



1506  
**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI URBINO  
CARLO BO**

Università degli Studi di Urbino Carlo Bo

Dipartimento di

Scienze della Comunicazione, Studi Umanistici e Internazionali (DISCUI)

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN STUDI UMANISTICI

CURRICULUM SCIENZE UMANE

CICLO XXXVII

Tecniche del Trattamento Basato sulla Mentalizzazione in terapie psicodinamiche,

cognitive e basate sulla mentalizzazione:

uno studio empirico osservazionale

**SSD:** PSIC-04/A

**Coordinatrice:** Ch.ma Prof.ssa Liana Lomiento

**Supervisore:** Ch.mo Prof. Antonello Colli

**Dottoranda:** Guia Pandolfi

ANNO ACCADEMICO

*2023/2024*

## Indice

Introduzione .....	1
Capitolo primo.....	3
La mentalizzazione.....	3
1.1 Cenni storici.....	3
1.2 Definizione del costrutto.....	5
1.2.1 Le dimensioni della mentalizzazione.....	7
1.2.2 Modalità di pensiero pre-mentalizzanti.....	15
1.3 La valutazione della mentalizzazione .....	20
1.3.1 Strumenti per la valutazione della mentalizzazione negli adulti.....	21
Capitolo secondo .....	27
Mentalizzazione e processo psicoterapeutico: una revisione delle evidenze empiriche.....	27
2.1 Mentalizzazione come predittore degli esiti terapeutici .....	27
2.2 Cambiamenti nella mentalizzazione ed esiti terapeutici.....	34
2.3 Il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione.....	41
2.3.1 Efficacia del Trattamento Basato sulla Mentalizzazione.....	43
Capitolo terzo .....	48
Studio 1 .....	48
Le tecniche del trattamento basato sulla mentalizzazione nelle terapie psicodinamiche, cognitivo-comportamentali e MBT.....	48
3.1 Introduzione .....	48
3.2 Obiettivi e Ipotesi .....	53
3.3 Metodo .....	54
3.3.1 Campione .....	54
3.3.2 Misure.....	56
3.3.3 Procedure.....	59

3.4	Analisi statistiche .....	60
3.5	Risultati .....	61
3.6	Discussioni .....	71
	Capitolo quarto .....	76
	Studio 2 .....	76
	Esplorazione della relazione tra l'aderenza e la competenza dei clinici al Trattamento Basato sulla Mentalizzazione e i cambiamenti nella funzione riflessiva dei pazienti in seduta .....	76
4.1	Introduzione .....	76
4.2	Obiettivi e ipotesi .....	81
4.3	Metodo .....	81
4.3.1	Campione .....	81
4.3.2	Misure.....	83
4.3.3	Procedure.....	83
4.4	Analisi statistiche .....	85
4.5	Risultati .....	86
4.6	Discussioni.....	93
	Conclusioni.....	100
	Bibliografia.....	103

## Introduzione

La mentalizzazione è un costrutto psicologico essenziale per lo sviluppo e il mantenimento delle relazioni interpersonali. Si tratta di un processo mentale che consente agli individui di comprendere e interpretare, in modo implicito ed esplicito, i propri e altrui stati mentali (Bateman & Fonagy, 2016).

Sebbene il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (*Mentalization-Based Treatment*; MBT; Bateman & Fonagy, 2019) sia stato originariamente concepito per potenziare la capacità di mentalizzazione nei pazienti con disturbo borderline di personalità (DBP), i suoi ideatori hanno riconosciuto che anche approcci terapeutici con differenti basi teoriche possono promuovere il miglioramento di questa abilità.

All'interno del trattamento MBT, sono state concettualizzate diverse tecniche terapeutiche con l'obiettivo di migliorare la capacità di mentalizzare e alleviare i sintomi psicologici. Tuttavia, non è ancora stato sufficientemente chiarito come il processo di mentalizzazione si modifichi nel corso della terapia e in che misura le tecniche MBT contribuiscano concretamente a migliorare questa capacità.

Le psicoterapie basate sull'evidenza (*evidence-based therapies*) sono state tradizionalmente concepite come "pacchetti" unitari, la cui efficacia è stata valutata globalmente, senza un'analisi dettagliata dei singoli componenti. Nonostante i trial clinici randomizzati confermino l'efficacia complessiva di un modello terapeutico, spesso non riescono a identificare con precisione i meccanismi specifici alla base del cambiamento (Kazdin, 2023). Inoltre, alcuni studi (Ablon et al., 2006; Shedler, 2010) hanno evidenziato che i fattori terapeutici correlati agli esiti potrebbero differire da quelli presunti dalla teoria o dal modello di trattamento.

Analisi più dettagliate, come l'esame delle trascrizioni verbatim delle sedute terapeutiche, offrono prospettive innovative su ciò che avviene realmente nel processo psicoterapeutico.

Questa tesi si inserisce in tale contesto presentando i risultati di un percorso di ricerca sviluppato nel corso di tre anni di Dottorato, con l'obiettivo di fornire nuovi dati empirici per approfondire la comprensione del processo psicoterapeutico. La tesi si articola in quattro capitoli; nel primo capitolo viene introdotto il costrutto della mentalizzazione, le modalità di pensiero pre-mentalizzanti e gli strumenti utilizzati per valutare la mentalizzazione negli adulti.

Il secondo capitolo si concentra sull'analisi delle evidenze empiriche relative al ruolo della mentalizzazione nel contesto terapeutico. In particolare, vengono esaminati gli studi che esplorano la mentalizzazione pre-trattamento come predittore degli esiti terapeutici, i cambiamenti nella capacità di mentalizzare durante il trattamento e l'efficacia del Trattamento Basato sulla Mentalizzazione.

Il terzo capitolo presenta il primo studio, che analizza l'uso delle tecniche MBT all'interno delle terapie psicodinamiche, cognitivo-comportamentali e MBT. Viene fornita una descrizione dettagliata degli obiettivi, delle ipotesi, della metodologia e dei risultati.

Il quarto e ultimo capitolo approfondisce la relazione tra l'aderenza e la competenza dei clinici alle tecniche MBT e i cambiamenti nella funzione riflessiva dei pazienti durante le sedute. Anche in questo caso, il capitolo include un'analisi metodologica dettagliata, seguita dai risultati e dalle implicazioni teoriche e cliniche.

## *Capitolo primo*

### **La mentalizzazione**

#### **1.1 Cenni storici**

La mentalizzazione è una capacità umana che influenza il modo in cui gli individui interagiscono con gli altri e interpretano la realtà esterna. Essa è il “processo mentale attraverso cui un individuo interpreta, implicitamente ed esplicitamente, le proprie e altrui azioni come aventi un significato sulla base degli stati mentali intenzionali, quali desideri, bisogni, sentimenti, credenze e motivazioni personali” (Bateman & Fonagy, 2006, p. 15).

La mentalizzazione è un *processo* psichico non completamente conscio, che consente di concepire se stessi e gli altri come dotati di stati mentali che per loro natura rimangono sempre parzialmente enigmatici e inaccessibili.

Questa capacità è molto avanzata negli esseri umani, mentre si manifesta in modo rudimentale in alcune specie animali e risulta del tutto assente nella maggior parte di esse. Si ipotizza che essa sia emersa come risposta all'aumento della necessità di collaborazione e cooperazione sociale tra gli individui (Fonagy et al., 2015; Tomasello, 2018).

L'insieme dei processi psicologici sottostanti la capacità di mentalizzare (Fonagy et al., 1998) è noto come “funzione riflessiva” (*reflective function*, RF). Essa rappresenta, inoltre, l'operazionalizzazione della mentalizzazione a fini empirici.

La storia della parola “mentalizzare” inizia più di un secolo fa. Nel mondo anglofono il termine *mentalize* compare per la prima volta nel 1906 all’interno dell’Oxford English Dictionary (Allen et al., 2008) grazie allo psicologo G. Stanley Hall.

Hall evidenziò come la mentalizzazione – la capacità di rappresentare il proprio mondo interno ed esterno – non fosse innata, ma piuttosto appresa e trasmessa. La capacità di mentalizzare, infatti, si sviluppa nel corso dell’infanzia e dipende profondamente dal contesto emotivo, sociale e relazionale in cui è immerso l’*infans*.

Verso gli anni ‘90, due studiosi londinesi iniziarono a esplorare in modo indipendente ed empirico questa capacità umana di riflettere sugli stati mentali.

Nell’ambito delle neuroscienze e della psicologia cognitiva, i lavori pionieristici di Frith (1987) e di sua moglie con pazienti affetti da schizofrenia e autismo hanno esplorato la mentalizzazione, considerata da questi autori una capacità cognitiva strettamente legata alla teoria della mente. Parallelamente, alla University College di Londra, Fonagy avviò, insieme ad alcuni collaboratori, lo studio della mentalizzazione in relazione ai processi di attaccamento (Fonagy et al., 1991).

Dalla fine degli anni ‘90 la psicoanalisi infantile e il lavoro di ricerca di Mary Target e di Peter Fonagy hanno influenzato, in modo altrettanto fertile, lo sviluppo di una teoria della mentalizzazione che prende le distanze in modo netto dall’assunto secondo il quale la mente è trasparente a se stessa e l’abilità umana di riflettere sulla propria mente è innata. L’evolversi della capacità di mentalizzare nell’individuo è considerata strettamente interconnessa alla possibilità che egli ha di entrare in relazione con menti mature e sensibili. Questo rende centrale la qualità dell’attaccamento nel favorire tale processo.

Il costrutto della mentalizzazione, infatti, affonda le proprie radici nella teoria dell’attaccamento (Bowlby, 1973) e si arricchisce dei contributi provenienti dalla

psicologia cognitiva, dalla psicologia evolutiva, dalla mindfulness e dagli studi di altri autorevoli ricercatori, tra cui Lyons-Ruth, Main e Tronick.

Introdotta nel contesto psicologico da Fonagy (2001), il costrutto della mentalizzazione ha rapidamente guadagnato rilevanza nella letteratura teorica ed empirica.

Attualmente, la mentalizzazione è ritenuta un elemento centrale nella cura dei pazienti con gravi disturbi di personalità (Allen et al., 2008) e rappresenta il pilastro teorico del Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT; Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2019). L'MBT, ideato da Bateman e Fonagy a partire dalla loro pratica clinica quotidiana con pazienti affetti da disturbo borderline di personalità, è un trattamento manualizzato e validato empiricamente. Questo trattamento comprende un insieme di interventi che si concentrano sul miglioramento della capacità di mentalizzazione nei pazienti (Barlow et al., 2021; Cristea et al., 2017; Luyten et al., 2024; Storebø et al., 2020; Volkert et al., 2019).

## **1.2 Definizione del costrutto**

La mentalizzazione si sviluppa nel contesto di accudimento primario, grazie alla relazione che il bambino instaura con le figure di riferimento.

Dalla nascita fino a cinque anni di età, il bambino sviluppa gradualmente una rappresentazione di sé – come individuo dotato di una mente propria, riflessa nello sguardo del caregiver (Winnicott, 1974) – e degli altri come agenti dell'ambiente (Fonagy et al., 2005).

In particolare, il bambino impara a identificare e a differenziare i propri stati interni nella misura in cui questi vengono rispecchiati in modo adeguato – cioè in modo congruente, contingente e marcato – da un caregiver capace di sintonizzarsi

e rispondere con reazioni prevedibili e coerenti (Bateman & Fonagy, 2019; Debbané, 2019).

Per sviluppare la capacità di prestare attenzione agli stati mentali propri e altrui, è essenziale che il bambino sperimenti un atteggiamento mentalizzante da parte del genitore (Allen et al., 2008). Come affermano Allen e collaboratori (2010), “la mente non si sviluppa dall’interno, ma dall’esterno verso l’interno” (p. 11).

Questo avviene quando il bambino riesce a riconoscere se stesso nello sguardo e nelle risposte dell’altro. Di conseguenza, la mentalizzazione si fonda sulla possibilità di essere a propria volta mentalizzati, sia durante l’infanzia sia nel contesto del setting terapeutico.

Se i contenuti rispecchiati dal caregiver sono notevolmente discordanti o addirittura opposti agli stati emotivi espressi dal bambino, ciò genera confusione e può causare difficoltà, in età adulta, nel distinguere tra percezioni proprie e altrui, nel definire i confini tra sé e gli altri, e nell’affrontare le emozioni e le sfide relazionali (Debbané, 2019). La sensibilità e la capacità del caregiver di comprendere, interpretare e rispondere in modo appropriato ai segnali del bambino influenzano lo sviluppo di un attaccamento sicuro (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969). Le prime relazioni di attaccamento, infatti, possono condizionare le strategie di regolazione emotiva e la capacità di gestire i propri stati emotivi in diversi contesti relazionali. Studi neuroscientifici sottolineano come la qualità della mentalizzazione sia influenzata principalmente da due fattori: le situazioni stressanti e la qualità delle relazioni di attaccamento (Luyten & Fonagy, 2015).

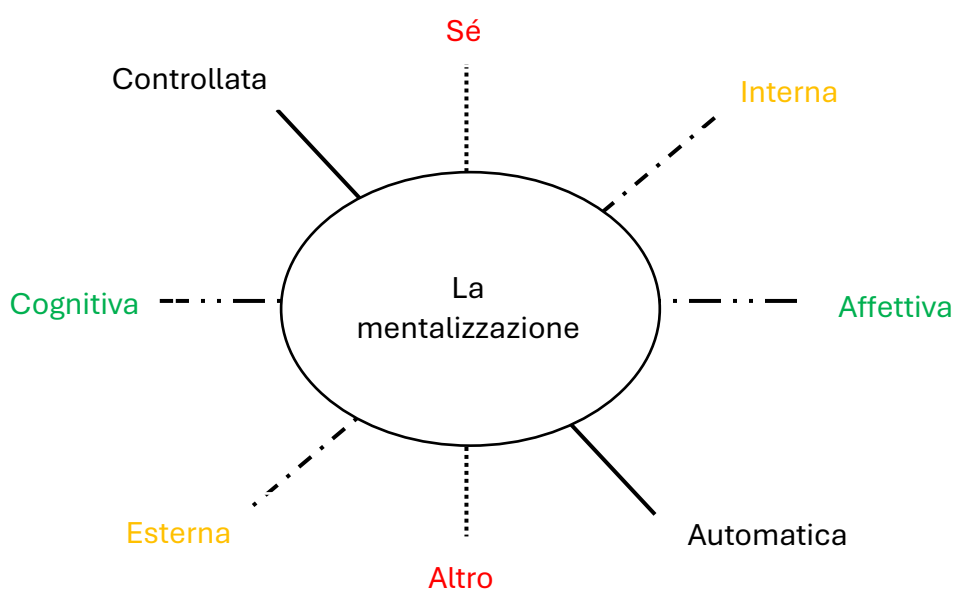
### 1.2.1 Le dimensioni della mentalizzazione

La mentalizzazione è un costrutto dinamico e multidimensionale, risultante dall'interazione di diverse polarità (Figura 1; Fonagy et al., 2012). Studi di *neuroimaging* funzionale (fMRI) hanno evidenziato i sistemi neuronali coinvolti nelle diverse dimensioni della mentalizzazione, come il sistema limbico e le regioni frontali.

In questo senso, la mentalizzazione può essere considerata il prodotto dell'interazione di quattro dimensioni fondamentali, ciascuna delle quali ha due poli (Luyten et al., 2020): (a) automatica versus controllata, (b) sé versus altro, (c) interna versus esterna e (d) cognitiva versus affettiva. Queste dimensioni chiariscono la natura del costrutto e permettono di considerare la mentalizzazione una capacità trasversale negli esseri umani.

**Figura 1**

*Le dimensioni della mentalizzazione (tratto da Colli, 2024)*



La mentalizzazione controllata (o esplicita) è un processo sequenziale e piuttosto lento, che generalmente si manifesta attraverso il linguaggio e richiede una riflessione da parte dell'individuo. Costituisce un'attività intenzionale e consapevole, che consiste, ad esempio, nell'esplicitare i propri vissuti, pensieri e motivazioni a un'altra persona (Allen et al., 2008). La psicoterapia è un esempio di mentalizzazione esplicita in quanto il clinico e il paziente lavorano per crearsi una rappresentazione degli stati mentali del paziente e degli altri.

Al contrario, la mentalizzazione automatica (o implicita) è un processo che avviene quasi interamente al di fuori della consapevolezza cosciente, è più rapido e richiede meno attenzione, intenzione e consapevolezza (Fonagy et al., 2012). Questo processo entra in gioco, ad esempio, quando interagiamo con un'altra persona rispettando spontaneamente i turni di parola nella conversazione, senza la necessità di renderlo esplicito.

La seconda dimensione, sé-altro, riguarda l'oggetto verso cui è direzionata l'attività di comprendere gli stati mentali interni: verso il sé o verso gli stati mentali altrui.

La terza dimensione, interna-esterna, riguarda la capacità dell'individuo di trarre inferenze basate su indizi esterni (espressioni facciali, tono della voce, postura e gesti) o interni (credenze, pensieri e sentimenti).

La quarta dimensione, affettiva-cognitiva, si riferisce alla distinzione tra la comprensione degli stati mentali a livello cognitivo o affettivo. Mentre la polarità cognitiva si concentra sulla capacità di riconoscere e rappresentare i pensieri propri e altrui (Fonagy et al., 2005), la polarità affettiva permette di comprendere e connettersi emotivamente agli stati interni degli altri, favorendo una regolazione emozionale detta "affettività mentalizzata" (*mentalized affectivity*; Jurist, 2005).

Questo processo riflessivo abbraccia l'identificazione, la regolazione e l'espressione del proprio vissuto emotivo (Jurist, 2005).

Le quattro dimensioni possono essere considerate aspetti diversi che interagiscono tra loro all'interno di un sistema. Una buona mentalizzazione implica un equilibrio dinamico e la capacità di oscillare in maniera flessibile tra le differenti polarità di ciascun *continuum*, a seconda dei differenti contesti relazionali e nei momenti di forte attivazione emotiva. Più in generale, una buona capacità di mentalizzazione implica:

- a) la capacità di assumere il punto di vista di altre persone (*perspective-taking*);
- b) il riconoscimento che gli stati mentali propri e altrui sono opachi e mutevoli, quindi mai totalmente conoscibili;
- c) un atteggiamento umile, contraddistinto da genuino interesse, flessibilità e tolleranza dell'incertezza nel riflettere sugli stati mentali;
- d) la consapevolezza che gli stati mentali rappresentano interpretazioni della realtà fisica, piuttosto che repliche di essa (Luyten et al., 2024).

Individui diversi possono mostrare maggiore o minore competenza in una o più di queste dimensioni, a seconda delle situazioni in cui si trovano.

Studi di *neuroimaging* hanno mostrato che la capacità di mentalizzazione può diminuire nei contesti emotivamente carichi: l'attivazione del sistema di attaccamento, infatti, sembra associarsi a un fallimento nella mentalizzazione, che si manifesta attraverso una mancanza di flessibilità, in pensieri automatici e rigidi che riflettono uno o più squilibri all'interno delle polarità della mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2019; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Luyten et al., 2020; Nolte et al., 2013).

Uno sbilanciamento – dunque un eccessivo investimento – su un polo può comportare difficoltà nella polarità opposta (Fonagy et al., 2012). Ad esempio, una

limitazione nella mentalizzazione controllata può comportare un uso predominante di inferenze automatiche sui propri e altrui stati mentali, mentre un'eccessiva focalizzazione sugli stati mentali altrui può portare a una dipendenza dalle opinioni esterne o a una tendenza a imitare gli altri, a scapito della propria prospettiva.

Studi empirici dimostrano che pazienti con gravi disturbi di personalità tendono a mostrare ridotte capacità di mentalizzazione rispetto alla popolazione generale (Fischer-Kern et al., 2010; Skårderud, 2007). Inoltre, specifici squilibri nelle dimensioni della mentalizzazione sono stati osservati in alcuni disturbi di personalità (Bateman & Fonagy, 2016; Gagliardini et al., 2023; Semerari et al., 2014; Luyten et al., 2020). Ad esempio, i pazienti con DBP possono manifestare un'eccessiva focalizzazione – uno squilibrio – nella mentalizzazione automatica e affettiva, accompagnato da un'eccessiva attenzione verso gli aspetti esteriori del comportamento altrui. Questa tendenza si manifesta, ad esempio, attraverso un'ipersensibilità alle espressioni facciali, ai movimenti posturali degli altri o del clinico durante le sedute. Questa attenzione e controllo verso i segnali esterni portano frequentemente l'individuo a trarre conclusioni affrettate, spesso caratterizzate da una forma di ipermentalizzazione riguardo ciò che l'altro potrebbe pensare o provare. La mancanza di una mentalizzazione controllata e basata maggiormente su indicatori interni può rendere l'individuo particolarmente vulnerabile nelle situazioni sociali (Bateman et al., 2013; Fertuck et al., 2009).

Queste dimensioni aiutano a comprendere le motivazioni per cui il costrutto della mentalizzazione, nel corso degli anni, ha suscitato dibattiti e critiche. Una critica mossa frequentemente riguarda la mancanza di chiarezza e la presenza di confini sfumati che, in certi casi, hanno reso necessario l'utilizzo di strumenti differenti per la valutazione del costrutto (Debannè, 2019).

Queste opinioni possono derivare dal fatto che la mentalizzazione coinvolgendo aspetti inconsci, automatici e consapevoli relativi alla capacità di comprendere gli aspetti cognitivi e affettivi dei propri e altrui stati mentali, diviene un concetto ombrello che si interseca con altri costrutti psicologici (Allen & Fonagy, 2006; Choi-Kain & Gunderson, 2008).

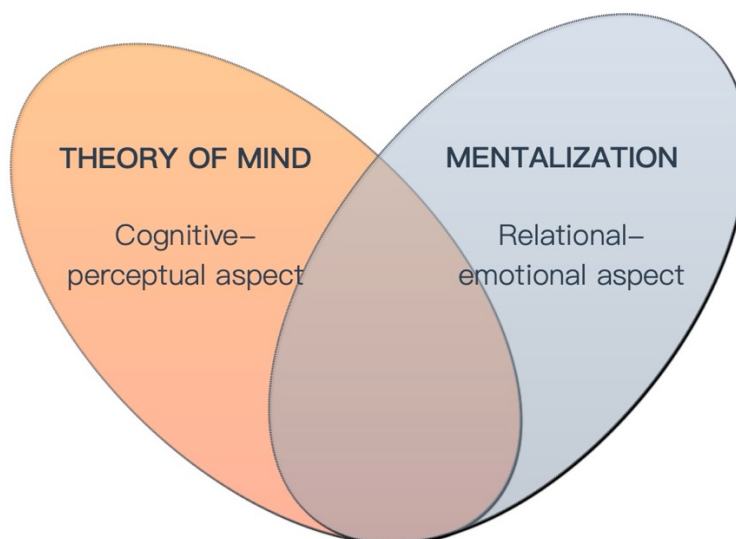
Ad esempio, la teoria della mente (ToM) e la mentalizzazione sono oggi considerati due costrutti distinti, relativi alla comprensione degli stati mentali, che differiscono per natura e funzione e risultano solo parzialmente sovrapponibili (Jańczak, 2021).

La ToM riguarda principalmente il funzionamento cognitivo, in particolare si riferisce alla capacità di immaginare e rappresentarsi gli stati mentali cognitivi e/o affettivi degli altri (Quesque & Rossetti, 2020); spesso è associata a funzioni linguistiche, esecutive e a influenze familiari. La mentalizzazione, invece, è una funzione più complessa e dinamica, radicata nelle relazioni di attaccamento, che coinvolge l'elaborazione delle emozioni proprie e altrui e svolge una significativa funzione regolatoria.

La ToM è quindi solo parzialmente sovrapponibile al concetto di mentalizzazione, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti cognitivi e l'orientamento verso l'altro; la mentalizzazione, invece, include anche la regolazione emotiva e l'integrazione di diversi aspetti del sé (Figura 2).

## Figura 2

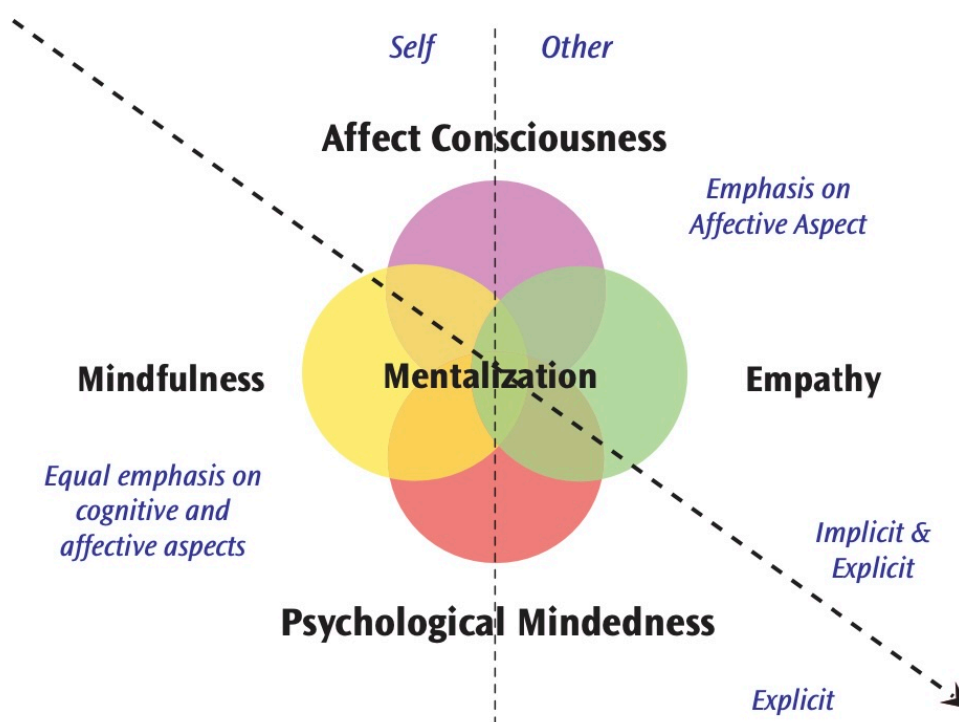
Relazione tra mentalizzazione e teoria della mente (tratto da Jańczak, 2021)



Choi-Kain e Gunderson in un articolo pubblicato nel 2008 evidenziano che la mentalizzazione si distingue da altri costrutti psicologici, tra cui empatia, coscienza affettiva, *mindfulness* e mente psicologica, pur condividendo con essi alcune aree di sovrapposizione (Figura 3).

**Figura 3**

*Mapa della mentalizzazione: sovrapposizioni concettuali (tratto da Choi-Kain & Gunderson, 2008)*



La *mindfulness*, definita come la capacità di mantenere viva la consapevolezza rispetto alla realtà presente (Brown & Ryan, 2003), è un concetto derivato dalla pratica meditativa orientale. Questo costrutto ha trovato applicazione in diversi contesti psicoterapeutici, tra cui la terapia dialettico-comportamentale, che pone particolare enfasi sull'abilità di osservare e descrivere l'esperienza interna nel qui e ora, con un atteggiamento privo di giudizio.

Con la mentalizzazione, la *mindfulness* condivide la capacità di dirigere l'attenzione verso l'esperienza soggettiva per moderare le reazioni impulsive. Tuttavia, mentre la *mindfulness* si concentra principalmente sul presente e mira all'accettazione dell'esperienza senza interpretazione o giudizio, la

mentalizzazione si estende alla costruzione di rappresentazioni mentali, consentendo una comprensione dinamica e a lungo termine degli stati mentali propri e altrui, nel passato, nel presente e nel futuro.

L'empatia è un costrutto ampiamente studiato, definito come la capacità di comprendere e, soprattutto, condividere gli stati emotivi altrui. Mentalizzazione ed empatia convergono nel riconoscimento degli stati mentali altrui, ma l'empatia va oltre il semplice riconoscimento: include una componente di condivisione emotiva, spesso implicita, e si orienta principalmente verso gli altri, a differenza della mentalizzazione che integra una prospettiva sia verso il sé che verso l'altro. Questa differenza rende il costrutto dell'empatia più strettamente legato alla dimensione affettiva degli stati mentali altrui, piuttosto che a una comprensione cognitiva.

La coscienza affettiva (*affect consciousness*) riguarda invece la capacità di percepire, riflettere e comunicare consapevolmente le proprie emozioni (Lesser, 1981). Similmente alla mentalizzazione, essa include la consapevolezza e l'espressione degli stati affettivi, ma rimane limitata a esperienze affettive e a una funzione esplicitamente conscia. La coscienza affettiva è quindi più orientata alla rappresentazione e gestione delle emozioni interne, con un focus sulle modalità esplicite e sulle risposte coscienti a queste emozioni, mentre la mentalizzazione ha un ambito più vasto che comprende aspetti cognitivi e affettivi sia impliciti che espliciti.

Se la mentalizzazione opera sia in modalità implicita che esplicita, la mente psicologica (*psychological mindedness*) si riferisce principalmente a una considerazione esplicita e consapevole degli stati mentali. La mente psicologica è definita come la capacità di una persona di riconoscere le relazioni tra pensieri, sentimenti e azioni, al fine di comprendere i significati e le cause delle proprie esperienze e comportamenti (Appelbaum, 1973). Inoltre, la *psychological*

*mindedness* si focalizza maggiormente sugli stati mentali del sé piuttosto che su quelli degli altri, enfatizzando in egual misura gli aspetti cognitivi e affettivi dell'esperienza interna. Sebbene l'interesse per gli stati mentali altrui sia un elemento di questo costrutto, la capacità di discernere tali stati mentali non ne è parte integrante.

In sintesi, mentre empatia, coscienza affettiva, *mindfulness* e mente psicologica offrono contributi distinti al funzionamento psicologico, la mentalizzazione si distingue per la sua ampia integrazione di aspetti impliciti ed espliciti, cognitivi e affettivi, orientata sia verso sé che verso l'altro, e per la sua funzione regolatoria, essenziale nella comprensione e gestione degli stati mentali complessi in contesti relazionali e intrapsichici.

### **1.2.2 Modalità di pensiero pre-mentalizzanti**

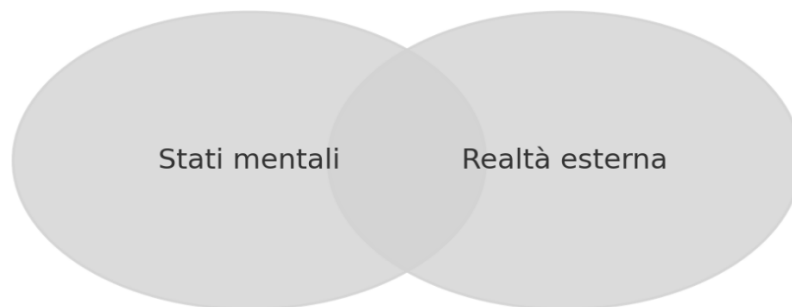
Per comprendere appieno il costrutto della mentalizzazione e i suoi eventuali deficit, è utile adottare una prospettiva evolutiva, osservando come questa capacità si sviluppi nel tempo. In età adulta, possono riemergere forme di pensiero pre-mentalizzanti, caratteristiche dei primi anni di vita. Queste modalità, osservabili nei bambini piccoli (a partire dai nove mesi) e precedenti lo sviluppo di una solida capacità di mentalizzazione (intorno ai cinque-sei anni), riappaiono in alcune manifestazioni psicopatologiche o in situazioni a elevato *arousal* emotivo, facendo sì che gli adulti possano sperimentare se stessi o gli altri in modi tipici dell'infanzia, detti appunto pre-mentalizzanti (o non-mentalizzanti). Riconoscere e comprendere queste modalità è essenziale per il clinico, poiché esse possono ostacolare le relazioni e contribuire a una profonda sofferenza personale.

In letteratura, queste forme di pensiero pre-mentalizzanti sono definite: comprensione concreta, pseudomentalizzazione e pensiero teleologico (Bateman & Fonagy, 2019).

Quando l'individuo adotta una modalità di pensiero concreto, nota anche come comprensione concreta (Figura 4), fantasie, pensieri e vissuti vengono percepiti come reali e vi è l'assenza della modalità "come se" legata all'esperienza.

**Figura 4**

*Rappresentazione grafica della relazione tra stati mentali e realtà esterna nel pensiero concreto (tratto da Gagliardini, 2019)*



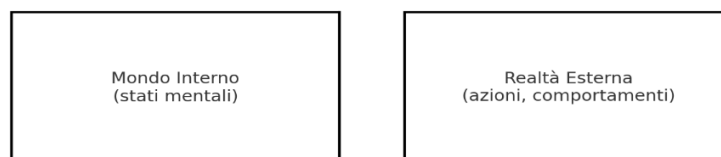
Il soggetto sperimenta un isomorfismo tra la propria mente e il mondo esterno: ciò che è pensato e sentito è vissuto come fosse reale e la propria prospettiva è l'unica possibile. La concretezza del pensiero è così assoluta e rigida che può portare a un'enorme sofferenza e, negli adulti, a un pensiero simil-psicotico dove il dubbio è assente. Nello specifico, i clinici riscontrano questa modalità nei pazienti che manifestano un'eccessiva concretezza della propria esperienza, la quale non tollera prospettive alternative. Le narrazioni in seduta possono essere

contraddistinte da locuzioni quali “sempre”, “mai”, “perché tanto lo so”, “è così”. In questi casi i pazienti mostrano frequentemente anche uno sbilanciamento verso la mentalizzazione automatica e affettiva, oppure uno sbilanciamento verso l’altro che viene accusato o colpevolizzato (Anna Freud Center, 2020).

Nella pseudomentalizzazione (Figura 5), invece, i pensieri e i sentimenti sono concepiti solo a condizione che essi non abbiano nessuna connessione con la realtà esterna. Quando l’individuo adotta questa modalità c’è una netta separazione tra la realtà esterna e quella interna, la mentalizzazione diventa un “gioco intellettuale” ed è sconnessa dall’esperienza reale. In alcune forme psicopatologiche gravi si può arrivare anche alla dissociazione e a sentimenti di derealizzazione che riflettono una perdita della mentalizzazione controllata e un eccessivo focus interno. Questa forma di pensiero è possibile riscontrarla nel paziente che parla delle sue esperienze senza ancorarle al mondo reale, ad esempio, quando parla degli stati mentali propri, ma il suo discorso appare vuoto, decontestualizzato, circolare e privo di affetti.

**Figura 5**

*Rappresentazione grafica della relazione tra mondo interno e realtà esterna nella pseudomentalizzazione (tratto da Gagliardini, 2019)*



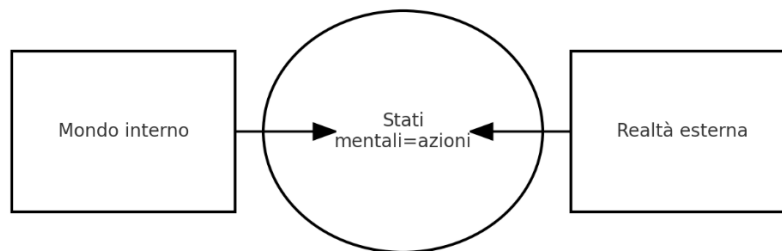
La pseudomentalizzazione può assumere tre differenti forme (Bateman & Fonagy, 2016):

1. Pseudomentalizzazione intrusiva: si manifesta quando l'individuo crede di sapere con assoluta certezza cosa gli altri provano o pensano, l'opacità della mente altrui non viene tenuta in considerazione.
2. Pseudomentalizzazione iperattiva: caratterizzata da un pensiero costante e continuo su ciò che gli altri pensano o provano. L'individuo, tuttavia, non ha un reale e genuino interesse verso l'esperienza altrui.
3. Pseudomentalizzazione distruttivamente impropria: contraddistinta da una totale negazione dei vissuti altrui, al posto dei quali l'individuo crea una propria versione distorta.

La terza modalità di pensiero non-mentalizzante è la modalità teleologica (Figura 6). Quando l'individuo adotta questa modalità gli stati mentali sono riconosciuti e ritenuti validi solo se trovano riscontro nella realtà esterna attraverso manifestazioni fisiche osservabili. Le esperienze sono valutate sulla base delle loro conseguenze tangibili e visibili (Fonagy & Target, 2001; Fonagy et al., 2012), mentre le informazioni riguardanti il mondo interno sono dedotte dalla realtà esterna.

## Figura 6

Rappresentazione grafica della relazione tra mondo interno e stati mentali nel pensiero teleologico (tratto da Gagliardini, 2019)



I soggetti in atteggiamento teleologico esprimono frequentemente uno sbilanciamento verso il polo esterno della mentalizzazione, perdendo la capacità di mentalizzare in modo controllato (Bateman & Fonagy, 2019). Ad esempio, l'affetto è percepito come autentico e reale solo se è accompagnato da gesti fisici (come, ad esempio, un abbraccio o un regalo).

Nei pazienti con diagnosi di disturbo di personalità, questa modalità teleologica si manifesta quando l'interesse e il coinvolgimento emotivo del clinico sono percepiti solo in seguito a interventi tangibili, come l'aumento della dose di un farmaco o la modifica della frequenza delle sedute. In altri casi, i pazienti possono ricorrere ad *acting-out*, quali autolesionismo, comportamenti sessuali a rischio, abuso di sostanze o disregolazione alimentare, nel tentativo di modificare la realtà esterna o il proprio corpo per regolare i propri stati emotivi interni.

Queste modalità non mentalizzate di vivere la soggettività e la realtà esterna conducono spesso a intensa ansia, frustrazione, sensazioni di vuoto e un senso di sé frammentato e incoerente. Gli aspetti del sé non mentalizzati (noti anche come parti

di sé “aliene”) sono vissuti come intollerabili e vengono esternalizzati nel tentativo di gestirli e controllarli (Luyten & Fonagy, 2019; Taubner et al., 2016).

### **1.3 La valutazione della mentalizzazione**

La mentalizzazione, o funzionamento riflessivo (inteso come operazionalizzazione del costrutto), può essere valutata tramite interviste, questionari, metodologie osservative e strumenti proiettivi. Per comprendere pienamente il processo di valutazione, è essenziale distinguere tra mentalizzazione “*online*” e “*offline*”. La mentalizzazione *online* riguarda la componente dinamica e situazionale, presente in tutti gli individui, che varia in funzione del contesto e delle relazioni sociali (Bateman et al., 2023; Colle et al., 2020). Nelle interazioni personali, si attivano specifiche rappresentazioni emotive che cambiano in base ai legami instaurati dall’individuo, facendo sì che il livello di mentalizzazione possa fluttuare a seconda del contesto in cui avviene la valutazione.

Nei pazienti con disturbo borderline di personalità, ad esempio, la capacità di mentalizzare tende a risultare compromessa in presenza di rappresentazioni di attaccamento insicuro. Più intensa è l’attivazione emotiva e più forte il legame di attaccamento, maggiori saranno le difficoltà nella mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2016; Luyten et al., 2019).

La mentalizzazione *offline*, invece, si riferisce al livello di abilità stabile che si manifesta in modo simile in differenti situazioni, definite “più neutre”, prive di stress emotivo e di attivazione del sistema di attaccamento (Dimitrijević et al., 2018).

Non essendo la mentalizzazione una capacità statica e immutabile, la valutazione di questa capacità deve considerare il contesto relazionale in cui avviene la misurazione (Górska & Soroko, 2017; Fonagy et al., 2011).

In quest'ottica, alcuni autori (Luyten et al., 2024) evidenziano l'importanza di considerare l'influenza che l'intervistatore o il terapeuta possa esercitare sulla capacità di mentalizzazione del paziente e, di conseguenza, sul processo di valutazione. È cruciale comprendere in che misura l'interazione con un'altra persona possa influenzare la capacità del soggetto di mentalizzare, così da ottenere una valutazione accurata in contesti interpersonali specifici. Negli ultimi anni, la ricerca ha approfondito le caratteristiche dei terapeuti, soprattutto in termini di attaccamento e funzione riflessiva, per esplorare come questi aspetti possono influenzare l'efficacia della terapia (Cologon et al., 2017; Reading et al., 2019).

### **1.3.1 Strumenti per la valutazione della mentalizzazione negli adulti**

In questa sezione, e ai fini del presente elaborato, mi limiterò a descrivere alcune delle principali misure impiegate per la valutazione della mentalizzazione. Per un'analisi più approfondita, si rimanda a Jańczak (2021).

Le interviste sono stati i primi strumenti sviluppati per misurare la capacità di mentalizzazione *online*. Un esempio emblematico è la Reflective Functioning Scale (RFS; Fonagy, et al., 1998), uno dei metodi più utilizzati per la valutazione di questo costrutto.

La RFS si applica sia alle trascrizioni dell'Adult Attachment Interview (AAI; George et al., 1985) sia alle registrazioni audio o video delle sedute di psicoterapia. Quando viene utilizzata per analizzare le trascrizioni delle psicoterapie, prende il nome di RF *in-session*.

La RFS è uno strumento validato e altamente affidabile, con un'*inter rater reliability* che varia da buona a eccellente (Fonagy et al., 1996), ed è ampiamente utilizzato in diversi contesti di ricerca (Hüwe et al., 2024; Lüdemann et al., 2021).

L'utilizzo di questo strumento richiede un percorso di formazione approfondito per garantire standard elevati di attendibilità e precisione. Inoltre, uno degli aspetti più complessi è il tempo significativo necessario per trascrivere e valutare le interviste o le sedute, un fattore che ne limita l'applicazione su campioni di grandi dimensioni. Le trascrizioni vengono esaminate seguendo le linee guida del manuale RFS che esplora la funzione riflessiva attraverso quattro categorie principali:

- (a) Consapevolezza della natura intenzionale e ambigua degli stati mentali.
- (b) Sforzo consapevole di comprendere gli stati mentali che influenzano il comportamento.
- (c) Consapevolezza della variabilità evolutiva degli stati mentali.
- (d) Riferimento agli stati mentali in relazione all'intervistatore.

Secondo il manuale (Fonagy et al., 1998) le domande che il terapeuta può porre si suddividono in due categorie: le *permit question*, che consentono al paziente di riflettere sugli stati mentali senza richiedere esplicitamente tale riflessione, e le *demand question*, che invece richiedono esplicitamente al paziente di dimostrare un funzionamento riflessivo rispetto ai propri o altrui stati mentali (come ad esempio: "Il rapporto con i suoi genitori è cambiato dall'infanzia ad ora?").

Nell'applicazione della RFS le *demand question* vengono sempre valutate, mentre le *permit question* vengono considerate solo quando fanno emergere riferimenti agli stati mentali. Le *demand question* sono forti predittori del punteggio finale, mentre le *permit question* hanno un'influenza più marginale (Taubner et al., 2013).

Nel caso in cui la RFS venga applicata al trascritto di una seduta di psicoterapia, il testo viene suddiviso in unità verbali. Ogni unità corrisponde a uno scambio tra terapeuta e paziente.

Al termine della valutazione, il valutatore assegna un punteggio su una scala *Likert* a 11 punti che va da -1 (funzione riflessiva negativa) a +9 (funzione riflessiva eccellente). Il risultato finale è una valutazione complessiva del funzionamento dell'individuo; in generale, un punteggio  $\geq 5$  è indicativo di una buona funzione riflessiva.

Uno dei limiti di questo strumento è l'approccio unidimensionale alla valutazione: la RFS, infatti, assegna un punteggio unico che non riesce a cogliere appieno la complessità del costrutto della mentalizzazione.

Per valutare la mentalizzazione *offline*, invece, si utilizzando metodi basati su questionari *self-report*. Questi strumenti vengono applicati in molti contesti, specialmente quando è necessario misurare rapidamente la mentalizzazione su campioni di grandi dimensioni. Essi risultano utili anche per svolgere misurazioni ripetute e distanziate nel tempo, ad esempio per valutare i cambiamenti nella mentalizzazione in seguito a un trattamento psicoterapeutico.

Tra quelli più comunemente utilizzati nella ricerca, c'è il Reflective Functioning Questionnaire (RFQ; Fonagy & Ghinai, 2008).

RFQ è uno strumento *self-report*, composto da due fattori identificati attraverso analisi fattoriali, da cui derivano due sotto scale (ciascuna formata da 6 item): "Incertezza sugli stati mentali" (RFQ\_U; ad esempio, "Qualche volta faccio cose senza sapere davvero il motivo") e "Certeza sugli stati mentali" (RFQ\_C; ad esempio, "So sempre cosa provo"). Al paziente viene chiesto di indicare il proprio grado di accordo con le affermazioni proposte utilizzando una scala *Likert* a 7 punti, dove 1 corrisponde a "Completamente in disaccordo" e 7 a "Completamente d'accordo". Punteggi bassi nella sottoscala RFQ\_C sono indicativi di una tendenza all'ipermentalizzazione, mentre punteggi intermedi riflettono una buona capacità di

mentalizzazione, intesa come un livello adattivo di certezza associato alla fiducia nella natura intenzionale delle azioni.

Per quanto riguarda la sottoscala RFQ\_U, i punteggi alti sono indicativi di una quasi completa mancanza di comprensione degli stati mentali propri e altrui, mentre punteggi bassi riflettono una buona capacità di mentalizzazione, intesa come consapevolezza dell'opacità della mente.

La coerenza interna della scala risulta essere da soddisfacente a eccellente variando leggermente a seconda della sottoscala e del gruppo di studio (Badoud et al., 2015; Fonagy et al., 2016; Morandotti et al., 2018). Questo strumento ha, inoltre, mostrato anche una eccellente affidabilità test-retest, con coefficienti di correlazione di 0.84 e 0.75.

Le ricerche condotte sia su popolazioni cliniche sia non cliniche hanno mostrato che la mentalizzazione, misurata tramite il RFQ, correla positivamente con costrutti simili alla mentalizzazione (quali l'empatia e la *mindfulness*) e negativamente con vari indicatori di psicopatologia (Fonagy et al., 2016).

L'RFQ è pensato per essere una misura di facile utilizzo che necessita di tempi di somministrazione brevi; questo strumento è, infatti, impiegato per misurare il livello complessivo di mentalizzazione e per distinguere tra pazienti con disturbi di personalità e persone del gruppo di controllo (Badoud et al., 2018; Fonagy et al., 2016; Morandotti et al., 2018).

In letteratura esistono diverse versioni di questo strumento, con 8, 46 e 54 item. Tutte queste versioni sono state utilizzate in studi pubblicati, sebbene la versione a 8 item sia la più utilizzata (Jańczak, 2021).

Nonostante i questionari *self-report* richiedano tempi di somministrazione molto più brevi rispetto alle metodologie narrative, essi presentano alcuni limiti, soprattutto con pazienti affetti da disturbi di personalità e con problematiche

egosintoniche che potrebbero avere una limitata consapevolezza dei propri comportamenti e delle interazioni, influenzando negativamente l'utilizzo di strumenti *self-report* (Euler et al., 2021).

Per ottenere un quadro completo rispetto alla mentalizzazione di un individuo, le misurazioni *self-report* dovrebbero essere integrate con altri metodi in grado di valutare la mentalizzazione *online* e da prospettive *multi-informant*. A tal fine, vengono utilizzati anche strumenti *clinician-report*, che consentono di valutare la mentalizzazione dal punto di vista del clinico, quali la Mentalization Imbalances Scale (Gagliardini et al., 2018) e la Modes of Mentalization Scale (Gagliardini & Colli, 2019).

Questi strumenti, facili da somministrare, sono stati progettati per permettere al terapeuta di valutare la mentalizzazione del paziente dopo almeno quattro incontri. L'obiettivo di questo approccio è creare una misura priva dei principali svantaggi associati ai metodi basati su interviste o questionari.

Entrambe le scale sono state originariamente sviluppate in italiano e sono in corso traduzioni in altre lingue.

La Mentalization Imbalances Scale (MIS; Gagliardini et al., 2018) è uno strumento progettato per misurare la mentalizzazione su quattro dimensioni: sé/altro, cognitivo/affettivo, interno/esterno e automatico/controllato. La MIS si basa sull'ipotesi che le difficoltà di mentalizzazione si manifestino in squilibri in una o più di queste dimensioni. La scala MIS comprende 22 domande valutate su una scala *Likert* a 6 punti, da 0 (per nulla descrittivo) a 5 (completamente descrittivo). Ognuna delle sei sotto scale della MIS misura specifici squilibri nelle dimensioni della mentalizzazione.

La coerenza interna di questo strumento è soddisfacente, con coefficienti  $\alpha$  compresi tra 0.70 e 0.89, a seconda della sottoscala. La validità è stata confermata

attraverso la misurazione di profili specifici di disturbi della mentalizzazione associati a diversi disturbi di personalità (Gagliardini et al., 2018). L'affidabilità inter-valutatore è risultata particolarmente buona, soprattutto per terapeuti e individui senza esperienza clinica che hanno ricevuto una formazione specifica nell'uso dello strumento (Gagliardini et al., 2020).

La Modes of Mentalization Scale (MMS; Gagliardini & Colli, 2019) è uno strumento progettato per valutare le modalità non-mentalizzanti nel paziente. La scala è composta da 24 item valutati su una scala *Likert* a 6 punti, che va da 0 (assolutamente non descrittivo) a 5 (assolutamente descrittivo). La MMS comprende cinque sotto scale che rappresentano differenti modalità di pensiero: Eccessiva certezza, Pensiero concreto, Pensiero teleologico, Pseudo-mentalizzazione intrusiva e Buona mentalizzazione.

L'affidabilità della scala si è dimostrata soddisfacente, con coefficienti  $\alpha$  compresi tra 0.67 e 0.91, a seconda della sottoscala. La validità della MMS è stata confermata attraverso studi che hanno evidenziato la correlazione tra mentalizzazione, attaccamento, disturbi di personalità e diversi indicatori clinici, tra cui i comportamenti autolesionistici, le esperienze traumatiche e il numero di ospedalizzazioni (Gagliardini & Colli, 2019). Inoltre, l'accordo tra i valutatori è stato valutato come soddisfacente sia per terapeuti che per persone senza esperienza clinica, purché abbiano ricevuto una formazione specifica nell'uso dello strumento (Gagliardini et al., 2020).

## *Capitolo secondo*

### **Mentalizzazione e processo psicoterapeutico: una revisione delle evidenze empiriche**

La mentalizzazione, definita come la capacità di comprendere i propri e gli altrui stati mentali, ha ricevuto una crescente attenzione nella ricerca in ambito psicologico e psicoterapeutico. Metanalisi e revisioni hanno suggerito che deficit di mentalizzazione sono associati a una vasta gamma di psicopatologie (Fischer-Kern & Tmej, 2019; Johnson et al., 2022); tuttavia, il ruolo specifico che la mentalizzazione gioca nel contesto terapeutico rimane tuttora un'area di indagine attiva e complessa.

Questo capitolo intende fornire una sintesi dei principali risultati empirici, offrendo una panoramica degli studi che esplorano il ruolo della mentalizzazione nel processo psicoterapeutico.

#### **2.1 Mentalizzazione come predittore degli esiti terapeutici**

Come evidenziato nel capitolo precedente, la capacità di mentalizzare rappresenta un elemento centrale per il nostro funzionamento sociale. È importante sottolineare che alterazioni, sia temporanee che croniche, della mentalizzazione sono frequentemente riscontrate in diverse forme di psicopatologia (Debbané et al., 2016; Johnson et al., 2022; Luyten et al., 2020). Da questa prospettiva, la mentalizzazione può assumere un ruolo determinante come predittore del miglioramento clinico in vari approcci psicoterapeutici (Bateman et al., 2023).

Considerando che la mentalizzazione è essenziale per entrare in connessione con gli altri, si può ipotizzare che pazienti con competenze mentalizzanti più sviluppate possano trarre maggiore beneficio dalla psicoterapia. Questo beneficio potrebbe riflettersi nella qualità dell'alleanza terapeutica e in miglioramenti più rapidi e significativi nei sintomi, rispetto a coloro che presentano maggiori difficoltà nella mentalizzazione.

Una recente revisione sistematica, condotta da Luyten e colleghi (2024) su pazienti adulti, ha esplorato in modo approfondito il ruolo della mentalizzazione nel trattamento psicoterapeutico. La revisione ha incluso 33 studi, la maggior parte dei quali ( $n = 27$ ; 81,8%) hanno esaminato la relazione tra la mentalizzazione del paziente e l'esito terapeutico.

I risultati relativi all'influenza della capacità di mentalizzazione pretrattamento sull'efficacia terapeutica appaiono contrastanti (Tabella 1): alcuni studi (Boldrini et al., 2018; Bressi et al., 2017; Ekeblad et al., 2016; Halstensen et al. 2021; Müller et al., 2006; Taubner et al., 2015; Tmej et al., 2018) indicano che livelli più elevati di mentalizzazione all'inizio del trattamento sono associati positivamente a un miglioramento in termini di esito. Altri studi, invece, evidenziano che livelli di mentalizzazione pretrattamento sono positivamente associati con l'alleanza terapeutica (Katznelson et al., 2020), ma non con l'esito del trattamento (De Meulemeester et al., 2018).

Sette studi hanno indagato il possibile ruolo della mentalizzazione come predittore dell'esito terapeutico tramite l'RFS. Nello studio di Antonsen e colleghi (2016), i risultati hanno evidenziato che la capacità di mentalizzazione di base, non è risultata un predittore significativo di alcun esito clinico nei diversi gruppi di trattamento. Tuttavia, la funzione riflessiva (RF) è emersa come un moderatore significativo degli effetti del trattamento su diverse variabili di esito, tra cui

il Global Severity Index, ma i risultati variavano in base alla capacità di mentalizzazione dei pazienti e al tipo di trattamento erogato.

Lo studio di Bressi e collaboratori (2017) ha coinvolto 24 pazienti con diagnosi di disturbo depressivo maggiore, trattati con un programma di psicoterapia psicodinamica a breve termine in concomitanza con tecniche basate sulla mentalizzazione. I risultati hanno evidenziato che livelli più elevati di funzione riflessiva pretrattamento erano predittori significativi di miglioramenti nei sintomi depressivi.

Ekeblad e colleghi (2016) hanno evidenziato una predizione significativa del punteggio iniziale dell'RFS sull'andamento del BDI-II (Beck Depression Inventory-II) nel corso di 14 sedute.

Lo studio di Müller e collaboratori (2006) condotto, invece, su pazienti con disturbi alimentari e sintomatologia depressiva (n=24), ha mostrato che punteggi più elevati di funzione riflessiva pretrattamento predicevano una riduzione del disagio sintomatologico misurato con il Global Severity Index.

Nello studio di Tmej e colleghi (2018), i punteggi di funzione riflessiva pretrattamento nei pazienti con DBP (n=63) hanno predetto cambiamenti nell'attaccamento, durante la valutazione svolta al follow-up. I pazienti che hanno modificato il loro schema di attaccamento (da insicuro a sicuro) mostravano una capacità riflessiva significativamente più elevata rispetto ai pazienti che non hanno mostrato tali cambiamenti.

Taubner e collaboratori (2015), invece, sono giunti a risultati contrastanti. Su un periodo di 36 mesi hanno trovato un miglioramento significativo del BDI predetto dal punteggio iniziale dell'RFS, spiegando il 23,04% della varianza nel cambiamento del BDI-II; tuttavia, non è stato trovato alcun effetto significativo del punteggio iniziale dell'RFS sul cambiamento del Global Score Index.

Anche nella ricerca condotta da Katznelson e colleghi (2020) non è stata trovata alcuna correlazione tra il punteggio RFS di base e gli esiti del trattamento in un gruppo di pazienti (n=38) affetti da bulimia nervosa. I punteggi RF pretrattamento erano predittivi solo di una migliore alleanza terapeutica.

In due studi è stato utilizzato un metodo differente per misurare la mentalizzazione come possibile predittore. Oltre all'RFS, Ekeblad e collaboratori (2016) hanno applicato il Depression Specific Reflective Functioning (DSRF) riscontrando una predizione significativa sull'andamento del BDI-II nel corso di 14 sedute. Boldrini e colleghi (2018) hanno esaminato le sedute terapeutiche con il Computerized Textual Reflective Functioning (CRF), riscontrando che il CRF ha predetto significativamente l'indice finale di salute della personalità (Personality Health Index; PHI) e i punteggi GAF (Global Assessment of Functioning), così come i cambiamenti pre-post in queste misure.

In due studi la mentalizzazione è stata misurata tramite il RFQ (Reflective Functioning Questionnaire): Halstensen e colleghi (2021) hanno evidenziato che, in un campione di 56 pazienti con diagnosi di depressione trattati con un programma intensivo di psicoterapia psicodinamica in regime di ricovero, la riduzione dei sintomi depressivi era predetta da punteggi più elevati nella sottoscala "Certezza" (RFQ-C). Tuttavia, non è stato osservato un effetto analogo per la sottoscala "Incertezza" (RFQ-U). Invece, lo studio di De Meulemeester e collaboratori (2018) che ha coinvolto 175 pazienti con diagnosi di DBP trattati con un programma di psicoterapia psicodinamica in regime di ricovero, ha evidenziato che i livelli pretrattamento di mentalizzazione, sia in termini di certezza sugli stati mentali (RFQ-C) sia di incertezza sugli stati mentali (RFQ-U), non sono risultati predittivi di cambiamenti nei sintomi.

Da questi risultati appare che livelli più elevati di mentalizzazione pre-trattamento potrebbero rappresentare un predittore di miglioramenti negli esiti terapeutici, con un solo studio che non ha riscontrato nessuna associazione tra mentalizzazione pre-trattamento ed esiti (De Meulemeester et al., 2018); un dato rilevante considerando l'eterogeneità delle condizioni diagnostiche e delle modalità psicoterapeutiche esaminate negli studi.

Nonostante ciò, numerosi studi hanno riportato evidenze contrastanti, indicando che i livelli basali di mentalizzazione predicono gli esiti solo per alcune misure, ma non per altre (Luyten et al., 2024).

**Tabella 1***Sintesi dei risultati relativi alla mentalizzazione baseline come predittore degli esiti terapeutici*

<b>Primo autore (anno)</b>	<b>Diagnosi</b>	<b>Campione e tipo di Trattamento</b>	<b>Risultati principali</b>
Antonsen et al. (2016)	DBP e DEP	N = 42, Trattamento Step-down N = 37, Trattamento ambulatoriale	La RF baseline non è risultata un predittore significativo di alcun esito clinico nei due gruppi di trattamento.
Boldrini et al., (2018)	DP e altri disturbi clinici	N = 27, Psicoterapia psicoanalitica	La RF baseline ha predetto i cambiamenti positivi in due misure globali del funzionamento della personalità.
Bressi et al. (2017)	DM	N = 24, PDT breve in concomitanza con tecniche basate sulla mentalizzazione	RF baseline è risultata predittore di miglioramenti nei sintomi depressivi.
De Meulemeester et al. (2018)	DBP	N = 175, PDT in regime di ricovero	I livelli di mentalizzazione baseline (sia RFQ-C che RFQ-U) non sono stati predittivi del cambiamento sintomatologico.
Ekeblad et al. (2016)	DM	N = 48, CBT N = 48, IPT	RF baseline, e la DSRF sono risultate associate a una più rapida riduzione dei sintomi. La DSRF pretrattamento, ma non la RF pretrattamento, ha predetto anche una maggiore percezione di alleanza terapeutica da parte dei pazienti.
Halstensen et al. (2021)	DM	N = 56, PDT intensiva in regime di ricovero	La riduzione dei sintomi depressivi è stata predetta da livelli più elevati nella sottoscala “Certeza” (RFQ-C), mentre i livelli basali di RFQ-U non hanno mostrato alcuna influenza sui risultati sintomatologici.
Katznelson et al., (2020)	Bulimia nervosa	N = 33, Psicoterapia psicoanalitica N = 35, CBT	La RF baseline è risultata predittiva di una migliore alleanza terapeutica, ma non del cambiamento sintomatologico.
Müller et al., (2006)	DCA e sintomatologia depressiva	N = 24, PDT	RF baseline ha predetto una riduzione del disagio sintomatologico misurato con il Global Severity Index.
Taubner et al. (2015)	DM	N = 20, Psicoterapia psicoanalitica	RF baseline ha predetto un miglioramento significativo del BDI, ma non dei cambiamenti sintomatologici misurati con il Global Score Index.

Tmej et al., (2018)

DBP

N = 63, Psicoterapia di  
comunità e TFP

I punteggi RF pretrattamento hanno predetto cambiamenti nell'attaccamento durante il follow-up.  
I pazienti che hanno trasformato il proprio stile di attaccamento da insicuro a sicuro hanno evidenziato una capacità riflessiva significativamente superiore rispetto a coloro che non hanno manifestato tali trasformazioni.

---

*Nota.* RF = Reflective Function; DBP = Disturbo Borderline di Personalità; DEP = Disturbo Evitante di Personalità; DP = Disturbo di Personalità; DM= Depressione Maggiore; PDT = Psychodynamic Therapy; RFQ-C= Reflective Functioning Questionnaire-Certainty; RFQ-U = Reflective Functioning Questionnaire-Uncertainty; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; TFP = Transference Focused Psychotherapy; SFT = Supportive Psychodynamic Therapy; DBT = Dialectical Behavior Therapy; TAU = Treatment As Usual; IPT = Interpersonal Psychotherapy; DBT = Dialectical Behavior Therapy; DSRF = Depression Specific Reflective Functioning; DCA = Disturbi del Comportamento Alimentare; BDI-II = Beck Depression Inventory.

## **2.2 Cambiamenti nella mentalizzazione ed esiti terapeutici**

Per quanto riguarda l'analisi del ruolo della mentalizzazione come meccanismo di cambiamento, i risultati emersi da differenti studi offrono un quadro complesso e variegato (Tabella 2). Alcune ricerche hanno evidenziato che miglioramenti nella mentalizzazione durante il trattamento sono associati a progressi negli esiti sintomatologici e nel processo terapeutico (Chiesa et al., 2021; De Meulemeester et al. 2018; Diamond et al., 2023; Fischer-Kern et al. 2015; Zeeck et al., 2021).

Ad esempio, lo studio di Chiesa e colleghi (2021) che ha coinvolto 111 pazienti con diagnosi di disturbo di personalità suddivisi in tre gruppi di trattamento (General Psychiatric Program, GP, n=40; Residential Program, RT, n=39; Residential Step-Down Program, RT-CBP, n=32), ha mostrato che la RF è migliorata maggiormente nel gruppo RT-CBP, leggermente nel gruppo RT e si è deteriorata nel gruppo GP (che non includeva interventi di psicoterapia). I cambiamenti nella RF, misurata tramite il punteggio RFS applicato alle interviste dell'Adult Attachment Interview (AAI), hanno parzialmente mediato l'effetto del tipo di trattamento sugli esiti terapeutici. L'analisi di correlazione ha evidenziato che miglioramenti della RF erano significativamente associati all'adattamento sociale e al funzionamento globale, ma non al disagio psichiatrico (Global Score Index).

Analogamente, nello studio di De Meulemeester e collaboratori (2018) è stata osservata una significativa riduzione dell'incertezza sugli stati mentali (RFQ-U), correlata al miglioramento sintomatologico, mentre non sono state evidenziate variazioni nella certezza sugli stati mentali (RFQ-C).

Anche Zeeck e colleghi (2021) hanno riscontrato miglioramenti significativi nella sottoscala RFQ-U tra l'inizio del trattamento e valutazioni successive. Tuttavia, non sono stati osservati cambiamenti significativi in RFQ-C. Inoltre, il cambiamento in RFQ-U è risultato significativamente associato a un miglioramento del funzionamento globale, ma non dei sintomi del disturbo alimentare. Non sono stati trovati effetti significativi del trattamento sul cambiamento di RFQ-C.

Lo studio di Diamond e collaboratori (2023) ha coinvolto 104 pazienti con DBP suddivisi in due gruppi di trattamento (Transference-Focused Psychotherapy, TFP, n=52; Experienced Community Psychotherapy, ECP, n=52). Sebbene l'effetto diretto del trattamento sul cambiamento della RF non sia stato riportato, è stato osservato che miglioramenti della RF erano significativamente associati alla riduzione dei sintomi, all'incremento del funzionamento globale (GAF) e a miglioramenti nell'organizzazione della personalità (Structured Interview of Personality Organization; STIPO), ma non nei livelli di aggressività.

Lo studio di Fischer-Kern e collaboratori (2015) condotto su 104 pazienti con disturbo borderline di personalità, ha mostrato miglioramenti significativi nella RF dopo un anno di TFP. Questi progressi sono risultati correlati a una riduzione dei sintomi e a un miglioramento nell'organizzazione della personalità. Mentre, nei pazienti trattati con ECP (Experienced Community Psychotherapy) non sono stati riscontrati cambiamenti significativi.

Al contrario, altri studi (Boldrini et al., 2018; Ekeblad et al., 2023; Milrod et al., 2020) non hanno osservato cambiamenti significativi nella funzione riflessiva durante il trattamento.

Lo studio di Boldrini e colleghi (2018) ha coinvolto 27 pazienti sottoposti a psicoterapia psicoanalitica, con l'obiettivo di analizzare i cambiamenti nella RF attraverso un'analisi testuale computerizzata (CRF) delle sessioni terapeutiche. I

risultati non hanno rilevato cambiamenti significativi nei punteggi CRF nel corso del trattamento.

In modo analogo, lo studio di Milrod e collaboratori (2020), condotto su 29 pazienti sottoposti a psicoterapia interpersonale (Interpersonal Psychotherapy, IPT), in cui la funzione riflessiva è stata valutata tramite la Symptom-Specific Reflective Functioning Interview (SSRF), ha evidenziato che l'IPT non ha determinato cambiamenti significativi nella funzione riflessiva specifica per i sintomi.

Anche Ekeblad e colleghi (2023) hanno valutato 96 pazienti con diagnosi di disturbo depressivo maggiore, suddivisi in due gruppi di trattamento: CBT (n=48) e IPT, (n=48). La RF è stata valutata utilizzando il punteggio RFS sia sull'AAI sia sulla Depression-Specific Reflective Functioning Interview. I risultati hanno mostrato che sebbene la RF generale sia migliorata durante il trattamento solo nel gruppo IPT, non è stata trovata alcuna correlazione tra i cambiamenti nella RF e la riduzione dei sintomi depressivi. Questi risultati indicano che la IPT può promuovere miglioramenti nella funzione riflessiva generale, ma tali cambiamenti non sembrano influenzare direttamente la riduzione della depressione.

Altri studi evidenziano una cornice complessa e non uniforme riguardo al ruolo della mentalizzazione nei trattamenti psicoterapeutici.

Nello studio di Taubner e colleghi (2015) non è stata trovata alcuna correlazione significativa tra il cambiamento di RFS e il cambiamento nei punteggi BDI e GSI tra il baseline e la valutazione a 36 mesi.

Analogamente, Solomonov e collaboratori (2019) hanno condotto uno studio su un campione di 102 pazienti con diagnosi di disturbo di panico, suddivisi in due gruppi di trattamento: CBT (n=53) e psicoterapia psicodinamica focalizzata sul

panico (PFPP, n=49). I risultati hanno evidenziato che i miglioramenti nella PSRF non erano predittivi degli esiti sintomatologici al termine del trattamento.

Tuttavia, altre evidenze suggeriscono che il tipo di trattamento influisce significativamente sulla capacità di promuovere cambiamenti nella mentalizzazione. Alcuni studi (Barber et al., 2020; Katznelson et al., 2020) hanno mostrato che i miglioramenti nella funzione riflessiva sono più frequenti in trattamenti psicodinamici rispetto alla CBT.

Nello studio di Barber e colleghi (2020) è stato esaminato il cambiamento precoce nella mentalizzazione utilizzando l'RFS e il PSRF in due approcci psicoterapeutici: CBT e PFPP. Non è stato osservato alcun miglioramento nei punteggi RFS in nessuno dei due trattamenti, né una relazione significativa tra il cambiamento precoce di RFS e il cambiamento degli esiti. È, tuttavia, emerso un miglioramento statisticamente significativo nella PSRF nel gruppo di psicoterapia psicodinamica focalizzata sul panico, ma non nel gruppo CBT. Successive analisi hanno rivelato che, in entrambi i gruppi, un miglioramento precoce nella PSRF era significativamente associato a un miglioramento sintomatologico.

In sintesi, mentre alcuni studi indicano che il miglioramento della RF possa predire esiti positivi, altri non rilevano questo effetto. Complessivamente, sembra che la relazione tra i cambiamenti nella RF e l'esito terapeutico possa variare a seconda del contesto terapeutico, della popolazione studiata e delle modalità di misurazione adottate.

Questo sottolinea sia la necessità di ulteriori ricerche per chiarire queste complesse dinamiche sia la possibilità che i cambiamenti nella mentalizzazione siano più pronunciati o rilevanti in alcuni contesti terapeutici rispetto ad altri. In particolare, le terapie che enfatizzano l'esplorazione degli stati mentali potrebbero

promuovere maggiormente la mentalizzazione rispetto a quelle che si concentrano su strategie comportamentali o cognitive.

Sorprendentemente, l'MBT è stato esaminato solo in due degli studi citati (Bressi et al., 2017; Zeeck et al., 2021). Come affermato da Luyten e colleghi (2024) è necessario condurre ulteriori ricerche per comprendere come i risultati del trattamento possano essere influenzati dall'aderenza al prototipo MBT. Il paragrafo seguente approfondisce il trattamento MBT, delineando le evidenze empiriche disponibili in letteratura.

**Tabella 2**

*Sintesi dei risultati relativi ai cambiamenti nella mentalizzazione come predittori di esiti terapeutici*

<b>Autore (anno)</b>	<b>Diagnosi</b>	<b>Campione e tipo di trattamento</b>	<b>Risultati principali</b>
Barber et al., (2020)	Disturbo di panico	N = 67, CBT N = 63, PFPP	Non sono emersi miglioramenti significativi nella RF in nessuna delle modalità di trattamento. Un incremento statisticamente significativo della PSRF è stato osservato, ma non nel gruppo CBT. Nella CBT e PFPP, il miglioramento precoce della PSRF era significativamente associato al miglioramento sintomatologico.
Boldrini et al. (2018)	DP e altri disturbi clinici	N = 27, Psicoterapia psicoanalitica	Nessun cambiamento significativo nella CRF durante il trattamento psicoanalitico.
Chiesa et al. (2021)	DP	N = 40, GP N = 39, RT N = 32, RP-CBP	I cambiamenti nella RF hanno mediato parzialmente l'effetto del tipo di trattamento sugli esiti terapeutici. I cambiamenti nella RF erano significativamente associati ai punteggi SAS e GAS, ma non al GSI.
De Meulemeester et al., (2018)	DBP	N = 175, Ospedalizzazione con PDT	Il trattamento ha portato a una riduzione significativa di RFQ-U, mentre non si è osservata una diminuzione significativa di RFQ-C. I cambiamenti nei punteggi di RFQ-U erano correlati ai cambiamenti nella gravità dei sintomi, indicando che una maggiore riduzione dell'RFQ-U nel tempo era strettamente associata a un miglioramento sintomatologico.
Diamond et al. (2023)	DBP	N = 52, TFP N = 52, ECP	Miglioramenti della RF erano significativamente associati alla riduzione dei sintomi, all'incremento del funzionamento globale e a miglioramenti nell'organizzazione della personalità, ma non nei livelli di aggressività.
Ekeblad et al. (2023)	DM	N = 48, CBT N = 48, IPT	La RF, ma non quella specifica per la depressione, ha mostrato un miglioramento durante il trattamento solo nel gruppo IPT. Non è stata trovata alcuna correlazione tra i cambiamenti nella RF e i cambiamenti nei sintomi depressivi.

Fischer-Kern et al., (2015)	DBP	N = 52, TFP N = 52, ECP	Dopo un anno di TFP, sono stati osservati miglioramenti significativi nella RF, mentre nel gruppo trattato con ECP non si sono riscontrati cambiamenti rilevanti. Inoltre, gli aumenti nella RF sono risultati predittivi di una diminuzione dei livelli di compromissione sintomatologica legati all'organizzazione della personalità.
Katznelson et al. (2020)	Bulimia nervosa	N = 33, Psicoterapia psicoanalitica N = 35, CBT	I cambiamenti nella RF sono associati a un miglioramento sintomatologico nel gruppo di psicoterapia psicoanalitica, ma non in quello CBT.
Milrod et al. (2020)	PTSD	N = 29, IPT	Nessun cambiamento significativo nella SSRF durante il trattamento IPT.
Solomonov et al. (2019)	Disturbo di panico	N = 53, CBT N = 49, PFPP	Il miglioramento della PSRF non ha predetto in modo significativo l'esito sintomatologico al termine del trattamento.
Taubner et al., (2015)	DM	N = 20, Psicoterapia psicoanalitica	Il cambiamento nei punteggi RFS non risultava associato a miglioramenti sintomatologici significativi (BDI e GSI) dopo 36 mesi.
Zeeck et al., (2021)	DCA	N = 40, MBT day-hospital	Il cambiamento in RFQ-U è risultato significativamente associato a un miglioramento del funzionamento globale, ma non dei sintomi del disturbo alimentare. Non sono stati trovati effetti significativi del trattamento sul cambiamento di RFQ-C.

*Nota.* CBT = Cognitive Behavioral Therapy; PFPP = Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy; RF = Reflective Function; PSRF = Panic-Specific Reflective Functioning; DP = Disturbo di Personalità; GP = General Psychiatric Program; RT = Residential Program; RT-CBP = Residential Step-Down Program; SAS = Social Adjustment Scale; GAS = Global Assessment Scale; GSI = Global Severity Index; BPD = Borderline Personality Disorder; PDT = Psychodynamic Therapy; RFQ-C = Reflective Functioning Questionnaire Certainty; RFQ-U = Reflective Functioning Questionnaire Uncertainty; TFP = Transference Focused Psychotherapy; ECP = Experienced Community Psychotherapy; PTSD = Disturbo Post Traumatico da Stress; DM = Depressione Maggiore; IPT = Interpersonal Psychotherapy; SSRF = Symptom-Specific Reflective Functioning Interview; PFPP = Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy; PSRF = Panic-Specific Reflective Functioning; BDI = Beck Depression Inventory; DCA = Disturbi del Comportamento Alimentare; MBT = Mentalization Based-Treatment.

### **2.3 Il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione**

L'MBT si articola in un programma annuale progettato per potenziare e incrementare progressivamente le capacità di mentalizzazione del paziente all'interno della seduta (Bateman & Fonagy, 2016; Bateman et al., 2023).

Originariamente sviluppato per i pazienti con disturbo borderline di personalità, nel tempo, il trattamento è stato esteso ad altre condizioni cliniche, come il disturbo antisociale di personalità, i disturbi del comportamento alimentare e il disturbo post-traumatico da stress.

Alla base del trattamento vi è l'idea che il disturbo borderline possa essere compreso come una risposta a fallimenti e dissintonie nelle relazioni primarie di attaccamento. Esperienze precoci in cui il caregiver non riesce a fornire un rispecchiamento adeguato e sintonizzato con il vissuto interno del bambino possono compromettere lo sviluppo della capacità di mentalizzazione. L'obiettivo principale dell'MBT è dunque il ripristino di questa capacità, attraverso la creazione di un contesto terapeutico che non si limita a esplorare i contenuti cognitivi, ma che pone al centro la mente del paziente. In questo processo, la relazione terapeutica diventa un'area di co-costruzione, dove paziente e terapeuta lavorano insieme per ricostruire il senso di sé e del mondo (Bateman & Fonagy, 2006; 2016).

Una seduta o una sessione MBT si compone di diversi elementi integrati e finalizzati a potenziare la capacità di mentalizzazione del paziente, facilitando il riconoscimento di sé come agente indipendente e promuovendo la capacità di riflettere sulle esperienze personali da prospettive differenti, come quella del terapeuta o di altre persone significative. Questa abilità consente al paziente di

avvicinarsi a una comprensione condivisa, rendendo la comunicazione bidirezionale e reciproca.

Il pilastro fondamentale del trattamento MBT è la capacità del terapeuta di mantenere una “Posizione di Non Conoscenza”, intesa come un atteggiamento contraddistinto da autentica curiosità e interesse per il mondo interno del paziente. Il secondo elemento riguarda la capacità del clinico di essere in grado di strutturare la seduta, identificando un focus di lavoro che aiuti il paziente a stabilire le priorità tra le questioni da affrontare, promuovendo un’interazione cooperativa caratterizzata da un lavoro congiunto. Questi aspetti costituiscono ciò che viene definito “Struttura Mentalizzante della Seduta”.

Un altro componente fondamentale del trattamento MBT riguarda la capacità del clinico di generare un “Processo Mentalizzante” e controllare il flusso della seduta. Ciò si manifesta attraverso specifiche tecniche terapeutiche, quali la validazione empatica, il riconoscimento e il rinforzo della buona mentalizzazione, il controllo del livello di eccitazione oltreché degli squilibri nelle diverse dimensioni della mentalizzazione.

È, inoltre, fondamentale che il clinico sia in grado di riconoscere e intervenire nei momenti in cui il paziente manifesta modalità di pensiero pre-mentalizzanti, facilitando così un ritorno a processi mentalizzanti più funzionali.

L’MBT enfatizza anche gli aspetti affettivi del processo terapeutico, utilizzando strategie che aiutino il paziente a costruire una “Narrazione Affettiva” e mentalizzata, identificando, chiarendo e comprendendo le dimensioni emotive delle proprie esperienze.

Infine, un aspetto centrale dell’MBT è la capacità del terapeuta di esplorare le dinamiche relazionali che si sviluppano nel qui e ora della seduta. Questo avviene attraverso un approccio mentalizzante caratterizzato da interventi marcati,

contingenti e congruenti, da un'attenzione empatica al discorso del paziente e da un'esplorazione congiunta della relazione terapeuta-paziente.

Queste tecniche verranno trattate in maniera più approfondita nel prossimo capitolo.

### **2.3.1 Efficacia del Trattamento Basato sulla Mentalizzazione**

Una Cochrane review (Storebø et al., 2020), includendo 400 report di cui 75 studi clinici, ha evidenziato l'efficacia di alcune psicoterapie specifiche per il DBP rispetto al trattamento abituale (Treatment As Usual, TAU). In questo contesto, l'MBT ha prodotto risultati rilevanti sull'autolesionismo, sulle tendenze suicidarie e sulla sintomatologia depressiva, quando confrontata con il TAU. Risultati simili sull'efficacia dell'MBT, in termini di riduzione dei sintomi, si sono osservati anche in altri studi (Drozek & Unruh, 2020; Jørgensen et al., 2013; Vogt & Norman, 2019); ad esempio la meta-analisi condotta da Vogt e Norman (2019), che ha incluso 14 studi con un totale di 885 partecipanti, ha rilevato che la maggior parte dei pazienti ha mostrato una diminuzione dei sintomi del disturbo borderline a seguito del trattamento MBT, con dimensioni dell'effetto che variavano da 0.59 a 1.79. Inoltre, si è registrata anche una significativa riduzione dei comportamenti autolesionistici e dei tentativi di suicidio. Recenti evidenze suggeriscono che l'MBT possa essere efficace anche nel trattamento di pazienti con depressione (Bressi et al., 2017; Jakobsen et al., 2014) e con disturbi alimentari (Balestrieri et al. 2015; Robinson et al., 2016).

Come affermato in precedenza, i risultati confermano che anche terapie non specificamente orientate alla mentalizzazione possono comunque influire sulla mentalizzazione del paziente (Luyten et al., 2024). Una questione importante

riguarda quali aspetti del processo psicoterapeutico possano influenzare la capacità di mentalizzazione del paziente. Le poche evidenze disponibili in letteratura indicano che l'aderenza ai principi del MBT e la capacità di mentalizzazione del terapeuta (*Therapist-RF*, TRF) svolgono un ruolo significativo nell'influenzare gli esiti terapeutici.

Un numero limitato di studi ha esaminato la relazione tra interventi volti a migliorare la mentalizzazione e la capacità di mentalizzare dei pazienti all'interno delle sedute terapeutiche (Möller et al., 2017; Kivity et al., 2021; Kornhas et al., 2020; Meier et al., 2023). In queste ricerche, la mentalizzazione è stata valutata attraverso la RFS (Fonagy et al., 1998), la quale è stata utilizzata sia per analizzare singoli enunciati del discorso dei pazienti (Möller et al., 2017; Kivity et al., 2021) sia per valutare segmenti di tre minuti delle sedute, basandosi sulle dichiarazioni dei pazienti all'interno di tali segmenti (Kornhas et al., 2020; Meier et al., 2023).

Möller e colleghi (2017) hanno analizzato se l'impiego di interventi MBT da parte dei terapeuti fosse collegato alla capacità dei pazienti di mentalizzare durante le sedute. Lo studio ha analizzato due trascrizioni di sedute di psicoterapia per ciascuno dei 15 pazienti inclusi nella ricerca. L'aderenza ai principi dell'MBT da parte dei terapeuti ha predetto punteggi più elevati di funzione riflessiva nei pazienti durante le sessioni. Inoltre, le richieste di mentalizzazione da parte dei terapeuti sono risultate associate a un miglioramento della funzione riflessiva nei pazienti.

Lo studio di Kivity e collaboratori (2021) ha coinvolto 88 pazienti con DBP, suddivisi in tre gruppi di trattamento: Transference-Focused Psychotherapy (TFP, n=30), Dialectical Behavior Therapy (DBT, n=29) e Supportive Psychodynamic Therapy (SPT, n=29). L'analisi dei turni di parola durante le sedute ha evidenziato che le richieste di riflessione da parte del terapeuta erano predittive di un aumento della RF in seduta. Un incremento della RF era a sua volta associato a una riduzione

dell'attivazione emotiva in-sessione. Questi risultati sottolineano l'importanza delle richieste di riflessione nel promuovere la funzione riflessiva e nel regolare l'*arousal* emotivo durante il trattamento, indipendentemente dall'approccio terapeutico utilizzato.

Anche Kornhas e colleghi (2020) hanno indagato, in una terapia a lungo termine con un paziente affetto da DBP, la relazione tra domande volte a migliorare la mentalizzazione (Mentalization-Enhancing Question; MEQ) e mentalizzazione del paziente. Sono state selezionate casualmente 20 sedute appartenenti a cinque momenti temporali diversi e, come previsto, le MEQ hanno contribuito significativamente a un aumento della capacità di mentalizzare (Kornhas et al., 2020).

Meier e colleghi (2023) per valutare la relazione tra interventi chiave MBT e la mentalizzazione del paziente hanno analizzato 84 sedute di terapia svolte con 28 pazienti con anoressia nervosa; i risultati hanno mostrato che i MEI (Mentalization-Enhancing Interventions, interventi di potenziamento della mentalizzazione eseguiti da psicoterapeuti) sono risultati positivamente correlati con la RF in seduta e, inoltre, con il miglioramento della RF nell'arco del trattamento. Tuttavia, i MEI non hanno predetto in modo significativo l'esito alla fine del trattamento o nel follow-up a un anno.

Anche in un recente studio di Zeeck e collaboratori (2024) è emerso che gli interventi MBT, in particolare la validazione empatica e le *demand question* erano efficaci nel migliorare la capacità riflessiva dei pazienti con disturbi alimentari (n=19) durante le sedute di psicoterapia.

Al contrario, Zeeck e colleghi (2022) non hanno trovato una relazione significativa tra la RF in-sessione e gli esiti terapeutici, tranne che per

un'associazione tra miglioramenti della RF in-sessione e un aumento dell'indice di massa corporea (BMI) tra T<sub>2</sub> e T<sub>3</sub> in pazienti (n=28) con anoressia nervosa.

La letteratura, inoltre, offre pochi studi dedicati all'analisi della capacità di mentalizzazione del terapeuta.

Reading e colleghi (2019) hanno esplorato l'effetto della funzione riflessiva del terapeuta (TRF) sugli esiti terapeutici su un campione di pazienti (n=43) trattati con Brief Relational Therapy (BRT). È emerso che l'effetto positivo della TRF sugli esiti era presente solo dalla fase iniziale alla fase finale del trattamento, ma non nel follow-up a sei mesi. In aggiunta, una maggiore TRF, nella fase intermedia del trattamento si è dimostrata efficace nella gestione e risoluzione delle rotture tra terapeuta e paziente.

Lo studio di Cologon e collaboratori (2017), che ha coinvolto 1001 pazienti trattati con diverse forme di terapia, ha evidenziato che la TRF si è dimostrata un predittore dell'efficacia terapeutica, suggerendo una relazione dose-risposta tra il livello di TRF del terapeuta e il miglioramento sintomatologico nei pazienti. Allo stesso modo, negli studi di Karlsson e Kermott (2006), la RF è stata valutata utilizzando il punteggio RFS applicato alle trascrizioni delle sedute, insieme a un'analisi *item-by-item* del Psychotherapy Process Q-set (PQS; Jones, 2000).

Il PQS è uno strumento che consente una valutazione dettagliata delle dinamiche del processo terapeutico, e delinea un prototipo ideale di una sessione di psicoterapia, permettendo così di confrontare e approfondire le specificità di ciascun approccio. Gli item del PQS che rappresentavano caratteristiche positive del processo terapeutico, come ad esempio: “il terapeuta percepisce accuratamente il processo terapeutico”, erano associati a punteggi RF più elevati. Al contrario, punteggi RF bassi erano correlati con *item* del PQS che indicavano un processo terapeutico meno efficace, quali ad esempio “il paziente rifiuta i commenti e le

osservazioni del terapeuta”. Le correlazioni tra processi terapeutici (positivi e negativi) e i punteggi RF erano statisticamente significative.

Questi risultati indicano che interventi focalizzati sulla mentalizzazione in seduta possono avere effetti immediati sul processo terapeutico, ma il loro impatto sugli esiti richiede ulteriori indagini.

Inoltre, il ruolo del terapeuta nel migliorare la mentalizzazione in seduta è cruciale per favorire processi come la regolazione emotiva e il funzionamento interpersonale, sebbene gli esiti varino in base alle misure specifiche e ai contesti terapeutici.

I risultati attuali suggeriscono che la mentalizzazione possa svolgere ruoli multipli e complessi nel processo psicoterapeutico. Tuttavia, la variabilità metodologica tra gli studi, inclusa l’eterogeneità delle misure di mentalizzazione e degli approcci terapeutici, rende difficile trarre conclusioni definitive.

Luyten e colleghi (2024) propongono di indirizzare gli studi verso la misurazione simultanea dell’aderenza al trattamento MBT e della capacità di mentalizzazione del paziente. Questo approccio potrebbe fornire maggiore chiarezza sull’efficacia degli interventi specificamente focalizzati sulla mentalizzazione.

## *Capitolo terzo*

### **Studio 1**

#### **Le tecniche del trattamento basato sulla mentalizzazione nelle terapie psicodinamiche, cognitivo-comportamentali e MBT.**

##### **3.1 Introduzione**

Sebbene l'MBT sia un trattamento progettato specificamente per potenziare la capacità di mentalizzazione nei pazienti con disturbi di personalità, i suoi ideatori hanno riconosciuto che anche altri approcci terapeutici, pur basati su principi teorici differenti, possono promuovere il miglioramento di questa abilità. Bateman e Fonagy (2004) affermano che: “l'efficacia potenziale di tutti i trattamenti dipende non tanto dalla loro cornice, quanto dalla loro capacità di aumentare la mentalizzazione del paziente” (p. 46).

Allen (2013) ha inoltre sostenuto che il rafforzamento della mentalizzazione produce effetti benefici in tutte le forme di psicoterapia. In altre parole, la mentalizzazione potrebbe rappresentare un fattore comune di cambiamento terapeutico, piuttosto che un elemento esclusivo dell'MBT.

In linea con questa prospettiva, alcuni ricercatori hanno suggerito che la mentalizzazione possa migliorare significativamente anche in psicoterapie che non si concentrano specificamente su di essa, e in una varietà di disturbi. È il caso della CBT per i disturbi d'ansia e depressivi (Babl et al., 2022), della IPT per i disturbi depressivi (Ekeblad et al., 2023), dei programmi psichiatrici generali per i disturbi di personalità (Chiesa et al., 2021), della TFP per il DBP (Fischer-Kern et al., 2015), e delle terapie per i disturbi del comportamento alimentare (Katznelson et al., 2020).

Babl e colleghi (2022) hanno rilevato che, in un campione di 37 pazienti sottoposti a CBT, le sessioni in cui i pazienti registravano punteggi di funzionamento riflessivo superiori alla loro media erano associate a una riduzione della gravità dei sintomi depressivi.

In uno studio su 175 pazienti con DBP sottoposti a un trattamento psicodinamico ospedaliero a lungo termine (che integra i principi della MBT con un lavoro psicoanalitico più orientato all'insight), la mentalizzazione e lo stress sintomatologico sono stati valutati all'inizio del trattamento, dopo 12 e 24 settimane, e alla dimissione (De Meulemeester et al., 2018). I risultati hanno indicato che il trattamento era associato a riduzioni significative nelle compromissioni della mentalizzazione (incertezza sugli stati mentali), misurate tramite il RFQ e a una diminuzione dello stress sintomatologico. Inoltre, i miglioramenti nella mentalizzazione erano fortemente correlati con il tasso di riduzione dello stress sintomatologico nel tempo.

Un altro studio, svolto su 90 pazienti con DBP, ha riportato i risultati di un trial randomizzato di un anno, confrontando TFP, DBT e terapia psicodinamica di supporto. I risultati hanno indicato miglioramenti significativi nella sintomatologia del DBP in tutti i gruppi, ma solo il gruppo TFP ha mostrato miglioramenti significativi nella RF, valutata utilizzando l'AAI dopo un anno (Levy et al., 2006). Allo stesso modo, un trial randomizzato su 104 pazienti con disturbo borderline di personalità, trattati con TFP o da terapeuti di comunità esperti, ha rilevato che solo il gruppo TFP ha mostrato miglioramenti significativi nella RF, valutata con la RFS sull'AAI dopo un anno (Fischer-Kern et al., 2015).

Questi risultati indicano che anche terapie non esplicitamente focalizzate sul miglioramento della mentalizzazione possono contribuire positivamente allo sviluppo di questa capacità nei pazienti. Inoltre, i dati suggeriscono che i progressi

nella mentalizzazione potrebbero spiegare, almeno in parte, i cambiamenti terapeutici osservati nel trattamento del DBP e in altre popolazioni cliniche.

Come evidenziato nel capitolo precedente, diversi studi hanno riscontrato che gli interventi volti a migliorare la mentalizzazione vengono utilizzati in diversi approcci terapeutici. Ad esempio, Meier e colleghi (2023) hanno analizzato 84 trascrizioni di sedute di psicoterapia CBT e terapia psicodinamica focale, coinvolgendo 28 pazienti con anoressia nervosa (tre sedute per paziente). I risultati hanno rilevato che interventi volti a migliorare la mentalizzazione erano presenti in entrambe le modalità di trattamento.

Un aspetto critico degli studi che evidenziano cambiamenti nella mentalizzazione in terapie non focalizzate su di essa, riguarda le tecniche specifiche che potrebbero influenzare le capacità di mentalizzazione dei pazienti. In uno studio che ha valutato la mentalizzazione utilizzando la RFS su trascrizioni di sedute di varie terapie brevi (CBT, IPT, terapia psicodinamica breve), è stato osservato che le caratteristiche positive del processo psicoterapeutico erano associate a punteggi RF più alti, mentre gli aspetti negativi erano correlati con punteggi RF più bassi in diverse forme di trattamento (Karlsson & Kermott, 2006). Inoltre, gli elementi del PQS (Jones, 2000) associati a punteggi RFS più elevati erano correlati a migliori esiti, mentre gli elementi associati a punteggi RFS bassi erano correlati a esiti peggiori. Tuttavia, l'assenza di un'analisi diretta sull'impatto del cambiamento della mentalizzazione sugli esiti limita le conclusioni (Karlsson & Kermott, 2006).

Kivity e collaboratori (2019) hanno analizzato i processi di cambiamento in tre distinte forme di trattamento per il DBP: la TFP, la DBT e la terapia psicodinamica di supporto (Supportive Psychodynamic Therapy, SPT); le sedute sono state analizzate mediante il Psychotherapy Process Q-set (PQS).

I risultati suggeriscono che una maggiore aderenza ai principi della TFP durante la terapia TFP e una maggiore aderenza ai principi della mentalizzazione durante la terapia SPT porti a cambiamenti più significativi nel funzionamento riflessivo dei pazienti (Kivity et al., 2019).

Un altro studio che ha coinvolto 15 pazienti con DBP e in cui sono state analizzate due sedute per ogni paziente (N = 30), ha valutato sia gli interventi dei terapeuti – classificati come interventi volti a migliorare la RF e interventi non direttamente mirati a incrementare la RF, basati sui principi dell'MBT –, sia la RF dei pazienti. Quest'ultima è stata misurata utilizzando la RFS applicata sia alla Brief Reflective Functioning Interview (per la valutazione della RF basale) sia alle registrazioni video delle sedute di psicoterapia (per la valutazione della RF in-sessione). I risultati hanno indicato che l'aderenza e la competenza all'MBT prevedevano una RF più elevata in seduta. Inoltre, gli interventi dei terapeuti focalizzati sull'esplorazione degli stati mentali prevedevano una RF più alta nelle risposte successive dei pazienti (Möller et al., 2017).

Questi risultati suggeriscono che, coerentemente con quanto affermato da Goodman (2013), la mentalizzazione potrebbe essere un processo comune tra diversi orientamenti teorici, sebbene meno esplicito nei modelli non psicodinamici (come affermato anche da Bateman et al., 2018).

In questo studio, Goodman (2013) ha chiesto a tre esperti nell'ambito (i due autori del manuale RFS e un esperto di mentalizzazione) di utilizzare gli item del PQS per caratterizzare un processo RF prototipico in una sessione condotta idealmente. Una sessione MBT videoregistrata è stata poi analizzata da valutatori indipendenti per testare l'affidabilità tra i valutatori rispetto al prototipo ideale. Questo ha portato allo sviluppo di un prototipo RF ideale, in cui i tre item più descrittivi erano: “Il terapeuta sfida la visione del paziente,” “La relazione

terapeutica è oggetto di discussione,” e “I commenti del terapeuta sono volti a facilitare il discorso del paziente”. Questo prototipo era positivamente correlato sia con i prototipi ideali della TFP che della DBT, suggerendo che attivare un lavoro basato sul processo riflessivo potrebbe essere centrale in queste modalità di trattamento.

Le psicoterapie, soprattutto nell’ambito dei trattamenti supportati empiricamente, sono spesso concepite come “pacchetti”, in cui i singoli componenti non vengono analizzati né considerati individualmente. L’efficacia o l’efficienza di un modello psicoterapeutico viene solitamente valutata attraverso studi che mirano a dimostrare che il “pacchetto” complessivo funziona, piuttosto che identificare quali parti specifiche siano efficaci.

Questo approccio si fonda sull’assunto che tutti gli elementi costitutivi della terapia contribuiscano in egual misura al cambiamento. Tuttavia, diversi autori hanno messo in discussione tale premessa, evidenziando come anche all’interno di un singolo pacchetto terapeutico, riconoscibile per un nome e un marchio distintivo, possa esistere una significativa eterogeneità tra gli interventi impiegati.

Quando si valida una specifica terapia tramite un trial controllato randomizzato, si può dimostrarne l’efficacia complessiva, ma non necessariamente chiarire quali siano i meccanismi specifici alla base del cambiamento terapeutico (Kazdin, 2023). Di conseguenza, numerosi studiosi hanno sottolineato che i cosiddetti “principi attivi” o fattori terapeutici responsabili del cambiamento non coincidono sempre con quelli previsti dalla teoria o dal modello di trattamento adottato.

Inoltre, le ricerche sul processo terapeutico (Colli et al., 2016) hanno messo in luce come diverse forme di terapia possano condividere alcuni elementi o fattori comuni. Ciò suggerisce che l’efficacia di una terapia potrebbe dipendere, almeno

in parte, da uno o più di questi elementi condivisi, presenti anche in altre tipologie di trattamento.

Per queste ragioni, studi che esaminano video o trascrizioni delle sedute potrebbero offrire intuizioni più profonde su ciò che risulta realmente utile per i pazienti (Goldfried & Wolfe, 1996; Shedler, 2010).

### **3.2 Obiettivi e Ipotesi**

Alla luce delle evidenze che mostrano come la mentalizzazione possa rappresentare un processo terapeutico trans-teorico, questo studio, basato sull'analisi delle trascrizioni di sedute di psicoterapia ottenute da registrazioni audio, ha esplorato se e in che misura le tecniche caratteristiche dell'approccio MBT siano adottate anche da terapeuti con formazione dinamica (Psychodynamic Therapy, PDT) e cognitivo-comportamentale (Cognitive Behavioral Therapy, CBT).

In questa prospettiva, la cornice MBT è stata impiegata come griglia descrittiva per osservare e confrontare la presenza di specifici interventi orientati alla mentalizzazione nei diversi orientamenti.

Inoltre, lo studio ha valutato l'effetto dell'orientamento teorico e delle differenze individuali tra terapeuti, con l'obiettivo di comprendere meglio le variabili che influenzano l'utilizzo di tecniche mentalizzanti in contesti clinici eterogenei. In particolare, sono state considerate le variabili del clinico su due livelli principali: (a) l'orientamento teorico di riferimento (MBT, PDT, CBT), inteso come cornice formativa e metodologica; e (b) il singolo terapeuta, come fonte di variabilità individuale potenzialmente influente sull'uso delle tecniche mentalizzanti. Non sono state invece incluse nel modello variabili personali o di tratto (es. età, genere, stile

relazionale), sebbene siano state raccolte alcune informazioni descrittive (es. anni di esperienza clinica).

In assenza di dati sufficienti in letteratura per definire con precisione gli esiti attesi, si è ipotizzato che i terapeuti formati in MBT aderissero con maggiore rigore all'approccio MBT, fungendo così da gruppo di confronto rispetto ai terapeuti formati in CBT (Cognitive Behavioral Therapy) e PDT (Psychodynamic Therapy). Tuttavia, dato il carattere esplorativo dello studio, non abbiamo formulato ipotesi specifiche riguardo ai terapeuti CBT e PDT.

### **3.3 Metodo**

Il presente studio si basa su un'analisi osservativa di trascrizioni di sedute di psicoterapia condotte secondo tre diversi orientamenti teorici (MBT, PDT, CBT), con l'obiettivo di valutare la presenza e l'uso di tecniche riconducibili al modello MBT nei diversi setting clinici.

Le sezioni seguenti illustrano nel dettaglio le caratteristiche del campione selezionato, gli strumenti utilizzati per la valutazione delle sedute, nonché le procedure adottate per la raccolta, la trascrizione e la codifica del materiale clinico.

#### **3.3.1 Campione**

Il campione delle sedute selezionato per questo studio è stato estratto in maniera casuale dal database di trascrizioni di sedute di psicoterapia presente presso il Servizio di Psicoterapia e Ricerca Clinica dell'Università di Urbino. Al momento della selezione, il database conteneva 1.392 trascrizioni relative a 141 casi di psicoterapia comprensivi di vari approcci, tra cui terapia psicodinamica, terapia

cognitivo-comportamentale, terapia cognitiva, terapia di supporto, MBT, brief relational therapy, dynamic interpersonal therapy e terapia interpersonale. Le trascrizioni, realizzate secondo gli standard internazionali (Mergenthaler & Stinson, 1992), hanno garantito la riservatezza dei dati sensibili, rimuovendo o rendendo non identificabili le informazioni personali.

I criteri di inclusione sono stati i seguenti:

- a) I casi dovevano riguardare psicoterapia dinamica (PDT), cognitivo-comportamentale (CBT) o MBT.
- b) Avere una durata di almeno sei mesi.
- c) Includere una diagnosi secondo i criteri del DSM-5.

Il campione finale ha incluso 75 trascrizioni di sedute di psicoterapia appartenenti a tre diversi orientamenti teorici: psicoterapia psicodinamica a lungo termine (PDT; n = 25), terapia cognitivo-comportamentale (CBT; n = 25) e terapia basata sulla mentalizzazione (MBT; n = 25). Le terapie hanno coinvolto 75 pazienti differenti (n = 15 maschi, n = 60 femmine; età media = 23 anni). Di questi, 51 pazienti presentavano una diagnosi di disturbo di personalità, valutata tramite l'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Personalità (SCID-II; First & Gibbon, 2004), mentre 24 avevano problematiche cliniche, come ansia o depressione lieve, associate a problematiche di personalità subcliniche (un criterio in meno rispetto alla diagnosi DSM). Il campione ha incluso 17 psicoterapeuti (n = 6 psicodinamici, n = 7 cognitivo-comportamentali, n = 4 MBT). L'esperienza clinica media era di 9 anni per i terapeuti psicodinamici, 14,8 anni per quelli cognitivo-comportamentali e 6,5 anni per quelli MBT. Questo progetto di ricerca è

stato approvato dal Comitato Etico per la Sperimentazione Umana (CESU), dell'Università di Urbino "Carlo Bo", con verbale n. 77 in data 21/12/2023.

### 3.3.2 Misure

Le trascrizioni delle sedute di psicoterapia sono state valutate in modo indipendente utilizzando la Scala di Aderenza e Competenza MBT (MBT-ACS; Anna Freud Centre, 2020). Questa scala consente di misurare l'aderenza e la competenza del clinico all'MBT ed è applicabile sia alle sedute di psicoterapia di gruppo sia a quelle individuali. La valutazione si basa su una serie di item organizzati in sei domini principali.

1. **Struttura Mentalizzante della Seduta:** questo dominio valuta la capacità del clinico di strutturare e gestire la seduta dall'inizio alla fine. Gli elementi chiave includono l'apertura della seduta con il coinvolgimento attivo del paziente, la continuità con le sedute precedenti, l'identificazione delle priorità legate alla mentalizzazione e la costruzione di un'alleanza terapeutica. Durante la seduta, il clinico deve mantenere un focus chiaro e coerente, che si sviluppi a partire dai temi presentati dal paziente, facilitando così un'esplorazione profonda degli stati mentali.
2. **Posizione di Non Conoscenza:** essa corrisponde a un atteggiamento di genuina curiosità e apertura verso la mente del paziente. Il terapeuta evita di formulare ipotesi o giudizi definitivi, stimolando il paziente a riflettere su se stesso e sugli altri. Il valutatore deve esaminare quanto e come il clinico sia stato in grado di mantenere tale atteggiamento durante l'intera seduta. Viene inoltre valutata la capacità del clinico di restare in questa posizione anche quando il paziente cerca di interrompere il dialogo o evitare l'esplorazione.

3. **Processo Mentalizzante:** questo dominio si concentra su quanto e come il clinico facilita la capacità di mentalizzazione del paziente attraverso alcune tecniche quali la convalida empatica, il riconoscimento di una buona mentalizzazione, “*stop and explore*” e “*stop and rewind*”. Queste due tecniche hanno la funzione di chiarire e/o riprendere un tema già affrontato, riportando l’attenzione su stati mentali e aree discusse in precedenza. In generale, il clinico esplora e verbalizza l’esperienza emotiva del paziente, anticipando tale intervento con segnali ostensivi volti a facilitare la comprensione reciproca. Il clinico, inoltre, deve essere in grado di identificare gli elementi che caratterizzano una buona mentalizzazione, per poi evidenziarne ed esplorarne i benefici per il paziente.

In caso di squilibri, come un’eccessiva concentrazione su se stessi a scapito della comprensione degli stati mentali altrui, il clinico deve intervenire per ristabilire una mentalizzazione più flessibile ed efficace. In questo modo, il trattamento si mantiene focalizzato sullo sviluppo di un processo riflessivo attivo e adattabile. Poiché la capacità di mentalizzazione è strettamente legata ai livelli di *arousal*, il clinico regola attentamente l’eccitazione emotiva durante la seduta, aumentando o diminuendo l’intensità secondo necessità. Questo equilibrio è cruciale per evitare che un livello troppo alto generi ansia e ostacoli la riflessione, o che uno troppo basso porti a un calo del coinvolgimento.

4. **Identificazione delle Modalità Non Mentalizzanti:** questo dominio valuta la capacità del clinico di identificare e intervenire quando il paziente adotta modalità di pensiero non mentalizzanti, quali il pensiero concreto, la pseudomentalizzazione, l’ipermentalizzazione e la modalità teleologica. Il clinico deve essere abile nel riconoscere queste modalità disfunzionali e

utilizzare interventi adeguati a riportare il paziente in un processo mentalizzante.

5. **Mentalizzazione della Narrativa Affettiva:** questo dominio si focalizza sul modo in cui il clinico supporta il paziente nell'esplorazione e nella comprensione dei propri affetti (emozioni), evidenziando il loro legame con gli eventi significativi della sua vita. L'obiettivo è quello di aiutare il paziente a sviluppare una narrazione affettiva, cioè un racconto chiaro e coerente delle proprie esperienze emotive, in cui riesca a identificare, esprimere e collegare le emozioni alle situazioni che le hanno suscitate. Questo processo favorisce una maggiore comprensione delle proprie reazioni emotive, incoraggiando la riflessione sugli stati affettivi e sull'impatto che essi hanno sul benessere personale. Il clinico utilizza tecniche come la chiarificazione e l'esplorazione della narrativa emotiva, supportando il paziente nel distinguere e collegare gli affetti agli eventi interpersonali rilevanti.
6. La **Mentalizzazione Relazionale:** questo dominio riguarda il modo in cui il clinico aiuta il paziente ad analizzare e a comprendere le dinamiche relazionali che si sviluppano nel "qui e ora" della seduta, specialmente nella relazione tra paziente e terapeuta. Il clinico guida il paziente a riflettere su come le sue emozioni, pensieri e comportamenti influenzino le sue interazioni con gli altri, sia durante la terapia sia nella vita quotidiana. L'obiettivo è favorire una maggiore consapevolezza delle dinamiche relazionali, aiutando il paziente a comprendere il ruolo che ricopre nelle relazioni e a riconoscere come i propri stati mentali e quelli degli altri interagiscano tra loro.

### 3.3.3 Procedure

Le trascrizioni delle sedute selezionate per lo studio (descritte nella sezione 3.3.1) sono state analizzate in modo indipendente da due valutatori: un supervisore MBT riconosciuto dall'Anna Freud Centre e un clinico che ha completato il corso base MBT tenuto in Italia da A. Bateman. L'accordo medio complessivo tra i valutatori (ICC a due vie) pari a 0.81 (minimo = 0.44, massimo = 0.96), considerato moderato.

La valutazione di un'intera seduta richiede solitamente dalle due alle tre ore; il valutatore affronta l'analisi partendo dal presupposto che il terapeuta sia "adeguato" fino a prova contraria, adottando un quadro mentale che lo rappresenta come un clinico "sufficientemente bravo". Spetta al valutatore motivare la decisione che posiziona il terapeuta al di sopra o al di sotto di questo livello considerato "abbastanza buono", corrispondente a un punteggio di 4 su una scala *Likert* che varia da 1 (molto scarso) a 7 (eccellente).

Gli interventi all'interno dei domini sono valutati in termini di frequenza, estensione e qualità. La frequenza si riferisce a quante volte il clinico utilizza un elemento del dominio, mentre l'estensione si riferisce alla varietà di elementi utilizzati. Ad esempio, per la Posizione di Non Conoscenza, la frequenza indica quante volte il valutatore identifica questo atteggiamento nel clinico, mentre l'estensione riguarda la capacità del clinico di mantenere questa posizione nonostante i tentativi del paziente di interrompere l'esplorazione. Oltre alla frequenza e all'estensione, la qualità degli interventi è un criterio essenziale: un intervento è considerato eseguito con una buona abilità quando rispetta il contesto emotivo del paziente ed è svolto con sensibilità. La qualità può influenzare il punteggio complessivo, incrementandolo o riducendolo. Viene anche valutata l'assenza di

interventi necessari, se il clinico omette un intervento in un dominio specifico, ciò può ridurre significativamente il punteggio finale.

In base a frequenza, estensione e qualità degli interventi, il valutatore assegna un punteggio per ciascun dominio. Il punteggio finale è la media dei domini della scala e varia da 1 a 7. Un punteggio di aderenza tra 3,5 e 4,5 è considerato indicativo di un terapeuta aderente e competente all'MBT.

### **3.4 Analisi statistiche**

Per valutare l'affidabilità tra valutatori è stato utilizzato il Coefficiente di Correlazione Intraclasse (Intraclass Correlation Coefficient, ICC) a due vie (Two-Way Mixed). Le analisi preliminari, le statistiche descrittive e i calcoli dell'ICC sono stati eseguiti utilizzando SPSS versione 21.0. Data la natura nidificata dei dati (più pazienti per terapeuta), è stata svolta un'analisi della varianza gerarchica o nidificata (ANOVA). L'ANOVA nidificata fornisce informazioni utili sull'impatto di diversi fattori gerarchici su una variabile dipendente. In questo studio, sono state considerate due fonti di variabilità: l'orientamento teorico dei terapeuti e i terapeuti stessi, utilizzando come variabile di esito la Scala di Aderenza e Competenza MBT. L'ANOVA nidificata è stata eseguita con il software statistico R, mediante il pacchetto "nlme" e il pacchetto "ggplot2" per generare e visualizzare i grafici.

### **3.5 Risultati**

Il primo obiettivo dello studio consisteva nel valutare in che misura i clinici che utilizzano altri approcci terapeutici adottino tecniche MBT rispetto ai terapeuti specializzati nel Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (Tabella 3).

**Tabella 3.** Statistiche descrittive e risultati ANOVA annidata per N totale, terapie PDT, CBT e MBT

Variabile dipendente	N tot M (SD)	PDT M (SD)	CBT M (SD)	MBT M (SD)	Somma dei quadrati	F	Variabilità	Post-hoc
<i>Aderenza e Competenza</i>	3.36 (1.21)	2.95 (1.27)	3.02 (1.14)	4.12 (.85)				
Effetto orientamento teorico					21.74	9.450**	24%	MBT>CBT, PDT
Effetto terapeuta					20.88	1.296	16%	
<i>Struttura della seduta</i>	4.70 (1.28)	4.11 (1.35)	4.64 (1.41)	5.35 (.68)				
Effetto orientamento teorico					19.60	7.406**	43%	MBT > PDT
Effetto terapeuta					25.91	1.399	14%	
<i>Posizione di non conoscenza</i>	4.37 (1.41)	4.38 (1.39)	3.32 (1.14)	5.42 (.79)				
Effetto orientamento teorico					55.13	19.82**	37%	MBT>CBT, PDT; PDT>CBT
Effetto terapeuta					12.26	0.63	8%	
<i>Processo mentalizzante</i>	4.11 (1.84)	3.66 (1.21)	3.82 (1.10)	4.86 (.87)				
Effetto orientamento teorico					21.41	8.879**	42%	MBT>CBT, PDT;
Effetto terapeuta					13.07	0.774	12%	
<i>Modalità non-mentalizzanti</i>	2.41 (1.47)	1.70 (1.20)	1.94 (1.15)	3.59 (1.21)				
Effetto orientamento teorico					53.24	17.47**	33%	MBT>CBT, PDT;
Effetto terapeuta					17.98	0.84	11%	
<i>Narrativa affettiva</i>	4.09 (1.38)	3.89 (.93)	3.48 (1.73)	4.88 (.85)				
Effetto orientamento teorico					26.66	8.67**	19%	MBT>CBT, PDT;
Effetto terapeuta					23.67	1.09	17%	
<i>Mentalizzazione relazionale<sup>o</sup></i>	3.58 (1.64)	4.17 (.90)	2.25 (1.77)	4.63 (.69)				
Effetto orientamento teorico					/	/	/	/
Effetto terapeuta					/	/	/	/

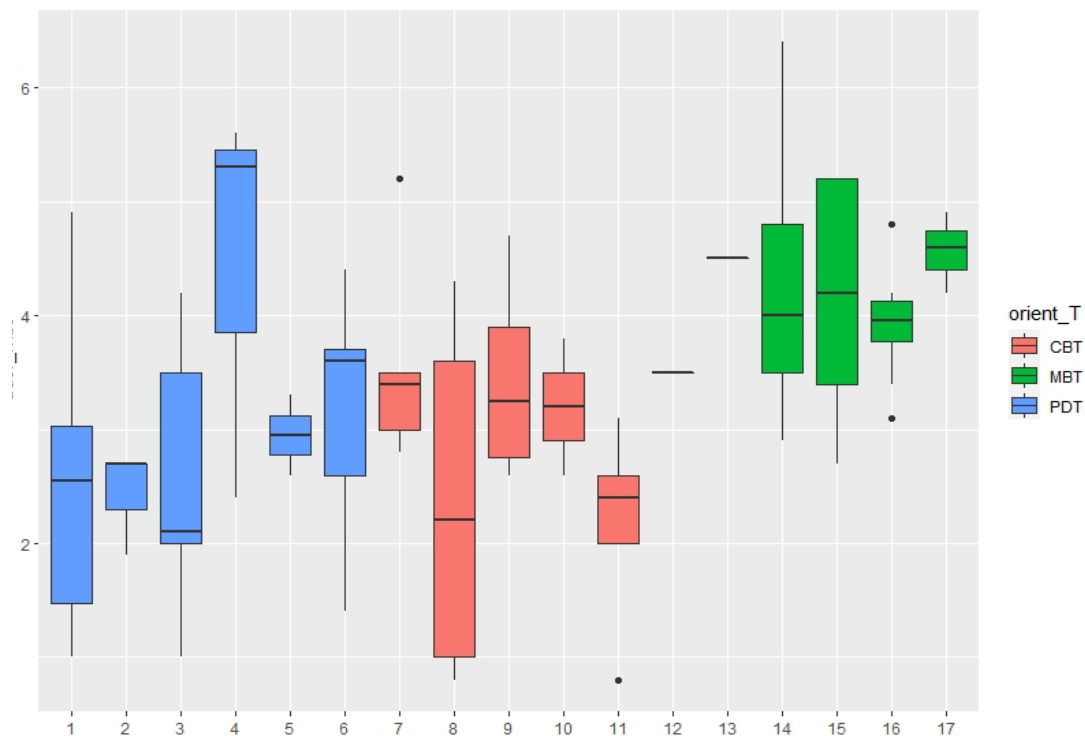
Nota. N tot = 75. ANOVA = Analisi della Varianza; PDT = Psychodynamic Therapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; MBT = Mentalization Based-Treatment. <sup>o</sup>N=32.  
\*\*p <.001

Data la natura nidificata dei dati, in cui ciascun approccio terapeutico comprendeva un numero variabile di terapeuti (da 4 a 7) e ogni terapeuta trattava un numero diverso di pazienti (da 1 a 9), con una sola seduta per paziente, abbiamo eseguito analisi che tenessero conto di due fonti di variabilità: la variabilità attribuibile all'orientamento teorico e la variabilità attribuibile al terapeuta. Pertanto, è stata condotta un'ANOVA nidificata (o gerarchica) con la Scala di Aderenza e Competenza MBT come variabile di esito. Questo approccio ci ha permesso di affrontare una questione chiave della ricerca: valutare in che misura l'aderenza all'approccio mentalizzante fosse influenzata dall'orientamento teorico rispetto all'effetto del singolo terapeuta. Poiché il dominio della Mentalizzazione Relazionale è stata valutato solo in 32 sedute, è stato escluso dalle analisi.

I risultati hanno indicato che i tre gruppi con differenti orientamenti teorici mostravano livelli di aderenza all'approccio MBT significativamente diversi (Tabella 3). Non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi CBT e PDT ( $d = -0.54$ ,  $p = 0.26$ ). La Figura 7 mostra la distribuzione dei risultati per ciascun terapeuta. La stima dell'effetto ha indicato che il 24% della varianza nell'aderenza era attribuibile alle differenze nell'orientamento teorico. Sebbene l'effetto del terapeuta non fosse statisticamente significativo, una percentuale notevole della varianza (16%) poteva comunque essere attribuita all'effetto del terapeuta (Tabella 3).

**Figura 7**

*Grafico che rappresenta l'aderenza all'MBT in terapeuti con differenti orientamenti teorico-clinici (PDT, CBT, MBT)*



*Nota.* I numeri sull'asse x si riferiscono ai 17 terapeuti inclusi nello studio; i numeri sull'asse y si riferiscono ai punteggi della scala di aderenza.

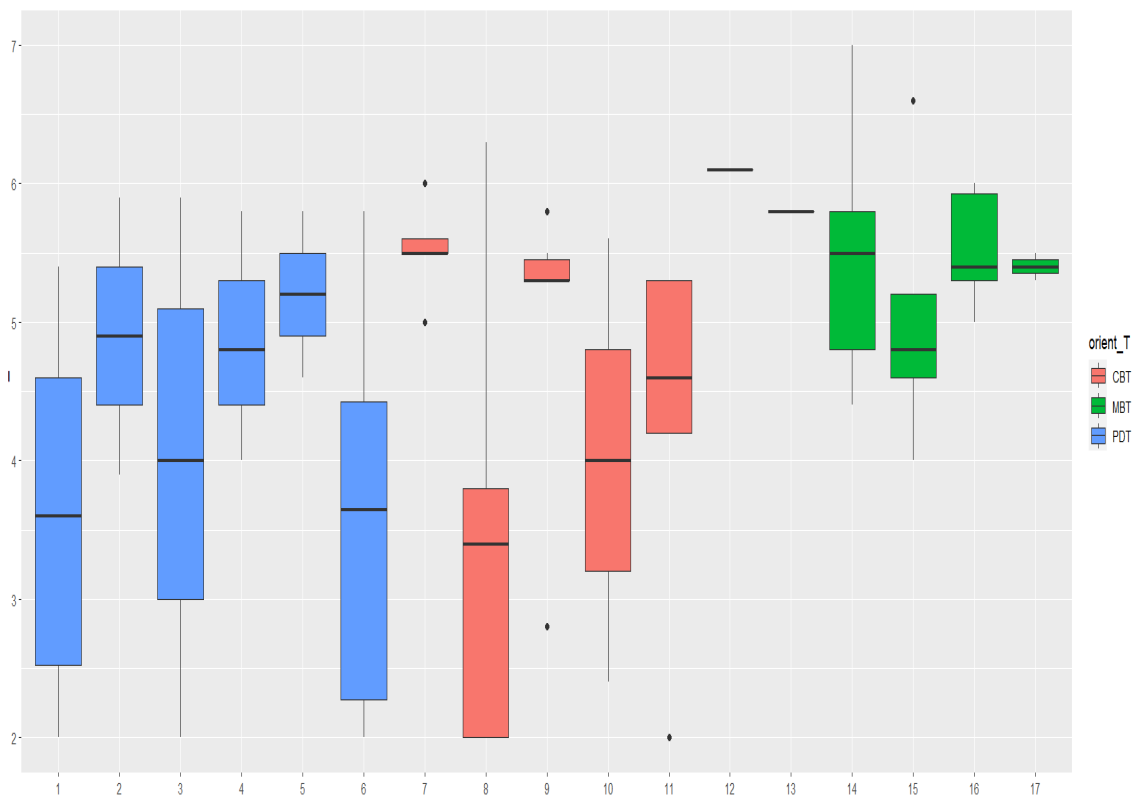
PDT = Psychodynamic Therapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; MBT = Mentalization Based-Treatment.

Oltre all'effetto complessivo sull'aderenza, si è cercato di valutare se ci fossero differenze maggiori in specifici aspetti dell'approccio MBT durante la terapia. Pertanto, le stesse analisi sono state ripetute per ciascun dominio della MBT-ACS. I risultati dell'ANOVA hanno mostrato un effetto significativo dell'orientamento teorico (Tabella 3). I confronti tra i gruppi hanno indicato che i terapeuti MBT hanno ottenuto punteggi più alti rispetto ai terapeuti PDT nel dominio Struttura Mentalizzante della Seduta ( $d = 0.71$ ,  $p = 0.09$ ), sebbene non vi fossero differenze significative rispetto ai terapeuti CBT ( $d = -1.25$ ,  $p < 0.01$ ). Il modello teorico

spiegava una parte significativa della varianza nel dominio Struttura Mentalizzante della Seduta (43%), mentre l'effetto del terapeuta spiegava il 14% della varianza. La distribuzione dei risultati per ciascun terapeuta è illustrata nella Figura 8.

**Figura 8**

*Grafico che rappresenta l'aderenza al dominio Struttura Mentalizzante della Seduta in terapeuti con differenti orientamenti teorico-clinici (PDT, CBT, MBT)*



*Nota.* I numeri sull'asse x si riferiscono ai 17 terapeuti inclusi nello studio; i numeri sull'asse y si riferiscono ai punteggi della scala di aderenza.

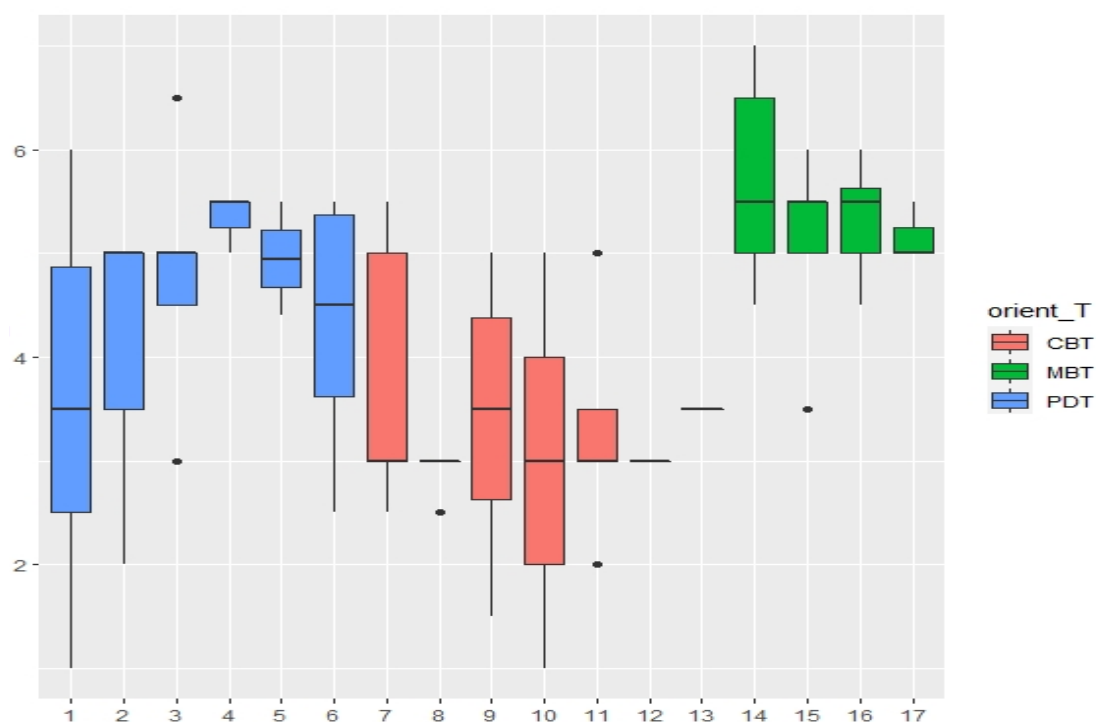
PDT = Psychodynamic Therapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; MBT = Mentalization Based-Treatment.

Gli effetti dell'orientamento teorico sono stati riscontrati anche in altri tre domini: Posizione di Non Conoscenza, Processo Mentalizzante e Identificazione delle Modalità Non Mentalizzanti (Tabella 3). I terapeuti MBT hanno ottenuto punteggi

più alti nel dominio Posizione di Non Conoscenza rispetto ai terapeuti CBT e PDT ( $d = 2.10, p < 0.01$ , e  $d = -1.04, p < 0.01$ , rispettivamente). Inoltre, i terapeuti PDT hanno ottenuto punteggi più alti nella Posizione di Non Conoscenza rispetto ai terapeuti CBT ( $d = -1.06, p < 0.01$ ). L'effetto del singolo terapeuta per questo dominio è riportato nella Figura 9. Degno di nota è che l'effetto del terapeuta per questo dominio è stato il più basso (8%) tra i vari domini MBT-ACS, mentre l'effetto dell'orientamento teorico è stato il più alto (37%).

**Figura 9**

*Grafico che rappresenta l'aderenza al dominio Posizione di Non Conoscenza in terapeuti con differenti orientamenti teorico-clinici (PDT, CBT, MBT)*



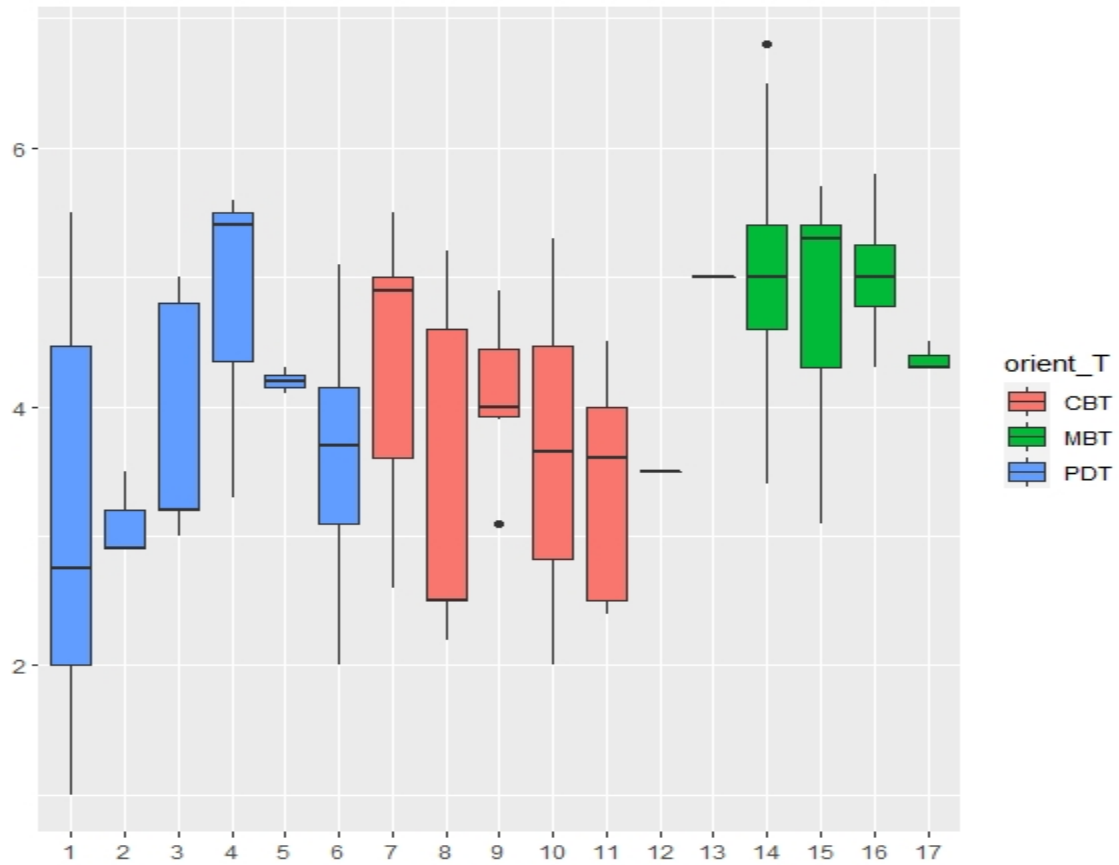
*Nota.* I numeri sull'asse x si riferiscono ai 17 terapeuti inclusi nello studio; i numeri sull'asse y si riferiscono ai punteggi della scala di aderenza.

PDT = Psychodynamic Therapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; MBT = Mentalization Based-Treatment.

Per i domini Processo Mentalizzante e Identificazione delle Modalità Non Mentalizzanti, è stato riscontrato un effetto significativo dell'orientamento teorico (Tabella 3), con i terapeuti MBT che hanno ottenuto punteggi più alti rispetto a quelli con orientamenti PDT o CBT ( $d = 1.04, p < 0.01$ , e  $d = -1.21, p < 0.01$  per il Processo Mentalizzante;  $d = 1.66, p < 0.01$ , e  $d = -1.89, p < 0.01$  per l'Identificazione delle Modalità Non Mentalizzanti). Non sono state osservate differenze significative tra i terapeuti CBT e PDT in questi domini ( $d = -0.17, p = 0.84$ , e  $d = -0.23, p = 0.78$ , rispettivamente). L'effetto del terapeuta non è stato significativo, spiegando il 12% della varianza nel dominio Processo Mentalizzante e l'11% nel dominio Identificazione delle Modalità Non Mentalizzanti (Figura 10 e 11).

**Figura 10**

*Grafico che rappresenta l'aderenza al dominio Processo Mentalizzante in terapeuti con differenti orientamenti teorico-clinici (PDT, CBT, MBT)*

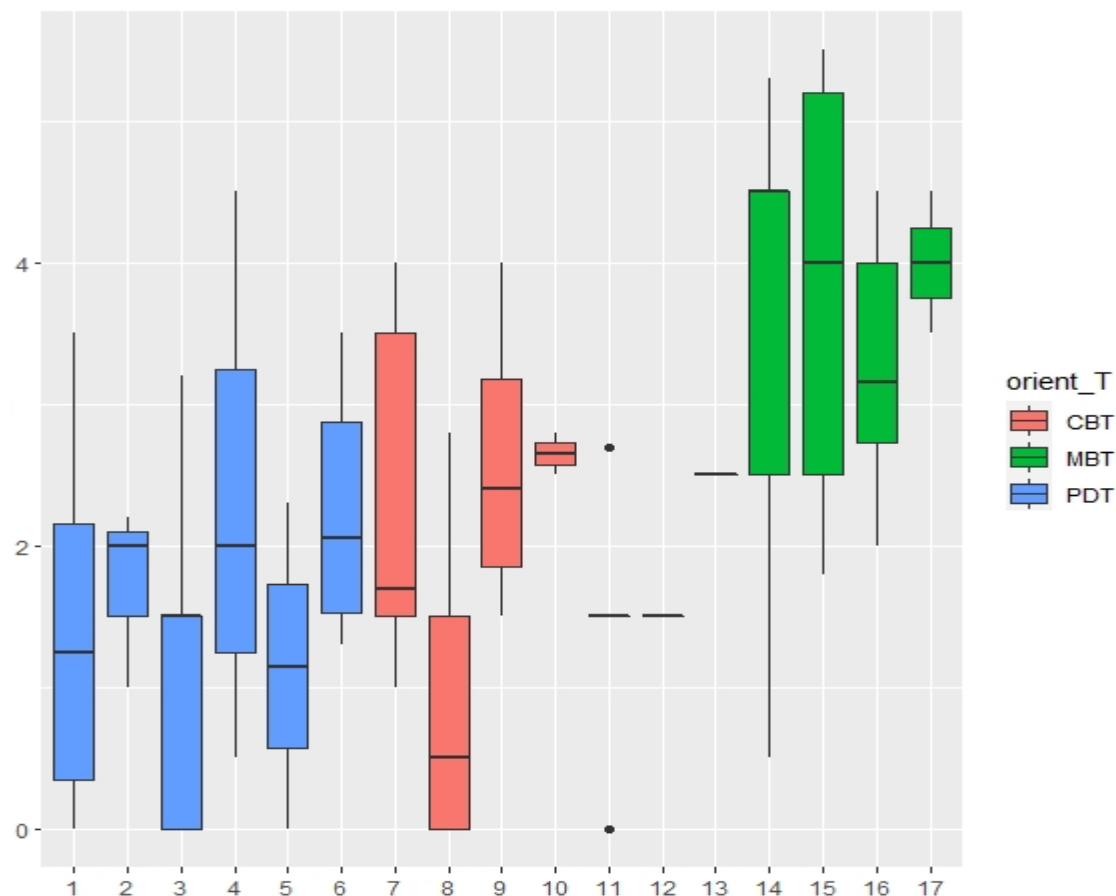


*Nota.* I numeri sull'asse x si riferiscono ai 17 terapeuti inclusi nello studio; i numeri sull'asse y si riferiscono ai punteggi della scala di aderenza.

PDT = Psychodynamic Therapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; MBT = Mentalization Based-Treatment.

**Figura 11**

Grafico che rappresenta l'aderenza al dominio Modalità Non Mentalizzanti in terapeuti con differenti orientamenti teorico-clinici (PDT, CBT, MBT)



Nota. I numeri sull'asse x si riferiscono ai 17 terapeuti inclusi nello studio; i numeri sull'asse y si riferiscono ai punteggi della scala di aderenza.

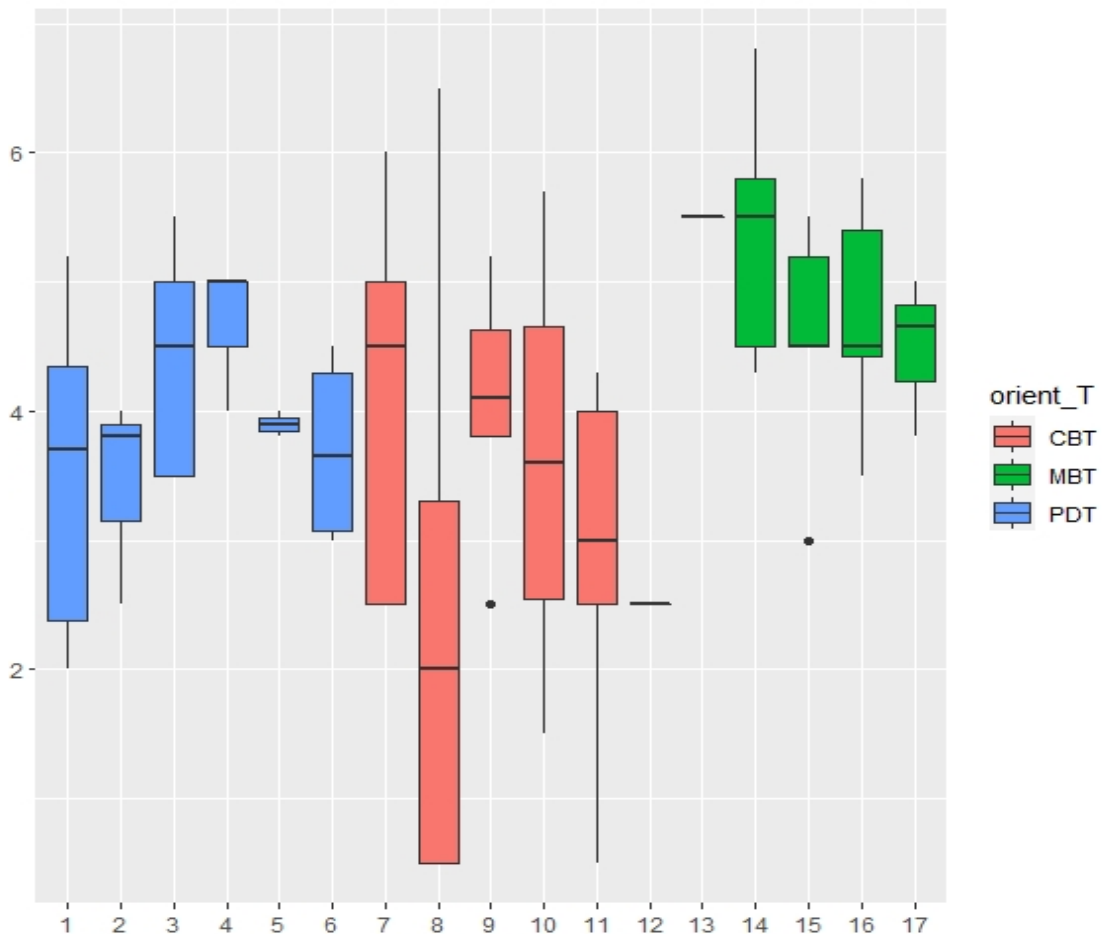
PDT = Psychodynamic Therapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; MBT = Mentalization Based-Treatment.

Effetti simili dell'orientamento teorico sono stati osservati anche per il dominio Mentalizzazione della Narrativa Affettiva (Tabella 3). Sebbene l'effetto del terapeuta non fosse significativo ( $p = 0.37$ ), ha spiegato una percentuale della varianza (17%) comparabile a quella spiegata dall'orientamento teorico (19%). I terapeuti MBT hanno ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto ai terapeuti CBT ( $d = 1.40$ ,  $p < 0.01$ ) e ai terapeuti PDT ( $d = -0.99$ ,  $p < 0.05$ ), mentre non vi erano

differenze significative tra i clinici CBT e PDT ( $d = 0.41$ ,  $p = 0.48$ ). La Figura 12 mostra i punteggi per ciascun terapeuta.

**Figura 12**

*Grafico che rappresenta l'aderenza al dominio Mentalizzazione della Narrativa Affettiva in terapeuti con differenti orientamenti teorico-clinici (PDT, CBT, MBT)*



*Nota.* I numeri sull'asse x si riferiscono ai 17 terapeuti inclusi nello studio; i numeri sull'asse y si riferiscono ai punteggi della scala di aderenza.

PDT = Psychodynamic Therapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; MBT = Mentalization Based-Treatment.

### 3.6 Discussioni

Il primo obiettivo di questo studio è stato quello di indagare come i clinici appartenenti a orientamenti teorico-clinici differenti dall'MBT adottino tecniche terapeutiche analoghe a quelle delineate nel manuale MBT. L'approccio è stato quello di scomporre l'MBT piuttosto che considerarlo come un pacchetto unitario, ipotizzando che alcuni componenti del modello MBT possano essere presenti anche in altre forme di trattamento che non mirano specificamente ad aumentare la mentalizzazione, come la PDT e la CBT. I risultati supportano questa ipotesi: PDT e CBT sembrano condividere alcune caratteristiche con l'MBT. In alternativa, da una prospettiva diversa, i dati suggeriscono che l'MBT, in qualche forma, incorpora processi terapeutici presenti sia nelle terapie psicodinamiche che in quelle cognitive-comportamentali.

In particolare, esaminando i singoli sottocomponenti della terapia MBT, è interessante notare che non sono emerse differenze significative tra le sedute MBT e CBT per quanto riguarda il dominio Strutturazione della Seduta, mentre i terapeuti MBT hanno ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto ai terapeuti PDT. Questo risultato è in linea con le aspettative, dato che le terapie cognitive-comportamentali sono caratterizzate da un alto livello di direzionalità del terapeuta, mentre la terapia psicodinamica generalmente non prevede un ruolo così attivo per il terapeuta (Gabbard, 2007).

L'effetto dell'orientamento teorico è stato significativo anche per i domini relativi alla Posizione di Non Conoscenza, al Processo Mentalizzante e all'Identificazione delle Modalità Non Mentalizzanti (Figura 9, 10 e 11). I terapeuti MBT hanno ottenuto punteggi più alti nel dominio Posizione di Non Conoscenza rispetto ai

terapeuti PDT e CBT. Inoltre, sempre in questo dominio, i terapeuti CBT hanno ottenuto punteggi significativamente più bassi rispetto ai terapeuti psicodinamici. La Posizione di Non Conoscenza invece, ha mostrato il livello più basso in termini di effetto del terapeuta (8%) rispetto a tutti gli altri domini, il che non sorprende, dato che mantenere una posizione esplorativa e non giudicante è un componente centrale dell'MBT.

I punteggi più bassi dei terapeuti CBT nella Posizione di Non Conoscenza possono riflettere la posizione più direttiva e pedagogica spesso descritta nei manuali CBT (Beck, 2020). Per quanto riguarda i domini Identificazione delle Modalità Non Mentalizzanti e Processo Mentalizzante, l'orientamento MBT è stato associato a punteggi significativamente più alti rispetto a entrambi gli orientamenti CBT e PDT. Da notare che, sebbene l'effetto del terapeuta non fosse significativo per questi due domini, era relativamente alto per l'Identificazione delle Modalità Non Mentalizzanti e basso per il Processo Mentalizzante.

Il dominio Mentalizzazione della Narrativa Affettiva ha distinto le terapie MBT sia dalla CBT che dalla PDT, sebbene non siano state riscontrate differenze significative tra le terapie CBT e PDT (Figura 12).

Questo risultato evidenzia il ruolo centrale del focus affettivo come elemento chiave nella terapia MBT (Diener et al., 2007). Inoltre, potrebbe riflettere l'evoluzione delle terapie cognitive che, negli ultimi vent'anni, hanno progressivamente riconosciuto l'importanza dei processi emotivi nel trattamento e la necessità di integrarli e affrontarli durante la pratica terapeutica (Safran & Segal, 1996; Guidano, 1991).

Considerando questi risultati nel loro complesso, sebbene l'effetto del terapeuta non sia risultato statisticamente significativo, esso gioca comunque un ruolo non trascurabile. Ad esempio, nel caso dell'Identificazione delle Modalità Non

Mentalizzanti, l'effetto del terapeuta non è stato significativo, ma ha spiegato una percentuale della varianza simile a quella spiegata dall'orientamento teorico.

Il numero limitato di terapeuti coinvolti, uno delle principali limiti di questo studio, non consente di trarre conclusioni definitive. Nonostante ciò, i risultati indicano che la variabile del terapeuta non può essere ignorata, in particolare in relazione a certi aspetti del trattamento che potrebbero essere più difficili da insegnare e maggiormente influenzati dalle caratteristiche individuali del terapeuta stesso.

Questi dati sono coerenti con ricerche precedenti che evidenziano differenze significative nell'efficacia tra terapeuti. Alcuni professionisti, infatti, ottengono risultati migliori e in tempi più brevi rispetto ad altri (Okiishi et al., 2003; 2006); tali studi suggeriscono che l'impatto del terapeuta sia moderato dalla gravità delle condizioni dei pazienti: maggiore è la gravità del disturbo, più rilevante diventa il ruolo del terapeuta nel percorso di trattamento. Inoltre, l'efficacia di un terapeuta tende a mantenersi stabile nel tempo, con le prestazioni passate che rappresentano un valido indicatore delle performance future (Kraus et al., 2016).

Per quanto riguarda il dominio della Posizione di Non Conoscenza, i risultati hanno indicato che l'effetto del terapeuta per questo dominio era il più basso tra i domini di aderenza all'MBT, mentre l'effetto dell'orientamento teorico era il più alto. Questo suggerisce che la capacità di mantenere un atteggiamento esplorativo e non giudicante durante le sedute di terapia potrebbe essere più legata alla formazione teorica e clinica specifica che alle caratteristiche individuali dei terapeuti. Questi risultati evidenziano la necessità di adattamenti specifici nella formazione teorica in psicoterapia, approfondendo quindi le dinamiche che derivano dall'atteggiamento del terapeuta.

Questo studio presenta alcune limitazioni metodologiche che è importante considerare nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, il campione è composto da 75 trascrizioni di sedute di psicoterapia, un numero che riduce la generalizzabilità dei risultati. È tuttavia da notare che raccogliere e valutare 75 sedute utilizzando le misure adottate richiede molto tempo, e la dimensione del campione è in linea con quella di approcci di ricerca simili (ad es., Kasper et al., 2024; Meier et al., 2023; Zeeck et al., 2024).

Inoltre, il numero limitato di terapeuti coinvolti ( $n = 17$ ) non consente di trarre conclusioni definitive sull'effetto del clinico, sebbene l'analisi statistica abbia indicato una quota di varianza non trascurabile attribuibile al singolo terapeuta.

Un ulteriore limite riguarda il campionamento delle sedute: per ciascun caso clinico è stata analizzata una sola seduta, scelta casualmente. Questa procedura non permette di stabilire quanto i dati raccolti siano rappresentativi dell'intero percorso terapeutico, né se riflettano uno stile clinico stabile. Inoltre, non è stato possibile controllare o standardizzare la fase della terapia a cui le sedute appartenevano, elemento che potrebbe aver influenzato la frequenza o il tipo di interventi mentalizzanti osservati.

Un'altra criticità riguarda la non omogeneità diagnostica del campione. Sebbene il 68% dei pazienti presentasse una diagnosi di disturbo di personalità, il restante 32% era composto da soggetti con problematiche cliniche diverse, come disturbi d'ansia, dell'umore o tratti subclinici. La gravità e la tipologia del disturbo potrebbero aver influenzato l'impostazione tecnica adottata dal terapeuta, tuttavia, tali variabili non sono state controllate nelle analisi statistiche, né è stato possibile condurre confronti sistematici tra i sottogruppi diagnostici.

Infine, va sottolineato che lo studio si è focalizzato sull'analisi del processo terapeutico e non ha incluso misure di esito clinico. Di conseguenza, non è possibile

determinare in che misura i livelli di aderenza all'approccio MBT osservati siano associati a cambiamenti nei pazienti in termini di sintomatologia o funzionamento mentale. Studi futuri potrebbero ampliare il numero di sedute analizzate per ciascun caso, integrare variabili diagnostiche e di processo, e includere misure di esito per valutare più approfonditamente l'efficacia degli interventi mentalizzanti nei diversi approcci terapeutici.

Nonostante questi limiti, il presente studio, attraverso un approccio basato sull'analisi delle sedute di psicoterapia, offre preziose intuizioni sul ruolo della mentalizzazione nei diversi orientamenti teorici.

## *Capitolo quarto*

### **Studio 2**

#### **Esplorazione della relazione tra l'aderenza e la competenza dei clinici al Trattamento Basato sulla Mentalizzazione e i cambiamenti nella funzione riflessiva dei pazienti in seduta**

##### **4.1 Introduzione**

Numerose forme di psicopatologia, tra cui disturbi di personalità, disturbi alimentari, disturbi depressivi e psicosi, presentano compromissioni significative nella capacità di mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2016; Debbané et al., 2016; Gagliardini et al., 2020, 2023; Luyten et al., 2020, 2024; Robinson et al., 2019; Taubner et al., 2011). Allen, Fonagy e Bateman (2008) hanno ipotizzato che potenziare la capacità di mentalizzare potrebbe rappresentare un elemento chiave nel determinare l'efficacia di tutte le forme di psicoterapia. Studi successivi hanno confermato che anche terapie non specificamente progettate per sviluppare la mentalizzazione possono favorire miglioramenti significativi in questa abilità (Luyten et al., 2024).

Una questione centrale, ancora aperta, riguarda l'identificazione delle tecniche terapeutiche che influenzano gli esiti del trattamento. Comprendere quali interventi del terapeuta stimolino specifici cambiamenti è cruciale per decifrare i processi che sottendono al successo terapeutico.

Nella pratica clinica emerge, tuttavia, un'interessante complessità: i terapeuti non si limitano esclusivamente alle tecniche del loro modello di riferimento, ma integrano spesso interventi derivati da altri orientamenti teorici, talvolta in maniera non

sistematica. Questo fenomeno, evidenziato dalla letteratura sul processo terapeutico, rende difficile isolare i “principi attivi” responsabili degli esiti positivi.

Nell’ambito dei trattamenti *evidence-based*, le psicoterapie sono tradizionalmente presentate come “pacchetti” unitari, in cui i singoli componenti non vengono analizzati separatamente. Questo approccio assume che ogni elemento del pacchetto contribuisca in egual misura al cambiamento, un presupposto che la ricerca ha iniziato a mettere in discussione (Ablon et al., 2006). Studi recenti, infatti, suggeriscono che all’interno di un determinato trattamento possono coesistere meccanismi e tecniche molto diversi, i cui effetti specifici restano spesso inesplorati. La validazione tramite studi randomizzati controllati conferma l’efficacia complessiva di una terapia, ma non permette di identificare con precisione i meccanismi specifici di cambiamento (Kazdin, 2023). Pertanto, è essenziale scomporre i trattamenti nei loro elementi costitutivi e indagarli singolarmente, al fine di ottenere una comprensione più accurata dei processi terapeutici.

Gli studi di Ablon e Jones (1998, 2002) hanno mostrato che i fattori terapeutici responsabili degli esiti positivi non coincidono necessariamente con quelli ipotizzati dai modelli teorici di riferimento. In condizioni cliniche reali, i trattamenti condividono spesso elementi di processo significativi provenienti da approcci diversi, e questi elementi presi in prestito possono rivelarsi cruciali per il successo terapeutico.

Nel 2006, Ablon e colleghi hanno cercato di spostare l’attenzione dai modelli di trattamento standardizzati a uno studio più approfondito delle tecniche impiegate dai clinici esperti nel trattare pazienti con diagnosi e problemi comuni. Partendo dall’ipotesi che i professionisti della salute mentale possano favorire un miglioramento sintomatologico nei loro pazienti, gli autori hanno utilizzato metodi empirici per identificare i processi di cambiamento presenti in un contesto

terapeutico naturalistico, con l'obiettivo di comprendere come e perché i pazienti ottengono miglioramenti. Per valutare il processo terapeutico con pazienti adulti, hanno impiegato il Psychotherapy Q-Set (PQS; Jones, 2000), uno strumento che consente di descrivere il processo psicoterapeutico sessione per sessione, permettendo un'analisi dettagliata sia delle tecniche impiegate sia delle "modalità di interazione" che emergono tra terapeuta e paziente (per una revisione, si veda Ablon et al., 2011). Nello studio del 2006, Ablon e colleghi hanno chiesto a sette clinici che si identificavano come psicodinamici, di trattare un gruppo di pazienti (n=17) con disturbo di panico seguendo la loro pratica clinica abituale, per una durata media di 21 sessioni. Tutti i pazienti hanno mostrato riduzioni sintomatologiche statisticamente significative, e l'analisi del processo psicoterapeutico ha rivelato che, nonostante l'orientamento psicodinamico dichiarato dai terapeuti, i trattamenti erano prevalentemente caratterizzati da processi cognitivo-comportamentali. Tuttavia, sono stati l'aderenza al processo interpersonale e, in misura minore, a quello psicodinamico, a predire un esito positivo. Questo risultato, in cui il processo terapeutico predominante (cognitivo-comportamentale) non coincideva con i processi predittivi dell'esito positivo (interpersonale e psicodinamico), trova riscontro nella letteratura empirica; infatti, gli aspetti prevalenti del processo terapeutico non sono necessariamente quelli più determinanti per l'esito finale (Ablon & Jones, 1998, 2002).

Presi insieme, questi risultati suggeriscono che la concettualizzazione degli interventi terapeutici come "puramente" di un orientamento o di un altro può essere, alla fine, più una costruzione concettuale che una realtà clinica. Un'ulteriore implicazione significativa è che focalizzarsi esclusivamente sugli aspetti predominanti del processo può risultare fuorviante quando si tratta di individuare gli ingredienti attivi di un trattamento. Ad esempio, nelle terapie analizzate da Ablon e

collaboratori (2006) l'esito positivo è stato fortemente predetto dal focus sull'identificazione e l'espressione delle emozioni, in particolare quelle negative. Chiarire le reazioni emotive e identificare i possibili trigger emotivi negativi si è dimostrato terapeutico, in quanto riduce il senso di impotenza nei pazienti e aumenta il loro senso di autoefficacia e di controllo. Questi risultati trovano ulteriore conferma in altre ricerche (Diener et al., 2007; Hilsenroth et al., 2003), che sottolineano l'importanza cruciale dell'esperienza e dell'espressione emotiva nel processo terapeutico, nonché il loro contributo positivo al miglioramento degli esiti del trattamento.

Qualche anno dopo, Serralta e colleghi (2010) hanno cercato di determinare se il processo complessivo di una psicoterapia condotta da una terapeuta con orientamento psicoanalitico con una paziente depressa fosse maggiormente aderente ai prototipi ideali della CBT (Cognitive behavioral therapy) o PDT (Psychodynamic therapy). Gli autori hanno anche valutato se l'aderenza globale a specifiche componenti dei prototipi PDT e CBT fosse predittiva dei progressi terapeutici. La psicoterapia si è rivelata maggiormente aderente al prototipo CBT, con la paziente che ha riportato un miglioramento clinicamente significativo e duraturo. Tuttavia, analizzando i fattori che hanno contribuito a tali miglioramenti, gli autori hanno osservato che né l'aderenza totale al prototipo PDT né a quello CBT erano direttamente correlate ai progressi; al contrario, questi sono stati influenzati da un'integrazione di componenti provenienti da entrambi gli approcci. Questi risultati suggeriscono che, sebbene la CBT dominasse il processo terapeutico, le tecniche PDT non erano necessariamente inattive; tecniche utilizzate meno frequentemente o in momenti chiave possono comunque avere un impatto clinico significativo (Ablon & Jones, 1998, 2002; Ablon et al., 2006; Pole et al., 2008).

Anche lo studio di Goodman (2013) ha testato la proposta, formulata per la prima volta da Bateman e Fonagy (2004), secondo cui la mentalizzazione, operazionalizzata come RF, è un fattore di processo comune insito in tutti i modelli di trattamento progettati per trattare i pazienti con DBP. Goodman (2013) ha esaminato se specifici interventi volti a potenziare la mentalizzazione fossero responsabili dell'efficacia di alcuni trattamenti per il DBP; utilizzando il Psychotherapy Process Q-Set, valutatori esperti hanno elaborato prototipi di TFP e DBT, oltre a un prototipo per il processo RF. Quest'ultimo ha mostrato una forte correlazione con tutti i prototipi, supportando l'idea che il potenziamento della RF rappresenti un processo implicito comune sia alla TFP sia alla DBT. I risultati hanno indicato che i diversi modelli di trattamento, come TFP e DBT, migliorano in modo differenziato varie dimensioni della mentalizzazione. Ciò suggerisce che, sebbene il miglioramento della mentalizzazione sia un processo terapeutico attivo in entrambi i modelli, specifici aspetti della mentalizzazione potrebbero essere maggiormente implicati nel progresso terapeutico dei pazienti all'interno di ciascun approccio.

È interessante notare che risultati simili si sono avuti anche nell'analisi di psicoterapie condotte con bambini e adolescenti (Goodman et al., 2022; Goodman et al., 2016). Sembra che anche i clinici esperti nel trattamento degli adolescenti considerino i rispettivi modelli di trattamento come processi terapeutici che mirano a promuovere la capacità di mentalizzare, sebbene possano esserci alcune differenze nel modo in cui ciascun modello di trattamento realizza questo compito.

Per questo motivo concentrarsi su studi che possano misurare contemporaneamente l'aderenza al trattamento MBT e la mentalizzazione del paziente potrebbero aiutare a chiarire se e quali interventi MBT siano associati a cambiamenti nella mentalizzazione del paziente all'interno delle sedute di psicoterapia.

## **4.2 Obiettivi e ipotesi**

L'obiettivo di questo studio è stato quello di esplorare la relazione tra l'aderenza dei clinici con formazioni teoriche differenti (MBT, cognitiva e psicodinamica) all'MBT e i cambiamenti nella RF dei pazienti durante le sessioni di psicoterapia individuale. Le ipotesi formulate sono state le seguenti:

1. I clinici con formazione cognitiva e psicodinamica utilizzano tecniche che, pur non essendo strettamente legate al loro modello teorico, risultano in linea con le raccomandazioni del modello di trattamento MBT.

2. I clinici MBT dimostrano livelli più elevati di aderenza e competenza alle tecniche MBT rispetto ai terapeuti con formazione cognitiva o psicodinamica.

3. La maggior aderenza dei clinici ai principi dell'MBT si associa a un incremento della funzione riflessiva del paziente, indipendentemente dal modello teorico di appartenenza del clinico.

## **4.3 Metodo**

### **4.3.1 Campione**

Il campione delle sedute selezionato per questo studio è stato estratto in maniera casuale dal database di trascrizioni di sedute di psicoterapia presente presso il Servizio di Psicoterapia e Ricerca Clinica dell'Università di Urbino. Al momento della selezione, il database conteneva 1.392 trascrizioni relative a 141 casi di psicoterapia rappresentanti vari approcci, tra cui terapia psicodinamica, terapia cognitivo-comportamentale, terapia cognitiva, terapia di supporto, MBT, brief relational therapy, dynamic interpersonal therapy e terapia interpersonale. Le

trascrizioni, realizzate secondo gli standard internazionali (Mergenthaler & Stinson, 1992), hanno garantito la riservatezza dei dati sensibili, rimuovendo o rendendo non identificabili le informazioni personali.

- a) I casi dovevano riguardare psicoterapia dinamica, cognitiva o MBT.
- b) Avere una durata di almeno sei mesi.
- c) Includere una diagnosi secondo i criteri del DSM-5.

Il campione finale è formato da 110 trascrizioni di sedute di psicoterapia appartenenti a tre diversi approcci teorici: psicoterapia psicodinamica a lungo termine (n=37), terapia cognitiva (n=41) e terapia basata sulla mentalizzazione (n=32). Le terapie hanno coinvolto un totale di 35 pazienti, di cui 13 uomini e 22 donne (con un'età media = 25 anni).

Tra i pazienti, 18 avevano una diagnosi di disturbo di personalità, valutata tramite l'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Personalità (SCID-II; First & Gibbon, 2004). Gli altri 17 presentavano disturbi clinici, come ansia, depressione lieve o abuso di sostanze, associati a problematiche di personalità subcliniche (un criterio in meno rispetto alla diagnosi completa secondo il DSM).

Il campione ha incluso 26 psicoterapeuti (n = 6 psicodinamici, n = 18 cognitivi, n = 2 MBT). Questo progetto di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico per la Sperimentazione Umana (CESU), dell'Università di Urbino "Carlo Bo", con verbale n. 77 in data 21/12/2023.

### **4.3.2 Misure**

Ogni trascrizione di seduta di psicoterapia è stata valutata in modo indipendente utilizzando due strumenti:

(1) Scala di Aderenza e Competenza MBT (MBT-ACS; Anna Freud Centre, 2020)

che valuta l'aderenza e la competenza del clinico al MBT. La scala può essere applicata sia alle sedute di psicoterapia di gruppo sia a quelle individuali e si articola in item che sono raggruppati in sei domini come presentato in maniera approfondita nello studio precedente.

(2) Reflective Functioning Scale (RFS; Fonagy, et al., 1998), uno degli strumenti più

usati per valutare la capacità di mentalizzazione nel paziente. La RFS viene applicata alle trascrizioni dell'AAI (George et al., 1985) e/o alle registrazioni audio o video delle sedute di psicoterapia. Per una trattazione più approfondita dello strumento si fa riferimento al capitolo primo di questo elaborato.

### **4.3.3 Procedure**

La valutazione delle trascrizioni delle sedute si è articolata in due fasi distinte: da un lato l'analisi dell'aderenza e della competenza del terapeuta rispetto al modello MBT; dall'altro, la misurazione della funzione riflessiva del paziente. Per garantire l'affidabilità e la validità delle misurazioni, sono stati coinvolti valutatori aventi una formazione specifica e certificata nell'utilizzo degli strumenti adottati.

Tutte le trascrizioni sono state riportate in fogli Excel e suddivise in unità verbali identificabili, in modo da facilitare l'analisi sequenziale degli scambi terapeutici. Il processo di valutazione è avvenuto in cieco rispetto all'identità dei terapeuti e all'orientamento teorico dichiarato, per ridurre il rischio di bias.

Per la valutazione dell'aderenza all'approccio MBT è stata utilizzata la scala MBT-ACS. Le valutazioni sono state condotte da due clinici: un supervisore riconosciuto dall'Anna Freud Centre (con funzione di training e supervisione MBT) e un clinico che ha completato il corso base MBT tenuto in Italia da Anthony Bateman. Entrambi i valutatori avevano acquisito familiarità con il sistema di codifica MBT-ACS tramite esercitazioni congiunte, discussione di casi e training formali, secondo le indicazioni dell'Anna Freud Centre. L'accordo tra valutatori è stato calcolato utilizzando l'ICC a due vie, con un valore medio pari a 0.81, considerato moderato.

Per la valutazione della funzione riflessiva dei pazienti, è stata utilizzata la Reflective Functioning Scale (RFS), applicata alle trascrizioni verbatim delle sedute. La codifica è stata effettuata da un valutatore certificato come affidabile secondo gli standard previsti dal manuale (Fonagy et al., 1998). Come esplicitato nel primo capitolo di questa tesi, secondo il manuale (Fonagy et al., 1998) le domande poste dal terapeuta si distinguono in due categorie principali: le *permit question*, che permettono al paziente di riflettere sugli stati mentali senza richiedere esplicitamente tale riflessione, e le *demand question*, che sollecitano direttamente il paziente a dimostrare capacità riflessive sui propri stati mentali o su quelli altrui (ad esempio: "Cosa pensa che provi il suo partner quando si comporta in quel modo?"). Le *demand question* vengono sempre valutate, mentre le *permit question* sono prese in considerazione solo quando portano all'emergere di riferimenti

espliciti agli stati mentali. Le prime rappresentano un forte predittore del punteggio finale della funzione riflessiva, mentre l'influenza delle *permit question* risulta più marginale (Taubner et al., 2013). Alla fine della valutazione, viene assegnato un punteggio su una scala *Likert* a 11 punti, che va da -1 (funzione riflessiva negativa) a +9 (funzione riflessiva eccellente). Questo punteggio fornisce una valutazione generale del livello di funzione riflessiva dell'individuo; secondo la RF Scale, un punteggio inferiore a 4 indica una RF bassa o negativa, un punteggio pari o superiore a 5 è indicativo di una buona capacità riflessiva (Fonagy et al., 1998).

La scala RF è stata applicata all'intera seduta, consentendo il calcolo del punteggio medio RF per ciascuna sessione e del coefficiente di pendenza (*slope line*) relativo ai punteggi complessivi della seduta. Il campione è quindi stato suddiviso in gruppi: sedute in cui la RF è aumentata nel corso della seduta (n=52, SPP = Sedute a Pendenza Positiva) e sedute in cui la RF è diminuita (n=53, SPN = Sedute a Pendenza Negativa). Cinque sedute hanno mostrato un andamento stabile della funzione riflessiva.

#### **4.4 Analisi statistiche**

Per valutare l'affidabilità tra valutatori nell'utilizzo della scala MBT-ACS è stato calcolato il Coefficiente di Correlazione Intraclass (Intraclass Correlation Coefficient, ICC) a due vie (Two-Way Mixed). Le analisi statistiche, le statistiche descrittive e i calcoli dell'ICC sono stati eseguiti con SPSS (versione 21).

Per testare le differenze nei punteggi MBT-ACS tra i gruppi di terapeuti (MBT, cognitivo, psicodinamico), è stata condotta un'Analisi della Varianza (ANOVA) a una via, con test post-hoc di Bonferroni per analizzare i confronti multipli.

Infine, per verificare la terza ipotesi, è stata svolta un'ANOVA a una via per analizzare l'associazione tra le due categorie di sedute (con pendenza positiva della RF vs. con pendenza negativa) e i domini della scala MBT-ACS. I grafici sono stati generati con Excel (Microsoft Office, 2021).

#### **4.5 Risultati**

Ai fini della verifica della prima ipotesi, si è indagato se e in quale misura i trattamenti non MBT includano l'utilizzo delle tecniche previste dal modello MBT.

I risultati indicano che i tre gruppi di trattamento (PDT, CT e MBT) mostrano punteggi di aderenza all'MBT significativamente diversi. Nello specifico le terapie MBT hanno riportato valori significativamente più alti rispetto alle terapie psicodinamiche ( $d = 1.04$ ;  $p < .001$ ) e a quelle cognitive ( $d = 0.99$ ;  $p < .001$ ). Inoltre, non sono state rilevate differenze significative tra terapie cognitive e dinamiche.

La Tabella 4 riporta le statistiche descrittive dei punteggi di aderenza e di competenza relativi alle tre tipologie di trattamento (psicodinamico, cognitivo e MBT), valutati attraverso i domini della scala MBT-ACS.

L'obiettivo della seconda ipotesi era verificare se i trattamenti MBT ottenessero punteggi di aderenza e competenza significativamente superiori, rispetto ai modelli non-MBT, nei diversi domini della scala MBT-ACS. Poiché il dominio della Mentalizzazione Relazionale è stata valutato solo in 40 sedute, è stato escluso dalle analisi successive.

**Tabella 4***Statistiche descrittive domini MBT-ACS*

<b>Domini MBT-ACS</b>	<b>Dinamica</b>				<b>Cognitiva</b>				<b>MBT</b>			
	<b>Media</b>	<b>Ds</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Media</b>	<b>Ds</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Media</b>	<b>Ds</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<i>Punteggio Finale</i>	3.13	1.18	0.47	5.68	3.17	0.79	1.84	5.17	4.16	0.83	2.68	6.36
<i>Struttura della seduta</i>	4.77	1.04	2.33	5.88	4.81	0.92	2.38	6.63	5.33	0.72	4.00	7.00
<i>Posizione di non conoscenza</i>	4.68	1.09	2.50	6.50	3.56	1.01	1,50	5.50	5.38	0.72	4.00	7.00
<i>Processo mentalizzante</i>	3.77	1.11	1.00	5.60	4.02	0.96	2.00	5.50	4.91	0.87	3.13	6.80
<i>Modalità non-mentalizzanti</i>	1.74	1.36	-.50	4.50	2.36	0.80	1.00	4.00	3.48	1.14	0.5	5.00
<i>Narrativa affettiva</i>	3.76	1.02	2.00	5.50	4.21	1.15	2.00	6.50	4.89	0.82	3.00	6.80
<i>Mentalizzazione relazionale<sup>o</sup></i>	4.15	0.92	3.00	6.00	3.57	1.14	2.00	6.00	4.37	0.62	4.00	6.00

*Nota.* °N=40

I confronti tra gruppi hanno indicato che per quanto riguarda la Struttura Mentalizzante della Seduta le terapie MBT ottengono punteggi significativamente più alti rispetto alle terapie psicodinamiche ( $d = 0.56$ ;  $p = .036$ ). Tuttavia, non sono emerse differenze significative tra terapie cognitive e psicodinamiche, né tra MBT e cognitive ( $p = .055$ ).

Nel dominio della Posizione di Non Conoscenza le terapie MBT hanno riportato punteggi medi significativamente superiori rispetto sia alle terapie psicodinamiche ( $d = 0.70$ ;  $p = .010$ ) sia a quelle cognitive ( $d = 1.81$ ;  $p < .001$ ). Inoltre, i trattamenti dinamici hanno ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto a quelli cognitivi ( $d = 1.11$ ;  $p < .001$ ).

Anche nel Processo Mentalizzante i trattamenti MBT hanno ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto ai trattamenti psicodinamici ( $d = 1.13$ ;  $p < .001$ ) e a quelli cognitivi ( $d = .89$ ;  $p < .001$ ). Non sono emerse differenze significative tra quelli cognitivi e quelli psicodinamici.

Nel dominio Modalità Non Mentalizzanti le terapie MBT hanno registrato punteggi significativamente più alti rispetto sia alle terapie cognitive ( $d = 1.12$ ;  $p < .001$ ) sia a quelle psicodinamiche ( $d = 1.74$ ;  $p < .001$ ). Inoltre, i trattamenti cognitivi hanno ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto a quelli psicodinamici ( $d = 0.62$ ;  $p = .47$ ).

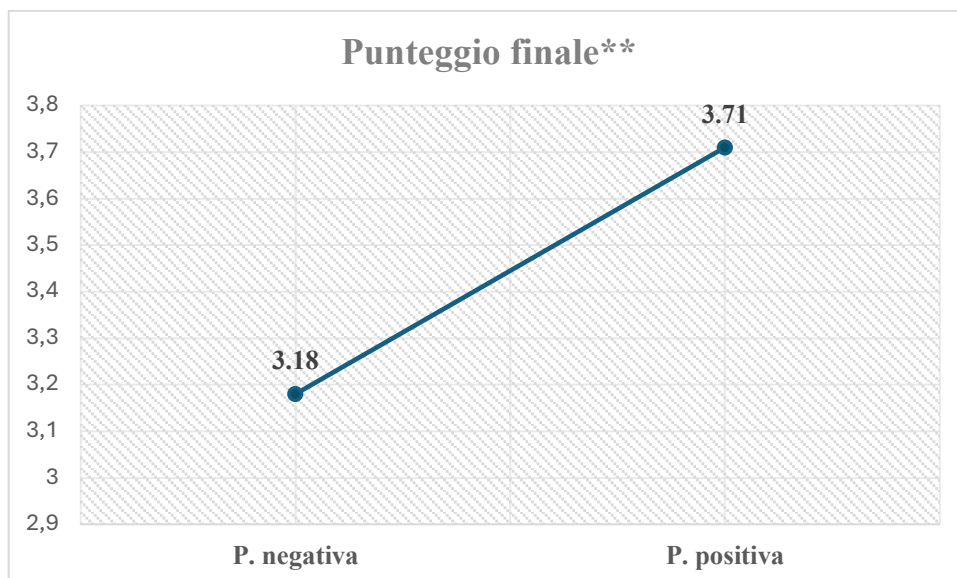
Infine, per quanto riguarda la Narrativa Affettiva le terapie MBT hanno mostrato punteggi medi significativamente più alti rispetto a quelle psicodinamiche ( $d = 1.12$ ;  $p < .001$ ) e cognitive ( $d = 0.68$ ;  $p = .016$ ), mentre non sono emerse differenze significative tra i trattamenti cognitivi e psicodinamici.

La terza ipotesi, invece, si poneva l'obiettivo di analizzare se i punteggi di aderenza alle tecniche MBT erano associati a livelli più elevati di RF, indipendentemente dall'orientamento teorico del clinico. Come anticipato, abbiamo suddiviso le sedute in due gruppi: quelle in cui la funzione riflessiva è aumentata nell'arco della seduta (Pendenza Positiva) e quelle in cui è diminuita (Pendenza Negativa), escludendo le sedute con andamento stabile (n=5).

Nella Figura (13, 14 e 15) sono riportati i risultati statisticamente significativi. È evidente come il Punteggio finale e il lavoro in alcuni domini, tra cui la Struttura Mentalizzante della Seduta e il Processo Mentalizzante, è associato in modo statisticamente significativo alle sedute in cui la funzione riflessiva aumenta. Anche gli altri domini (Posizione di Non Conoscenza, Modalità Non-Mentalizzanti e Narrativa Affettiva) sebbene non raggiungano una significatività statistica sono associati a un andamento positivo della funzione riflessiva (Figura 16, 17 e 18).

**Figura 13**

*Associazione statisticamente significativa tra Punteggio Finale e RF*

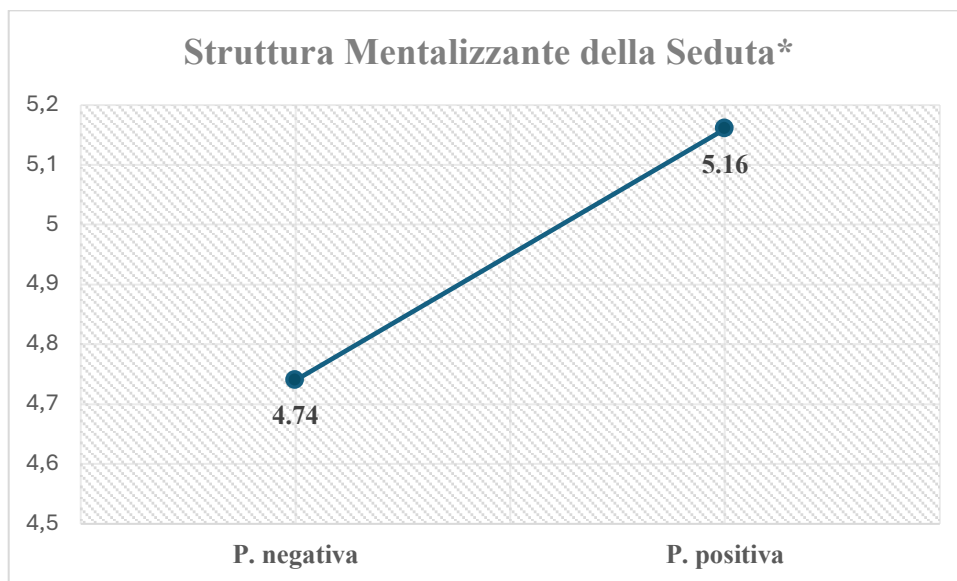


*Nota.* Sull'asse orizzontale (x) le due categorie (P. negativa e P. positiva) rappresentano rispettivamente la pendenza negativa e positiva dell'andamento della funzione riflessiva (RF). Sull'asse verticale (y): È riportato il Punteggio Finale di aderenza e competenza della MBT-ACS.

Analisi della Varianza (ANOVA); \*p < 0.05; \*\*p < 0.01

**Figura 14**

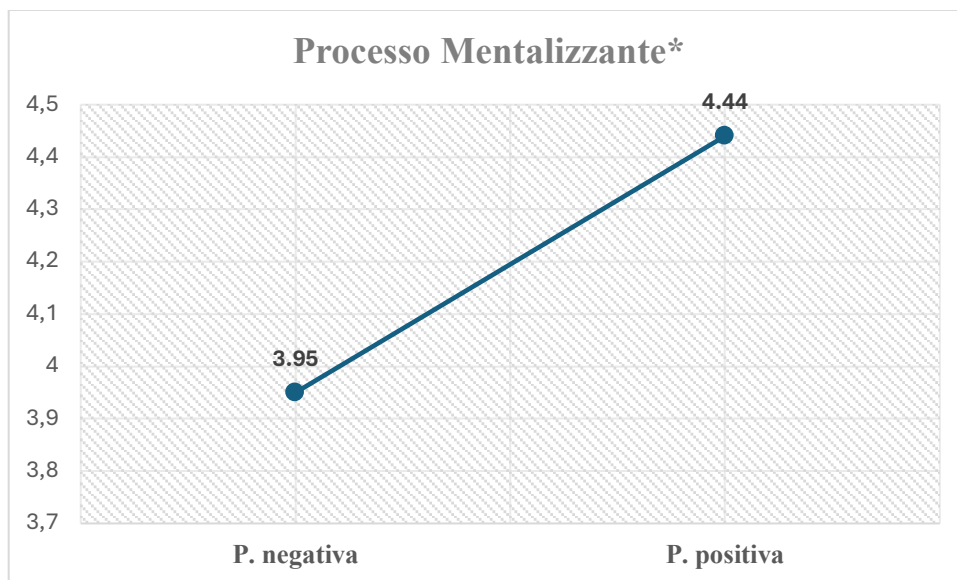
*Associazione statisticamente significativa tra Struttura Mentalizzante della Seduta e RF*



*Nota.* Sull'asse orizzontale (x) le due categorie (P. negativa e P. positiva) rappresentano rispettivamente la pendenza negativa e positiva dell'andamento della funzione riflessiva. Sull'asse verticale (y): È riportato il punteggio relativo alla Struttura Mentalizzante della seduta. Analisi della Varianza (ANOVA); \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

**Figura 15**

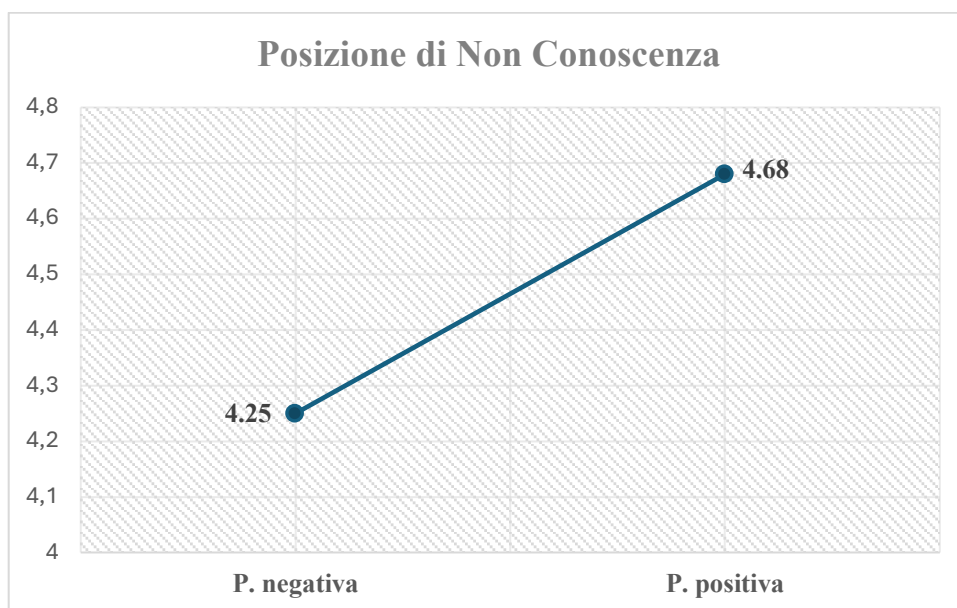
*Associazione statisticamente significativa tra Processo Mentalizzante e RF*



*Nota.* Sull'asse orizzontale (x) le due categorie (P. negativa e P. positiva) rappresentano rispettivamente la pendenza negativa e positiva dell'andamento della funzione riflessiva. Sull'asse verticale (y): È riportato il punteggio relativo al Processo Mentalizzante. Analisi della Varianza (ANOVA); \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

**Figura 16**

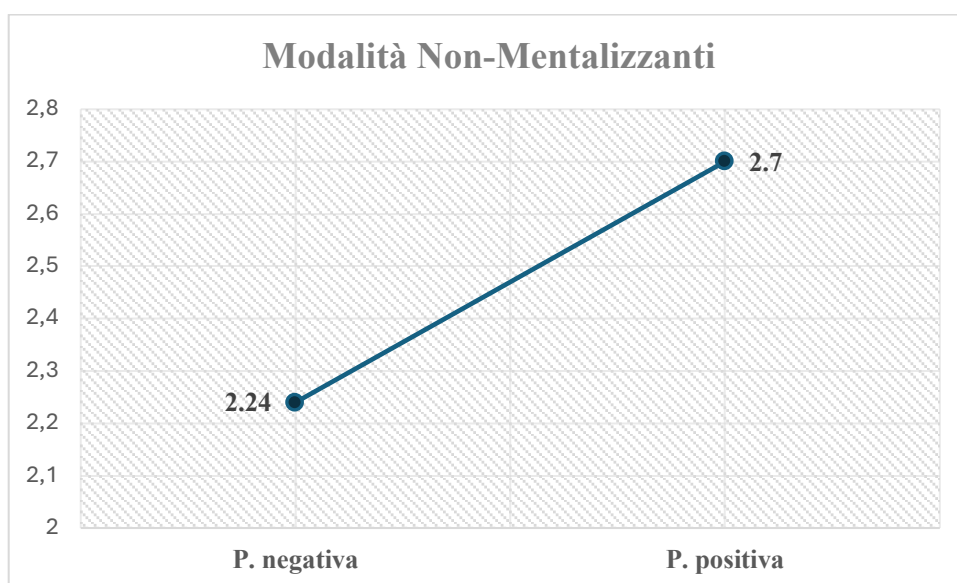
*Associazione tra Posizione di Non Conoscenza e RF*



*Nota.* Sull'asse orizzontale (x) le due categorie (P. negativa e P. positiva) rappresentano rispettivamente la pendenza negativa e positiva dell'andamento della funzione riflessiva. Sull'asse verticale (y): È riportato il punteggio relativo alla Posizione di Non Conoscenza. Analisi della Varianza (ANOVA); \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

**Figura 17**

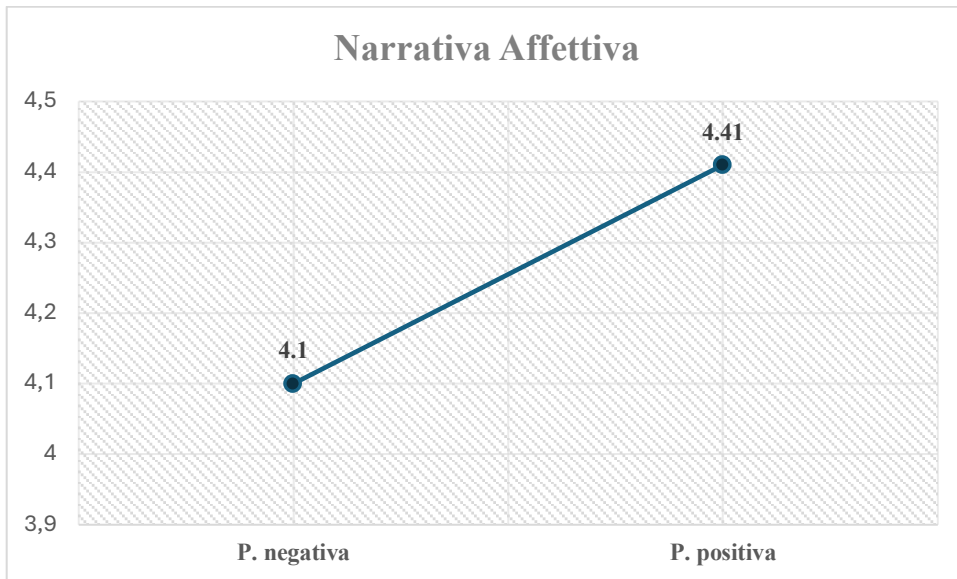
*Associazione tra Modalità non-Mentalizzanti e RF*



*Nota.* Sull'asse orizzontale (x) le due categorie (P. negativa e P. positiva) rappresentano rispettivamente la pendenza negativa e positiva dell'andamento della funzione riflessiva. Sull'asse verticale (y): È riportato il punteggio relativo alle Modalità Non-Mentalizzanti. Analisi della Varianza (ANOVA); \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

**Figura 18**

*Associazione tra Mentalizzazione della Narrativa Affettiva e RF*



*Nota.* Sull'asse orizzontale (x) le due categorie (P. negativa e P. positiva) rappresentano rispettivamente la pendenza negativa e positiva dell'andamento della funzione riflessiva. Sull'asse verticale (y): È riportato il punteggio relativo alla Mentalizzazione della Narrativa Affettiva.

Analisi della Varianza (ANOVA); \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

## 4.6 Discussioni

Il principale obiettivo di questo studio è stato quello di esplorare se trattamenti appartenenti a differenti modelli teorico-clinici (PDT, CT e MBT) facciano uso di tecniche analoghe a quelle descritte nel manuale MBT, e in che misura tali tecniche possano incidere sui cambiamenti della funzione riflessiva del paziente. L'approccio adottato ha scomposto l'MBT nei suoi singoli elementi, anziché considerarlo come un modello unitario e indivisibile, ipotizzando che alcuni componenti del modello MBT possano essere applicati anche in altri tipi di terapia, come la terapia psicodinamica e quella cognitiva, pur senza avere come obiettivo esplicito l'incremento della mentalizzazione.

Come evidenziato da Ablon e colleghi (2006), i clinici, nella pratica quotidiana, tendono spesso a integrare tecniche "prese in prestito" da orientamenti teorici diversi. I risultati relativi alla prima ipotesi confermano chiaramente che anche i trattamenti non MBT, nella pratica naturalistica, possono includere elementi propri della mentalizzazione. Tuttavia, come previsto, le terapie MBT mostrano livelli di aderenza e competenza più elevati in tutti i domini della scala MBT-ACS. È interessante osservare che anche altri orientamenti teorico-clinici ottengono comunque punteggi indicativi di competenze adeguate (pari o superiori a 4) in diversi domini della scala, suggerendo una certa trasversalità nell'utilizzo delle tecniche MBT.

Analizzando i dati presenti nella Tabella 4 possiamo fare alcune considerazioni. I risultati relativi al dominio Struttura Mentalizzante della seduta mostrano che non sono emerse differenze significative tra le sedute MBT e quelle cognitive. Questo risultato è comprensibile considerando che la terapia cognitiva, nella sua impostazione classica, si basa su una strutturazione molto chiara e metodica delle

sedute (Clark et al., 1999) in linea con l'MBT, dove la struttura della seduta e l'identificazione di un focus di lavoro sono elementi chiave per promuovere la mentalizzazione nei pazienti. Al contrario, le terapie dinamiche tendono ad adottare un approccio più fluido e meno rigido, che potrebbe spiegare il punteggio leggermente inferiore.

Nel dominio Posizione di Non Conoscenza, i trattamenti dinamici riportano punteggi significativamente più alti rispetto a quelli cognitivi. Questo risultato può essere interpretato considerando che sia le terapie dinamiche sia quelle MBT adottano più frequentemente un atteggiamento di "non conoscenza" come strumento per esplorare il mondo interno del paziente e favorire l'emergere dei pensieri.

Nell'approccio psicomodinamico, la Posizione di Non Conoscenza è cruciale per facilitare l'emergere di contenuti inconsci e dei processi emotivi complessi, una pratica che trova un parallelo nell'MBT, dove il clinico sospende deliberatamente le proprie certezze per promuovere la capacità di mentalizzazione del paziente. Al contrario, le terapie cognitive tendono a focalizzarsi su strutture cognitive più definite e su processi di ristrutturazione, relegando la posizione di non conoscenza a un ruolo più marginale (Gabbard, 2007). Questo approccio, pur efficace nel raggiungimento di obiettivi specifici, potrebbe spiegare il punteggio inferiore rilevato in questo dominio.

Anche nel dominio Processo Mentalizzante, le terapie MBT mostrano punteggi significativamente più elevati; generare un processo mentalizzante e controllare il flusso della seduta è un aspetto centrale dell'MBT. È interessante osservare che non sono emerse differenze significative tra i trattamenti dinamici e quelli cognitivi, suggerendo comunque una discreta competenza in entrambi i gruppi nella

facilitazione della mentalizzazione, anche se non si tratta di un obiettivo esplicito del loro modello.

I trattamenti psicodinamici lavorano attivamente per identificare ed approfondire i pattern ricorrenti nella vita del paziente, concentrandosi però maggiormente sull'esplorazione di difese e resistenze, cosa che è leggermente diversa dall'approccio MBT che, invece, si concentra sull'intervenire nei momenti in cui la mentalizzazione, in una delle sue dimensioni, viene meno. Questi punteggi potrebbero riflettere il fatto che, sebbene la mentalizzazione non sia un obiettivo esplicito di queste scuole psicoterapeutiche, entrambi gli approcci incorporano elementi che favoriscono indirettamente questa capacità, come l'esplorazione degli stati mentali (nelle terapie dinamiche) o la ristrutturazione cognitiva (in quelle cognitive).

Nel dominio Modalità Non Mentalizzanti, i trattamenti MBT hanno punteggi significativamente più alti rispetto sia a quelli cognitivi sia a quelli psicodinamici. È interessante notare, tuttavia, che anche le terapie MBT hanno riportato punteggi bassi, inferiori al cut-off previsto. Questo risultato potrebbe essere attribuibile al fatto che i clinici MBT inclusi nello studio non avevano ancora maturato molti anni di esperienza professionale.

Anche nel dominio Mentalizzazione della Narrativa Affettiva i trattamenti MBT ottengono punteggi significativamente più alti rispetto a quelli dinamici e cognitivi. Il punteggio inferiore ottenuto dalle terapie dinamiche potrebbe essere spiegato dalla natura della formazione dinamica, che privilegia l'esplorazione del significato inconscio dei vissuti emotivi e delle dinamiche relazionali, piuttosto che focalizzarsi direttamente sulla chiarificazione degli stati mentali e sull'identificazione esplicita dell'affetto. Questo approccio, sebbene fondamentale per la comprensione profonda del paziente, potrebbe tradursi in un minore utilizzo

di interventi espliciti volti a chiarire e a differenziare i sentimenti durante la seduta, elementi che sono invece centrali nella valutazione di questo dominio.

Questi risultati sembrano confermare la differenza tra teoria e pratica. Come spesso affermano i professionisti che lavorano nella salute mentale, la realtà di ciò che “funziona” con un dato paziente richiede spesso una combinazione di tecniche, interventi e approcci terapeutici differenti. In contesti naturalistici, dove i pazienti presentano comorbidità e problemi di varia natura, i clinici riferiscono frequentemente di attingere a diversi tipi di interventi provenienti da varie scuole di pensiero, in base alle specificità del caso. Ricerche precedenti hanno indicato che, ad esempio, i clinici psicodinamici tendono a impiegare una gamma diversificata di interventi durante le psicoterapie, favorendo tanto un processo cognitivo-comportamentale quanto un processo psicodinamico (Ablon & Jones, 1998; Ablon et al., 2006).

I risultati a cui siamo giunti sembrano confermare che vi sia la necessità di uscire dalla logica di efficacia di un pacchetto di trattamento e comprendere quali tecniche siano realmente efficaci, ad esempio nell'incrementare la funzione riflessiva.

I risultati relativi alla terza ipotesi ci permettono di ipotizzare che la RF nel corso della seduta cresca quando il terapeuta lavora sulla Strutturazione della Seduta e sul Processo Mentalizzante, suggerendo che alcune tecniche MBT risultino particolarmente utili per promuovere la funzione riflessiva. I dati indicano che la capacità del clinico di strutturare attivamente la seduta, definendo un focus condiviso e mantenendo una direzione coerente nel lavoro terapeutico, rappresenta un elemento decisivo per sostenere il funzionamento riflessivo del paziente.

Per Strutturazione della Seduta si intende la capacità del clinico di creare un clima relazionale favorevole, caratterizzato da un atteggiamento accogliente, di sostegno e di autentico interesse. L'avvio del colloquio dovrebbe essere centrato

sulla prospettiva del paziente, salvo nei casi in cui vi siano urgenze, come la gestione di un rischio o preoccupazioni significative sulla possibilità di proseguire il trattamento; successivamente, l'attenzione si dovrebbe concentrare sull'individuazione di un focus rilevante per il paziente, definito in accordo con il terapeuta. Nel corso della seduta tale focus dovrebbe essere articolato in modo progressivamente più articolato e contestualizzato, evolvendo verso una comprensione mentalizzante. L'incontro si chiude, quando possibile, con una riflessione condivisa su quanto emerso e sul lavoro svolto.

Anche il lavoro all'interno del dominio Processo Mentalizzante è associato in maniera statisticamente significativa a un aumento della RF del paziente. Questo processo si caratterizza per l'impegno da parte del clinico della validazione empatica e della risposta sintonica all'esperienza soggettiva del paziente, in un dialogo che valorizza la reciprocità. Durante la seduta, il terapeuta può interrompere il dialogo per chiarire aspetti emersi o per tornare intenzionalmente su contenuti precedenti, al fine di mantenere il focus e approfondire l'esplorazione mentale. La capacità del terapeuta di guidare la seduta attraverso movimenti oscillatori – tra i diversi poli della mentalizzazione – sembra contribuire in modo significativo a consolidare la mentalizzazione. Poiché la capacità di mentalizzare è sensibile ai livelli di attivazione emotiva, il terapeuta modula l'eccitazione durante la seduta, adattandola alle esigenze del momento. Il clinico esplora attivamente l'esperienza affettiva del paziente, la verbalizza e segnala in modo chiaro (con segnali ostensivi) l'intenzione di condividere e comprenderne il significato. In questo modo, l'esperienza emotiva viene riorganizzata, rendendola più accessibile alla riflessione e più integrata nella narrazione di sé.

I dati emersi sollecitano una riflessione importante: non è soltanto la promozione di contenuti mentalizzanti a sostenere la RF, ma anche la cornice tecnica con cui il

clinico costruisce e orienta la seduta. In altri termini, favorire la mentalizzazione richiede un impianto tecnico chiaro, un orientamento attivo del terapeuta e la capacità di accompagnare il paziente nell'organizzazione della propria esperienza interna.

Alla luce dei risultati emersi, si può osservare che non tutti i domini della scala MBT-ACS – e le relative tecniche MBT – sembrano contribuire allo stesso modo ai cambiamenti terapeutici. Saranno necessari ulteriori studi, da un lato per individuare quali tecniche risultano maggiormente associate a esiti positivi del trattamento, dall'altro per approfondire se, e in che modo, le differenze teorico-cliniche tra terapeuti influenzino l'efficacia delle tecniche MBT nel promuovere la mentalizzazione.

È importante sottolineare che la funzione riflessiva media relativa al nostro campione di pazienti risultava bassa ( $RF < 3$ ). Questo dato pone interrogativi sull'eventualità che il basso livello di funzione riflessiva e le difficoltà di mentalizzazione dei pazienti abbiano spinto i terapeuti a intervenire attivamente, esplorando e interrogando i pazienti per sostenerli in questo compito specifico.

Questo studio presenta alcuni limiti; innanzitutto non è stato utilizzato il Psychotherapy Process Q-set (PQS; Jones, 2000), strumento utile per una valutazione più approfondita delle caratteristiche del processo terapeutico attivato dai clinici. Inoltre, l'approccio adottato non prevede una prospettiva *multi-informant*, che avrebbe consentito di integrare differenti punti di vista e di ottenere una valutazione più articolata degli esiti terapeutici.

Un ulteriore limite è rappresentato dalla carenza di informazioni sul contributo specifico dei singoli item della scala MBT-ACS ai domini complessivi. Questo

aspetto riduce la possibilità di trarre conclusioni più definitive e individuare quali tecniche siano più rilevanti per favorire il processo di mentalizzazione.

Sebbene la dimensione del campione sia in linea con quella di studi simili (Meier et al., 2023; Zeeck et al., 2024), la composizione del campione rappresenta un potenziale limite. Le 110 trascrizioni analizzate provengono principalmente da pazienti di sesso femminile, un elemento che potrebbe ridurre la generalizzabilità dei risultati ad altre popolazioni cliniche.

Un ulteriore limite riguarda la scarsa variabilità del campione di terapeuti, in particolare dei clinici MBT, nonché la mancanza di informazioni relative alle caratteristiche dei clinici e alla fase del trattamento a cui appartenevano le sedute analizzate, elementi che potrebbero aver influito sull'impiego di specifiche tecniche terapeutiche.

Nonostante questi limiti, lo studio esplora la trasversalità delle tecniche MBT, evidenziando come possano essere integrate efficacemente in altri approcci terapeutici per migliorare la funzione riflessiva dei pazienti. I risultati raccolti contribuiscono a una comprensione più approfondita dei processi terapeutici utile a promuovere una nuova prospettiva di maggiore flessibilità nell'applicazione clinica.

## **Conclusioni**

Questa tesi ha esplorato come le tecniche terapeutiche associate alla Terapia Basata sulla Mentalizzazione possano essere presenti anche in altre forme di psicoterapia. Attraverso due studi, sono stati analizzati sia l'utilizzo spontaneo di tecniche MBT da parte di terapeuti con formazioni teorico cliniche differenti, sia l'impatto di tali tecniche sulla funzione riflessiva dei pazienti.

I risultati evidenziano che, in contesti naturalistici, i terapeuti tendono ad adottare spontaneamente alcune tecniche MBT, sebbene l'aderenza al modello rimanga prerogativa di chi ha ricevuto una formazione specifica. Un punto di forza della ricerca risiede nell'utilizzo di campioni di pazienti e terapeuti non altamente selezionati, rappresentativi della popolazione generale, permettendo una maggiore aderenza alla pratica clinica reale (Westen et al., 2004).

Il primo studio ha esaminato in che misura diversi modelli terapeutici - MBT, PDT e CBT - incorporino tecniche caratteristiche della MBT. I risultati hanno mostrato che i terapeuti MBT dimostrano una maggiore aderenza alle tecniche di mentalizzazione, in particolare nel mantenere un atteggiamento di "non sapere" e nell'identificare le modalità di pensiero non mentalizzanti, rispetto ai terapeuti CBT e PDT. L'orientamento teorico dei terapeuti è risultato associato a differenze significative nell'aderenza a specifiche tecniche MBT. Inoltre, l'effetto del terapeuta sembra influenzare l'aderenza alle tecniche di mentalizzazione, anche se questo risultato non è statisticamente significativo.

Il secondo studio ha approfondito l'impatto delle tecniche MBT sulla funzione riflessiva dei pazienti, rivelando che domini come la Struttura Mentalizzante della Seduta e il Processo Mentalizzante sono significativamente associati a un miglioramento della RF in sessione. Questo suggerisce che alcune tecniche MBT

possano avere un impatto clinico rilevante anche in terapie non specificamente MBT.

I trial randomizzati controllati, che valutano i trattamenti manualizzati come “pacchetti”, rendono spesso difficile identificare quali tecniche siano effettivamente applicate e quali siano realmente efficaci (Ablon & Jones, 2002). Per affrontare questo limite, diventa fondamentale condurre analisi dettagliate su video o trascrizioni delle sedute, che permettano di individuare i reali meccanismi di cambiamento terapeutico. Queste analisi consentono di esplorare anche elementi trasversali a più modelli terapeutici, offrendo una comprensione più completa e integrata dei processi di trattamento (Goldfried & Wolfe, 1996; Kazdin, 2007, 2008).

I risultati complessivi supportano l’idea che le tecniche terapeutiche non siano esclusivamente legate a un singolo modello teorico, ma possano essere integrate in diversi approcci, ampliando così le possibilità di intervento clinico.

Un elemento nuovo che emerge da questi studi è la capacità della scala MBT-ACS di distinguere tra differenti forme di psicoterapia, offrendo così un ulteriore strumento per approfondire l’analisi dei processi terapeutici.

In entrambi gli studi, il dominio della Mentalizzazione Relazionale è stato valutato in un numero limitato di sedute, motivo per cui non è stato incluso nelle analisi. Questo dato solleva una riflessione importante: perché questo aspetto risulta così poco utilizzato dai clinici? È possibile che, nonostante la sua rilevanza teorica, venga sottovalutato nella pratica quotidiana. Di conseguenza, potrebbe essere utile riconsiderare i programmi di formazione, ponendo maggiore enfasi nel lavoro sulla relazione terapeuta-paziente, affinché i clinici sviluppino competenze più specifiche e maggiore consapevolezza nell’applicare interventi orientati alla mentalizzazione relazionale.

Questa tesi dimostra che l'MBT non è solo un modello terapeutico specifico, ma nondimeno un insieme di tecniche utili anche in altri approcci psicoterapeutici. Promuovere il dialogo tra diverse scuole di pensiero e comprendere i meccanismi trasversali del cambiamento terapeutico sono passi essenziali per migliorare la qualità e l'efficacia dei trattamenti, rispondendo così alle complesse esigenze dei pazienti in modo più integrato e basate sull'evidenze.

## Bibliografia

- Ablon, J., & Jones, E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy, *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332207>
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.775>
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 216. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-3204.43.2.216>
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Smith-Hansen, L. (2011). The contributions of the psychotherapy process Q-set to psychotherapy research, *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 14(1), 14-48. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2011.46>
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship, *Child development*, 969-1025. <https://doi.org/10.2307/1127008>
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the Development and Treatment of Attachment Trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J. G., Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2010). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Anna Freud Centre, (2020). *The MBT-Adherence and Competence Scale (MBT-ACS)*. <https://www.annafreud.org/training/health-and-social-care/mentalization-based-treatments-mbt/mentalization-based-treatment-adults/mbt-resources/mbt-adherence-scale/>
- Antonsen, B. T., Johansen, M. S., Rø, F. G., Kvarstein, E. H., & Wilberg, T. (2016). Is reflective functioning associated with clinical symptoms and long-term course in patients with personality disorders?, *Comprehensive Psychiatry*, 64, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.05.016>
- Appelbaum, S. A. (1973). Psychological-mindedness: Word, concept and essence. *The International journal of psycho-analysis*, 54, 35.
- Babl, A., Berger, T., Decurtins, H., Gross, I., Frey, T., Caspar, F., & Taubner, S. (2022). A longitudinal analysis of reflective functioning and its association with psychotherapy outcome in patients with depressive and anxiety disorders, *Journal of Counseling Psychology*, 69(3), 337–347. <https://doi.org/10.1037/cou0000587>
- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The French Version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity Data for Adolescents and Adults and Its Association with Non-Suicidal Self-Injury, *PLoS ONE*, 10(12), e0145892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145892>

- Balestrieri, M., Zuanon, S., Pellizzari, J., Zappoli-Thyrion, E., Ciano, R., & ResT-MBT. (2015). Mentalization in eating disorders: A preliminary trial comparing mentalization-based treatment (MBT) with a psychodynamic-oriented treatment, *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20, 525-528. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0204-1>
- Barber, J. P., Milrod, B., Gallop, R., Solomonov, N., Rudden, M. G., McCarthy, K. S., & Chambless, D. L. (2020). Processes of therapeutic change: Results from the Cornell-Penn Study of Psychotherapies for Panic Disorder, *Journal of counseling psychology*, 67(2), 222. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cou0000417>
- Barlow, J., Sneed, M., & Midgley, N. (2021). Enhancing parental reflective functioning through early dyadic interventions: A systematic review and meta-analysis, *Infant Mental Health Journal*, 42(1), 21-34. <https://doi.org/10.1002/imhj.21896>
- Bateman, A. W., Bolton, R., & Fonagy, P. (2013). Antisocial personality disorder: A mentalizing framework, *Focus*, 11(2), 178-186. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.178>
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder, *Current opinion in psychology*, 21, 44-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder—a randomised controlled trial, *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up, *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.36>

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A practical guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice (2<sup>nd</sup> ed.)*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Bateman, A., Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., & Debbané, M. (2023). *Cambridge guide to mentalization-based treatment (MBT)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Boldrini, T., Nazzaro, M. P., Damiani, R., Genova, F., Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (2018). Mentalization as a predictor of psychoanalytic outcome: An empirical study of transcribed psychoanalytic sessions through the lenses of a computerized text analysis measure of reflective functioning, *Psychoanalytic Psychology, 35*(2), 196. <https://doi.org/10.1037/pap0000154>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I: Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. II: Separation*. New York: Basic Books.
- Bressi, C., Fronza, S., Minacapelli, E., Nocito, E. P., Dipasquale, E., Magri, L., ... & Barone, L. (2017). Short-term psychodynamic psychotherapy with mentalization-based techniques in

major depressive disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables—A pilot study, *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 90(3), 299-313. <https://doi.org/10.1111/papt.12110>

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being, *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.84.4.822>

Chiesa, M., Luyten, P., & Fonagy, P. (2021). Two-year follow-up and changes in reflective functioning in specialist and nonspecialist treatment models for personality disorder, *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(3), 249–260. <https://doi.org/10.1037/per0000464>

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>

Clak, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.

Colle, L., Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A., & Chiavarino, C. (2020). Do Competitive Contexts Affect Mindreading Performance?, *Frontiers in Psychology*, 11, 1284. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01284>

Colli, A. (2016). *Psicoterapia dinamica. Teoria, clinica, ricerca*. Roma: Carocci.

Colli, A. (2024). *Il desiderio di essere capiti. Rotture, mentalizzazione, intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 614–625. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis, *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319–328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P., & Lowyck, B. (2018). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach, *Personality Disorders, Theory Research, and Treatment*, 9(1), 22–29. <https://doi.org/10.1037/per0000256>
- Debbané, M. (2019). *Mentalizzazione: dalla teoria alla pratica clinica*. Milano: Edra.
- Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida Tozzi, A., ... Brent, B. K. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum, *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 406. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406>
- Diamond, D., Keefe, J. R., Hörz-Sagstetter, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., & Buchheim, A. (2023). Changes in attachment representation and personality organization in transference-focused psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, 76(1), 31-38. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20220018>
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis, *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.936>

- 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 Assess.* <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Drozek, R. P., & Unruh, B. T. (2020). Mentalization-based treatment for pathological narcissism, *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement), 177-203. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.sup.177>
- Ekeblad, A., Falkenström, F., & Holmqvist, R. (2016). Reflective functioning as predictor of working alliance and outcome in the treatment of depression, *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 84(1), 67. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ccp0000055>
- Ekeblad, A., Holmqvist, R., Andersson, G., & Falkenström, F. (2023). Change in reflective functioning in interpersonal psychotherapy and cognitive behavioral therapy for major depressive disorder, *Psychotherapy Research*, 33(3), 342–349. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2109443>
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., & Fonagy, P. (2021). Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder: Associations with Mentalizing, Emotion Regulation, and Impulsiveness, *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 177–193. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_427](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_427)
- Fertuck, E. A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C., Wilson, S. T., ... & Stanley, B. (2009). Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls, *Psychological medicine*, 39(12), 1979-1988. <https://doi.org/10.1017/S003329170900600X>
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In

M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2. Personality assessment* (pp. 134–143). John Wiley & Sons, Inc.

Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, S., Kapusta, N. D., ... & Fonagy, P. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder, *Psychoanalytic Psychology*, 27(4), 395. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0020862>

Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function, *The British Journal of Psychiatry*, 207(2), 173–174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143842>

Fischer-Kern, M., & Tmej, A. (2019). Mentalization and depression: Theoretical concepts, treatment approaches and empirical studies – An overview, *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65(2), 162–177. <https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.162>

Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient, *International Journal of psychoanalysis*, 72(4), 639-656.

Fonagy, P. (2001). The human genome and the representational world: The role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(3: Special issue), 427-448. <https://doi.org/10.1521/bumc.65.3.427.19844>

Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In P. Fonagy & A. W. Bateman (Eds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (3–42). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., & Ghinai, R. (2008). *A self-report measure of mentalizing: Development and preliminary test of the reliability and validity of the Reflective Function Questionnaire (RFQ)* [Unpublished manuscript]. University College London.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(1), 22–31.
- 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., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., & Allison, E. (2010). Attachment and personality pathology, *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*, *1*, 37-88. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.155>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire, *PLoS ONE*, *11*(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>

- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment, *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47–69. <https://doi.org/10.1002/imhj.20283P>.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment, *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123))
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual. Fifth version*. Unpublished manual.
- Frith, C. D. (1987). The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action, *Psychological medicine*, 17(3), 631-648.
- Gabbard, G. O. (2007). *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gagliardini, G. (2019). *La valutazione della mentalizzazione: costruzione e validazione della Mentalization Imbalances Scale e della Modes of Mentalization Scale* [Tesi di dottorato. Università di Urbino Carlo Bo]. Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo" Archivio Digitale. <https://ora.uniurb.it/handle/11576/2664510>
- Gagliardini, G., & Colli, A. (2019). Assessing mentalization: Development and preliminary validation of the Modes of Mentalization Scale, *Psychoanalytic Psychology*, 36(3), 249. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pap0000222>

- Gagliardini, G., Gatti, L., & Colli, A. (2020). Further data on the reliability of the mentalization imbalances scale and of the modes of mentalization scale, *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 23(1). <https://psycnet.apa.org/doi/10.4081/ripppo.2020.450>
- Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., & Colli, A. (2018). Assessing mentalization in psychotherapy: First validation of the Mentalization Imbalances Scale, *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 21(3). <https://psycnet.apa.org/doi/10.4081/ripppo.2018.339>
- Gagliardini, G., Gullo, S., Teti, A., & Colli, A. (2023). Personality and mentalization: A latent profile analysis of mentalizing problematics in adult patients, *Journal of Clinical Psychology*, 79(2), 514–530. <https://doi.org/10.1002/jclp.23430>
- Gagliardini, G., Gullo, S., Tinozzi, V., Baiano, M., Balestrieri, M., Todisco, P., Schirone, T., & Colli, A. (2020). Mentalizing subtypes in eating disorders: A cluster analysis, *Frontiers in Psychology*, 11, 564291. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.564291>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished Manual. Berkeley; University of California.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance, *American Psychologist*, 51(10), 1007. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1007>
- Goodman, G. (2013). Is mentalization a common process factor in transference-focused psychotherapy and dialectical behavior therapy sessions?, *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 179. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1007>

- Goodman, G., Calderón, A., & Midgley, N. (2022) Expert clinicians' prototypes of an adolescent treatment: Common and unique factors among four treatment models, *Psychotherapy Research*, 32(6), 792-804, <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2001603>
- Goodman, G., Midgley, N., & Schneider, C. (2016). Expert clinicians' prototypes of an ideal child treatment in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: Is mentalization seen as a common process factor?, *Psychotherapy Research*, 26(5), 590-601. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049672>
- Górska, D., & Soroko, E. (2017). Between Verbalization and Reflection: Referential Activity and Narrative Processes in Borderline Personality Organization, *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 422–433. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pap0000117>
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Halstensen, K., Gjestad, R., Luyten, P., Wampold, B., Granqvist, P., Stålsett, G., & Johnson, S. U. (2021). Depression and mentalizing: A psychodynamic therapy process study, *Journal of counseling psychology*, 68(6), 705. <https://doi.org/10.1037/cou0000544>
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baity, M. R., & Mooney, M. A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change, *The Journal of nervous and mental disease*, 191(6), 349-357. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000071582.11781.67>
- Hüwe, L., Laser, L., & Andreas, S. (2024). Observer-based and computerized measures of the patient's mentalization in psychotherapy: A scoping review, *Psychotherapy Research*, 34(4), 419-433. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2226812>

- Jańczak, M. (2021). What's on your mind? A guide for mentalization assessment in adults, *Wydawnictwo Rys*. <https://doi.org/10.48226/978-83-66666-85-6>
- Jakobsen, J. C., Glud, C., Kongerslev, M., Larsen, K. A., Sørensen, P., Winkel, P., ... & Simonsen, E. (2014). Third-wave cognitive therapy versus mentalisation-based treatment for major depressive disorder: a randomised clinical trial, *BMJ open*, *4*(8), e004903. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004903>
- Johnson, B. N., Kivity, Y., Rosenstein, L. K., LeBreton, J. M., & Levy, K. N. (2022). The association between mentalizing and psychopathology: A meta-analysis of the reading the mind in the eyes task across psychiatric disorders, *Clinical Psychology: Science and Practice*, *29*(4), 423. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cps0000105>
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jørgensen, C. R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjølbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(4), 305-317. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x>
- Jurist, E. (2005). Mentalized affectivity, *Psychoanalytic Psychology*, *22*(3), 426-444. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0736-9735.22.3.426>
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(1), 65–84. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.65>

- Kasper, L. A., Hauschild, S., Schrauf, L. M., & Taubner, S. (2024). Enhancing mentalization by specific interventions within mentalization-based treatment of adolescents with conduct disorder, *Frontiers in Psychology, 14*, 1223040. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1223040>
- Katznelson, H., Falkenström, F., Daniel, S. I., Lunn, S., Folke, S., Pedersen, S. H., & Poulsen, S. (2020). Reflective functioning, psychotherapeutic alliance, and outcome in two psychotherapies for bulimia nervosa, *Psychotherapy, 57*(2), 129. <https://doi.org/10.1037/pst0000245>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research, *Annual Review of Clinical Psychology, 3*(1), 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care, *American Psychologist, 63*(3), 146–159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Kazdin, A. E. (2023). Drawing causal inferences from randomized controlled trials in psychotherapy research, *Psychotherapy Research, 33*(8), 991-1003. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2130112>
- Kivity, Y., Levy, K. N., Kelly, K. M., & Clarkin, J. F. (2021). In-session reflective functioning in psychotherapies for borderline personality disorder: The emotion regulatory role of reflective functioning, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89*(9), 751–761. <https://doi.org/10.1037/ccp0000674>
- Kivity, Y., Levy, K. N., Wasserman, R. H., Beeney, J. E., Meehan, K. B., & Clarkin, J. F. (2019). Conformity to prototypical therapeutic principles and its relation with change in reflective

functioning in three treatments for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(11), 975–988. <https://doi.org/10.1037/ccp0000445>

Kornhas, L. A., Schröder-Pfeifer, P., Georg, A., Zettl, M., & Taubner, S. (2020). Process of mentalization in a mentalization-based long-term therapy for borderline personality disorders: a case study, *Psychotherapeut*, 65, 357-365. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00451-9>

Kraus, D. R., Bentley, J. H., Alexander, P. C., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Baxter, E. E., & Castonguay, L. G. (2016). Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 473. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ccp0000083>

Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic medicine*, 43(6), 531-543.

Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>

Lüdemann, J., Rabung, S., & Andreas, S. (2021). Systematic review on mentalization as key factor in psychotherapy, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9161. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179161>

Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions, *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>

- Luyten, P., Campbell, C., Moser, M., & Fonagy, P. (2024). The role of mentalizing in psychological interventions in adults: Systematic review and recommendations for future research, *Clinical Psychology Review*, 102380. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102380>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/per0000117>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2019). Mentalizing and trauma. *Handbook of mentalizing in mental health practice*, 2, 79-99.
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 37–62). American Psychiatric Association Publishing. <https://www.appi.org/>
- Meier, A. F., Zeeck, A., Taubner, S., Gablonski, T., Lau, I., Preiter, R., ... & Hartmann, A. (2023). Mentalization-enhancing therapeutic interventions in the psychotherapy of anorexia nervosa: An analysis of use and influence on patients' mentalizing capacity, *Psychotherapy Research*, 33(5), 595-607. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2146542>
- Mergenthaler, E., & Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards, *Psychotherapy research*, 2(2), 125-142. <https://doi.org/10.1080/10503309212331332904>
- Milrod, B., Keefe, J. R., Choo, T. H., Arnon, S., Such, S., Lowell, A., ... & Markowitz, J. C. (2020). Separation anxiety in PTSD: a pilot study of mechanisms in patients undergoing IPT, *Depression and anxiety*, 37(4), 386-395. <https://doi.org/10.1002/da.23003>
- Möller, C., Karlgren, L., Sandell, A., Falkenström, F., & Philips, B. (2017). Mentalization- based therapy adherence and competence stimulates in-session mentalization in psychotherapy for

borderline personality disorder with co-morbid substance dependence, *Psychotherapy Research*, 27(6), 749–765. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1158433>

Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., De Vidovich, G. Z., Ricciardo, S., Abbiati, V., Ambrosi, P., Caverzasi, E., Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder, *PLoS ONE*, 13(11), e0206433. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1371/journal.pone.0206433>

Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G., & Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 485-494. <https://doi.org/10.1348/147608305X68048>

Nolte, T., Bolling, D. Z., Hudac, C. M., Fonagy, P., Mayes, L., & Pelphrey, K. A. (2013). Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition, *Frontiers in human neuroscience*, 7, 816. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3389/fnhum.2013.00816>

Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome, *Journal of clinical psychology*, 62(9), 1157-1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.20272>

Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects, *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(6), 361-373. <https://doi.org/10.1002/cpp.383>

Pole, N., Ablon, J. S., & O'Connor, L. E. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term

single-case research, *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 221.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.55.2.221>

Quesque, F., & Rossetti, Y. (2020). What Do Theory-of-Mind Tasks Actually Measure? Theory and Practice, *Perspectives on Psychological Science*, 15(2), 384–396.  
<https://doi.org/10.1177/1745691619896607>

Reading, R. A., Safran, J. D., Origlieri, A., & Muran, J. C. (2019). Investigating therapist reflective functioning, therapeutic process, and outcome, *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), 115–121.  
<https://doi.org/10.1037/pap0000213>

Robison, L., Aldridge, V., Clark, E. M., Misra, M., & Micali, N. (2016). A systematic review and meta-analysis of the association between eating disorders and bone density, *Osteoporosis International*, 27, 1953-1966. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3468-4>

Robinson, P., Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2019). Eating disorders and mentalizing. In *Hunger: Mentalization-based Treatments for Eating Disorders*, 35-49. Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-95121-8\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-95121-8_3)

Safran, J., & Segal, Z. V. (1996), *Interpersonal process in cognitive therapy*. Lanham: Jason Aronson.

Semerari, A., Colle, L., Pellicchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., ... & Pedone, R. (2014). Metacognitive dysfunctions in personality disorders: Correlations with disorder severity and personality styles, *Journal of personality disorders*, 28(6), 751-766.  
[https://doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_137](https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_137)

Serralta, F. B., Pole, N., Tiellet Nunes, M. L., Eizirik, C. L., & Olsen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral

prototypes, *Psychotherapy Research*, 20(5), 564-575.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2010.493537>

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy, *American Psychologist*, 65(2), 98.  
<https://doi.org/10.1037/a0018378>

Skårderud F. (2007). Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa – theory, *European Eating Disorders Review*, 15(4), 243-252.  
<https://doi.org/10.1002/erv.778>

Solomonov, N., Aafjes van-Doorn, K., Lipner, L. M., Gorman, B. S., Milrod, B., Rudden, M. G., ... & Barber, J. P. (2019). Panic-focused reflective functioning and comorbid borderline traits as predictors of change in quality of object relations in panic disorder treatments, *Journal of contemporary psychotherapy*, 49, 255-264. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09434-7>

Spitzer, C., Zimmermann, J., Brähler, E., Euler, S., Wendt, L., & Mueller, S. (2020). The German version of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ): A psychometric evaluation in the general population, *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 71(3-04), 124-131. <https://doi.org/10.1055/a-1234-6317>

Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., ... Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5), CD012955.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>

Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression, *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74(1), 49–57. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.49>

- Taubner, S., Schulze, C. I., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2015). Changes of mentalized affectivity in chronically depressed patients after 24 months of analytic psychotherapy, *Psychotherapie Forum*, 20, 20-28. <https://doi.org/10.1007/s00729-015-0032-9>
- Taubner, S., White, L., Zimmermann, J., Fonagy, P., & Nolte, T. (2013). Attachment- Related Mentalization Moderates the Relationship Between Psychopathic Traits and Proactive Aggression in Adolescence, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 929-938. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9736-x>
- Taubner, S., Zimmermann, L., Ramberg, A., & Schroder, P. (2016). Mentalization mediates the relationship between early maltreatment and potential for violence in adolescence, *Psychopathology*, 49(4), 236–246. <https://doi.org/10.1159/000448053>
- Tmej, A., Fischer-Kern, M., Doering, S., Alexopoulos, J., & Buchheim, A. (2018). Changes in attachment representation in psychotherapy: is reflective functioning the crucial factor?, *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 64(3), 222-236. <https://psycnet.apa.org/doi/10.13109/zptm.2018.64.3.222>
- Tomasello, M. (2018). Great apes and human development: A personal history, *Child Development Perspectives*, 12(3), 189–193. <https://doi.org/10.1111/cdep.12281>
- Vogt, K. S., & Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 441-464. <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
- Volkert, J., Hauschild, S., & Taubner, S. (2019). Mentalization-based treatment for personality disorders: Efficacy, effectiveness, and new developments, *Current Psychiatry Reports*, 21(4), 25. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1012-5>

- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials, *Psychological bulletin*, 130(4), 631. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.130.4.631>
- Winnicott, D. W. (1974). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.
- Zeeck, A., Endorf, K., Euler, S., Schaefer, L., Lau, I., Flösser, K., ... & Hartmann, A. (2021). Implementation of mentalization-based treatment in a day hospital program for eating disorders—A pilot study, *European eating disorders review*, 29(5), 783-801. <https://doi.org/10.1002/erv.2853>
- Zeeck, A., Lau, I., Endorf, K., Schaefer, L., Euler, S., Lahmann, C., & Hartmann, A. (2024). Mentalizing in psychotherapeutic processes of patients with eating disorders, *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1367863. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1367863>
- Zeeck, A., Taubner, S., Gablonski, T. C., Lau, I., Zipfel, S., Herzog, W., ... Giel, K. (2022). In-session-reflective-functioning in anorexia nervosa: An analysis of psychotherapeutic sessions of the ANTOP study, *Frontiers in Psychiatry*, 13, 814441. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.814441>