

UNIVERSITÁ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di Laurea Triennale:

Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalit  e
delle relazioni interpersonali (L4)

TESI DI LAUREA

La mentalizzazione e il rapporto tra i tre trattamenti basati su di
essa in termini di efficacia e frequenza

Mentalization and the relationship between the three treatments
based on it in terms of efficacy and frequency

Relatore:

Prof.sa Silvia Salcuni

Laureando:

Simone Salgari

Numero matricola 1197797

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

1. INTRODUZIONE
2. MENTALIZATION BASED TREATMENT
 - 2.1 Intro
 - 2.2 Materiali e Metodi
 - 2.3 Risultati
3. MINDFULNESS
 - 3.1 Intro
 - 3.2 Materiali e Metodi
 - 3.3 Risultati
4. DIALECTICAL BEHAVIORAL TREATMENT
 - 4.1 Intro
 - 4.2 Materiali e Metodi
 - 4.3 Risultati
5. RISULTATI
 - 5.1 RELAZIONE TRA I TRE TRATTAMENTI
6. DISCUSSIONE RISULTATI
7. PRISMA STATEMENT E REVIEW
8. CONCLUSIONE
9. LIMITI DEL PRESENTE ELABORATO E SVILUPPI FUTURI
10. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUZIONE

La mentalizzazione come funzione e costrutto è definita come una forma specifica di attività mentale immaginaria correlata alla percezione e all'interpretazione del comportamento umano in termini di stati mentali motivati da intenzioni, ad esempio bisogni, desideri, sentimenti, convinzioni e obiettivi.

La mentalizzazione include aspetti sia cognitivi che affettivi, o in altre parole, pensare ai sentimenti e pensare al pensare (Matanova, Stoyanov & Strizhitskaya, 2022).

Questa capacità si sviluppa durante l'infanzia attraverso interazioni interpersonali con una mentalità più matura e si basa sulla qualità dell'attaccamento con il caregiver principale del bambino. La dinamica di queste due sfaccettature consente di pensare alla qualità della riflessione emotiva nelle esperienze soggettive nell'infanzia.

Le basi per le capacità di mentalizzazione vengono poste all'inizio del ciclo di vita (Baillargeon et al., 2010). Ad esempio, è stato dimostrato che l'uso del linguaggio dello stato mentale da parte delle madri con i loro bambini di 6 mesi predice le prestazioni successive della Teoria della Mente dei bambini (Meins et al., 2002, 2003). Allo stesso modo, i compiti di falsa credenza durante i quali le inferenze di base vengono utilizzate per prevedere le intenzioni di altre persone possono essere già impiegati nell'infanzia (Knudsen & Liszkowski, 2012). Tuttavia, le capacità di mentalizzazione continuano a maturare durante l'infanzia e l'adolescenza (Blakemore, 2008; Crone & Dahl, 2012; Crone & Steinbeis, 2017; Fehlbauer, Borbàs, Paul, Eickhoff & Raschle, 2021).

Abilità di mentalizzazione atipica sono state descritte per diversi disturbi psichiatrici del neurosviluppo, inclusi disturbi dello spettro autistico, disturbo della condotta, depressione, schizofrenia o tratti borderline (Baron-Cohen et al., 1997; Kerr et al., 2003; Kronbichler et al., 2017; Moran et al., 2011; Sharp, 2008; Sharp et al., 2011; Zobel et al., 2010;). Tra questi, sono stati segnalati ipermentalizzazione (es. disturbo borderline di personalità; American Psychiatric Association, 2013), ridotta mentalizzazione (es. psicopatia; American Psychiatric Association, 2013) o abilità di mentalizzazione alterata (es. disturbo della condotta; American Psychiatric Association 2013) (Blair et al., 2004; Sharp et al., 2011; Fehlbauer, Borbàs, Paul, Eickhoff, and Raschle, 2021).

Le abilità di mentalizzazione hanno dimostrato di essere positivamente associate a un sano funzionamento sociale (Slaughter et al., 2015).

Negli ultimi due decenni, teoria della mentalizzazione in relazione alla psicopatologia ha guadagnato grande popolarità. Questo ha aperto nuovi orizzonti per la definizione e trattamento di vari fenomeni psicopatologici (Matanova, Stoyanov & Strizhitskaya, 2022).

Sono stati sviluppati tre principali trattamenti che propongono di sostenere lo sviluppo della capacità di mentalizzazione in varie tipologie di pazienti. I trattamenti in questione sono il Mentalization Based Treatment (MBT; Bateman & Fonagy, 2004), la Mindfulness (Kabat-Zinn, 1979) e la Dialectical Behavior Therapy (DBT; Linehan, 1993).

Gli obiettivi della presente tesi sono la presentazione e il confronto dei trattamenti citati in termini di metodi, ecologia, efficacia e frequenza di uso in varie tipologie di pazienti tramite revisione sistematica della letteratura, seguendo la metodologia del Prisma Statement (Altman, Liberati, Moher & Tetzlaff, 2015).

In particolar modo, i trattamenti basati sulla mentalizzazione si sono rivolti a pazienti affetti da disturbo borderline di personalità (BPD), depressione, autismo, anoressia nervosa, disturbo ossessivo compulsivo e disturbi di personalità, ma sarà interessante discernere - se c'è - quale metodologia (MBT, DBT, Mindfulness) abbia dato i migliori risultati per le diverse sindromi cliniche.

2. METODOLOGIA DELLA RICERCA PRISMA STATEMENT E REVIEW

I criteri di ricerca utilizzati per la revisione sistematica della letteratura includevano articoli Open Access con i seguenti temi: “mentalization”, “mentalization based treatment”, “mindfulness based stress reduction”, “mindfulness based cognitive therapy”, “dialectical behaviour therapy”, “disorder”, “psychopathology”. I criteri di esclusione riguardavano articoli non Open Access, libri e recensioni.

I database utilizzati sono Galileodiscovery, EBSCO APA PsycInfo e Google Scholar.

La ricerca della letteratura è avvenuta tramite ricerca avanzata sui database utilizzando come criteri i temi precedentemente elencati, seguendo la metodologia del PRISMA.

Una volta ricercati gli articoli venivano selezionati per attinenza alla tipologia di ricerca e revisionati singolarmente. Per facilitare la ricerca venivano utilizzati come criteri di ricerca attinenze specifiche (ad esempio “depressione”, “evidence-based” ecc.).

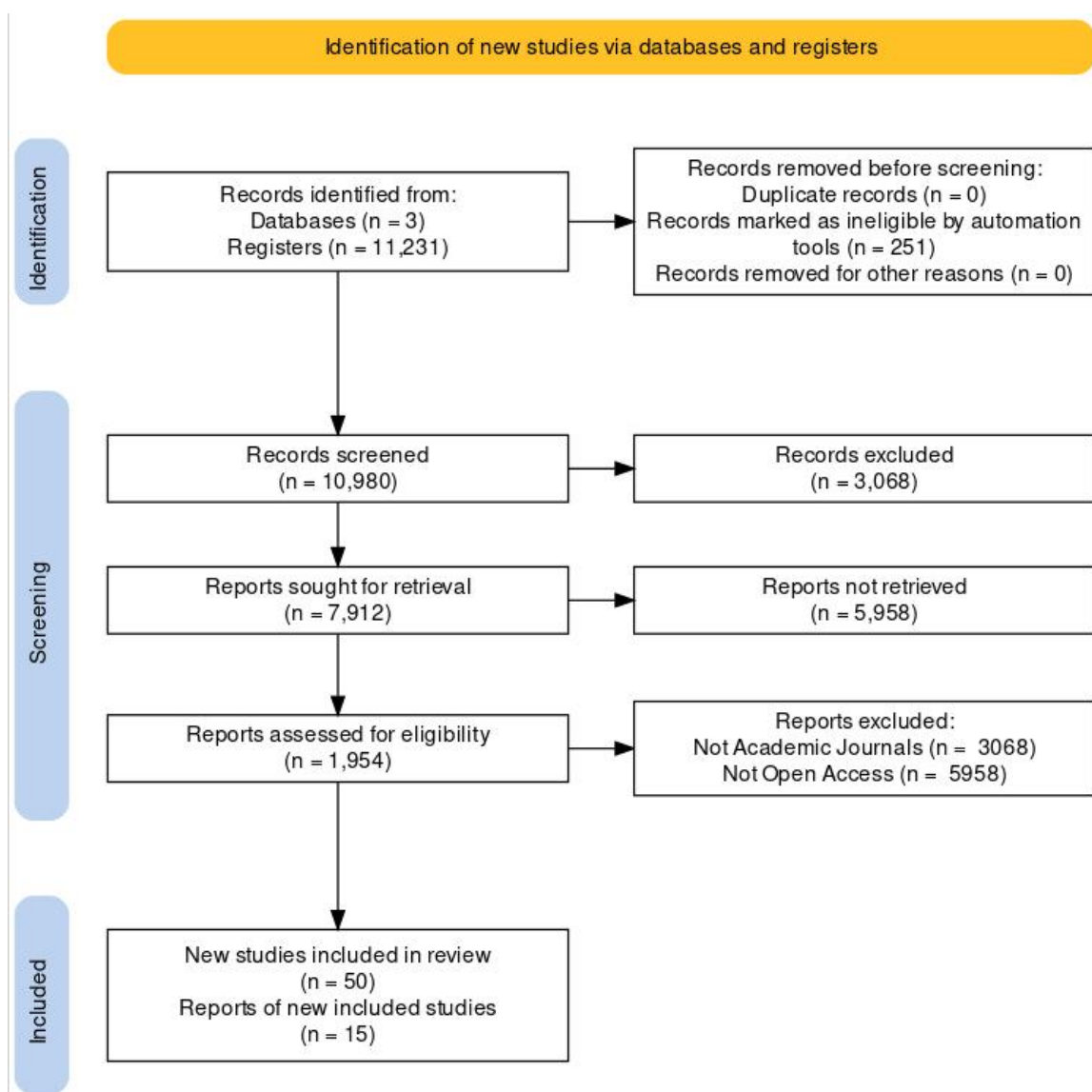
Risultati della ricerca su mentalizzazione: 11231

Risultati della ricerca utilizzando i criteri di ricerca: 10980

Risultati articoli accademici: 7912

Risultati Open Access: 1954

50 studi inclusi nella revisione di cui 15 nuovi. I nuovi studi presentano un totale di 2401 item (partecipanti) e 97 strumenti utilizzati.



3. MBT (Mentalization Based Treatment)

3.1 Intro

Il Mentalization based treatment (MBT), che ha reso la mentalizzazione un fulcro centrale della terapia, è un trattamento a medio-lungo termine (18 mesi), orientato alla psicodinamica, ma altamente strutturato, che prevede una combinazione di terapia individuale, di gruppo e psicoeducazione (Bateman & Fonagy, 2006). La terapia con la mentalizzazione come componente centrale è attualmente in fase di sviluppo per il trattamento di numerosi gruppi, comprese le persone con disturbo di personalità antisociale, abuso di sostanze, disturbi alimentari e madri a rischio con neonati e bambini (Bateman & Fonagy, 2011).

Inoltre diversi studi hanno dimostrato che l'entità delle caratteristiche disadattive della personalità, non solo all'interno del BPD, ma anche tra le categorie di disturbo di personalità (PD), è strettamente correlata alla gravità della compromissione sociale e al disagio dei sintomi tra i pazienti (Dimaggio, Carcione, et al., 2013; Kvarstein & Karterud, 2012, 2013; Newton-Howes, Tyrer & Weaver, 2008; Yang, Coid, & Tyrer, 2010).

L'MBT viene considerata come una raccolta di tecniche specifiche per incoraggiare la mentalizzazione in individui la cui vulnerabilità genetica e le prime esperienze ambientali li hanno resi vulnerabili alla perdita della mentalizzazione di fronte a un grave stress. Le esperienze stressanti nel contesto delle relazioni di attaccamento possono iperattivare il sistema di attaccamento e portare alla perdita della mentalizzazione. Queste tecniche aiutano a generare un atteggiamento terapeutico e un contesto relazionale all'interno del quale i pazienti sono in grado di recuperare la mentalizzazione anche quando sfidati dalle pressioni sociali. Ciononostante, viene raccomandato come un semplice ma efficace insieme di adattamenti di un quadro di riferimento psicoanalitico tradizionale, anche se che sposta il centro di gravità terapeutica dall'insight e dalla riflessione al recupero della mentalizzazione e della cognizione sociale (Bateman & Fonagy, 2013).

Il MBT è stato sottoposto a molte ricerche sull'efficacia, in particolare in paesi anglosassoni e Nord Europa, ed è al momento annoverato tra gli evidence-based treatment (APA, 2005).

3.2 Materiali e Metodi

Questo trattamento può essere implementato da professionisti della salute mentale generici con esperienza di lavoro con il disturbo di personalità; sono richiesti solo livelli moderati di formazione aggiuntiva.

Per attuare il trattamento, è necessario definire e organizzare in primo luogo la struttura e il contesto del trattamento (Bateman & Fonagy, 2013).

L'MBT è organizzato attorno a un periodo di trattamento di 18 mesi che inizia con una procedura di valutazione e alcune sessioni introduttive. Segue una terapia settimanale individuale e di gruppo accompagnata da pianificazione delle crisi e cure psichiatriche integrate (Bateman & Fonagy, 2004, 2006).

Secondo la letteratura internazionale, il protocollo di ricerca si valuta seguendo questi passaggi:

- 1) Tempo 0 (T0): screening pre-trattamento
- 2) Tempo 1 (T1): 9 mesi dall'inizio del progetto MBT orientato.
- 3) Tempo 2 (T2): al termine del progetto MBT orientato (18° mese).
- 4) Follow-up (FU): un anno dopo la fine del trattamento.

(Carrera, Pandolfi, Cappelletti, Padoani & Salcuni, 2018)

3.3 Risultati

L'MBT per BPD è stato fondato sulla base teorica specifica che la vulnerabilità alla frequente perdita di mentalizzazione è la patologia sottostante che dà origine a questi sintomi caratteristici. In sostanza, si suggerisce che il BPD fosse un disturbo della mentalizzazione (Bateman, 1998; Fonagy, 1998; Fonagy, Target & Gergely, 2000).

Uno studio dell'università di Sheffield (UK) mette sotto esame l'efficacia dell'MBT su pazienti con disturbo borderline di personalità (Vogt, Norman, 2019).

Nel complesso, i pazienti con MBT hanno mostrato miglioramenti su diverse misure della gravità dei sintomi psichiatrici in 14 studi.

Sette studi di riferimento e due di follow-up hanno utilizzato la Symptom Checklist (SCL-90-R), o la sua versione breve, la BSI, per valutare i problemi psichiatrici e psicologici generali. Tutti gli studi hanno rilevato che la MBT ha ridotto significativamente i sintomi psichiatrici complessivi con dimensioni dell'effetto (d) comprese tra 0,59 e 1,79 (Bales et

al., 2012, 2015; Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008, 2009; Jørgensen et al., 2013, 2014; Kvarstein et al., 2015; Laurensen, Hutsebaut, et al., 2014). Rispetto ai trattamenti di confronto (terapia di gruppo di supporto, cure psichiatriche standard e approccio psicodinamico tradizionale), l'MBT ha ottenuto risultati migliori e dimensioni degli effetti maggiori (Bales et al., 2015; Bateman & Fonagy, 1999, 2001; Kvarstein et al., 2015; Vogt K. S., P Norman; 2019).

Nei pazienti con comorbidità tra disturbo di personalità antisociale (ASPD) e BPD, il MBT è stato in grado di far ridurre la rabbia, l'ostilità, la paranoia e la frequenza di autolesionismo e tentativi di suicidio, oltre a migliorare l'umore negativo, sintomi psichiatrici generali, problemi interpersonali e adattamento sociale. (Bateman, A, J O'Connel, et al.; 2016)

In uno studio pilota dell'Università di Friburgo su un programma di day-hospital MBT per pazienti con disturbo dell'alimentazione (ED) non ha mostrato alcun miglioramento rispetto a un programma precedente (gruppo di controllo storico), in confronto alla riduzione dell'alimentazione e della psicopatologia generale nel corso del trattamento. Tuttavia, si associano bassi tassi di abbandono scolastico e ai cambiamenti che potrebbe essere correlato agli interventi MBT: un aumento della RF (funzionamento riflessivo/capacità di mentalizzazione) e una riduzione dei problemi interpersonali come difficoltà nella regolazione delle emozioni. Si pensa che questi risultati giustifichino ulteriori studi, che dovrebbero avere un disegno randomized-controlled-trial così come un follow-up più lungo termine. (Zeeck, A., Endorf, K. et al.; 2021)

Uno studio preliminare dell'Ospedale universitario di Colonia, Germania, analizza l'utilizzo del MBT su pazienti adulti con disturbo dello spettro autistico (MBT-ASD). Esso mostra risultati di un'elevata accettazione del trattamento e un significativo miglioramento delle capacità di mentalizzazione dei pazienti, indicando che MBT-ASD è un trattamento fattibile e promettente opzione per ASD. In particolare si sottolinea l'importanza di un'introduzione dettagliata del paziente prima di una vera e propria sessione MBT terapeutica. Sebbene i dati siano ancora preliminari, MBT-ASD mostra un alto potenziale per espandere in modo sostenibile il panorama terapeutico per adulti con ASD, considerando la mancanza di un trattamento terapeutico evidence-based per questo specifico gruppo di pazienti (Krämer, Katharina, et al.; 2021).

4. MINDFULNESS

4.1 Intro

La consapevolezza (mindfulness) delle altre menti è uno dei migliori indicatori di alti livelli di mentalizzazione ed è associata a un senso di libertà interiore per esplorare pensieri, sentimenti, desideri ed esperienze. (Bateman & Fonagy, 2013).

I trattamenti basati sulla consapevolezza (mindfulness) sono stati sviluppati per persone con problemi fisici cronici, i quali cercavano di gestire il dolore, l'umore e l'ansia legata ai problemi di salute. La consapevolezza è più tipicamente definita come: “prestare attenzione in un modo particolare: attivamente, nel momento presente e senza giudizio” (Kabat-Zinn, 1994, p.4).

Una definizione operativa della consapevolezza includerebbe almeno tre componenti: controllo dell'attenzione, l'intenzione di controllo attenzionale (ad es., distanziarsi dal pensiero negativo) e comportamenti che vengono formati (ad es. approccio all'orientamento e il non giudizio) (Alsubaie, Abbott, Dunn, Dickens, Keil, Henley, Kuyken, 2017).

Il Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) è stato utilizzato dal 1979 come mezzo per alleviare il dolore e l'angoscia per pazienti con problemi fisici cronici (Kabat-Zinn, 1990, 2013).

La Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002, 2013) integra il MBSR con le scienze cognitive e la Cognitive Behavioural Therapy (CBT, Ellis, Beck, 2011). Inizialmente viene sviluppata per prevenire ricadute nei pazienti con alto rischio di depressione ricorrente. Sia MBSR che MBCT includono una gamma di pratiche formali della consapevolezza. Esse rappresentano il metodo fondamentale per formare il controllo attenzionale e i comportamenti senza giudizio. (Crane et al., 2017).

4.2 Materiali e Metodi

La Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT, Segal, Williams & Teasdale, 2002) e la Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR, Jon Kabat-Zinn; 1979) sono terapie manualizzate con programmi di allenamento di gruppo. Esse si svolgono sia durante le

sessioni di gruppo sia in sessioni propedeutiche da fare a casa o comunque al di fuori delle sessioni formali. La pratica al di fuori delle sessioni consiste in esercizi da fare a casa o in privato che allenano la concentrazione e sviluppano la capacità di rispondere a esperienze mentali/fisiche difficili (Kabat Zinn, 1990; Segal, Williams, & Teasdale, 2012).

In genere, le sessioni informali dei pazienti sono supportate da audio o registrazioni. Nelle prime settimane di trattamento, i pazienti vengono introdotti gradualmente a una serie di pratiche di meditazione formale, concentrandosi inizialmente sulla consapevolezza del corpo e del respiro, e più tardi sul corpo in movimento e la consapevolezza dei pensieri e di altri eventi mentali. Le prime sessioni hanno lo scopo di supportare i pazienti a stabilizzare l'attenzione, cominciando a notare alcuni schemi mentali e aumentare la capacità di riportare alla mente un punto di riferimento attentivo quando si verifica il vagare della mente. Dopo che le sessioni incoraggiano i partecipanti a osservare i modelli mentali in modo più dettagliato, ci si avvicina a contenuti mentali difficili o sensazioni fisiche spiacevoli con un atteggiamento di curiosità, accettazione e non giudizio. Nelle ultime settimane, i partecipanti sono generalmente incoraggiati a sviluppare a modello di esercizio di meditazione formale che si adatta alla loro vita quotidiana e che sarà sostenibile oltre il trattamento di 8 settimane (Parsons, Crane, L Parsons, MA, Overby Fjorback, Kuyken, 2017).

4.3 Risultati

MBSR ha riscontrato effetti positivi su dolore, ansia e stress in pazienti con disturbi cronici come la fibromialgia, disfunzione dell'arteria coronaria, dolori alla schiena e artrite (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Rosenzweig et al., 2010). Prove preliminari suggeriscono che l'MBCT può ridurre la depressione, l'ansia e l'affaticamento in alcune condizioni fisiche, come cardiopatia coronarica (O'Doherty et al., 2015), diabete (Van Son, Nyklíček, Pop, & Pouwer, 2011; van Son et al., 2014) e cancro (Van Der Lee & Garssen, 2012).

Inoltre, recenti revisioni sistematiche hanno indicato che MBSR e MBCT hanno da piccole a medie dimensioni dell'effetto (p) sui sintomi psicologici e fisici di alcune condizioni somatiche croniche tra cui cancro, disturbi cardiovascolari e artrite (Abbott et al., 2014; Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers, 2010; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010).

Recenti Mindfulness-based Interventions (MBI) hanno mostrato risultati promettenti per il trattamento di depressione, ansia e disturbi dell'adattamento (Sundquist et al., 2017).

I pazienti con disturbo d'ansia generalizzato (GAD) hanno mostrato livelli significativamente più bassi di consapevolezza e disregolazione emotiva superiore rispetto a un gruppo di controllo non ansioso, suggerendo che l'allenamento alla consapevolezza potrebbe aiutare i pazienti con GAD (Roemer et al., 2009, Hoge et al., 2013).

La Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (composta da otto settimane) è stata confrontata con un programma di educazione alla gestione dello stress basato sul controllo dell'attenzione. Utilizzando un modello di stress in laboratorio per misurare l'ansia e lo stress (cioè, misurando solo un sottoinsieme dei sintomi del GAD), i partecipanti che hanno ricevuto MBSR hanno mostrato maggiori riduzioni dei sintomi di ansia, reattività allo stress e capacità di risposta rispetto al gruppo di controllo (Hoge et al., 2013; Navarro-Haro, Modrego-Alarcon, Hoffman, Lopez-Montoyo, Navarro-Gil, Montero-Marin, Garcia-Palacios, Boraio, Garcia Campayo, 2019).

Vi sono prove promettenti dell'efficacia degli interventi basati sulla consapevolezza nel trattamento del disturbo ipersessuale (CSBD). Gli stati psichedelici e indotti dalla Mindfulness condividono caratteristiche comuni sia a livello soggettivo che oggettivo. Uno dei meccanismi proposti riguarda la riduzione dell'evitamento esperienziale attraverso la promozione dell'esposizione e dell'accettazione (Wizła, Kraus, Lewczuk, 2022).

È teoricamente plausibile che gli MBI possano portare benefici anche al disturbo ossessivo compulsivo (OCD), aiutando i pazienti a: consentire la presa di coscienza di pensieri, immagini e impulsi intrusivi e portare un atteggiamento interessato e accondiscendente a questo contenuto mentale e al disagio associato; invito all'uso di una prospettiva non giudicante sui pensieri, in modo da percepirla come eventi mentali transitori piuttosto che fatti; discernere una gamma più ampia di scelte su come rispondere a pensieri invadenti e sentimenti di ansia, piuttosto che reagire abitualmente (ad es. compulsioni). In questo modo, anche la consapevolezza può consentire una maggiore accettazione e tolleranza di pensieri, sentimenti e sensazioni fisiche spiacevoli (Leeuwerik, Cavanagh, Forrester, Hoadley, Jones, Lea, Rosten, Strauss, Hofmann, 2020).

Prove preliminari riguardanti i benefici delle Mindfulness Based Therapies per i disturbi alimentari illustrano che, oltre agli esiti positivi per i sintomi specifici dell'alimentazione (ad esempio, abbuffate), anche le caratteristiche psicologiche chiave possono cambiare nei casi clinici (Merwin et al., 2011).

L'attuale concettualizzazione degli approcci basati sulla consapevolezza per i disturbi alimentari come l'ACT si concentra in parte sul miglioramento dell'accettazione e della tolleranza delle emozioni difficili legate alla "normalizzazione" dell'atto del mangiare (Godfrey et al., 2015; Godsey, 2013; Juarascio et al., 2013; Merwin, 2011; Lattimore, Paul; Mead, Bethan R; Irwin, Grice, Carson, Malinowski, 2016).

5. DBT (Dialectical Behaviour Therapy)

5.1 Intro

La terapia dialettica comportamentale (DBT) è un trattamento ambulatoriale strutturato sviluppato dalla dott.ssa Marsha Linehan per il trattamento del disturbo borderline di personalità (BPD) (Linehan, 1993). La terapia dialettica comportamentale (DBT) è un intervento evidence-based per il disturbo borderline di personalità (BPD) ma è un trattamento intensivo con notevoli costi di servizio sanitario (American Psychiatric Association, 2001). Data la sua economia, la DBT è una risorsa che trova scarsamente spazio, quindi, per necessità, viene data la priorità agli individui con le manifestazioni più gravi del disturbo. Questo in genere preclude i pazienti che si presentano principalmente con disregolazione emotiva e non sono attualmente suicidari o si autolesionisti. Di conseguenza, vi è una significativa richiesta clinica di programmi adattati e meno dispendiosi in termini di risorse, in modo da soddisfare le esigenze di tali gruppi di pazienti (Kells, Joyce, Flynn, Spillane & Hayes, 2020).

La terapia dialettica comportamentale si basa su principi cognitivo-comportamentali ed è attualmente l'unico trattamento empiricamente supportato per BPD. Studi controllati randomizzati hanno dimostrato l'efficacia della DBT non solo nella BPD ma anche in altri disturbi psichiatrici, come disturbi da uso di sostanze, disturbi dell'umore, disturbo da stress post-traumatico e disturbi alimentari (May, Richardi, Barth, 2016).

Il termine "dialettica" indica l'interazione del conflitto di idee. All'interno della DBT, la "dialettica" si riferisce all'integrazione dell'accettazione e del cambiamento come necessità per il miglioramento.

5.2 Materiali e Metodi

La DBT tradizionale è strutturata in 4 componenti, tra cui il gruppo di formazione delle abilità, la psicoterapia individuale, la consulenza telefonica e la consultazione settimanale dell'equipe. Il manuale DBT di Linehan spiega che il gruppo di formazione delle abilità è organizzato per concentrarsi sui deficit comportamentali comuni nei pazienti borderline, inclusi: un instabile senso di sé, relazioni caotiche, paura dell'abbandono, labilità emotiva e impulsività (May, Richardi, Barth, 2016).

Il gruppo si riunisce per circa 2 ore ogni settimana e ci vogliono circa 6 mesi per completare tutti i moduli. Gli individui possono scegliere di ripetere i moduli e si raccomanda ai pazienti novizi al DBT di rimanere nel gruppo di formazione per almeno 1 anno (Linehan, 1993).

Nel modulo di terapia individuale settimanale, ci sono 6 aree principali di interesse: comportamenti di parasuicidio, comportamenti che interferiscono con la terapia, comportamenti che interferiscono con la qualità della vita, acquisizione di abilità comportamentali, comportamenti di stress post-traumatico e comportamenti che supportano la stima di sé (Linehan, 1993).

La consulenza telefonica consente al paziente di contattare il terapeuta per dei suggerimenti rapidi. Le chiamate telefoniche sono progettate per insegnare ai pazienti a chiedere aiuto in modo efficace e per applicare le competenze apprese in terapia alla vita di tutti i giorni, soprattutto durante i periodi di crisi (Linehan, 1993).

La consultazione settimanale dell'equipe è un incontro settimanale di tutti i terapeuti, individuali e di gruppo, i quali stanno attualmente somministrando la DBT (Linehan, 1993).

5.3 Risultati

La terapia dialettica comportamentale (DBT) è stata raccomandata a livello internazionale come trattamento evidence-based per i pazienti con BPD. Di fatti DBT come trattamento a sé stante sembra essere efficace per: pazienti con BPD, pazienti con tratti emergenti BPD e pazienti con disregolazione emotiva che non sono attivamente autolesionistici. Tuttavia, è necessaria cautela in quanto lo studio attuale non prevede un gruppo di controllo o di confronto (Kells et al., 2020).

I disturbi da uso di sostanze (SUD) sono altamente prevalenti tra gli individui con disturbo borderline di personalità (BPD) con il 78% degli individui che soddisfano i criteri diagnostici (American Psychiatric Association, 2013).

Vi sono solo prove preliminari sull'efficacia del DBT per SUD (Stotts e Northrup, 2015). I risultati di tali ricerche suggeriscono che i pazienti borderline con SUD possono trarre beneficio da un programma DBT standard, in termini di sintomi psichiatrici. Tuttavia, l'integrazione del trattamento ai pazienti SUD e l'effetto carryover devono essere valutati in modo più dettagliato (Buono, Larkin, Rowe, Perez-Rodriguez, Sprong, Garakani, Frontiers Media S.A; 2021).

Negli ultimi anni vi è un crescente supporto empirico che dimostra che la DBT è efficace per i pazienti con disturbi alimentari (ED), in particolare nelle aree di bulimia nervosa (BN) e disturbo da binge eating (BED) (Safer, Telch, & Agras, 2001; Telch, Agras, & Linehan 2001). Molte delle abilità standard della DBT sono state adattate per i pazienti ED infatti sono state incluse il mindful eating, urge surfing e l'alternate rebellion. Per mindful eating si intende l'uso della consapevolezza del 'cosa' (osservare, descrivere e partecipare) e del 'come' (univoco e senza giudizio) nell'atto del mangiare. L'abilità di urge surfing consiste nel notare, tramite osservazione attiva, i segnali ambientali che innescano l'impulso a mangiare in modo emotivo. Infine, l'alternate rebellion aiuta i pazienti a trovare soluzioni alternative per ribellarsi contro la società o i pari che percepiscono come giudicanti riguardo al proprio peso (Ritschel, Lim, Stewart; 2015).

La DBT per il disturbo da stress post-traumatico (DBT-PTSD) è la versione adattata del trattamento per pazienti adulti con PTSD con sintomi di disregolazione emotiva. Questo adattamento ha già dimostrato la sua efficacia, accettazione e sicurezza in trattamenti ospedalieri. La DBT-PTSD combina elementi della DBT con interventi concentrati ai comportamenti legati al trauma (Steil, Dittmann, Müller-Engelmann, Dyer, Maasch, Priebe, 2018).

6. RISULTATI

6.1 CONFRONTO TRA I TRE TRATTAMENTI

| | MBT | MBI | DBT |
|---------------------------------------|---|---|--|
| Durata terapia | Sessione settimanale per un periodo di 12/18 mesi | Sessione settimanale per un totale di 8 settimane (MBSR/MBCT) | Sessione settimanale per un periodo di 6 mesi o un anno |
| Aree di applicazione | Disturbo borderline di personalità, Depressione, Autismo, Disturbo antisociale, Disturbo alimentare | Depressione, Disturbo d'ansia generalizzato, Disturbo ipersessuale, Disturbo ossessivo compulsivo, Disturbo dell'adattamento, Disturbo alimentare | Disturbo borderline di personalità, Disturbo da uso di sostanze, Disturbo da stress post-traumatico, Disturbo alimentare |
| Efficacia dimostrata (evidence based) | BPD | Ansia, Depressione | Ansia, Depressione, BPD |
| Efficacia (Studi preliminari) | Autismo, disturbo antisociale, disturbo alimentare | Disturbo ossessivo compulsivo, disturbo ipersessuale, disturbo dell'adattamento, disturbo alimentare | Disturbo da uso di sostanze, Disturbo da stress post-traumatico, Disturbo alimentare |
| Sostenibilità | Medio | Alto | Basso |

7. DISCUSSIONE RISULTATI

I trattamenti basati sulla mentalizzazione sono stati presentati e messi a confronto in termini di durata, area di applicazione, efficacia e sostenibilità.

Gli interventi basati sulla consapevolezza (MBI) hanno una durata minore e a differenza degli altri trattamenti presenta esercizi propedeutici da eseguire al di fuori delle sessioni formali terapeutiche. Il trattamento più lungo è il MBT in quanto presenta diversi periodi di screening e assessment.

Nelle frequenze dei disturbi nei trattamenti si evidenziano alcune discrepanze. Il MBT usufruisce di una limitata letteratura a riguardo in quanto tuttora vi sono molti studi preliminari o pilota per analizzare i suoi benefici sui pazienti. Questo trattamento si trova al centro della ricerca dei benefici della mentalizzazione e vi è un forte entusiasmo per ricerche e sperimentazioni future, soprattutto per quanto riguarda l'efficacia (evidence-based) sul disturbo borderline di personalità.

D'altra parte i trattamenti basati sulla consapevolezza, MBSR e MBCT, favoriscono di una letteratura più ampia e datata, in quanto vengono studiati dalla ricerca medica internazionale in aggiunta a quella psichiatrica/psicologica.

Di fatti sono presenti più studi preliminari anche riguardanti disturbi fisici cronici oltreché psicopatologici. L'efficacia di questo tipo di terapia risiede nella riduzione dello stress e ansia nei pazienti con successivo miglioramento della sintomatologia.

Nel caso del DBT siamo davanti a una terapia all'avanguardia con un'alta efficacia sulla riduzione di stress, ansia e comportamenti suicidari. Inoltre è considerato un trattamento evidence-based per pazienti con BPD.

Tuttavia, parlando di sostenibilità, il DBT è il più dispendioso tra i tre trattamenti in termini di costi di servizi sanitari. Gli interventi basati sulla consapevolezza hanno il vantaggio di essere di facile distribuzione e gestione. Per giunta gli esercizi al di fuori delle sessioni formali possono essere eseguiti tramite audio preregistrati.

8. CONCLUSIONE

Il confronto tra i tre trattamenti esaminati, porta alla luce alcune particolarità.

La prima tra queste è l'importanza della mentalizzazione nella psicoterapia moderna e dei benefici che può dare. Infatti la letteratura si dimostra molto ottimista sui trattamenti, in particolare sul MBT, che pur essendo circoscritti, gli studi a riguardo ricevono molta attenzione dalla ricerca scientifica.

Anche la DBT viene considerata una terapia molto efficace, pur considerando l'elevato costo sanitario. La quantità di studi preliminari presentati dimostrano quanto sia attuale e all'avanguardia questo tipo di terapia. I trattamenti ottengono buoni risultati di efficacia su svariati disturbi, in particolare il disturbo borderline di personalità. Un limite di questa tesi si trova appunto sulla quantità di studi preliminari o pilota su questo argomento.

In compenso i dati portano fondate speranze per alcuni disturbi, soprattutto il disturbo borderline di personalità, depressione e disturbi d'ansia che vigono di un'ampia letteratura a riguardo.

9. LIMITI E SVILUPPI FUTURI

L'elaborato cita diversi studi sui trattamenti di alcuni disturbi ad esempio il disturbo borderline di personalità, ansia, depressione, disturbo alimentare ed altri. Per poter migliorare questo elaborato si potrebbe includere ulteriori studi su disturbi non citati nella presente tesi. In alcuni casi il trattamento non è efficace su un specifico disturbo in quanto esso possa precludere il paziente di una particolare risorsa o abilità necessaria alla terapia. Studi futuri potrebbero indagare su quanto sia compromettente un utilizzo disfunzionale della mentalizzazione in relazioni sociali quotidiane, e quanto questo possa portare ad altri comportamenti disadattivi.

In conclusione si può asserire che gli studi attuali, mantenendo la linea di ricerca su determinati disturbi, possano trovare nuove alternative più sostenibili alla terapie già esistenti.

10. BIBLIOGRAFIA

- (1) ABBOTT, R., WHEAR, R., RODGERS, L., BETHEL, A., THOMPSON COON, J., KUYKEN, W., ... DICKENS, C. (2014). *Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Journal of Psychosomatic Research*, 76(5), 341–351.
- (2) ALSUBAIE, MODI, ET AL. “Mechanisms of Action in Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in People with Physical And/or Psychological Conditions: A Systematic Review.” *Clinical Psychology Review*, vol. 55, 2017, pp. 74–91, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>.
- (3) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder: American Psychiatric Pub*; 2001
- (4) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5. ed*, American Psychiatric Publishing, 2013.
- (5) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA (2005). *EvidenceBased Practice in Psychology. American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- (6) ANTHONY BATEMAN MA FRCPSYCH & PETER FONAGY PH.D. FBA (2013) *Mentalization-Based Treatment, Psychoanalytic Inquiry*, 33:6, 595-613, DOI: 10.1080/07351690.2013.83517
- (7) BAILLARGEON, RENÉE, ET AL. “False-Belief Understanding in Infants.” *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 14, no. 3, 2010, pp. 110–18, <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.12.006>.
- (8) BALESTRIERI, M., ZUANON, S., PELLIZZARI, J., ZAPPOLI-THYRION, E., CIANO, R., & REST-MBT (2015). *Mentalization in eating disorders: A preliminary trial comparing mentalization-based treatment (MBT) with a psychodynamic-oriented treatment. Eating and Weight Disorders: EWD*, 20(4), 525–528. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0204-1>
- (9) BATEMAN, ANTHONY, ET AL. “A Randomised Controlled Trial of Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Patients with Comorbid Borderline Personality Disorder and Antisocial Personality Disorder.” *BMC*

- Psychiatry*, vol. 16, no. 1, 2016, pp. 304–304, <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>.
- (10) BECK JS (2011), *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*, New York: The Guilford Press, pp. 19–20
- (11) BLAKEMORE, S.J. (2008). *The social brain in adolescence*. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(4), 267–77
- (12) BUONO, FRANK D., ET AL. “*Intensive Dialectical Behavior Treatment for Individuals with Borderline Personality Disorder with and Without Substance Use Disorders.*” *Frontiers in Psychology*, vol. 12, 2021, pp. 629842–629842, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.629842>.
- (13) 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). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.336>
- (14) CRANE, R. S., BREWER, J., FELDMAN, C., KABAT-ZINN, J., SANTORELLI, S., WILLIAMS, J. M. G., & KUYKEN, W. (2017). *What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft*. *Psychological medicine*, 47(6), 990-999.
- (15) D. MOHER, A. LIBERATI, J. TETZLAFF, D. G. ALTMAN; *Linee guida per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi*; 2015
- (16) DIMAGGIO, G., CARCIONE, A., NICOLO, G., LYSAKER, P. H., D’ANGERIO, S., CONTI, M. L., & SEMERARI, A. (2013). *Differences between axes depend on where you set the bar: associations among symptoms, interpersonal relationship and alexithymia with number of personality disorder criteria*. *Journal of Personality Disorders*, 27, 371–382. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_043
- (17) ELFRIDA HARTVEIT KVARSTEIN, GEIR PEDERSEN, ESPEN FOLMO, ØYVIND URNES, MERETE SELSBACK JOHANSEN, BENJAMIN HUMMELEN, THERESA WILBERG AND SIGMUND KARTERUD; *Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder – the impact of clinical severity*; *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2019), 92, 91–111
- (18) GODFREY, K.M., GALLO, L.C., AFARI, N., 2015. *Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis*. *J. Behav. Med.* 38 (2), 348–362. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5>.

- (19) GODSEY, J., 2013. *The role of mindfulness-based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. Complement. Ther. Med.* 21 (4), 430–439. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2013.06.003>.
- (20) GROSSMAN, P., NIEMANN, L., SCHMIDT, S., & WALACH, H. (2004). *Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43.
- (21) HOFMANN, S. G., SAWYER, A. T., WITT, A. A., & OH, D. (2010). *The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183.
- (22) HOGE, E. A., BUI, E., MARQUES, L., METCALF, C. A., MORRIS, L. K., ROBINAUGH, D. J., ET AL. (2013). *Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. J. Clin. Psychiatry* 74, 786–792. doi: 10.4088/JCP.12m08083
- (23) IMUTA, K., PETERSON, C.C., HENRY, J.D. (2015). *Meta-analysis of theory of mind and peer popularity in the preschool and early school years. Child Development*, 86(4), 1159–74
- (24) KABAT ZINN, J. (1990). *Full catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* Bantam Books.
- (25) KELLS ET AL. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* (2020) 7:3 <https://doi.org/10.1186/s40479-020-01119-y>
- (26) KRÄMER, KATHARINA, ET AL. “*Mentalization-Based Treatment in Groups for Adults with Autism Spectrum Disorder.*” *Frontiers in Psychology*, vol. 12, 2021, pp. 708557–708557, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708557>.
- (27) LEEUWERIK, TAMARA, ET AL. “*Participant Perspectives on the Acceptability and Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Behaviour Therapy Approaches for Obsessive Compulsive Disorder.*” *PloS One*, vol. 15, no. 10, 2020, pp. e0238845–e0238845, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238845>.
- (28) LINEHAN MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press; 1993.
- (29) LINEHAN MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* New York: Guilford Press; 1993.

- (30) LYNN V. FEHLBAUM, RÉKA BORBÁS, KATHARINA PAUL, SIMON B. EICKHOFF, AND NORA M. RASCHLE; 2021; *Early and late neural correlates of mentalizing: ALE meta-analyses in adults, children and adolescents*
- (31) MAY JM, RICHARDI TM, BARTH KS. *Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. Ment Health Clin [Internet].* 2016;6(2):62-7. DOI: 10.9740/mhc.2016.03.62.
- (32) MERWIN, R.M., TIMKO, C.A., MOSKOVICH, A.A., INGLE, K.K., BULIK, C.M., ZUCKER, N.L., 2011. *Psychological inflexibility and symptom expression in anorexia nervosa. Eat. Disord.* 19 (1), 62–82.
- (33) NAVARRO-HARO, MARÍA V., ET AL. “*Evaluation of a Mindfulness-Based Intervention with and Without Virtual Reality Dialectical Behavior Therapy® Mindfulness Skills Training for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care: A Pilot Study.*” *Frontiers in Psychology*, vol. 10, 2019, pp. 55–55, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00055>.
- (34) O'DOHERTY, V., CARR, A., MCGRANN, A., O'NEILL, J. O., DINAN, S., GRAHAM, I., & MAHER, V. (2015). *A controlled evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for patients with coronary heart disease and depression. Mindfulness*, 6(3), 405–416. [http://dx. doi.org/10.1007/s12671-013-0272-0](http://dx.doi.org/10.1007/s12671-013-0272-0).
- (35) PARSONS, CHRISTINE E., ET AL. “*Home Practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Participants’ Mindfulness Practice and Its Association with Outcomes.*” *Behavior Research and Therapy*, vol. 95, 2017, pp. 29–41, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>.
- (36) RITSCHER, LORIE A., ET AL. “*Transdiagnostic Applications of DBT for Adolescents and Adults.*” *American Journal of Psychotherapy*, vol. 69, no. 2, 2015, pp. 111–28, <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.111>.
- (37) ROEMER, L., LEE, J. K., SALTERS-PEDNEAULT, K., ERISMAN, S. M., ORSILLO, S. M., AND MENNIN, D. S. (2009). *Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. Behav. Ther.* 40, 142–154. doi: 10.1016/j.beth.2008. 04.001
- (38) SAFER, D. L., TELCH, C. F., & AGRAS, W. S. (2001). *Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.632.

- (39) SEGAL, Z., WILLIAMS, M., & TEASDALE, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- (40) SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M. G., & TEASDALE, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guildford Press.
- (41) SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M. G., & TEASDALE, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed.)*. New York: The Guildford Press.
- (42) STEIL, REGINA, ET AL. “*Dialectical Behaviour Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Sexual Abuse: A Pilot Study in an Outpatient Treatment Setting*.” *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 9, no. 1, 2018, pp. 1423832–39, <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1423832>.
- (43) STOTTS, A. L., AND NORTHRUP, T. F. (2015). *The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance uses disorders*. *Curr. Opin. Psychol.* 2, 75–81. doi: 10.1016/j.copsyc.2014.12.028
- (44) SUNDQUIST, J., PALMEIR, K., JOHANSSON, L. M., AND SUNDQUIST, K. (2017). *The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: a randomised controlled trial in primary health care*. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatrists* 43, 19–27. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.328
- (45) VAN DER LEE, M. L., & GARSSEN, B. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: A treatment study*. *Psycho-Oncology*, 21(3), 264–272. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1890>.
- (46) VAN SON, J., NYKLÍČEK, I., POP, V. J., & POWWER, F. (2011). *Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): Design of a randomized controlled trial*. *BMC Public Health*, 11(1), 131. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-131>.
- (47) VANYA L. MATANOVA, DROZDSTOY S. STOYANOV AND OLGA STRIZHITSKAYA; 2022; *Editorial: Mentalization and Clinical Psychopathology*
- (48) VOGT, KATHARINA SOPHIE, AND PAUL NORMAN. “*Is Mentalization-based Therapy Effective in Treating the Symptoms of Borderline Personality Disorder? A Systematic Review*.” *Psychology and Psychotherapy*, vol. 92, no. 4, 2019, pp. 441–64, <https://doi.org/10.1111/papt.12194>.
- (49) WIZŁA, MAGDALENA, ET AL. “*Perspective: Can Psychedelic-Assisted Therapy Be a Promising Aid in Compulsive Sexual Behavior Disorder Treatment?*”

Comprehensive Psychiatry, vol. 115, 2022, pp. 152303–152303,
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152303>.

- (50) ZEECK, A., ENDORF, K., EULER, S., SCHAEFER, L., LAU, I., FLÖSSER, K., GEIGER, V., MEIER, A. F., WALCHER, P., LAHMANN, C., & HARTMANN, A. (2021). *Implementation of mentalization-based treatment in a day hospital program for eating disorders—A pilot study*. *European Eating Disorders Review*, 29(5), 783– 801.
<https://doi.org/10.1002/erv.2853>