



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea in Scienze Psicologiche Cognitive e Psicobiologiche

Tesi di Laurea Triennale

## IL RUOLO DELLA MENTALIZZAZIONE NEGLI INDIVIDUI AD ALTO RISCHIO DI PSICOSI

*The Role of Mentalization in Individuals at Clinical High Risk for  
Psychosis*

***Relatore***

**Prof. Tommaso Boldrini**

***Laureanda:*** Cocchi Flavia

***Matricola:*** 1221326

Anno Accademico 2021-2022

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>4</b>
<b>CAPITOLO 1</b> .....	<b>6</b>
<b>MENTALIZZAZIONE: IL COSTRUTTO</b>	
1.1 UNA DEFINIZIONE .....	6
1.2 CONCETTI PARZIALMENTE SOVRAPPONIBILI .....	7
1.3 STRUMENTI DI MISURAZIONE DEL COSTRUTTO .....	8
1.4 LE QUATTRO COMPONENTI DELLA MENTALIZZAZIONE .....	10
1.5 GLI STADI DI ACQUISIZIONE DELLA MENTALIZZAZIONE .....	11
1.6 I VANTAGGI DELLA MENTALIZZAZIONE .....	13
<b>CAPITOLO 2</b> .....	<b>14</b>
<b>MENTALIZZAZIONE: LE BASI NEUROPSICOLOGICHE</b>	
2.1 LE STRUTTURE CEREBRALI COINVOLTE .....	14
2.2 MARKER PSICOBIOLOGICI .....	14
<b>CAPITOLO 3</b> .....	<b>16</b>
<b>IL RUOLO DELL'ATTACCAMENTO NELLO SVILUPPO DELLA MENTALIZZAZIONE</b>	
3.1 STILI DI ATTACCAMENTO: INFLUENZA SUL NEUROSVILUPPO.....	16
3.1.1 STILE DI ATTACCAMENTO E MECCANISMI PSICOBIOLOGICI.....	18
3.1 STILE DI ATTACCAMENTO SICURO E INSIURO: PECULIARITÀ E DIFFERENZE .....	19
3.3 TRAUMA E ABUSO INFANTILE: UN FATTORE PARTICOLARMENTE NOCIVO PER IL BAMBINO.....	19
3.4 LO STILE DI ATTACCAMENTO COME FATTORE DI RISCHIO PER LA VULNERABILITÀ PSICOTICA.....	20
3.5 L'INFLUENZA DELL'ATTACCAMENTO NELL'OUTCOME DELLE PSICOTERAPIE.....	21
<b>CAPITOLO 4</b> .....	<b>22</b>
<b>DEFICIT NELLA MENTALIZZAZIONE: CLINICAL HIGH RISK FOR PSYCHOSIS</b>	
4.1 CLINICAL HIGH RISK FOR PSYCHOSIS: DEFINIZIONE E VALUTAZIONE .....	22
4.1.1 INDIVIDUI "HELP-SEEKERS" E "NON-HELP-SEEKERS" .....	23
4.2 CLINICAL HIGH RISK FOR PSYCHOSIS E TRANSIZIONE A PSICOSI .....	24
4.3 CLINICAL HIGH RISK FOR PSYCHOSIS: IL RAZIONALE ALLA BASE DEL COSTRUTTO .....	25
4.4 CLINICAL HIGH RISK FOR PSYCHOSIS: EZIOPATOGENESI E BIOMARKERS.....	26
4.4.1 CLINICAL HIGH RISK FOR PSYCHOSIS: POSSIBILI PREDITTORI DI UNA TRANSIZIONE .....	27
4.5 QUANDO LA MENTALIZZAZIONE È ASSENTE: FORME DI PENSIERO PRE-MENTALISTICO .....	28
4.6 QUANDO LA MENTALIZZAZIONE È IN ECCESSO: I CASI DI IPERMENTALIZZAZIONE .....	29
<b>CAPITOLO 5</b> .....	<b>31</b>
<b>L'ESPERIENZA DELLA PROPRIA PATOLOGIA E LE SUE CONSEGUENZE</b>	
5.1 STIGMA, SELF-STIGMA E CONSEGUENZE.....	31
5.2 IL RUOLO DELLA VERGOGNA NEGLI INDIVIDUI CHR-P .....	32
5.3 LA PAURA DELLA COMPASSIONE NEGLI INDIVIDUI CHR-P .....	33
5.4 STRATEGIE ADOTTATE DAI PAZIENTI: "SEALING OVER" E "INTEGRATING RECOVERY STYLE" .....	34
<b>CAPITOLO 6</b> .....	<b>36</b>
<b>MENTALIZZAZIONE: L'EFFICACIA TERAPEUTICA</b>	
6.1 IL TRATTAMENTO NEGLI INDIVIDUI CHR-P .....	36
6.2 LA MENTALIZZAZIONE COME FATTORE PROTETTIVO.....	36
6.2 EPISTEMIC TRUST COME FATTORE PROTETTIVO .....	38

6.3 L'EFFICACIA TERAPEUTICA DELLA MENTALIZZAZIONE: MENTALIZATION-BASED TREATMENT .....	40
6.3.1 IL FOCUS DI UN TRATTAMENTO MENTALIZATION-BASED .....	41
6.3.2 GLI OBIETTIVI DI UN TRATTAMENTO MENTALIZATION-BASED .....	41
6.3.3 LE STRATEGIE UTILI IN UN TRATTAMENTO MENTALIZATION-BASED.....	42
<b>CAPITOLO 7 .....</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	
7.1 IL RUOLO DELLA MENTALIZZAZIONE NEGLI INDIVIDUI CHR-P.....	44
7.2 UNO SGUARDO IN AVANTI .....	45
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>47</b>

## INTRODUZIONE

Il costrutto di mentalizzazione nasce nell'ambito degli studi sulla teoria dell'attaccamento, nel quale Bateman e Fonagy (2004) introducono il concetto di mentalizzazione definendolo come "il processo mentale con cui un individuo implicitamente ed esplicitamente interpreta il significato delle azioni proprie e altrui in termini di stati mentali intenzionali, come desideri, bisogni, sentimenti, credenze, e pensieri".

Già Macchiavelli nel 1513, nel suo libro *Il Principe* tratta del comprendere la mente altrui. Egli sostiene che "sono di tre generazione cervelli, - l'uno intende da sé, l'altro discerne quello che altri intende, el terzo non intende né sé né altri". (Macchiavelli, ed. 1961, p.86) L'uomo sembra aver sviluppato naturalmente un sistema psicobiologico tale da poter ipotizzare ciò che gli altri pensano, al fine di prevedere le loro azioni e, quindi, regolare le proprie. Tuttavia, questo compito risulta più complesso e deficitario negli individui che riportano difficoltà a livello neuro-cognitivo-affettivo.

Il costrutto di mentalizzazione è stato inizialmente concepito nell'ambito di ricerca sul disturbo borderline di personalità (BPD), in cui la difficoltà a interpretare gli stati mentali è risultata patognomica dei soggetti con tale disturbo. Per questo motivo, è stata sviluppata una tecnica di trattamento basata sulla mentalizzazione, la *Mentalization Based Treatment* (MBT) (Bateman & Fonagy, 2004). Successivamente, il potenziamento della capacità di mentalizzare è stato ritenuto essere un valido aiuto anche al trattamento dei disturbi alimentari (Skarderud, 2007), delle diadi madre-bambino ad alto rischio (Sadler et al., 2006), e delle problematiche familiari (Fearon e al., 2006).

La sfumatura che si intende dare a questo lavoro di tesi riguarda, in particolare, un'analisi del ruolo della mentalizzazione negli individui ad alto rischio clinico di psicosi (CHR-P). Questo termine rappresenta uno dei criteri con cui vengono identificati gli individui che presentano una elevata probabilità di sviluppare un disturbo psicotico rispetto ad una popolazione generale, ma che non necessariamente svilupperanno tale disturbo (Andreou et al., 2019). Numerose

ricerche si sono mosse in questo campo allo scopo di ritardare o, meglio, prevenire, l'insorgenza di una psicosi. Si ritiene utile, quindi, approfondire gli aspetti più teorici del costrutto, esplorando le ipotesi eziopatogenetiche di origine biologiche e quelle che trovano le loro basi nell'attaccamento – distinguendo tra stili di attaccamento sicuro ed insicuro, con le rispettive conseguenze. Un breve *excursus* sulla percezione dei pazienti CHR-P della propria patologia e dello stigma potenzialmente associato a tale diagnosi verrà utilizzato per analizzare il lato “curativo” di un trattamento psicoterapeutico mirato – in questo caso, basato sull'assunto che la mentalizzazione possa offrire un importante aiuto ai pazienti con una sofferenza psichica o con un alto rischio di svilupparla.

## CAPITOLO 1

### MENTALIZZAZIONE: IL COSTRUTTO

#### *1.1 Una definizione*

Nel corso dello sviluppo, la maturazione della mentalizzazione è un requisito necessario ed essenziale affinché il bambino, adolescente e poi adulto, possa affrontare adeguatamente la complessità delle interazioni sociali, dei compiti cognitivi e fisici richiesti dall'ambiente bio-psico-sociale (Braehler & Schwannauer, 2012).

La mentalizzazione può essere pensata lungo un continuum che percorre tre dimensioni (Fonagy & Bateman, 2004; Choi-Kai & Gunderson, 2008): una che riguarda il Sé e gli altri, una che distingue il grado di espressività (esplicita o implicita), e una relativa alla sua componente cognitiva o affettiva.

La prima dimensione fa riferimento al processo dinamico con cui un individuo interagisce con un altro, in uno scambio di stati mentali, quali intenzioni, desideri, bisogni, sentimenti e pensieri. La dimensione implicita differisce da quella esplicita per il livello di coscienza in cui operano una serie di processi mentali: la prima, infatti, comprende tutte quelle operazioni mentali automatiche e inconscie che un individuo mette in atto per immaginare gli stati mentali propri e altrui (aspetto innato e naturale dell'essere umano); la seconda, invece, include i processi volontari con cui intenzionalmente si è volti a comprendere ciò che un altro individuo pensa o prova.

Infine, la mentalizzazione racchiude in sé una componente affettiva e una cognitiva, due componenti che devono essere integrate tra loro per poter raggiungere un buon funzionamento. Infatti, è necessaria sia una capacità cognitiva adeguata per immaginare stati mentali ipotetici altrui, sia una capacità affettiva per arricchirli e significarli con specifici affetti ed emozioni (Choi-Kai & Gunderson, 2008).

Il costrutto teorico della mentalizzazione trova la sua operazionalizzazione misurabile nel costrutto di "funzione riflessiva" (*Reflective Function, RF*), la quale

esprime anch'essa "l'abilità di comprendere il comportamento umano in termini di stati mentali sottostanti, inclusi pensieri, sentimenti, desideri, credenze e intenzioni" (Anis et al., 2020).

### *1.2 Concetti parzialmente sovrapponibili*

Partendo da un presupposto di complessità che concerne lo studio della mente umana da un punto di vista psicologico, sono stati circoscritti nel tempo diversi costrutti che talvolta si completano e talvolta si sovrappongono, anche solo parzialmente. Uno di questi è quello della Teoria della Mente (ToM).

La ToM può essere definita come la capacità di un individuo di saper riconoscere che esistono in altri individui stati mentali diversi dal proprio, e di saperli identificare con accuratezza, allo scopo di interpretare il comportamento altrui (Bora & Pantelis, 2015). Ciò permette di attribuire le cause degli eventi a sé o ad altri. Paradigmi come il *false-belief task* (Wimmer & Perner, 1983) sono stati introdotti per indagare a livello sperimentale questa capacità, che può, come la mentalizzazione, essere significativamente compromessa nei casi in cui il bambino non ha avuto un'esperienza di attaccamento sicuro, completo di esperienze sensoriali, fisiche e psicologiche che possano promuovere lo sviluppo di un adeguato "senso del Sé". È stato dimostrato che individui che soffrono di psicosi, in particolare di schizofrenia, presentano un deficit in questa abilità (Savla et al., 2013). La ToM si sovrappone al più ampio costrutto di mentalizzazione solamente nelle componenti cognitiva e orientata verso l'altro, ma i compiti che misurano questa capacità costituiscono validi indici di misurazione anche per l'abilità di mentalizzare.

Ulteriori concetti che si sovrappongono parzialmente al costrutto preso in esame sono i concetti di *Mindfulness*, consapevolezza degli affetti (*Affect Consciousness*), mentalità psicologica (*Psychological Mindedness*), e quello di empatia (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Sia il concetto di *mindfulness* – definito come la capacità di "mantenere la consapevolezza viva alla realtà presente" (Brown & Ryan, 2003) – sia quello di mentalizzazione condividono l'importanza della consapevolezza, dell'esperienza interiore e dell'integrazione della componente

cognitivo-affettiva, orientata verso se stessi e gli altri; tuttavia, esse differiscono sia nello scopo, ovvero quello di accogliere l'esperienza interiore (*Mindfulness*) e costruire una rappresentazione significativa di questa esperienza (mentalizzazione), sia nel tempo, in quanto, la mentalizzazione include passato, presente e futuro, mentre la *mindfulness* si riferisce unicamente all'esperienza presente. La consapevolezza degli affetti – la capacità di percepire, riflettere ed esprimere le proprie esperienze affettive in relazione all'attivazione dei propri affetti di base (Choi-Kai & Gunderson, 2008) – è considerata essenziale per l'abilità di mentalizzare, così come la mentalizzazione è, a sua volta, ciò che permette la regolazione affettiva. Tuttavia, questo costrutto si focalizza sui contenuti mentali di tipo affettivo, rispetto alla mentalizzazione, che invece ha un focus più ampio. Il costrutto di mentalità psicologica, cioè l'abilità di cogliere le relazioni tra pensieri, emozioni e azioni per comprendere il significato del proprio comportamento (*ibidem*), presenta alcune similarità con la mentalizzazione nelle sue componenti di “intuizione ed empatia” e “interesse nel modo in cui la mente funziona”. Infine, la mentalizzazione si sovrappone parzialmente anche al costrutto di empatia – inteso come la capacità di comprendere e condividere i sentimenti e i pensieri di un'altra persona (Decety & Jackson, 2004), “mettendosi nei suoi panni”. In questo senso, entrambi i costrutti considerano gli stati mentali altrui come significativi, ma l'empatia si focalizza quasi unicamente sulla comprensione dell'altro, e dà più attenzione alla dimensione implicita.

L'importanza di riconoscere e tenere a mente queste sovrapposizioni concettuali risiede nella possibilità di utilizzare, laddove possibile, strumenti validati per valutare gli aspetti sopra citati anche nella misurazione della mentalizzazione (come funzione riflessiva), al fine di coglierla nella sua complessità e completezza, soprattutto a fini psicoterapeutici (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

### *1.3 Strumenti di misurazione del costrutto*

Concepita nell'ambito degli studi sull'attaccamento e sulla relazione madre-bambino, la mentalizzazione viene soprattutto misurata da strumenti validati in

questo contesto di ricerca. Uno di questi strumenti, La *Reflective Function Scale* (RFS), è stato pensato inizialmente per mostrare le capacità prenatali di mentalizzare delle madri, al fine di predire lo stile di attaccamento post-nascita dei loro figli. Essa è utile per valutare la comprensione degli individui delle loro esperienze di attaccamento in termini di stati mentali (Fonagy et al., 1998); presenta un buon grado di attendibilità *inter-rater* (Fonagy et al., 1998), con correlazioni di Pearson tra 0.86 e 0.91 (Bouchard et al., 2008; Anis et al., 2020). Tuttavia, una critica mossa nei confronti di questo strumento è il fatto di non riuscire a cogliere fino in fondo la complessità della mentalizzazione, in quanto formula solo punteggi “globali” (Anis et al., 2020).

Per sopperire a questo limite, è stata proposta la valutazione di costrutti relativi alla RF, quali, per citarne alcuni, la capacità di insight (*insightfulness*) (Oppenheim & Koren-Karie, 2009), gli stati mentali di riferimento (*mental state references*), e il linguaggio relativo agli stati mentali (*mental-state language*) (Anis et al., 2020).

La RFS come misura standard della funzione riflessiva può essere applicata alla *Parent Development Interview* (PDI) o *Adult Attachment Interview* (AAI), che tuttavia risultano entrambe molto dispendiose in termini di tempo per somministrazione, trascrizione e *scoring*. Sono state perciò proposte e validate da Anis e collaboratori (2020) due alternative più brevi: il *Reflective Function Questionnaire* (RFQ) e il *Parental Reflective Function Questionnaire* (PRFQ; Luyten et al., 2017). Questi due questionari hanno l’obiettivo di valutare in particolare la RF genitoriale (*parental RF*), ovvero la capacità da parte di un genitore di tenere a mente gli stati mentali del proprio bambino (Anis et al., 2020).

Due ulteriori strumenti self-report validati per la misurazione della mentalizzazione sono la *Mentalization Scale* (MentS; Dimitrijević et al., 2018), che si offre di valutare le particolari sfumature di empatia, intelligenza emotiva, apertura mentale, estroversione e consapevolezza – che ottengono punteggi bassi soprattutto nella popolazione clinica con BPD, – e il *Mentalization Questionnaire* (MZQ; Hausberg et al., 2012), che, con 15 item totali valuta i costrutti di *Refusing Self-Reflection*, *Emotional Awareness*, *Psychic Equivalence Mode*, e di *Regulation*

*of Affect*. Tuttavia, seppur considerato un valido strumento per la misura self-report della mentalizzazione, presenta alcune criticità in termini di validità e applicabilità, oltre al fatto che è stato validato a oggi solo in tedesco (Dimitrijević et al., 2018).

Per quanto riguarda l'assessment della mentalizzazione in età evolutiva, il *Reflective Function Questionnaire for Youth* (RFQY) viene utilizzato in ambito clinico-diagnostico, così come il *Mentalization Stories Test for Adolescents*, o *Thematic Apperception Test* (Luyten et al., 2017). Per comprendere, invece, in che modo i bambini percepiscano la relazione con le proprie figure di attaccamento e in che modo pensino circa il loro funzionamento psicologico, è stata validata la *Child Reflective Functioning Scale* (CRFS; Ensink et al., 2015). Questo strumento può essere utilizzato per valutare la mentalizzazione nei bambini e nelle loro madri in un contesto disfunzionale e traumatico – contesto in cui i punteggi di RF risultano molto bassi (Ensink et al., 2014).

#### *1.4 Le quattro componenti della mentalizzazione*

Wu e collaboratori (2020), nella loro *Interactive Mentalizing Theory* (IMT), affrontano il concetto di mentalizzazione all'interno contesto sociale, in cui l'individuo si trova a dover inferire gli stati mentali dell'altro, anche sulla base della propria capacità di metacognizione (come abilità di pensare i propri stati mentali); una migliore capacità metacognitiva e riflessiva sul Sé, infatti, è positivamente correlata con una migliore comprensione degli altri (Dimaggio et al., 2008; Wu et al., 2020).

La IMT propone 4 componenti in cui la mentalizzazione sarebbe suddivisa (Wu et al., 2020):

- La *metacognizione e la confidenza riguardo ai propri processi di pensiero e cognizione* – componente che getta le fondamenta per tutti gli altri processi del mentalizzare;
- La *mentalizzazione di primo ordine*, ovvero il mentalizzare riguardo la mente di un agente;
- La *mentalizzazione personale di secondo ordine*, attraverso cui l'individuo si fa un'idea di come l'altro mentalizzi in suo riguardo. Una domanda

interiore che talvolta ci capita di porci, infatti, è: “Questa persona sa a che cosa sto pensando?”, e, cercando di acquisire il punto di vista dell’altro, cerchiamo di capirlo.

- La *mentalizzazione collettiva*, che spiega l’influenza che l’altro ha sulle inferenze che facciamo circa gli stati mentali di una terza persona. Essa a sua volta comprende due aspetti: la mentalizzazione “vicaria” – fare proprio il mentalizzare di un’altra persona, laddove, per esempio, non si abbiano abbastanza informazioni per inferire; un esempio calzante è il conformismo sociale (Cialdini & Goldstein, 2004; Wu et al., 2020). Il secondo sotto-aspetto è la *co-mentalizzazione* (*co-mentalizing*), vale a dire una mentalizzazione di secondo ordine “ponderata”; ciò si verifica quando si pensa che un altro individuo abbia un pensiero riflessivo migliore del proprio, perciò si trae spunto da esso, pur tenendone in considerazione i limiti. In quest’ultimo caso, viene fatta un’analisi critica, piuttosto che acquisire acriticamente il pensiero di un altro individuo, come avviene nella mentalizzazione “vicaria”. La mentalizzazione collettiva, secondo gli autori, può rappresentare un’evidenza del fatto che uno dei bisogni degli esseri umani è condividere i propri stati mentali e costruire una “mente condivisa”.

È possibile immaginare queste quattro componenti come una “lente di ingrandimento” per potersi soffermare su aspetti più specifici, intrinseci alla mentalizzazione e che possono avere un risvolto nella pratica clinica, soprattutto in casi in cui una delle componenti risultasse deficitaria.

### *1.5 Gli stadi di acquisizione della mentalizzazione*

Secondo Fonagy e colleghi (2006), la capacità di mentalizzare si sviluppa già nelle prime relazioni di attaccamento, cosicché, ove vi siano meccanismi relazionali disfunzionali, è possibile notare lacune nello sviluppo di questa capacità. Come già detto, la mentalizzazione racchiude in sé una componente riflessiva e una relazionale (Fonagy et al., 2004); per questo, prima di tutto, il bambino dovrebbe

possedere la capacità di riconoscere il proprio Sé e distinguere i propri stati mentali da quelli di un altro. Ciò gli è possibile se e solo se gli è data la possibilità di apprendere dal suo contesto di attaccamento l'auto-regolazione delle proprie funzioni fisiche e mentali, modellata dall'attività di regolazione del *caregiver* (Fonagy et al., 2006).

Se questa premessa viene soddisfatta, si può parlare di stadi evolutivi in cui la mentalizzazione va via via sviluppandosi, identificati, secondo Fonagy e colleghi (2006), da quelli che essi chiamano “punti di fissazione” (*fixation points*) lungo la linea evolutiva del bambino. Di seguito sono elencati gli stadi proposti dagli autori.

1. Il primo traguardo lungo la linea evolutiva coincide con la seconda metà del primo anno di vita del bambino, periodo in cui egli inizia a mettere in relazione causa-effetto gli agenti e le loro azioni – per il momento considerando unicamente il loro aspetto fisico.
2. In un contesto di attaccamento funzionale, durante il secondo anno di vita, il bambino inizia a comprendere l'intenzionalità con cui egli stesso e gli altri agiscono; iniziano a concepire, cioè, che le azioni sono causate da pensieri, credenze, desideri precedenti ad esse: inizia una prima forma di mentalizzazione sull'agire.
3. Tra i tre e i quattro anni, le capacità di mentalizzazione aumentano notevolmente, tanto da poter acquisire una forma di falsa-credenza (*false-belief*), che va di pari passo con l'utilizzo del gioco simbolico. Ora il bambino comprende che le persone non sempre mostrano le emozioni che provano interiormente e che quello che fanno può essere influenzato dall'umore (*ibidem*).
4. Quando il bambino ha sei anni, la sua capacità di organizzare eventi e azioni sul piano spazio-temporale aumenta, e la sua ToM diventa più raffinata; egli inizia a comprendere che è possibile “ingannare” utilizzando bugie innocue (*white lies*), che le sue emozioni possono essere in conflitto, e che le aspettative possono influenzare l'interpretazione del mondo. A questo livello, un importante indice per verificare se il bambino è in grado di mentalizzare più o meno adeguatamente, è capire se sia consapevole del

fatto che, nonostante possa immaginare ciò che è nella mente di un altro, non può saperlo con assoluta certezza.

### *1.6 I vantaggi della mentalizzazione*

Secondo alcune teorie evoluzionistiche (per esempio, si veda Alexander, 1989), lo sviluppo della mente umana e animale è sempre in funzione del suo adattamento all'ambiente, a scopi di sopravvivenza. In questo senso, la capacità di capire ciò che pensano le altre persone e prevedere il loro comportamento deriverebbe principalmente da un bisogno di cooperazione (l'essere umano in gruppo ha più probabilità di sopravvivere) e di competizione (meccanismo necessario in termini adattivi; Fonagy et al., 2006). Mentalizzare circa gli stati mentali di un altro permette, quindi, di anticipare le azioni di un individuo, al fine di regolare le proprie e adattare a diversi tipi di contesti sociali e ambientali (Armando et al., 2019).

Da un punto di vista clinico, la mentalizzazione sembra costituire un fattore protettivo negli individui, soprattutto adolescenti, con un alto rischio di sviluppare una forma di psicosi. In particolare, imparare a mentalizzare circa i propri stati mentali (*mentalizing oneself*) per questi individui ha un importante risvolto: l'ideazione paranoide, le esperienze percettive distorte, come il "sentire le voci", e l'auto-criticismo sono esempi di stimoli disfunzionali auto-generati (Armando et al., 2019), che non permettono loro di orientare il proprio focus su stimoli emotivi provenienti da altri, causando così un disagio a livello di cognizione sociale. Tali stimoli potrebbero essere ridotti da un potenziamento della funzione riflessiva.

## CAPITOLO 2

### MENTALIZZAZIONE: LE BASI NEUROPSICOLOGICHE

#### *2.1 Le strutture cerebrali coinvolte*

Alcuni studi (per esempio, si veda Armando et al., 2019), hanno tentato di esplorare la componente neuropsicologica coinvolta nell'abilità del mentalizzare. In particolare, la corteccia frontale superiore destra, la corteccia mediale e quella orbitofrontale mediale sembrano essere le regioni maggiormente implicate; per di più, queste aree, se caratterizzate da una maturazione atipica, possono essere importanti predittori per l'alto rischio clinico di sviluppare psicosi. Da un punto di vista psicologico, infatti, si può osservare come gli individui sofferenti di psicosi (e più in particolare di schizofrenia) presentino deficit nella cognizione sociale (*social cognition*), ovvero quell'insieme dei processi cognitivi e affettivi alla base delle interazioni sociali, e nella capacità di interpretare gli stati mentali dell'altro.

Weijers (2020) considera la mentalizzazione come un “complesso processo cognitivo di ordine superiore”, in cui entrano in gioco funzioni cognitive che coinvolgono la corteccia prefrontale, tra cui memoria di lavoro, attenzione, e attenzione selettiva, utilizzate dal cervello per “incastrare” tutti i pezzi di informazione derivanti dal sistema motorio, sensoriale, e affettivo. Qualora la corteccia prefrontale fosse particolarmente sovraccaricata e stressata, questo processo di ordine superiore verrebbe preso in carico dalle regioni sotto-corticali, tra cui l'amigdala, il nucleo accumbens e l'ipotalamo, comportando però un'analisi delle informazioni sensoriali di minore qualità in termini di integrazione.

#### *2.2 Marker psicobiologici*

Da un punto di vista psicobiologico, anche alcuni neurotrasmettitori possono influenzare il funzionamento cerebrale e, più in particolare la capacità di mentalizzare. Per sottolineare nuovamente quanto una disfunzione in questa capacità sia legata al rischio di sviluppare psicosi, è interessante notare come le aree e i marker biologici coinvolte nei deficit di mentalizzazione siano pressoché gli stessi coinvolti in questo tipo di disturbo.

Il ruolo che l'attaccamento infantile nei confronti del suo caregiver sviluppa è, ancora una volta, centrale: un attaccamento insicuro può contribuire a elevati livelli di stress, comportando un aumento del cortisolo nel sangue (Debbané et al., 2016). Il cortisolo è associato a una iperattivazione disfunzionale a lungo termine dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (*HPA-axis*); elevati livelli di questo ormone possono causare danni strutturali e funzionali perdurevoli ad aree cerebrali, tra cui ippocampo, amigdala e corteccia frontale. Un malfunzionamento di questo meccanismo può tradursi in deficit nei processi cognitivi, tra cui la funzione riflessiva.

Inoltre, sembra che i sintomi psicotici positivi, come allucinazioni e deliri, esperiti dagli individui con psicosi, trovino le loro basi anche nell'aumento dei livelli di dopamina (Howes & Kapur, 2009). Questa disfunzione può essere peggiorata da bassi livelli di ossitocina, ormone sviluppato primariamente in un buon contesto relazionale. Se in relazione a un attaccamento sicuro, i livelli di ossitocina sono nella norma e benefici per una buona relazione e auto-regolazione, un bambino con attaccamento infantile di tipo insicuro non avrà questo tipo di benefici, portando con sé difficoltà socio-cognitive nel corso della propria vita: sarà meno in grado di sviluppare relazioni sociali e affettive, soprattutto se basate sulla fiducia (Kèri et al., 2009), sarà meno abile nell'interpretare gli stati mentali altrui, prevedere i loro comportamenti, e, di conseguenza, le interazioni sociali saranno più problematiche e meno spontanee.

In seguito a un'esperienza di cure genitoriali di tipo ansioso-ambivalente, è stato anche osservato un aumento dello stress ossidativo (Aydin et al., 2015), che potrebbe provocare una condizione di stress cronico per alcune aree cerebrali, causando talvolta l'insorgenza di una psicopatologia psicotica.

Per capire a fondo l'eziopatogenesi della sofferenza psichica e dei deficit cognitivi di ordine superiore (tra cui la mentalizzazione) che caratterizzano gli individui con alto rischio di sviluppare psicosi, si ritiene fondamentale sottolineare l'influenza reciproca che sussiste tra il tipo di stile di attaccamento infantile e lo sviluppo neurobiologico.

## CAPITOLO 3

### IL RUOLO DELL'ATTACCAMENTO NELLO SVILUPPO DELLA MENTALIZZAZIONE

#### *3.1 Stili di attaccamento: influenza sul neurosviluppo*

Una delle prime definizioni dei pattern di attaccamento nella diade-bambino è quella che Ainsworth (1978) teorizza in relazione alla Strange Situation Procedure. L'autrice definisce tre stili di attaccamento, brevemente descritti di seguito:

1. Lo stile di attaccamento sicuro prevede una condizione di sicurezza percepita dal bambino in seguito alla risposta della madre – considerata mediamente prevedibile in termini di qualità, modalità e tempi di risposta. Questo è ritenuto essere il pattern di attaccamento più adattivo, in quanto il bambino si trova in un clima affettivo mediamente confortevole e stabile.
2. Al contrario, uno stile di attaccamento di tipo evitante è considerato un attaccamento insicuro. In questo caso, il bambino, trovatosi in una situazione di pericolo percepito, riceverà dal caregiver una sorta di “rifiuto” in risposta alla propria richiesta di protezione. Questo apre al bambino due strade: continuare a richiedere protezione incessantemente, oppure inibire la manifestazione del bisogno, avendo interiorizzato che non riceverà protezione. Egli sarà portato a sviluppare una maggiore autonomia precoce rispetto a eventuali pericoli percepiti – o meglio, continuerà a sentirsi in pericolo, ma si mostrerà comunque autonomo, anche nelle situazioni in cui il *caregiver* non è presente. Questo stile, seppure insicuro, non è considerato del tutto disfunzionale e patologico di per sé, ma può comunque contribuire a una certa vulnerabilità per alcuni disturbi di tipo affettivo-relazionale.
3. Uno stile di attaccamento insicuro più avverso per la salute psicologica e relazionale del bambino è invece quello ansioso-ambivalente. Di fronte ad una situazione di pericolo percepito e a una conseguente richiesta di protezione, egli riceve una risposta mediamente imprevedibile; non avrà,

quindi, ben chiara la contingenza tra le proprie risposte e quelle che riceve dal caregiver. Essendo in una situazione di imprevedibilità (ambivalente), il bambino si ritrova a innalzare il proprio sistema di attaccamento: invia, cioè, maggiori segnali di richiesta di protezione proprio per sopperire alla costante ansia che prova. In questo caso, il livello di autonomia è più basso, avente come conseguenza una minore esplorazione dell'ambiente circostante.

In una successiva considerazione, Main e Hesse (1986-90) teorizzano l'esistenza di un quarto stile di attaccamento – quello disorganizzato. Questo pattern è caratterizzato dalla mancanza di un modello di attaccamento definito (nessuno dei tre sopra elencati), comportando la messa in atto di comportamenti incoerenti da parte del bambino, che rispecchiano risposte incoerenti e imprevedibili del *caregiver*. Sembra che questa incoerenza nella risposta sia dovuta a un *caregiver* con alle spalle un'esperienza personale luttuosa o traumatica irrisolta: sentendosi ancora vulnerabile per il nucleo traumatico aperto, nel momento in cui egli è chiamato a svolgere un ruolo protettivo a fronte della richiesta del bambino, proverà un sentimento di paura. Da questa emozione, scaturisce una reazione incoerente, che rispecchierà poi quella del bambino. Tra gli stili di attaccamento, il pattern disorganizzato è considerato il meno adattivo, in quanto un bambino che esperisce questo tipo di attaccamento, sarà a sua volta portato, da adulto, a mettere in atto gli stessi comportamenti.

Lo stile di attaccamento al *caregiver* adottato dal bambino sembra avere una forte influenza sul modo in cui il cervello si organizza, sin dai primi mesi di vita: il neurosviluppo, infatti, prepara il bambino alla vita sociale che dovrà affrontare nel corso del suo sviluppo, predisponendolo alla collaborazione e alla cooperazione con gli altri – per le quali l'essere umano è in un certo senso programmato in termini di adattamento all'ambiente (Fonagy et al., 2006). Lo strumento di misura per eccellenza dei pattern di attaccamento adulto è l'*Adult Attachment Interview* (AAI; George et al., 1996), una intervista semi-strutturata, che si pone l'obiettivo di indagare le rappresentazioni mentali delle esperienze di attaccamento avvenute

durante l'infanzia (George et al., 1996; Boldrini et al., 2020). Lo strumento classifica l'individuo secondo quattro pattern di attaccamento: sicuro/autonomo (indicato con la lettera F), distanziante (*dismissing*, Ds), invischiato (*enmeshed/preoccupied*, E), e disorganizzato (*unresolved*, U/d).

### 3.1.1 Stile di attaccamento e meccanismi psicobiologici

Implicato nei meccanismi neurali alla base dei processi socio-cognitivi e delle risposte interpersonali è l'ormone ossitocina. Specialmente in un contesto di predisposizione genetica, uno stile di attaccamento non adeguato potrebbe ridurre i livelli di ossitocina, che a sua volta provocherebbe una disfunzione a livello del sistema dopaminergico; questo condurrebbe a una maggiore vulnerabilità nello sviluppare un disturbo dello spettro psicotico (Howes & Kapur, 2009).

Il circuito dopaminergico mesocorticolimbico, o circuito della ricompensa, ha un ruolo nell'attaccamento, in quanto è implicato nella dipendenza fisica e psicologica che un bambino può avere dal suo *caregiver*. Esso sembra attivarsi particolarmente in un contesto di attaccamento insicuro di tipo ansioso-ambivalente. È stato osservato che questo circuito, se attivato, ha l'azione di inibire alcuni meccanismi cerebrali coinvolti nella capacità del mentalizzare (Fonagy et al., 2006). L'ipotesi di fondo è che, se il bambino sente continuamente la necessità di attivare il proprio stile di attaccamento – poiché in un continuo stato di ansia per le interazioni diadiche incostanti, – egli non conserverà più risorse cognitive per focalizzarsi sull'abilità di comprendere gli stati mentali dell'altro (*ibidem*).

In conclusione, sembra fondamentale poter garantire al bambino un ambiente favorevole e protettivo, in particolar modo durante i periodi critici del neurosviluppo (Debbané et al., 2016). Il bambino dovrebbe avere l'opportunità di potenziare le proprie capacità socio-cognitive, in modo da poter costruire un senso del Sé coerente e, allo stesso tempo, tenere presente la realtà circostante e i feedback derivanti da essa.

### *3.1 Stile di attaccamento sicuro e insicuro: peculiarità e differenze*

La capacità di mentalizzare sembra svilupparsi primariamente in presenza di uno stile di attaccamento sicuro (Weijers, 2020). Infatti, ciò che caratterizza questo pattern di attaccamento è un interesse sincero del *caregiver* per ciò che il bambino pensa, desidera e percepisce, e un rispecchiamento delle sue emozioni (*mirroring*): il *caregiver* coglie le emozioni del piccolo attraverso il contatto visivo e gli restituisce queste emozioni attraverso le espressioni facciali corrispondenti. Il bambino ha così una rappresentazione facilitata delle proprie emozioni e, ciò gli dà anche la possibilità di cominciare a considerare le proprie esperienze interiori da un punto di vista diverso dal proprio e di regolarle. La regolazione dei propri stati mentali è, infatti, appresa attraverso la regolazione del *caregiver*, in uno spazio inter-relazionale di scambio reciproco (Fonagy & Allison, 2014).

Non sarebbe facile “leggere la mente” dell’altro non avendo avuto modo di conoscere che cosa significhi essere compreso. Fonagy e Target (2002) hanno infatti riscontrato che un attaccamento di tipo sicuro è correlato positivamente a un buono sviluppo del riconoscimento emotivo e della Teoria della Mente.

### *3.3 Trauma e abuso infantile: un fattore particolarmente nocivo per il bambino*

Un bambino che vive una sensazione di pericolo e paura, poiché all’interno di un contesto disfunzionale o violento, si ritroverà ad attivare automaticamente il sistema comportamentale dell’attaccamento per cercare stabilità e sicurezza nel *caregiver*. Qualora, però, questa sicurezza non arrivasse, il bambino continuerà a mantenere quella condizione psicofisica di ipervigilanza, seppur nociva per il suo sviluppo cognitivo-affettivo: egli, anziché imparare abilità cognitive funzionali, come la mentalizzazione e l’autocontrollo, apprenderà a diffidare degli altri individui (Debbané et al., 2016). L’ipervigilanza eccessiva e costante, sebbene disfunzionale, può tuttavia essere considerata una risposta adattiva del bambino a un ambiente psicologico e relazionale minaccioso, che gli permetterà di riconoscere figure di attaccamento potenzialmente pericolose, quindi regolare comportamenti di allontanamento e avvicinamento in base ai feedback che riceve (Ellis et al., 2011).

Nei casi sopracitati, la mentalizzazione assume per il bambino una valenza negativa: come ha sostenuto Fonagy e Bateman (2006), l'apprendimento di questa capacità viene evitato in modo fobico allo scopo di "proteggersi dal riconoscere che il proprio *caregiver* desidera fargli del male". Ciò che verrebbe appreso e interiorizzato è, infatti, un *caregiver* con intenzioni malevole (Fonagy et al., 2006) e questo annichilisce il legame di fiducia che dovrebbe essere alla base di ogni processo di attaccamento. Inibire la mentalizzazione significherebbe quindi trovare una sorta di soluzione disadattiva a questa dolorosa sensazione di rifiuto e minaccia.

Le conseguenze di ciò sono già facilmente osservabili in adolescenza: l'adolescente con un passato di trauma infantile dovrà confrontarsi con sentimenti intensi tipici di quel periodo, quali l'aggressività, la sessualità e le esperienze fisiologiche correlate (Debbané et al., 2016). Se tali sentimenti non sono regolati da una buona capacità di mentalizzare, ciò si traduce in esperienze di frustrazione, disregolazione emotiva e difficoltà socio-cognitive.

### *3.4 Lo stile di attaccamento come fattore di rischio per la vulnerabilità psicotica*

Laddove una condizione di diatesi per la psicosi sia già presente, uno stile di attaccamento insicuro e, in particolare, di tipo disorganizzato, costituisce un fattore esacerbante per lo sviluppo di esperienze psicotiche, soprattutto di sintomi negativi come difficoltà nelle interazioni interpersonali, nel controllo delle emozioni, e nella capacità di mentalizzare, e di sintomi positivi, come deliri e allucinazioni. In uno studio condotto da Escher e collaboratori (2002) su un campione di bambini con esperienze traumatiche e stressanti alle spalle, è emerso che l'86.3% di questi bambini, di un'età media di 12.9 anni, riportava allucinazioni verbali-uditive, iniziate poco tempo dopo l'esordio di queste esperienze traumatiche.

Nella letteratura scientifica è stata data molta importanza al rischio di sviluppare un disturbo dello spettro psicotico in seguito a un passato traumatico e minaccioso, in quanto quest'ultimo è considerato essere uno dei fattori ambientali di rischio più impattanti (Addington et al., 2019). Più nel dettaglio, in uno studio longitudinale, è stato osservato che tra gli individui ad alto rischio di sviluppare

psicosi (CHR-P), l'esperienza maggiormente predittiva di uno sviluppo psicotico è l'abuso sessuale (Brew et al., 2018).

### *3.5 L'influenza dell'attaccamento nell'outcome delle psicoterapie*

Una buona alleanza tra paziente e terapeuta si fonda su una relazione interpersonale di scambio reciproco, in cui avviene un'autoregolazione dei propri stati cognitivo-affettivi da parte del paziente, in funzione della regolazione di quelli del terapeuta (Beebe & Lackman, 2002); ciò, come verrà approfondito in seguito, è possibile solo in un contesto di fiducia e apertura all'altro. Gli individui cresciuti adottando uno stile di attaccamento insicuro, sulla base di quanto detto fino a ora, avranno più difficoltà a sviluppare questa relazione di fiducia con il terapeuta – in altre parole, a “lasciarsi andare” – poiché diffidenti delle azioni altrui e non allenati a leggere gli stati mentali dell'altro. La diade caregiver-bambino e quella terapeuta-paziente hanno, infatti, molte più caratteristiche in comune di quanto si possa pensare: ciò che il bambino ha appreso – o meno – nella diade con il *caregiver* sarà con ogni probabilità messo in atto nella relazione con il terapeuta. Nello spazio terapeutico, il paziente è, infatti, più portato a provare una sensazione di vulnerabilità, che si tradurrà in un abbassamento dell'auto-controllo, quindi utilizzerà lo stesso stile relazionale appreso nella relazione con il caregiver. Se lo stile di attaccamento che si ripresenta durante la terapia è disfunzionale, il processo terapeutico risulterà con ogni probabilità più tortuoso.

## CAPITOLO 4

### DEFICIT NELLA MENTALIZZAZIONE: CLINICAL HIGH RISK FOR PSYCHOSIS

#### 4.1 *Clinical High Risk for Psychosis: definizione e valutazione*

Diversi disturbi, come per esempio l'alessitimia, che comporta deficit della competenza emotiva ed emozionale (letteralmente “non avere le parole per le emozioni”), sembrano avere alla loro origine un'incapacità di mentalizzare, percepire, riconoscere e verbalizzare gli stati emotivi mentali propri e altrui (Bagdy et al., 1994). In questo lavoro, l'attenzione sarà concentrata sugli individui con un alto rischio di psicosi (*Clinical High Risk for Psychosis*; CHR-P). Esistono due criteri per diagnosticare questo tipo di rischio: l'ultra-high-risk (UHR) e il criterio *basic symptom* (BS; Schultze-Lutter, 2015). In particolare:

1. L'UHR prevede che un individuo esperisca almeno un sintomo tra: sintomi attenuati positivi (*attenuated psychotic symptoms* – APS; deliri e allucinazioni attenuati per intensità e frequenza); sintomi psicotici intermittenti limitati brevi (*brief limited intermittent psychotic symptoms* (BLIPS), veri e propri sintomi positivi che tendono a ridursi dopo un breve periodo di tempo); e un rischio genetico in aggiunta a un deterioramento del funzionamento (Andreou et al., 2019). Per poter fare diagnosi di UHR, ad oggi vengono utilizzati la Structured Interview for Prodromal Syndromes (SIPS; McGlashan, 2020) e il Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS; Yung, 2005), due interviste semi-strutturate che prevedono una diagnosi di psicosi basata su durata, frequenza e severità dei sintomi (Andreou et al., 2019).
2. Il criterio BS implica un approccio differente alla diagnosi negli individui CHR-P, in quanto l'enfasi viene spostata sulla presenza di sintomi esperiti soggettivamente: viene data più importanza allo stato di distress dell'individuo in termini di esperienze disturbanti percettive, linguistiche e cognitive, piuttosto che a segni osservabili da altri (*ibidem*). Per valutare

questi sintomi viene utilizzato lo Schizophrenia Proness Instrument per bambini e adolescenti (SPI-CY; Schultze-Lutter, 2010), e per gli adulti (SPI-A; Schultze-Lutter, 2007). Klosterkötter (2011) ha riscontrato che il criterio BS sia in grado di predire uno stadio prodromico più precoce rispetto all'UHR.

Recentemente, è stata introdotta nella sessione III del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) un nuovo disturbo che include gli individui con un alto rischio di psicosi. Questo disturbo è stato definito *sindrome di psicosi attenuata* (APS) ed è sostanzialmente sovrapponibile al primo criterio UHR (Fusar-Poli et al., 2014). Per corrispondere al criterio, un individuo deve presentare almeno uno dei seguenti sintomi, in forma attenuata, con un giudizio di realtà relativamente intatto, ma con severità e frequenza sufficienti da giustificare attenzione clinica: deliri (o ideazioni deliranti), allucinazioni (o percezioni atipiche), e disorganizzazione nella comunicazione. Almeno uno di questi sintomi deve essere presente per almeno una volta alla settimana nel corso di un mese, dopo aver mostrato un peggioramento nel precedente anno, tale da essere ritenuto debilitante dall'individuo e preoccupante da altri. L'inclusione all'APS è valida se i sintomi non sono spiegati da altri criteri diagnostici del DSM-5 o da quello di un disturbo psicotico.

Il costrutto dell'APS definito dal DSM-5 è maggiormente relato al criterio UHR, rispetto al BS, seppur vi siano delle differenze: l'APS implica la presenza di una disabilità di un distress osservabile, che non è invece un requisito esplicito nella diagnosi di UHR. Inoltre, mentre l'APS non richiede uno specifico *training* clinico per la somministrazione di un'intervista clinica non-strutturata, l'UHR e il BS necessitano invece della somministrazione di un'intervista strutturata per il quale è previsto un *training* specifico e approfondito (*ibidem*).

#### 4.1.1 Individui “*help-seekers*” e “*non-help-seekers*”

Fusar-Poli e collaboratori (2013) distinguono tra individui che attivamente richiedono aiuto (*help-seekers*) e coloro che, invece, non lo richiedono, la cui presa

in carico avviene per vie indirette (*non-help-seekers*). In uno studio di Woods e colleghi (2009) è emerso che in una popolazione di individui *help-seeker* inviati per una valutazione clinica del rischio di psicosi e che non corrispondevano ai criteri APS, solo 3 di 135 individui manifestavano un disturbo psicotico nei successivi 2.5 anni; in una popolazione di 303 pazienti diagnosticati con la SIPS, invece, i casi di transizione alla psicosi erano 88. Questi dati indicano un possibile problema nella definizione dei criteri APS del DSM-5, che potrebbe tuttavia essere risolvibile attraverso un processo di selezione dei campioni presi in esame. Nella pratica clinica, questi criteri sono applicabili solo ai pazienti che esprimono un bisogno di diagnosi e cura (Fusar-Poli et al., 2014).

#### *4.2 Clinical High Risk for Psychosis e transizione a psicosi*

In presenza di un alto rischio in base ai criteri sopracitati, non necessariamente l'individuo svilupperà un disturbo psicotico; è stato rilevato che la transizione può avvenire con circa il 36-37% di probabilità, nell'arco dei 2-3 anni successivi alla diagnosi (Fusar-Poli, 2013; Schultze-Lutter, 2015). In questi casi, i disturbi che gli individui tendono a sviluppare maggiormente sono quelli dello spettro schizofrenico (Fusar-Poli et al., 2014). La definizione di una transizione da UHR a psicosi risulta spesso particolarmente difficile per via della sua concezione dimensionale: i confini tra UHR e insorgenza psicotica sono spesso sfumati e talvolta non chiari, in quanto la durata, l'intensità e la frequenza dei sintomi psicotici dipende da fattori sia individuali sia ambientali, che possono variare da individuo a individuo (*ibidem*). Tuttavia, è stato delineato attraverso i criteri di transizione della SIPS e del CAARMS che, in presenza di sintomi negativi gravi o deficit funzionali, ma non sintomi positivi gravi, gli individui ad alto rischio non sono considerati in una fase di transizione.

Secondo il modello pluripotente per lo stato di rischio di psicosi, elaborato da Fusar-Poli e collaboratori (2014), la transizione a una psicosi non è l'unica via che può presentarsi in presenza di un alto rischio; infatti, nella maggioranza dei casi (circa il 70%), la conversione a un disturbo dello spettro psicotico non avviene (Carrion et al., 2013). Tra le diverse possibili strade (definite dall'autore "fenotipi")

che gli individui ad alto rischio possono intraprendere, alcuni sfociano nella manifestazione di sintomi clinici non-psicotici, come quelli depressivi o ansiosi; questo fenotipico è chiamato “*clinical noise*”. Altri individui mostrano nel corso del tempo l’insorgenza di altri disturbi come quello bipolare, depressivo o ansioso, oppure l’abuso di sostanze (Addington et al., 2011). Altri ancora, invece, sembrano presentare una riduzione i sintomi fino ad una quasi totale remissione spontanea, in seguito ad una normale variazione psicopatologica nella popolazione generale (Fusar-Poli et al., 2014).

#### *4.3 Clinical High Risk for Psychosis: il razionale alla base del costrutto*

L’esperienza psicotica non si ferma solo a un’insorgenza di sintomi, deficit cognitivo-affettivi e socio-cognitivi; essa comporta nell’individuo anche un’idea del Sé alterata: egli avrà difficoltà nel ripercorrere le proprie esperienze passate, nell’integrarle all’idea del Sé attuale, e nell’utilizzarle poi per esperienze interattive future. Negli ultimi due decenni la ricerca si è concentrata sull’ambito del rischio, allo scopo di posticipare o prevenire l’insorgenza di un disturbo psicotico vero e proprio, debilitante per la vita di un individuo e delle persone che lo circondano. Per questo motivo, l’attenzione è stata portata sulle possibili fasi prodromiche al disturbo psicotico, caratterizzate da sintomi attenuati e da un deterioramento delle funzioni esecutive (Andreou et al., 2019): ciò potrebbe risultare in un miglioramento *dell’outcome* clinico e del funzionamento della persona, ridurre il rischio di violenza verso se stessi o gli altri, e prevenire disoccupazione e isolamento sociale – alcune delle conseguenze sociali associate alla psicosi e ritenute negative (Oliver, 2018).

Esistono tre tipi di prevenzione nell’ambito medico-clinico: una prevenzione primaria mirata ad individuare l’incidenza di alcuni disturbi in una popolazione specifica, allo scopo di evitare l’insorgenza di tali disturbi; una prevenzione secondaria che agisce a livello di un disturbo già attivo, ritardandone la comparsa o accelerandone il recupero; infine, una prevenzione terziaria che ha l’obiettivo di ridurre la gravità del disturbo e gli effetti collaterali, in modo prevenire un deterioramento delle funzioni (Fusar-Poli et al., 2014). Un intervento

precoce, a partire da una prevenzione primaria, può diminuire la probabilità del verificarsi di almeno alcuni dei deficit, prima che progrediscano nel corso del tempo in un disturbo vero e proprio (McGlashan & Johannessen, 1996). Attraverso i criteri di CHR o UHR, BS e APS è possibile individuare una popolazione di individui a rischio di psicosi, spesso ancora prima che si manifestino dei sintomi prodromici (Fusar-Poli et al. 2014). È utile chiarire, tuttavia, che questi criteri non dovrebbero essere applicati ad una popolazione generale, bensì solo a individui già in situazioni di distress, per cui chiedono aiuto, o che presentano una predisposizione genetica (Schultze-Lutter, 2015); in caso contrario, si incorrerà nel rischio di falsi-positivi, diagnosticando un UHR anche in casi di distress e disabilità temporanee (Fusar-Poli et al., 2014).

Adottare un'ottica "a più dimensioni", può essere utile nel riconoscimento e nell'intervento precoce all'interno di stadi subclinici che potrebbero precedere l'insorgenza di un disturbo psicotico (Boldrini et al., 2020).

#### *4.4 Clinical High Risk for Psychosis: eziopatogenesi e biomarkers*

Alcuni studi di meta-analisi (Fusar-Poli et al., 2012; Giuliano et al. 2012) condotti su più di 1,000 individui CHR hanno dimostrato che questa popolazione di individui presenta un malfunzionamento neurocognitivo di base, rispetto ad una popolazione normativa di controllo. In particolare, i deficit neurocognitivi degli individui ad alto rischio si presentano, in termini di gravità, a un livello intermedio tra individui "sani" e coloro con un disturbo schizofrenico; la gravità di questi deficit neurocognitivi sembra essere maggiore negli individui che convertiranno il rischio in una psicosi vera e propria, rispetto a quelli in cui ciò non avviene (Fusar-Poli et al., 2014).

Da un punto di vista neuropsicologico, gli individui CHR mostrano alterazioni in termini volumetrici nella materia grigia, indipendentemente dalla transizione; queste anomalie sono specialmente marcate nelle regioni prefrontali, parietali, temporali, paraippocampali e nelle regioni del cingolo anteriore (Fusar-Poli et al., 2011).

Una maturazione disfunzionale durante il neurosviluppo della corteccia frontale superiore destra e della corteccia orbitofrontale mediale costituiscono un buon predittore della transizione dell'individuo da CHR-P ad una psicosi vera e propria (Armando et al., 2019): è interessante rimarcare come queste aree cerebrali siano alla base anche dei meccanismi implicati nella mentalizzazione.

Approfondendo, inoltre, il punto di vista psicobiologico, attraverso studi effettuati attraverso la tomografia ad emissione di positroni (PET), è stato osservato un incremento nella sintesi dopaminergica a livello delle regioni striate, incremento che sembra essere ancora più marcato nel “fenotipo” prodromico allo sviluppo di una psicosi (Howes et al., 2011; Fusar-Poli et al., 2014).

#### *4.4.1 Clinical High Risk for Psychosis: possibili predittori di una transizione*

Sebbene siano state dimostrate marcate alterazioni in individui CHR-P rispetto ad una popolazione non clinica, è bene tenere in considerazione che esiste una grande variabilità interindividuale, in cui sono implicati anche fattori esterni alla persona (Addington et al., 2019). Infatti, in presenza di una già nota predisposizione genetica, tra i fattori di rischio ambientali che Addington e collaboratori (2019) individuano, un passato traumatico ha certamente, come già sostenuto in precedenza, un ruolo fondamentale. Sembra, invece, che da un punto di vista socio-culturale, le migrazioni e le discriminazioni etnico-sociali percepite possano avere un impatto, ma non come predittori significativi; in altre parole, se un individuo si trova in una condizione sociale svantaggiata a livello socio-economico o se percepisce di essere discriminato per una sua qualche caratteristica, potrebbe più probabilmente sviluppare sintomi psicotici, ma questo non ne dà una certezza. Inoltre, in un contesto di vita stressante, specialmente se con uno stile di attaccamento infantile instabile, la compromissione della capacità di mentalizzare potrebbe interagire con una disfunzione del sistema dopaminergico, conducendo allo sviluppo di psicosi, proprio come evidenziano Brent e Fonagy (2014).

Un interessante possibile predittore, seppure non presentando una relazione causale con la transizione, sembra essere l'uso intensivo della cannabis, la cui componente *tetraidro-cannabinoide* (THC) sembra accelerare la riduzione di

volume della materia grigia in individui con schizofrenia ed esacerbare il rischio di insorgenza dei sintomi. Sorprendentemente, invece, è stato riscontrato un possibile effetto positivo nella componente cannabinoide (CBD), che sembra avere degli effetti antipsicotici, seppur scarsamente documentati (Andreou, 2019).

Per quanto riguarda i processi sociali e cognitivi, Debbané e collaboratori (2016) suggeriscono che a causa delle difficoltà di integrazione dei propri stati mentali con le funzioni cognitive di più alto livello, gli individui CHR-P hanno una tendenza a mal-interpretare gli stimoli interni come esterni, generando i sintomi psicotici positivi lievi, come deliri e allucinazioni.

Nella meta-analisi condotta da van Donkersgoed e colleghi (2015) sulla cognizione sociale negli individui UHR-P (*Ultra High Risk for Psychosis*) è emerso che un deficit in questa funzione non è, di per sé, un segnale indicativo dello sviluppo di psicosi: a esserlo, potrebbero essere, più precisamente, due particolari forme di cognizione sociale, ovvero la ToM verbale e il riconoscimento delle emozioni nei volti.

#### 4.5 Quando la mentalizzazione è assente: forme di pensiero pre-mentalistico

Quando la mentalizzazione non è sviluppata, l'individuo utilizza al suo posto forme di pensiero "prementalistiche" o "nonmentalistiche" (Choi-Kain & Gunderson, 2008), tra cui si citano:

1. L'equivalenza psichica (*psychic equivalence*), modalità per cui l'individuo fa equivalere ciò che è nella sua mente con ciò che è effettivamente nella realtà circostante; in questo modo ogni prospettiva diversa dalla propria e qualsiasi sfumatura cessa di esistere e questo può tradursi in una visione del mondo alterata. Esempi di questo tipo di pensiero si ritrovano nei *flashback* degli individui con disturbo da stress post-traumatico.
2. La modalità del "far finta" (*pretend mode*) è l'inverso dell'equivalenza psichica, e prevede una dissociazione dalla realtà: l'individuo si ritrova perso nei suoi pensieri, spesso pessimistici, su sé stesso e sul mondo, anche se molto spesso essi non rispecchiano il reale.

3. La presa di posizione teleologica (*teleological stance*), invece, consiste nel ritenere insignificanti le idee e le parole, poiché ciò che conta, per gli individui che la utilizzano, sono le azioni e tutto ciò che è visibile e concreto – motivo per cui tenere presente gli stati mentali di un altro, non essendo oggettivamente osservabili, risulta molto difficile. Per esempio, un paziente con questo tipo di pensiero potrebbe dire, in riferimento a un estraneo che incontra per strada: “*Si è girato verso di me e mi è ha guardato, chiaramente perché voleva farmi del male*” (Debbané et al., 2016).

Queste modalità di pensiero disfunzionali potrebbero essere adottate soprattutto da adolescenti con uno stile di attaccamento insicuro o disorganizzato, oppure vittime di un passato traumatico alle spalle, trovandosi nella condizione di non sapere come gestire alcuni elementi che di solito caratterizzano l’adolescenza, tra cui le esperienze sessuali, l’aggressività, e le attivazioni fisiologiche a esse relate. Proprio a causa di questi fattori, questi individui possono rappresentare una popolazione a rischio di sviluppare una psicosi (*ibidem*).

È auspicabile che, all’interno di un trattamento psicosociale, le forme prementalistiche di pensiero siano riconosciute dal clinico, nel caso in cui si manifestino (Choi-Kai & Gunderson, 2008), affinché si possa lavorare sulla capacità di integrare la propria personale prospettiva con quella della realtà circostante, riassociare i propri pensieri alla realtà effettiva delle cose, e riconoscere anche aspetti non visibili e astratti, quali gli stati mentali dell’altro. In altre parole, queste modalità che precedono la mentalizzazione potrebbero essere sostituite attraverso un potenziamento dell’abilità del mentalizzare.

#### *4.6 Quando la mentalizzazione è in eccesso: i casi di ipermentalizzazione*

Si parla di “ipermentalizzazione” (*hypermentalization*) laddove un individuo abbia la tendenza ad “attribuire eccessivamente intenzioni o significati auto-referenziali ad altri”, con la conseguenza di predire il comportamento altrui sulla base di credenze inaccurate (Boldrini et al., 2020). Un costrutto pressoché sovrapponibile a ciò è quello di “iper-teoria-della-mente” (*hyperToM*) che, insieme

all'ipermentalizzazione, è spesso caratteristico negli individui con schizofrenia, alla presenza di deliri di persecuzione, lettura della mente e interpretazioni distorte (Fyfe et al., 2008).

A conclusione di ciò, si evince che la mentalizzazione possa essere disfunzionale sia in una condizione di difetto, sia di eccesso: sembra necessario mantenere un equilibrio nell'essere in grado di leggere gli stati mentali dell'altro, per prevedere il suo comportamento, e, allo stesso tempo, non cadere vittima di un meccanismo per cui *l'individuo stesso* pensi gli stati mentali *dell'altro*, senza ricercare un feedback nell'ambiente che confermi o disconfermi le proprie ipotesi.

## CAPITOLO 5

### L'ESPERIENZA DELLA PROPRIA PATOLOGIA E LE SUE CONSEGUENZE

#### *5.1 Stigma, self-stigma e conseguenze*

Quando si tratta di intervento psicoterapeutico, è importante focalizzarsi sulla consapevolezza e sull'esperienza del proprio disturbo: le persone che soffrono di una psicopatologia o che ne corrono un rischio, devono fare i conti, oltre che con i sintomi, anche con l'idea di se stessi come “portatori di una malattia mentale”. È stato constatato che questa idea di Sé sia profondamente influenzata da ciò che si pensa gli altri vedano in noi – soprattutto qualora si ritenga che i giudizi saranno negativi. Tutto ciò può talvolta sfociare in sentimenti di vergogna (Allport, 1954; Lucksted & Drapalski, 2015).

Si parla di “stigma” per riferirsi a quei giudizi negativi mossi nei confronti di persone “etichettate” con l'appartenenza a un gruppo spesso svalutato (per esempio, “i malati mentali”). Più in particolare, lo “stigma internalizzato”, o *self-stigma*, riguarda quell'insieme di pregiudizi e stereotipi che gli altri hanno sulle persone con un disturbo mentale, che l'individuo tende a incorporare all'interno delle proprie credenze sul Sé (Lucksted & Drapalski, 2015). Sia nell'ambito clinico, sia nella ricerca, è stata data una grande importanza al costrutto di *self-stigma*, in quanto porta con sé numerose conseguenze. Tra le tante, si citano un aumento del senso di impotenza percepita, ridotte autostima e speranza, una perdita della motivazione al raggiungimento degli obiettivi, e un diminuito senso di comunità (*ibidem*).

Si ritiene necessario fare una riflessione circa il fatto che gli individui ad alto rischio di sviluppare una psicosi, caratterizzati dall'eventuale presenza di deficit nella cognizione sociale, qualora si trovino a essere “stigmatizzati”, saranno ancora più riluttanti e frenati nell'instaurare relazioni sociali con gli altri (Yanos et al., 2008). Secondo gli autori, infatti, la percezione di essere discriminati e giudicati dagli altri per la propria patologia li porterà, come in un circolo vizioso, a ritirarsi ancora di più dalla socialità, rischiando l'insorgenza o l'esacerbarsi di sintomi

psicotici negativi e delle forme di pensiero pre-mentalistico, che non danno spazio alle prospettive altrui.

Una conseguenza secondaria al *self-stigma* implica una più alta sfiducia e riluttanza nel trattamento terapeutico, in quanto essi saranno meno propensi ad accettare qualche tipo di supporto (Lucksted & Drapalski, 2015); ciò avrà poi un impatto negativo sul senso di guarigione (*recovery*) e, quindi, sull'esito dell'intervento.

Soprattutto tra gli adolescenti e i giovani adulti, l'esperienza dello stigma percepito è tanto presente quanto influente (DeLuca et al., 2021), considerando il periodo evolutivo particolarmente delicato: come se avessero delle lenti attraverso cui vedono se stessi, essi modificheranno le credenze circa il Sé ancora in fase di sviluppo. È quindi auspicabile ridurre al minimo i pregiudizi negativi derivanti dalla famiglia, dai pari e dagli altri significativi che circondano questi individui, attraverso una maggiore inclusione da parte dei pari, una maggiore psicoeducazione, e un supporto attivo da parte della famiglia, anche all'interno della terapia.

## 5.2 Il ruolo della vergogna negli individui CHR-P

La vergogna è un'emozione che implica una certa dose di auto-consapevolezza: chi prova vergogna è consapevole di possedere una caratteristica che potrebbe essere giudicata dagli altri come negativa. Alti livelli di vergogna sono associati a una più elevata ansia sociale, insicurezza e difficoltà nelle relazioni interpersonali (Braehler & Schwannauer, 2012).

È stato osservato che tra gli individui con una psicopatologia psicotica o in quelli a rischio di svilupparla, un certo grado di vergogna è effettivamente presente. Castilho e colleghi (2017) individuano due tipi di vergogna: una vergogna interna (*internal shame*) e una vergogna esterna (*external shame*). La prima riguarda una auto-valutazione, incentrata su errori personali e sulla percezione dei propri difetti; mentre la seconda riguarda i momenti in cui la persona ha la sensazione di “esistere negativamente nella mente degli altri” (*ibidem*). Tra i due, il tipo di vergogna che più prevale, in relazione allo stigma, negli individui a rischio è quello esterno: essi

sono infatti portati a percepirsi come inferiori rispetto alla media (Allison et al., 2013), e saranno più timorosi riguardo al potere che gli altri possono avere nel rifiutarli o ferirli.

In questo senso, quindi, la vergogna agisce come un “segnale di allerta” del rischio di esclusione, rifiuto o svalutazione sociale (Castilho et al., 2017), producendo la messa in atto di strategie di difesa (per esempio l’accondiscendenza), al fine di evitare una valutazione negativa da parte degli altri.

Sapere che questi individui esperiscono un’emozione di vergogna porta alla conclusione che essi conservino, nonostante i deficit di mentalizzazione, un certo grado di consapevolezza, e questo può rappresentare un fattore protettivo. Un buon intervento terapeutico nella condizione di un alto rischio clinico di psicosi consisterebbe nel lavorare anche sulla vergogna esterna, per promuovere una maggiore sicurezza sociale, aumentando quindi la probabilità di propendere a interazioni sociali future.

### *5.3 La paura della compassione negli individui CHR-P*

Essere compassionevoli significa essere consapevoli di una propria sofferenza o di quella dell’altro, adottando un atteggiamento empatico e non-giudicante (Gilbert, 2019). In questo senso, è possibile provare compassione per altri, ricevere compassione da altri e provare compassione per se stessi (auto-compassione). Alcuni studi hanno osservato come i pazienti con CHR-P, soprattutto nella condizione prodromica al disturbo psicotico, esperiscano una paura di essere compatiti (*fear of compassion*; Carvalho, 2021): talvolta il percepire che qualcuno provi compassione per loro provoca ansia e paura, invece che conforto. È interessante notare come alti livelli di paura di ricevere compassione siano correlati positivamente con alti livelli di vergogna e auto-criticismo (Carvalho, 2021). Per ipotesi, la causa potrebbe risiedere nel fatto che, avendo difficoltà nel leggere ciò che l’altro pensa e prova, questi individui riescono con grande fatica a interpretare i comportamenti di compassione nei loro confronti come di supporto, incorrendo talvolta in una dispercezione: essi potrebbero essere interpretati come tentativi di stigmatizzazione.

Per potenziare i comportamenti di compassione, e il loro riconoscimento negli altri, Hochheiser e colleghi (2020) hanno individuato la consapevolezza metacognitiva e la *mindfulness* come fattori terapeutici efficaci a questo fine.

#### 5.4 Strategie adottate dai pazienti: “*sealing over*” e “*integrating recovery style*”

Soffrire di una psicopatologia non è per l’individuo una realtà semplice da accettare. Talvolta, egli si ritrova a mettere in atto strategie che implicano la negazione o il rifiuto dei propri stati mentali. Queste strategie sono dette di “*sealing over*” (Braehler & Schwannauer, 2012), in quanto “sorvolano” sulle questioni negative che riguardano il proprio disagio; esse sembrano avere una funzione difensiva: la percezione della propria malattia porta con sé una serie di esperienze traumatiche e di “vergogna”, perciò, in caso di individui con sintomi psicotici attenuati (APS), trattare questi ultimi come un’entità separata dal Sé e minimizzare il loro impatto può alleggerire l’individuo da sentimenti di distress emotivo, paura e ulteriori sensazioni di stigmatizzazione.

Braehler e Schwannauer (2012) riconosce la scarsa abilità di mentalizzazione come uno dei motivi per cui questi individui tendono a mettere in atto queste strategie: essa, infatti, ha un ruolo fondamentale nell’autoregolazione e regolazione affettiva. Come già precedentemente evidenziato, ciò è particolarmente caratteristico negli individui con un attaccamento insicuro e disorganizzato. Essi si ritrovano a “tagliare fuori” quelle sensazioni e quei pensieri dolorosi dal punto di vista cognitivo-affettivo, finendo, tuttavia, per aumentare la probabilità che questi diventino ancora più pervasivi. Infatti, sembra che questo tipo di strategie sia correlato con un elevato livello di ansia laddove si presentino situazioni di vicinanza e dipendenza interpersonale, per paura di un rifiuto da parte degli altri.

In opposizione, una strategia funzionale a un buon *outcome* terapeutico è lo stile di guarigione integrativo (*integrating recovery style*), che consiste nel dare significato alla propria esperienza psicotica, riconoscendo una responsabilità nei relativi sintomi e mantenendo un atteggiamento “curioso” nei confronti della patologia e nell’aiutare gli altri a comprenderla. Individui che possiedono questo stile di guarigione mostrano una maggiore probabilità di remissione dopo un anno

dall'inizio della terapia, rispetto a coloro che utilizzano invece strategie di *sealing over* (Staring et al., 2011). Per una buona riuscita terapeutica, risultano fondamentali le capacità del paziente di riflettere sulle proprie esperienze disturbanti, comunicare con gli altri e tollerare le proprie emozioni, anche quelle più dolorose e ingombranti (Braehler & Schwannauer, 2012).

## CAPITOLO 6

### MENTALIZZAZIONE: L'EFFICACIA TERAPEUTICA

#### *6.1 Il trattamento negli individui CHR-P*

Il trattamento negli individui ad alto rischio ha come scopo la prevenzione della transizione al disturbo psicotico e del deterioramento funzionale e cognitivo che può verificarsi come conseguenza. Seguendo un approccio multidisciplinare, diversi interventi sono stati considerati utili per ridurre il rischio, tra cui la psicoeducazione, il monitoraggio dei sintomi, il potenziamento della cognizione sociale, la gestione delle crisi e il supporto alla famiglia, affinché possa essere un aiuto alla terapia (Andreou et al., 2019). Oltre alla prevenzione, infatti, gli interventi sono mirati anche a potenziare le risorse funzionali e sociali già esistenti, che possono influire positivamente sulla buona riuscita della terapia. È raccomandabile una predilezione per un approccio di intervento psicologico, adottando un trattamento psicofarmacologico antipsicotico solo in casi in cui i pazienti corrono un grave rischio di progressione dei sintomi, e non rispondano alla prima tipologia di intervento.

#### *6.2 La mentalizzazione come fattore protettivo*

Come ricordano Fonagy e colleghi (2014), nel caso in cui l'individuo presentasse uno stile di attaccamento insicuro, l'inibizione e l'evitamento della mentalizzazione sarebbero per lui fattori "protettivi", in quanto tenta di difendersi da pensieri angosciosi circa le cattive intenzioni o l'incostanza della figura di attaccamento. Questo meccanismo non fa altro che esacerbare i deficit di mentalizzazione e rendere ancora più difficoltosa la sfera relazionale dell'individuo (*ibidem*).

Si parla, invece, dell'uso della mentalizzazione come "moderatore" della vulnerabilità al rischio di insorgenza di una psicosi (Debbané et al., 2016) quando questa abilità può essere utile negli individui che, proprio a causa di tale disturbo,

sviluppano un sistema rigido di convinzioni circa le intenzioni degli altri, basato sul solo comportamento fisicamente osservabile.

I deficit di mentalizzazione lungo il continuum dello sviluppo di un disturbo psicotico sono stati in passato perlopiù misurati attraverso il costrutto di teoria della mente, nonostante essa coincida con la mentalizzazione solo nella sua parte cognitiva e orientata verso l'esterno (Debbané et al., 2016). Da questi studi emerge che la mentalizzazione sia associata all'insorgenza di sintomi come deliri di ideazione paranoide, scarsa consapevolezza della malattia e scarso funzionamento sociale. Tuttavia, è stato riscontrato che le difficoltà nel mentalizzare non possono definirsi “predittori” consistenti della transizione da CHR allo sviluppo effettivo di una psicosi, ma forniscono comunque un elemento che segnala un indebolimento nei fattori che potrebbero prevenire l'insorgenza di psicosi. Per comprendere più a fondo questo concetto, è stata introdotta l'espressione “*embodied mentalizing*” (*ibidem*), ovvero quella co-regolazione di processi cognitivi e sensori-affettivi necessari a rilevare, identificare e regolare i segnali di indebolimento dei fattori protettivi alla nascita di psicosi. Questo concetto potrebbe quindi offrire un “ponte” per monitorare i segnali precoci di una più probabile insorgenza psicotica, in una condizione di alto rischio (*ibidem*).

Studi più recenti hanno tentato di misurare il costrutto della mentalizzazione attraverso quello di “funzione riflessiva”, la quale può essere considerata la controparte operazionalizzata. Boldrini e colleghi (2020) hanno confermato che una mentalizzazione deficitaria possa predire lo sviluppo di una psicosi nei pazienti CHR; tuttavia, i disturbi dell'attaccamento e della mentalizzazione non possono essere considerati variabili causali dell'eziologia dei disturbi dello spettro psicotico, bensì fattori di rischio (o moderatori) che potrebbero interagire con fattori genetici e ambientali.

Per evidenziare il ruolo moderatore attribuito alla mentalizzazione, si cita lo studio longitudinale di Armando e collaboratori (2019), condotto su bambini tra 7-8 anni e 12-13 anni caratterizzati da esperienze di allucinazioni uditive. I risultati emersi da questo studio hanno dimostrato che nei partecipanti con buone abilità di mentalizzazione questi sintomi fossero ridotti. Ciò indica che questa abilità

potrebbe avere un buon effetto nel ridurre i sintomi psicotici, soprattutto se in una fase di sviluppo precoce dell'individuo.

### *6.2 Epistemic trust come fattore protettivo*

Per poter apprendere all'interno di un contesto sociale, l'individuo necessita di identificare delle fonti di informazione stabili e attendibili. Un attaccamento sicuro può certamente fornire al bambino fin dai primi momenti un'esperienza di fiducia tale da potersi sentire libero di esprimere e condividere le proprie emozioni e pensieri con gli altri significativi (Fonagy et al., 2015). Questa premessa può essere pensata anche come *conditio sine qua non* per una buona riuscita terapeutica, all'interno di un micro-cosmo, quale quello della diade paziente-terapeuta. L'individuo necessita di una persona in cui riporre fiducia, che possa essere sufficientemente in grado di rappresentare una buona fonte di sicurezza.

Il concetto di *epistemic trust* è stato introdotto per esprimere la relazione tra l'attaccamento e l'abilità di mentalizzare. Essa implica una disposizione dell'individuo ad assimilare informazioni rilevanti circa il mondo sociale (Folmo et al., 2019), ovvero a ricevere e gestire le nuove conoscenze ottenute dagli altri nelle esperienze interpersonali, sulla base di un giudizio di "affidabilità" della fonte (Fonagy & Luyten, 2018). Questo costrutto è stato ritenuto un aiuto particolarmente valido nel trattamento del DBP. L'assenza della fiducia epistemica (*epistemic trust*) potrebbe compromettere le relazioni e il funzionamento sociale della persona, la quale sarà meno in grado di mantenere aggiornate le sue conoscenze circa un mondo sociale che è di per sé mutevole, adottando uno stile di risposta emotiva rigido e inflessibile al repentino cambiamento sociale (Fonagy et al., 2019b). Le ragioni per cui questo potrebbe verificarsi riguardano un passato di carenze affettive, relazionali e sociali, talvolta traumatiche, che hanno portato ad apprendere comportamenti di sfiducia o evitamento degli altri a scopi difensivi, seppure non adattivi. L'individuo si ritrova quindi a fare inferenze sugli stati mentali e i comportamenti dell'altro partendo da informazioni non estrapolate dal contesto, ma andando oltre il contenuto di realtà condivisa.

Da un punto di vista psicodinamico, è risaputo quanto lo stile interattivo nella relazione paziente-terapeuta costituisca un aspetto di riflesso del pattern di attaccamento. La diade terapeutica, infatti, dipende dall'abilità del paziente di formare una relazione, al fine di comprendere i ruoli, gli obiettivi e i compiti relazionali e terapeutici. Indici di un buon legame possono essere ritrovati nella fiducia e sicurezza che il paziente ripone nella figura del terapeuta, considerandolo capace di offrirgli aiuto; questo legame può essere definito come fiducia epistemica (*ibidem*).

Tuttavia, la sola relazione interattiva con il terapeuta di per sé non è sufficiente per una buona riuscita del trattamento (Laska et al., 2014). È necessario che egli possieda un certo livello di esperienza e che sia abile nel saper riconoscere e interfacciarsi con le difese del paziente, per abbattere quel "muro" che il paziente, soprattutto in una situazione di attaccamento disfunzionale o scarse abilità socio-cognitive, ha innalzato dinanzi a sé. Folmo e colleghi (2019) sostengono che questo processo può aumentare la fiducia epistemica del paziente, facendo avanzare il lavoro terapeutico. In primo luogo, infatti, il paziente che ripone una fiducia nel suo terapeuta ha la possibilità di entrare in contatto con gli stati mentali propri e dell'altro; in secondo luogo, questa possibilità gli permetterà di potenziare la mentalizzazione, potendo riflettere gli stati mentali dell'altro; da ultimo, ciò comporterà una diminuzione dell'ansia e dell'ipervigilanza, favorendo l'apprendimento di nuove abilità relazionali (Fonagy & Luyten, 2018).

Fonagy e colleghi (2019b) hanno individuato elementi che possono essere utili per potenziare la fiducia epistemica come, per esempio, il contatto visivo, l'inarcare un sopracciglio, la reattività contingente (adattata ai comportamenti e stati del paziente) e la comunicazione materna diretto al bambino (*infant-direct speech*). Questi stimoli possono permettere al paziente di ricavare informazioni sull'altro più facilmente, utili a rassicurarlo e motivarlo a continuare.

Qualora il terapeuta non mettesse in atto strategie di questo tipo, ciò potrebbe tradursi in una più bassa fiducia nel terapeuta e nel lavoro terapeutico, minando l'alleanza che dovrebbe crearsi affinché il paziente possa esprimersi più liberamente possibile e affrontare quei problemi delicati che potrebbero elicitare in

lui un certo livello di ansia. Per questo motivo, Folmo e colleghi (2019) propongono un modello in cui l'alleanza e le competenze e strategie del terapeuta lavorino insieme, favorendo l'apertura dei pazienti più sensibili e vulnerabili, i quali potrebbero vivere il lavoro terapeutico come una sfida insormontabile. Per esempio, Fonagy e Allison (2014) presentano una situazione in cui il paziente possa sentirsi "mentalizzato" dal terapeuta (*mentalized about*), ovvero che possa percepire come l'altro provi a capire gli stati mentali e le esperienze affettive che sta vivendo. Questo tipo di approccio dovrebbe permettere al paziente di rendere il proprio pensiero meno rigido, in favore di un apprendimento di quest'abilità, oltre che a una fiducia nell'altro.

### 6.3 L'efficacia terapeutica della mentalizzazione: *Mentalization-Based Treatment*

Pensato inizialmente per il trattamento degli individui con DBP, si ritiene che il *Mentalization-Based Treatment* (MBT) possa portare effetti benefici anche tra gli individui CHR-P (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Questo intervento terapeutico, proposto per la prima volta da Fonagy e Bateman (2006) e basato su vent'anni di ricerca empirica su interventi in popolazioni cliniche di adulti, bambini e adolescenti, ha lo scopo di potenziare la capacità di mentalizzare, ovvero migliorare l'abilità di identificare e interpretare gli stati mentali propri e degli altri, che possono essere utili all'individuo per regolare i propri comportamenti e le proprie inferenze e reazioni emotive disfunzionali. Molti degli interventi mirati al trattamento precoce nei casi di CHR-P tendono a lavorare maggiormente sui sintomi, piuttosto che sui processi psicologici che sono alla base di una possibile resilienza del paziente (*ibidem*); tra questi processi, la mentalizzazione è certamente uno dei più importanti da acquisire, a cui, per questo, dovrebbe essere dedicata una certa attenzione.

In un contesto di diagnosi e trattamento precoce in caso di CHR-P, Armando e colleghi (2019) propongono un modello (*mentalization-informed model of staging*), che offra un modo per soddisfare i bisogni clinici degli individui a rischio e prevenire i deficit nei processi socio-cognitivi prima che la psicosi si sviluppi. Come conseguenza di ciò, l'individuo avrebbe così la possibilità di migliorare il

proprio funzionamento sociale in caso di vulnerabilità genetica, e di rendere più positivo *l'outcome* dei pazienti da poco diagnosticati. Tuttavia, questo tipo di modello MBT, seppur vi siano prove della sua efficacia, necessita di ulteriori ricerche per essere considerato un moderatore della transizione verso la psicosi in pazienti ad alto rischio.

### 6.3.1 *Il focus di un trattamento mentalization-based*

Ciò su cui il terapeuta dovrebbe soffermarsi è l'esperienza affettiva del paziente (quella presente, quella passata e quella volta al futuro). Rispetto alle MBT del passato, le più recenti rivisitazioni hanno ritenuto importante spostare il focus da *ciò* che le persone pensano a *come* le persone pensano, incentivando a prestare attenzione ai processi di pensiero, piuttosto che ai sintomi (Weijers, 2020). Fonagy e Bateman (2006), ritengono che l'intervento terapeutico debba focalizzarsi sulla mente del paziente, cercando di comprendere le cose sempre dal punto di vista del paziente e promuovendo l'abilità del "pensare circa il proprio pensiero" (*thinking about thinking*). In sintesi, la MBT concentra la sua attenzione su un aumento dei processi di mentalizzazione, di regolazione emozionale, e di consapevolezza interpersonale (Ridenour et al., 2021).

### 6.3.2 *Gli obiettivi di un trattamento mentalization-based*

Brent (2015) individua tra gli obiettivi di un intervento basato sulla capacità di mentalizzare la possibilità di creare un *setting* interpersonale che permetta al paziente di far congiungere alcuni stati mentali al tipo di comportamento corrispondente, proprio e dell'altro. Per esempio, attraverso questo tipo di tecnica, il paziente potrebbe imparare a collegare la sua paura di essere giudicato al corrispondente evitamento delle relazioni sociali. Secondo l'autore, la MBT potrebbe essere un valido alleato del *recovery* di pazienti con schizofrenia, migliorando l'abilità del mentalizzare, nonché di porsi in relazione con gli altri.

Sempre più ricerche oggi dimostrano che sia possibile rimettersi, sotto certi aspetti, da un rischio di transizione ad un disturbo psicotico, per condurre una vita pressoché normale (Ridenour et al., 2021). L'attribuire un significato ai propri

episodi psicotici, per un individuo che ne soffre, sembra importante per rispondere proprio a questo bisogno, servendosi dei processi di meta-cognizione e mentalizzazione.

### 6.3.3 *Le strategie utili in un trattamento mentalization-based*

Secondo Fonagy e Bateman (2006), è importante che il terapeuta mantenga un atteggiamento investigativo (*not-knowing perspective*) circa gli stati mentali del paziente, al fine di mettere il paziente nella condizione in cui sarà lui stesso a dover ricercare i propri processi psicologici, per poterli spiegare al terapeuta – seppur tenendo conto dei limiti iniziali. Questa strategia utilizza la curiosità del paziente come “ponte” per potenziare la funzione riflessiva circa il sé.

Si ritiene necessario fare osservazioni semplici e brevi, al fine di sviluppare un processo di mentalizzazione collaborativo. A questo scopo anche l’ascolto attivo e non-giudicante, è una valida strategia, così come il riporre l’attenzione sull’affettività della persona, piuttosto che su circostanze o comportamenti esterni (*ibidem*).

Come previsto dal modello MBT, il clinico dovrebbe identificare i momenti in cui la mentalizzazione fallisce e ad essa subentrano invece forme prementalistiche di pensiero: da qui occorre partire per lavorare insieme verso l’acquisizione di una coerenza tra ciò che è nella mente del paziente e ciò che è nella realtà – spezzare quindi il circolo vizioso dei meccanismi dell’equivalenza psichica e del *pretend mode*.

Ogni strategia atta a favorire lo sviluppo della funzione riflessiva è tuttavia possibile solo previa instaurazione di un contesto terapeutico che possa ridurre lo stress dovuto alla relazione interpersonale e alla riattivazione di dinamiche di attaccamento disfunzionali (frequenze nel trattamento di persone con psicosi). È importante sottolineare che ogni strategia e ogni terapia MBT debba essere adattata al funzionamento cognitivo, affettivo e relazionale del paziente.

In conclusione, la terapia MBT, che utilizza (e al tempo stesso lavora su) la mentalizzazione, potrebbe rappresentare un efficace trattamento per ridurre

l'intensità dei primi sintomi in individui CHR-P, migliorare il funzionamento sociale dell'individuo nel lungo termine e, potenzialmente, prevenire il primo esordio psicotico (Debbané et al., 2016; Armando et al., 2019; Boldrini et al., 2020).

## CAPITOLO 7

### CONCLUSIONI

#### *7.1 Il ruolo della mentalizzazione negli individui CHR-P*

Sulla base di quanto discusso fino a ora, il processo della mentalizzazione è ritenuto fondamentale affinché una buona terapia si traduca in un buon *outcome* clinico (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Ciò che sembra essere manchevole negli individui ad alto rischio di sviluppare una psicosi è proprio questo processo, che permette di interpretare gli stati mentali propri e altrui e inferire così comportamenti ad essi coerenti. Ove vi siano deficit di mentalizzazione, essa viene spesso sostituita da forme pre-mentalistiche di pensiero, disfunzionali per la sfera socio-affettiva dell'individuo; per questo motivo, si ritiene utile far fronte a questo meccanismo, attraverso il potenziamento della funzione riflessiva.

Una buona capacità di mentalizzazione si acquisisce in presenza di uno stile di attaccamento sicuro, all'interno di un ambiente stimolante e adeguato che presenti opportunità di fare esperienza con le relazioni interpersonali – *in primis* quella con il caregiver. Uno stile di attaccamento sicuro permette al bambino di concentrarsi sulle proprie esperienze affettive e su quelle dell'altro, piuttosto che provocare una ipervigilanza ansiosa nei confronti di un caregiver minaccioso o evitante. In quest'ultimo caso, che può essere definito come attaccamento insicuro o disorganizzato, il bambino sarà infatti portato ad inibire l'utilizzo della mentalizzazione, allo scopo di proteggersi da eccessivi stati ansiosi. È stato dimostrato che il ruolo dell'attaccamento infantile è fondamentale per lo sviluppo della mentalizzazione quanto per l'insorgenza di psicosi, laddove già presente una condizione di diatesi (Debbané et al., 2016).

Oltre ai fattori ambientali, anche quelli neurobiologici sembrano giocare un'importante influenza: la corteccia orbitofrontale mediale, la corteccia frontale superiore destra, e quella mediale sono tra le regioni più coinvolte nello sviluppo dell'abilità di mentalizzare (Armando et al., 2019). È interessante sottolineare che una maturazione atipica delle stesse aree potrebbe favorire l'insorgenza di un

disturbo dello spettro psicotico, o comunque una condizione di alto rischio di svilupparlo. Anche neurotrasmettitori come la dopamina (Howes & Kapur, 2009), e ormoni come il cortisolo e l'ossitocina, influenzati dalle esperienze di attaccamento infantili e sociali, sembrano avere un ruolo rilevante (Debbané et al., 2016)

Un individuo CHR-P che non ha avuto l'opportunità di apprendere naturalmente l'abilità di mentalizzare potrebbe trarre importanti benefici da un lavoro terapeutico incentrato sull'acquisizione o il potenziamento di questa abilità, utile anche e soprattutto per poter affrontare in modo quanto più dignitoso possibile il suo disturbo; come conseguenza, ciò potrebbe diminuire quelle strategie di “*sealing over*” che sfociano in una non-accettazione dello stato di distress, aumentando il senso di disagio e vergogna a guisa di un circolo vizioso.

## 7.2 *Uno sguardo in avanti*

La terapia MBT predispose le basi per un intervento efficace basato sulla mentalizzazione, che si propone di concentrarsi su *come* la persona pensi ed elabori, piuttosto che su *cosa* e *che*, attraverso strategie mirate, tenga viva la curiosità del paziente circa l'esplorazione degli stati mentali propri e altrui. Sulla base di ciò, sarebbe auspicabile un maggiore riguardo da parte dei terapeuti nell'approfondimento degli stereotipi e pregiudizi (lo “stigma”) con cui i pazienti devono confrontarsi nella loro vita relazionale. È importante approfondire la percezione che i pazienti hanno circa i giudizi degli altri, al fine di diminuire la condizione di *self-stigma* che, molto spesso, costituisce un fattore perpetuante o esacerbante del disturbo.

Braehler e Schwannauer (2012) sostengono che gli interventi devono avere come obiettivo principale quello di esplorare i sentimenti non mentalizzati di vergogna, paura, perdita e ambiguità, in un contesto terapeutico sicuro e stimolante; tutto ciò è possibile attraverso il potenziamento dell'abilità del mentalizzare. Un paziente che impara a riflettere sulla propria patologia, sui propri sintomi ed episodi psicotici sarà maggiormente in grado di identificare e differenziare i propri stati

affettivi, fino ad acquisire, nella migliore delle ipotesi, la capacità di modularli e gestirli.

Si ritiene, inoltre, importante evidenziare la necessità di una sensibilizzazione sociale (più in particolare mirata ai *caregiver*) circa le conseguenze del tipo di approccio al bambino, in modo da aumentare la consapevolezza, qualora possibile, delle conseguenze che un contesto di cure disfunzionale, manchevole o assente può comportare nel corso della vita della persona in termini di abilità cognitive, affettive e relazionali.

È auspicabile che la ricerca offra in futuro modelli psicoterapeutici che tengano in considerazione il ruolo della mentalizzazione, prendendo spunto dagli aspetti più validi dei modelli già esistenti (tra cui la terapia MBT), per integrarli con elementi nuovi, per una maggiore efficacia terapeutica. Per la ricerca futura, sarebbe utile valutare la tollerabilità e l'efficacia di trattamenti basati sulla mentalizzazione nei pazienti CHR-P, attraverso la pianificazione di studi controllati randomizzati, in quanto, come suggeriscono alcuni autori (Brent et al., 2014; Brent & Fonagy, 2014; Debbané et al., 2016), la mentalizzazione rappresenta un fattore di resilienza fondamentale, con un importante ruolo di moderatore del rischio di sviluppare un disturbo psicotico.

Al centro degli attuali e dei nuovi approcci psicoterapeutici, dovrebbe essere la persona – non il sintomo che porta, – la quale potrà “allenare” la propria cognizione sociale e la capacità di mentalizzare, possibilità che non le è stata data durante quegli importanti periodi critici dello sviluppo.

## BIBLIOGRAFIA

- Addington, J., Cornblatt, B. A., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., Seidman, L. J., Tsuang, M. T., Walker, E. F., Woods, S. W., & Heinssen, R. (2011). At Clinical High Risk for Psychosis: Outcome for Nonconverters. *American Journal of Psychiatry*, *168*(8), 800–805. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10081191>
- Addington, J., Farris, M., Stowkowy, J., Santesteban-Echarri, O., Metzrak, P., & Kalathil, M. S. (2019). Predictors of Transition to Psychosis in Individuals at Clinical High Risk. *Current Psychiatry Reports*, *21*(6), 39. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1027-y>
- Ainsworth, M. D. S. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, *1*(3), 436–438. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00075828>
- Alexander, R. D. (1990). Epigenetic rules and Darwinian algorithms: The adaptive study of learning and development. *Ethology and Sociobiology*, *11*(4), 241–303. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(90\)90012-U](https://doi.org/10.1016/0162-3095(90)90012-U)
- Allison, G., Harrop, C., & Ellett, L. (2013). Perception of peer group rank of individuals with early psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, *52*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2012.02041.x>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice* (pp. xviii, 537). Addison-Wesley.
- Anis, L., Perez, G., Benzies, K. M., Ewashen, C., Hart, M., & Letourneau, N. (2020). Convergent Validity of Three Measures of Reflective Function: Parent Development Interview, Parental Reflective Function

Questionnaire, and Reflective Function Questionnaire. *Frontiers in Psychology, 11*.

<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.574719>

Armando, M., Hutsebaut, J., & Debbané, M. (2019). A Mentalization-Informed Staging Approach to Clinical High Risk for Psychosis. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 385. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00385>

Aydin, M., Kuscu, M. K., Eker, B., Yalcin, S., & Sungur, M. Z. (2015). Effect of caregivers' expressed emotion and attachment patterns on the oxidative stress level in schizophrenic patients. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 25*, S177.

Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 33–40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford University Press UK.

Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). Organizing Principles of Interaction from Infant Research and the Lifespan Prediction of Attachment: Application to Adult Treatment. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 2*(4), 61–89. <https://doi.org/10.1080/15289168.2002.10486420>

Boldrini. (2020). An attachment perspective on the risk for psychosis: Clinical correlates and the predictive value of attachment patterns and

mentalization | *Elsevier Enhanced Reader*.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.052>

- Bonfils, K. A., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2016). Affective empathy in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 175(1–3), 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.037>
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47–66. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.1.47>
- Braehler, C., & Schwannauer, M. (2012). Recovering an emerging self: Exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis: Recovering an emerging self. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(1), 48–67. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02018.x>
- Brent, B. K. (2015). A Mentalization-Based Approach to the Development of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 146–156. <https://doi.org/10.1002/jclp.22150>
- Brent, B. K., & Fonagy, P. (2014). A Mentalization-Based Treatment Approach to Disturbances of Social Understanding in Schizophrenia. In *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia* (pp. 245–259). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-405172-0.00015-6>

- Brent, B. K., Holt, D. J., Keshavan, M. S., Seidman, L. J., & Fonagy, P. (2014). Mentalization-based treatment for psychosis: Linking an attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *51*(1), 17–24.
- Brew, B., Doris, M., Shannon, C., & Mulholland, C. (2018). What impact does trauma have on the at-risk mental state? A systematic literature review. *Early Intervention in Psychiatry*, *12*(2), 115–124.  
<https://doi.org/10.1111/eip.12453>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 242–248.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph078>
- Carrión, R. E., McLaughlin, D., Goldberg, T. E., Auther, A. M., Olsen, R. H., Olvet, D. M., Correll, C. U., & Cornblatt, B. A. (2013). Prediction of Functional Outcome in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis. *JAMA Psychiatry*, *70*(11), 1133–1142.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1909>
- Carvalho, D., Marques, C. C., Pinto, A. M., Martins, M. J., Leal, I., & Castilho, P. (2021). Fears of compassion scales in psychosis: Confirmatory factor analysis and psychometric properties. *Current Psychology*.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01979-y>

- Castilho, P., Pinto, A. M., Viegas, R., Carvalho, S., Madeira, N., & Martins, M. J. (2019). External Shame as a Mediator between Paranoia and Social Safeness in Psychosis. *Clinical Psychologist, 23*(2), 144–151. <https://doi.org/10.1111/cp.12136>
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*(9), 1127–1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Cialdini, R. B., & Goldstein, N. J. (2004). Social influence: Compliance and conformity. *Annual Review of Psychology, 55*, 591–621. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142015>
- Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida Tozzi, A., Fonagy, P., & Brent, B. K. (2016). Attachment, Neurobiology, and Mentalizing along the Psychosis Continuum. *Frontiers in Human Neuroscience, 10*. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3*(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- DeLuca, J. S., Akouri-Shan, L., Jay, S. Y., Redman, S. L., Petti, E., Lucksted, A., Rouhakhtar, P. R., Klaunig, M. J., Edwards, S. M., Reeves, G. M., & Schiffman, J. (2021). Predictors of internalized mental health stigma in a help-seeking sample of youth: The roles of psychosis-spectrum symptoms

- and family functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, *130*(6), 587–593. <https://doi.org/10.1037/abn0000679>
- Dimaggio, G., Lysaker, P. H., Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2008). Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: Multiple paths of influence of self-reflection on mindreading. *Consciousness and Cognition*, *17*(3), 778–789. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.02.005>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment*, *100*(3), 268–280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Dimopoulou, T., Tarazi, F. I., & Tsapakis, E. M. (2017). Clinical and therapeutic role of mentalization in schizophrenia—A review. *CNS Spectrums*, *22*(6), 450–462. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000687>
- Ellis, B. J., Boyce, W. T., Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Ijzendoorn, M. H. van. (2011). Differential susceptibility to the environment: An evolutionary–neurodevelopmental theory. *Development and Psychopathology*, *23*(1), 7–28. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000611>
- Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in*

*Psychology*, 5.

<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2014.01471>

Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203–217. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12074>

Escher, S., Romme, M., Buiks, A., Delespaul, P., & Os, J. V. (2002). Independent course of childhood auditory hallucinations: A sequential 3-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 181(S43), s10–s18. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.43.s10>

Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L. L., McGregor, J., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2006). Short-term mentalization and relational therapy (SMART): An integrative family therapy for children and adolescents. In *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 201–222). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch10>

Folmo, E. J., Karterud, S. W., Kongerslev, M. T., Kvarstein, E. H., & Stänicke, E. (2019). Battles of the Comfort Zone: Modelling Therapeutic Strategy, Alliance, and Epistemic Trust—A Qualitative Study of Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(3), 141–151. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-09414-3>

- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372–380.  
<https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 411–430.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.20241>
- Fonagy, P., & Campbell, C. (2017). Mentalizing, attachment and epistemic trust: How psychotherapy can promote resilience. *Psychiatria Hungarica, 32*(3), 283–287.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. In *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment, 2nd ed* (pp. 123–140). The Guilford Press.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of Personality Disorders, 29*(5), 575–609.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2019b). Mentalizing, Epistemic Trust and the Phenomenology of Psychotherapy. *Psychopathology, 52*(2), 94–103. <https://doi.org/10.1159/000501526>
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early Intervention and the Development of Self-Regulation. *Psychoanalytic Inquiry, 22*(3), 307–335.  
<https://doi.org/10.1080/07351692209348990>

- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders, 20*(6), 544–576.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>
- Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., Taylor, M. J., Bonoldi, I., Carpenter, W. T., Yung, A. R., & McGuire, P. (2013). At Risk for Schizophrenic or Affective Psychoses? A Meta-Analysis of DSM/ICD Diagnostic Outcomes in Individuals at High Clinical Risk. *Schizophrenia Bulletin, 39*(4), 923–932.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs060>
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., Barale, F., Caverzasi, E., & McGuire, P. (2012). Predicting Psychosis: Meta-analysis of Transition Outcomes in Individuals at High Clinical Risk. *Archives of General Psychiatry, 69*(3), 220–229.  
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472>
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Crescini, A., Deste, G., Kempton, M. J., Lawrie, S., Mc Guire, P., & Sacchetti, E. (2011). Neuroanatomy of vulnerability to psychosis: A voxel-based meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35*(5), 1175–1185.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.12.005>
- Fusar-Poli, P., & Schultze-Lutter, F. (2016). Predicting the onset of psychosis in patients at clinical high risk: Practical guide to probabilistic prognostic reasoning. *Evidence Based Mental Health, 19*(1), 10–15.  
<https://doi.org/10.1136/eb-2015-102295>

- Fyfe, S., Williams, C., Mason, O. J., & Pickup, G. J. (2008). Apophenia, theory of mind and schizotypy: Perceiving meaning and intentionality in randomness. *Cortex*, *44*(10), 1316–1325.  
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2007.07.009>
- George, C., Main, M., & Kaplan, N. (n.d.). Adult Attachment Interview. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*.
- Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology*, *28*, 108–114.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.002>
- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2019). Nonsocial and social cognition in schizophrenia: Current evidence and future directions. *World Psychiatry*, *18*(2), 146–161. <https://doi.org/10.1002/wps.20624>
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpfer, M., Brütt, A. L., Sammet, I., & Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, *22*(6), 699–709.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325>
- Hochheiser, J., Lundin, N. B., & Lysaker, P. H. (2020). The Independent Relationships of Metacognition, Mindfulness, and Cognitive Insight to Self-Compassion in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *208*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001065>

- Howes, O., Bose, S., Turkheimer, F., Valli, I., Egerton, A., Stahl, D., Valmaggia, L., Allen, P., Murray, R., & McGuire, P. (2011). Progressive increase in striatal dopamine synthesis capacity as patients develop psychosis: A PET study. *Molecular Psychiatry, 16*(9), 885–886.  
<https://doi.org/10.1038/mp.2011.20>
- Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III—The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin, 35*(3), 549–562. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp006>
- Kaymaz, N., Drukker, M., Lieb, R., Wittchen, H.-U., Werbeloff, N., Weiser, M., Lataster, T., & Os, J. van. (2012). Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychological Medicine, 42*(11), 2239–2253.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291711002911>
- Klosterkötter, J., Schultze-Lutter, F., Bechdolf, A., & Ruhrmann, S. (2011). Prediction and prevention of schizophrenia: What has been achieved and where to go next? *World Psychiatry, 10*(3), 165–174.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467–481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Lucksted, A., & Drapalski, A. L. (2015). Self-stigma regarding mental illness: Definition, impact, and relationship to societal stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 38*(2), 99–102. <https://doi.org/10.1037/prj0000152>

- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS ONE*, *12*(5), e0176218.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). The University of Chicago Press.
- McGlashan, T. H., & Johannessen, J. O. (1996). Early Detection and Intervention With Schizophrenia: Rationale. *Schizophrenia Bulletin*, *22*(2), 201–222.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.201>
- McGlashan, T., Walsh, B., & Woods, S. (2010). *The Psychosis-Risk Syndrome: Handbook for Diagnosis and Follow-Up*. Oxford University Press, USA.
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Maternal Insightfulness and Resolution of the Diagnosis Are Associated With Secure Attachment in Preschoolers With Autism Spectrum Disorders. *Child Development*, *80*(2), 519–527. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01276.x>
- Fusar-Poli, Carpenter, W. T., Woods, S., & McGlashan, T. (2014). *Attenuated Psychosis Syndrome: Ready for DSM-5.1? | Annual Review of Clinical Psychology*. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153645>

- Ridenour, J. M., Knauss, D., & Neal, D. W. (2021). Promoting an integrating recovery style: A mentalization-informed approach. *Journal of Clinical Psychology, 77*(8), 1786–1797. <https://doi.org/10.1002/jclp.23220>
- Sadler, L. S., Slade, A., & Mayes, L. C. (2006). Minding the baby: A mentalization-based parenting program. In *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 271–288). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch14>
- Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2013). Deficits in Domains of Social Cognition in Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Empirical Evidence. *Schizophrenia Bulletin, 39*(5), 979–992. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs080>
- Schultze-Lutter, F., Klosterkötter, J., Picker, H., Steinmeyer, E.-M., & Ruhrmann, S. (2007). Predicting First-Episode Psychosis by Basic Symptom Criteria. *Clinical Neuropsychiatry, 4*.
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., Riecher-Rössler, A., Gaag, M. van der, Nordentoft, M., Raballo, A., Meneghelli, A., Marshall, M., Morrison, A., Ruhrmann, S., & Klosterkötter, J. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry, 30*(3), 405–416. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.010>
- Skårderud, F. (2007). Eating one’s words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa—an outline for a treatment and

training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323–339.  
<https://doi.org/10.1002/erv.817>

Staring, A. B. P., van der Gaag, M., & Mulder, C. L. (2011). Recovery Style Predicts Remission at One-Year Follow-Up in Outpatients With Schizophrenia Spectrum Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 295–300.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182174e97>

van Donkersgoed, R. J. M., Wunderink, L., Nieboer, R., Aleman, A., & Pijnenborg, G. H. M. (2015). Social Cognition in Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(10), e0141075. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141075>

Weijers, J., Fonagy, P., Eurelings-Bontekoe, E., Termorshuizen, F., Viechtbauer, W., & Selten, J. P. (2018). Mentalizing impairment as a mediator between reported childhood abuse and outcome in nonaffective psychotic disorder. *Psychiatry Research*, 259, 463–469.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.010>

Weijers, J. G., ten Kate, C., Debbané, M., Bateman, A. W., de Jong, S., Selten, J.-P. C. J., & Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2020). Mentalization and Psychosis: A Rationale for the Use of Mentalization Theory to Understand and Treat Non-affective Psychotic Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(3), 223–232. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09449-0>

- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, *13*(1), 103–128. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(83\)90004-5](https://doi.org/10.1016/0010-0277(83)90004-5)
- Woods, S. W., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., Heinssen, R., Perkins, D. O., Seidman, L. J., Tsuang, M. T., Walker, E. F., & McGlashan, T. H. (2009). Validity of the Prodromal Risk Syndrome for First Psychosis: Findings From the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(5), 894–908. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp027>
- Wu, H., Liu, X., Hagan, C. C., & Mobbs, D. (2020). Mentalizing during social InterAction: A four component model. *Cortex*, *126*, 242–252. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.12.031>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, *59*(12), 1437–1442. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>
- Yung, A. R., Yung, A. R., Pan Yuen, H., Mcgorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., & Buckby, J. (2005). Mapping the Onset of Psychosis: The Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*(11–12), 964–971. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01714.x>