for classifying verbal and non-verbal communication. *Frontiers in Psychology*, 10, 782.

Di Giuseppe, M., Perry, J. C., Conversano, C., Gelo, O. C. G., & Gennaro, A. (2020). Defense mechanisms, gender, and adaptiveness in emerging personality disorders in adolescent outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(12), 933-941.

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 411-430.

Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*.

Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World psychiatry*, 14(2), 137-150.

Foulkes, S. H. (1977). *La psicoterapia gruppoanalitica: metodo e principi*. Roma: Astrolabio.

Freud, S. (2017). *Psicologia delle masse e analisi dell'io: 1921*. (E. Q. Panaitescu, A cura di). Bollati Boringhieri.

Gagliardini, G., & Colli, A. (2019). Assessing mentalization: Development and preliminary validation of the Modes of Mentalization Scale. *Psychoanalytic Psychology*, 36(3), 249.

Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., & Colli, A. (2018). Assessing mentalization in psychotherapy: First validation of the Mentalization Imbalances Scale. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 21(3).

Gardner, K. J., Wright, K. M., Elliott, A., Graham, S., & Fonagy, P. (2020). The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-

based therapy for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(3), 572-586.

Gelo, O. C., Pritz, A., & Rieken, B. (2015). Psychotherapy research. *Springer. DOI*, 10, 978-3.

Giordano, C., & Lo Verso, G. (2014). La ricerca in psicoterapia di gruppo: Un approfondimento del concetto di processo terapeutico. *Rivista Plexus*, (4).

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 23(1), 20-28.

Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., & Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 19, 1-13.

Ibraheim, M., Kalpakci, A., & Sharp, C. (2017). The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 1-9.

Janis, R. A., Burlingame, G. M., Svien, H., Jensen, J., & Lundgreen, R. (2021). Group therapy for mood disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy research*, 31(3), 342-358.

Johnson, E. L., Mutti, M. F., Springham, N., & Xenophontes, I. (2016). Mentalizing after mentalization based treatment. *Mental Health and Social Inclusion*, 20(1), 44-51.

Kvarstein, E. H., Nordviste, O., Dragland, L., & Wilberg, T. (2017). Outpatient psychodynamic group psychotherapy—outcomes related to personality disorder, severity, age and gender. *Personality and Mental Health*, 11(1), 37-50.

Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., & Kernberg, O. F. (2023). Borderline personality disorder: a review. *JAMA*, 329(8), 670-679.

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.

- Lind, M., Kiel, L., Hansen, S. B., Jørgensen, M. S., & Simonsen, E. (2023). Narrative identity within mentalization-based group therapy for adolescents: a feasibility study. *Children, 10*(5), 854.
- Lothstein, L. (2023). Psychodynamic Group Therapy for Personality Disorders. *International Journal of Group Psychotherapy, 73*(3), 250-258.
- MacKenzie, K. R. (2002). Group psychotherapy. In *Encyclopedia of psychotherapy* (p. 891-906). Academic Press.
- Maj, M., & Biondi, M. (2014). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5. ed). Raffaello Cortina Editore.
- Malat, J., Cheng, S. E. T., & Tay, A. T. S. (2023). Group psychotherapy. *Tasman's Psychiatry* (pp. 1-36). Cham: Springer International Publishing.
- Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice, 92*(4), 465-498.
- Neri, C. (2017). *Gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 141*(1), 6-20.
- Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). Recent developments in group psychotherapy research. *American Journal of Psychotherapy, 74*(2), 52-59.
- Rossouw, T., Wiwe, M., Vrouva, I. (2022). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione per gli adolescenti: Un guida pratica*. Raffaello Cortina Editore.
- Rutan, J. S. (1992). Psychodynamic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 42*(1), 19-35.

Scott, L. N., Levy, K. N., & Pincus, A. L. (2009). Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of personality disorders, 23*(3), 258-280.

Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale, 16*, 141-170.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist, 32*(9), 752.

Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality disorders: Theory, research, and treatment, 7*(4), 316.

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders, 28*(5), 734-750.

World Health Organization. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. In *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*.

Yalom, I. D. (1997). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri.

Zanarini, M. C., Weingeroff, J. L., & Frankenburg, F. R. (2009). Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 23*(2), 113-121.

## APPENDICE

Appendice A:

LE SCALE DEI QUESTIONARI MIS E MMS A 3, 6 E 9 MESI

<b>Paziente 1</b>								
<b>Scale</b>	<b>T0</b>	<b>3 mesi</b>	<b>6 mesi</b>	<b>9 mesi</b>	$\Delta$ <b>T0-3m</b>	$\Delta$ <b>3m-6m</b>	$\Delta$ <b>6m-9m</b>	$\Delta$ <b>T0-9m</b>
Sbilanciamento cognitivo	4.80	4.80	3.00	2.20	0.00	-1.80	-0.80	-2.60
Sbilanciamento esterno	3.33	4.00	2.67	2.67	0.67	-1.33	0.00	-0.66
Sbilanciamento affettivo	5.00	4.25	3.00	2.50	-0.75	-1.25	-0.50	-2.50
Sbilanciamento altro	3.67	4.33	3.0	2.67	2.66	-1.33	-0.33	1.00
Sbilanciamento sé	3.50	3.50	2.75	2.25	0.00	-0.75	-0.50	-1.25
Sbilanciamento automatico	4.33	4.00	3.00	2.00	-0.33	-1.00	-1.00	-2.33
Eccessiva certezza	4.17	3.67	3.00	2.00	-0.50	-0.67	-1.00	-2.17
Comprensione concreta	3.83	2.83	2.17	1.83	-1.00	-0.66	-0.34	-2.00
Buona mentalizzazione	1.00	2.40	3.00	2.80	1.40	0.60	-0.20	1.80
Pensiero teleologico	3.33	3.00	2.33	3.00	-0.33	-0.67	0.67	-0.33
Pseudo-mentalizzazione intrusiva	3.25	3.75	2.50	2.00	0.50	-1.25	-0.50	-1.25
<b>Paziente 2</b>								
<b>Scale</b>	<b>T0</b>	<b>3 mesi</b>	<b>6 mesi</b>	<b>9 mesi</b>	$\Delta$ <b>T0-3m</b>	$\Delta$ <b>3m-6m</b>	$\Delta$ <b>6m-9m</b>	$\Delta$ <b>T0-9m</b>
Sbilanciamento cognitivo	4.40	2.20	3.40	3.00	-2.20	1.20	-0.40	-1.40
Sbilanciamento esterno	3.33	4.33	4.00	4.33	1.00	-0.33	0.33	1.00
Sbilanciamento affettivo	5.00	5.00	5.00	4.75	0.00	0.00	-0.25	-0.25
Sbilanciamento altro	4.67	4.67	4.00	3.00	0.00	-0.67	-1.00	-1.67
Sbilanciamento sé	3.75	4.25	3.50	4.00	0.50	-0.75	0.50	0.25
Sbilanciamento automatico	3.67	2.67	3.00	2.67	-1.00	0.33	-0.33	-1.00
Eccessiva certezza	3.67	3.67	3.67	3.83	0.00	0.00	0.16	0.16
Comprensione concreta	2.00	2.00	3.17	3.67	0.00	1.17	0.50	1.67
Buona mentalizzazione	1.20	1.60	1.80	2.00	0.40	0.20	0.20	0.80

Pensiero teleologico	4.00	4.67	4.67	5.0	0.67	0.0	0.33	1.0
Pseudo-mentalizzazione intrusiva	3.25	2.50	3.25	3.25	-0.75	0.75	0.00	0.00
<b>Paziente 3</b>								
Scale	T0	3 mesi	6 mesi	9 mesi	$\Delta$ T0-3m	$\Delta$ 3m-6m	$\Delta$ 6m-9m	$\Delta$ T0-9m
Sbilanciamento cognitivo	4.00	2.60	2.20	3.60	-1.40	-0.40	1.40	-0.40
Sbilanciamento esterno	3.33	4.0	3.33	3.33	0.67	-0.67	0.00	0.00
Sbilanciamento affettivo	3.75	4.00	3.00	2.25	0.25	-1.00	-0.75	-1.50
Sbilanciamento altro	3.00	3.33	3.00	2.33	0.33	-0.33	-0.67	-0.67
Sbilanciamento sé	3.50	2.50	2.25	2.75	-1.00	-0.25	0.50	-0.75
Sbilanciamento automatico	3.33	2.67	2.33	2.67	-0.66	-0.34	0.34	-0.66
Eccessiva certezza	3.67	2.33	2.67	3.00	-1.34	0.34	0.33	-0.67
Comprensione concreta	2.50	1.83	2.17	2.83	-0.67	0.34	0.66	0.33
Buona mentalizzazione	1.60	3.00	3.40	3.20	1.40	0.40	-0.20	1.60
Pensiero teleologico	3.67	5.00	4.00	4.00	1.33	-1.0	0.00	0.33
Pseudo-mentalizzazione intrusiva	4.00	2.00	2.25	3.00	-2.00	0.25	0.75	-1.00
<b>Paziente 4</b>								
Scale	T0	3 mesi	6 mesi	9 mesi	$\Delta$ T0-3m	$\Delta$ 3m-6m	$\Delta$ 6m-9m	$\Delta$ T0-9m
Sbilanciamento cognitivo	3.20	3.20	3.20	1.80	0.00	0.00	-1.40	-1.40
Sbilanciamento esterno	3.67	3.33	4.00	2.67	-0.34	0.67	-1.33	-1.00
Sbilanciamento affettivo	3.75	3.50	4.00	2.25	-0.25	0.50	-1.75	-1.50
Sbilanciamento altro	4.00	4.00	4.00	2.33	0.00	0.00	-1.67	-1.67
Sbilanciamento sé	3.50	3.50	3.00	2.00	0.00	-0.50	-1.00	-1.50
Sbilanciamento automatico	3.00	3.00	3.00	1.67	0.00	0.00	-1.33	-1.33
Eccessiva certezza	3.83	3.67	2.83	2.17	-0.16	-0.84	-0.66	-1.66
Comprensione concreta	3.67	3.33	2.67	2.00	-0.34	-0.66	-0.67	-1.67
Buona mentalizzazione	1.80	2.80	2.60	3.60	1.00	-0.2	1.00	1.80

Pensiero teleologico	4.00	3.33	3.67	2.00	-0.67	0.34	-1.67	-2.00
Pseudo-mentalizzazione intrusiva	3.50	3.25	2.75	2.00	-0.25	-0.50	-0.75	-1.50
<b>Paziente 5</b>								
<b>Scale</b>	<b>T0</b>	<b>3 mesi</b>	<b>6 mesi</b>	<b>9 mesi</b>	<b>Δ T0-3m</b>	<b>Δ 3m-6m</b>	<b>Δ 6m-9m</b>	<b>Δ T0-9m</b>
Sbilanciamento cognitivo	2.20	3.00	2.40	1.40	0.80	-0.60	-1.00	-0.80
Sbilanciamento esterno	0.33	1.00	0.33	0.00	0.67	-0.67	-0.33	-0.33
Sbilanciamento affettivo	4.50	4.25	4.25	1.75	-0.25	0.00	-2.50	-2.75
Sbilanciamento altro	3.33	3.33	2.67	1.00	0.00	-0.66	-1.67	-2.33
Sbilanciamento sé	2.75	3.00	3.50	1.50	0.25	0.50	-2.00	-1.25
Sbilanciamento automatico	3.33	3.00	2.67	1.33	-0.33	-0.33	-1.34	-2.00
Eccessiva certezza	1.00	1.17	0.67	0.67	0.17	-0.50	0.00	-0.33
Comprensione concreta	1.00	0.67	0.67	0.50	-0.33	0.00	-0.17	-0.50
Buona mentalizzazione	0.80	1.40	1.00	1.40	0.60	-0.40	0.40	0.60
Pensiero teleologico	2.00	1.00	3.67	1.33	-1.00	2.67	-2.34	-0.67
Pseudo-mentalizzazione intrusiva	2.25	2.00	1.25	0.75	-0.25	-0.75	-0.50	-1.50