



1506
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO

DIPARTIMENTO DI STUDI UMANISTICI

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN STUDI UMANISTICI

Curriculum SCIENZE UMANE

XXXI CICLO

LA VALUTAZIONE DELLA MENTALIZZAZIONE:
COSTRUZIONE E VALIDAZIONE DELLA MENTALIZATION IMBALANCES
SCALE E DELLA MODES OF MENTALIZATION SCALE

Settore Scientifico Disciplinare: M-PSI 07

RELATORE

Chiar.mo Prof. Antonello Colli

CORELATORE

Chiar.mo Prof. Mario Rossi Monti

DOTTORANDA

Dott.ssa Giulia Gagliardini

ANNO ACCADEMICO 2017/18

La valutazione della mentalizzazione:

Costruzione e validazione della Mentalization Imbalances Scale e della Modes of

Mentalization Scale

Indice

Introduzione	I
Capitolo 1 La mentalizzazione: aspetti teorici, clinici ed empirici	1
1.1 Polarità della mentalizzazione	2
1.2 Modalità di pensiero prementalizzanti	12
1.3 Mentalizzazione e psicopatologia	18
1.4 La valutazione della mentalizzazione negli adulti	21
1.5 Il problema del vertice osservativo nella valutazione psicologica	30
Capitolo 2 Studio 1: Analisi della struttura fattoriale e della validità di costruito	32
2.1 Obiettivi e ipotesi	33
2.2 Metodologia	35
2.2.1 Costruzione della Mentalization Imbalances Scale e della Modes of Mentalization Scale	35
2.2.2 Campione	39
2.2.3 Strumenti	41
2.3 Analisi statistiche	43
2.4 Risultati	45
2.4.1 Struttura fattoriale della Mentalization Imbalances Scale	45
2.4.2 Struttura fattoriale della Modes of Mentalization Scale	48
2.4.3 La possibile influenza dell'orientamento teorico	53
2.4.4 Mentalizzazione, variabili cliniche e legate al trattamento	54

2.4.5 Mentalizzazione e disturbi di personalità	58
2.4.6 Mentalizzazione e stili di attaccamento	66
2.5 Discussioni	69
2.5.1 Struttura fattoriale	69
2.5.2 Mentalizzazione e psicopatologia	73
Capitolo 3 Studio 2: Validità convergente di MIS e MMS	78
3.1 Obiettivi e ipotesi	79
3.2 Metodologia	79
3.2.1 Campione	79
3.2.2 Strumenti	82
3.3 Analisi statistiche	86
3.4 Risultati	86
3.4.1 Mentalizzazione e funzione riflessiva	86
3.4.2 Mentalizzazione e disregolazione emotiva	88
3.4.3 Mentalizzazione, responsività interpersonale ed empatia	90
3.5 Discussioni	93
3.5.1 Mentalizzazione e funzione riflessiva	94
3.5.2 Mentalizzazione e disregolazione emotiva	96
3.5.3 Mentalizzazione, responsività interpersonale ed empatia	97
3.5.4 Limiti e sviluppi futuri	99
Conclusioni	101
Appendice A Mentalization Imbalances Scale	102
Appendice B Modes of Mentalization Scale	105
Bibliografia	108

Introduzione

La mentalizzazione è un costrutto recente e al tempo stesso complesso, e rappresenta uno dei fattori aspecifici più importanti nelle psicoterapie (Allen, Fonagy, & Bateman, 2010). La capacità di mentalizzare è un prerequisito essenziale per le interazioni tra esseri umani, poiché senza di essa verrebbe meno anche la capacità di pensare alle altre persone come esseri dotati di una mente. Problematiche nella mentalizzazione sono state riscontrate in diverse manifestazioni psicopatologiche, e diversi autori hanno nel tempo sostenuto come molti adulti con disturbi mentali abbiano “difficoltà nel formare idee complesse su se stessi e sugli altri e nel ragionarci su” (Dimaggio & Lysaker, 2011, p.xv).

A partire dall'introduzione del costrutto nel panorama della psicologia la teoria di riferimento ha subito diverse modifiche, che per esempio hanno portato al passaggio da una concezione *monodimensionale* della capacità di riflettere sugli stati mentali (funzione riflessiva) a una concezione *multidimensionale* della mentalizzazione, la quale sarebbe composta da quattro polarità distinte (sé/altro, automatica/controllata, interna/esterna, cognitiva/affettiva).

In questo elaborato si esporranno i risultati del lavoro svolto in questi tre anni di Dottorato di Ricerca, che ha avuto come obiettivo la costruzione e validazione di due strumenti clinician report per la valutazione della mentalizzazione, la Mentalization Imbalances Scale e la Modes of Mentalization Scale. Il lavoro si struttura in tre capitoli distinti. Il primo capitolo affronta gli aspetti teorici e concettuali. In esso sono descritte le polarità del costrutto e le diverse forme che può assumere un pensiero non mentalizzante (o prementalizzante), sono inoltre esposti i risultati finora a nostra disposizione rispetto al rapporto tra mentalizzazione e psicopatologia. Infine, sono trattati gli strumenti più utilizzati in letteratura per la valutazione del costrutto.

I capitoli secondo e terzo racchiudono la parte empirica di questo elaborato e riguardano due diversi studi. Nel secondo capitolo è descritto il primo studio di validazione delle due scale per la valutazione della mentalizzazione. In esso sono presentati dati relativi alla struttura fattoriale degli strumenti e al rapporto tra mentalizzazione, stili di attaccamento e disturbi di personalità in un primo campione di pazienti sottoposti a trattamento ($N = 190$) descritti dai clinici di riferimento.

Il terzo capitolo riporta i risultati relativi alla seconda fase della validazione, in cui si è cercato di superare uno dei principali limiti dello Studio 1 (capitolo secondo), limite legato alla presenza di un unico vertice informativo, il clinico (*single informant bias*). In questo secondo studio sono state coinvolte 197 diadi terapeuta/paziente a cui è stato chiesto di compilare una serie di strumenti per la valutazione di mentalizzazione e costrutti affini, ai fini di verificare la validità convergente delle scale. I risultati sembrano essere clinicamente coerenti e in linea con la letteratura sul costrutto.

Capitolo Primo

La mentalizzazione: aspetti teorici, clinici ed empirici

La mentalizzazione, ovvero la capacità di “percepire e interpretare, implicitamente ed esplicitamente, il comportamento proprio e altrui in termini di stati mentali intenzionali” (Bateman & Fonagy, 2006, p.xv) rappresenta un costrutto complesso, la cui storia non è stata per nulla lineare. È curioso notare, infatti, come già nel 1885 G. Stanley Hall, psicologo statunitense, scrivesse: “L’unica cosa che potrà mai compromettere il sostegno popolare al nostro sistema scolastico è il sospetto che non moralizzi i bambini tanto quanto li mentalizza” (citato in Allen, Fonagy, Bateman, 2010). La parola mentalizzare (“mentalize”) compare per la prima volta nell’Oxford English Dictionary nel 1906 con la definizione di “give a mental quality to”; nello stesso dizionario attualmente vengono proposti due significati per il termine:

- 1) costruire, raffigurarsi nella mente, immaginare, o dare una qualità mentale a qualcosa;
- 2) sviluppare o coltivare mentalmente, o stimolare la mente.

Tale costrutto è diventato patrimonio comune della psicologia, nell’accezione trattata in questo elaborato¹, solo dopo il lavoro teorico ed empirico svolto da Fonagy e colleghi negli ultimi trent’anni. Nel 1991, infatti, Fonagy pubblica l’articolo “Thinking about thinking” in cui (re)introduce il termine mentalizzazione, che da quel momento in poi avrà ampia diffusione nella letteratura teorica ed empirica della psicologia e ha portato alla costruzione di un modello di

¹ Il termine mentalizzazione è stato utilizzato, a partire dagli anni ’60 e ’70, anche da un gruppo di autori francesi, i quali hanno descritto una particolare classe di capacità riflessive (il pensiero operatorio; pensée opératoire) particolarmente compromesse in pazienti con malattie psicosomatiche classiche (Marty, De M’uzan, & David 1971; Baldoni, 2014). Successivamente, negli anni ’80, lo psicoanalista Pierre Luquet ha descritto una mentalizzazione (o simbolizzazione) “primaria” (mancanza di pensiero riflessivo) e una “secondaria” (simbolica).

trattamento manualizzata e validata, il trattamento basato sulla mentalizzazione, centrato proprio sullo sviluppo di tale capacità (Bateman & Fonagy, 2009; Fonagy & Target, 2001).

In questo capitolo si tenterà di fornire una panoramica generale del costrutto e delle problematiche relative al suo assessment. Nello specifico saranno trattati: (a) gli aspetti centrali della teoria della mentalizzazione, le dimensioni del costrutto e le forme di pensiero prementalizzanti; (b) i principali dati della letteratura teorica ed empirica sul rapporto tra mentalizzazione e psicopatologia; (c) gli strumenti più utilizzati nella valutazione di tale capacità.

1.1 Polarità della mentalizzazione

Nel corso del tempo sono state fornite diverse definizioni di mentalizzazione, alcune più evocative (essa infatti è stata descritta, per esempio, nei termini di capacità di tenere a mente la mente, o di vedere se stessi dall'esterno e gli altri dall'interno; Allen, Fonagy, & Bateman, 2010), altre più tecniche (per esempio, “il modo in cui le persone danno senso al loro mondo sociale immaginando gli stati mentali che sottendono al proprio e altrui comportamento nelle interazioni interpersonali”; Choi-Kain & Gunderson, 2008, p.1127). La definizione a mio parere più utile a fini empirici è quella che descrive la mentalizzazione come “quel processo mentale attraverso cui un individuo interpreta implicitamente ed esplicitamente, le azioni proprie e altrui come aventi un significato sulla base degli stati mentali intenzionali come i desideri, i bisogni, i sentimenti, le credenze e le motivazioni personali” (Bateman & Fonagy, 2006, p.xv). Essa rappresenta la definizione più utile dal punto di vista empirico poiché è la prima a introdurre il concetto di *multidimensionalità* della mentalizzazione (Colli & Gagliardini, 2016), concetto poi ripreso da altri autori (per esempio, Choi Kain & Gunderson, 2008; Fonagy, Bateman & Luyten, 2012). La mentalizzazione può essere infatti considerata il prodotto dell'interazione di quattro differenti dimensioni, organizzate secondo polarità contrapposte di un continuum (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012): sé *versus* altro; cognitiva *versus* affettiva; automatica *versus* controllata; interna *versus* esterna (Figura 1).



Figura 1
Dimensioni della mentalizzazione

Sè versus altro. La prima dimensione fa riferimento all'oggetto verso cui si rivolge la mentalizzazione. L'attività di mentalizzare può infatti essere rivolta a se stessi (per esempio, quando riflettiamo sulle nostre emozioni e/o sentimenti nel corso di uno specifico evento) oppure agli altri (per esempio, quando siamo in grado di riconoscere il vissuto di un'altra persona e di entrare in risonanza empatica con esso): questi due campi di azione della mentalizzazione si influenzano ma possono avere curve di sviluppo diverse. Nella costruzione della rappresentazione di sé *la self-awareness*, la capacità di riflettere su di sé in quanto oggetto, è un presupposto fondamentale. La rappresentazione di sé ha almeno due fonti: *self-awareness soggettiva*, ovvero l'esperienza di sé come centro di iniziativa; *self-awareness oggettiva*, ovvero l'osservazione di se stesso come un oggetto tra gli oggetti, un sé tra altri (Auerbach & Blatt, 1996). Questa capacità di riflettere su se stesso (*reflexive self-awareness*) compare inizialmente intorno al secondo anno di vita, e si manifesta per esempio nella capacità di riconoscersi nello specchio oppure di commentare le

proprie azioni o preferenze tra sé mentre si svolge un'azione. Nello sviluppo della rappresentazione di sé i bambini passano da una fase iniziale in cui descrivono se stessi in termini di azioni (“Io posso”, “Io faccio”) a un atteggiamento più interpersonale nella costruzione della self-awareness in adolescenza, con un'enfasi eccessiva sulle dimensioni sociali e psicologiche che però vengono viste come dimensioni astratte del sé. Solo nella tarda adolescenza si acquista la capacità di integrare aspetti del sé potenzialmente contraddittori (comportamento e sentimenti, per esempio).

Nel mentalizzare gli stati mentali altrui un fattore importante è la nostra *like-mindedness*, il fatto di avere menti simili. Lo sviluppo mentale è strettamente interpersonale e questo fornisce la base sociale per la costruzione della mentalizzazione che, quando adeguata, porterà ad adoperare un linguaggio simile per sé e per gli altri. La comprensione degli stati mentali degli altri è inoltre legata a circuiti neurali come quelli che seguono la direzione dello sguardo (Baron-Cohen, 1997), o quelli preposti al riconoscimento delle espressioni facciali delle emozioni basiche (Darwin, 1872; Ekman, 1984). La mentalizzazione rivolta agli altri sembra ricordare la capacità di “Comprensione della mente altrui” descritta dagli autori che si sono occupati in Italia del costrutto della metacognizione, un costrutto affine (e in alcuni casi sovrapponibile) a quello di mentalizzazione (Semerari et al., 2003, 2014, 2015). Questi autori hanno distinto, rispetto alla capacità di leggere gli stati mentali altrui, due meccanismi differenti, il *monitoraggio* e il *decentramento*. Il *monitoraggio* è la capacità di cogliere le emozioni altrui e di fare inferenze sui possibili pensieri associati (*identificazione*) e sui fattori che possono influenzare lo stato mentale (*relazione tra le variabili*). Il *decentramento* si riferisce invece alla capacità di descrivere gli stati mentali altrui formulando ipotesi basate sulla comprensione della prospettiva dell'altro, riconoscendone la natura ipotetica (Carcione & Semerari, 2006). La capacità di rappresentarsi la mente delle altre persone sembra inoltre essere legata a specifici meccanismi cerebrali. Nichols e Stich (2001) distinguono due categorie di abilità di *mind reading*: “detecting” (capacità di riconoscere in se stessi specifici stati mentali), e “reasoning” (capacità di elaborare e fare inferenze su stati e processi mentali). Secondo questi

autori, noi usiamo la mentalizzazione (da loro definita in termini di “Teoria della mente”) quando le operazioni di detecting e monitoraggio si riferiscono agli stati interni altrui, mentre quando si riferiscono ai nostri utilizziamo un processo differente chiamato Meccanismo di Monitoraggio, che ci consente di acquisirne conoscenza anche se la teoria della mente è danneggiata o non si è ancora sviluppata. Nel complesso, questo sembra indicare che, sebbene le curve di sviluppo della capacità di mentalizzare rispetto al sé e rispetto agli altri siano parzialmente sovrapponibili, queste abilità possano essere soggette a deficit e problematiche differenti. Alcuni pazienti, infatti, sembrano caratterizzarsi per specifiche problematiche nella mentalizzazione relativa al sé o relativa agli altri (per un approfondimento sul rapporto tra mentalizzazione e psicopatologia si veda il par. 1.3). Nello specifico, pazienti con disturbo di personalità narcisistico sembrano mostrare difficoltà nella mentalizzazione relativa agli altri mentre pazienti con un disturbo antisociale di personalità sembrano mostrare delle difficoltà a entrare in contatto empatico con gli stati mentali altrui.

Cognitiva versus affettiva. La seconda dimensione fa riferimento a due differenti aspetti dell’esperienza. La dimensione cognitiva è legata alla capacità di “pensare i pensieri” e di comprenderne la natura rappresentazionale (Fonagy, Gergely, Jurist & Taget, 2005) mentre la mentalizzazione affettiva rappresenta un tipo particolare di regolazione affettiva, l’*affettività mentalizzata* (Jurist, 2005). Alla base delle due capacità si troverebbero, secondo alcuni autori, specifici circuiti neuronali. Mentre la mentalizzazione cognitiva sembra essere più legata all’attività della corteccia prefrontale, la mentalizzazione affettiva sembra legata all’attività della corteccia prefrontale ventromediale, area che si ipotizza essere impiegata nella “marcatura” delle rappresentazioni mentali con informazioni affettive (Tabella 1; Fonagy et al., 2012; Luyten & Fonagy, 2015; Rochat & Striano, 1999).

Fonagy ipotizza che una mentalizzazione efficace sia il risultato dell’interazione tra la funzione interpretativa interpersonale (Interpersonal Interpretive Function – IIF) basata sugli affetti (IIF-A) e la funzione interpretativa interpersonale su base cognitiva (IIF- C) (Fonagy, 2008). Alla

base degli aspetti affettivi della funzione interpretativa interpersonale vi sarebbe il sistema dei neuroni a specchio, che fa sì che nel momento in cui si osservano gli altri sperimentare determinati affetti si attivino circuiti neurali che consentono anche a chi osserva di sperimentare emozioni simili (Diamond & Kernberg, 2008). Gli aspetti cognitivi sono legati al funzionamento del sistema corticale frontale che evoca rappresentazioni dichiarative degli stati mentali (Fonagy, 2008).

La mentalizzazione degli affetti e delle emozioni è un tipo particolare di regolazione emotiva che si compone di tre domini distinti: identificazione (capacità di dare un nome e distinguere le emozioni); processamento (capacità di modulare gli affetti); espressione (comunicazione all'esterno o rivolta verso il sé degli affetti) (Jurist, 2005). Inizialmente nel vivere un'emozione ci si trova a sperimentare un'emozione di base, quelle che Jurist (2005) definisce emozioni aporetiche: si percepisce uno stato di attivazione emotiva ma non si sa quale emozione si stia vivendo. Identificare le emozioni significa passare da questa fase, in cui l'emozione è informe, a una fase in cui si etichetta l'emozione di base, identificandone le sfumature. Mentalizzare l'emozione implica trovarne il significato, rendere l'emozione significativa. Questo passaggio è generalmente associato a una fase di alterazione dello stato emotivo. L'emozione troppo intensa genera rabbia, terrore e risposte di tipo "flight-or-fight" ed è antitetica alla mentalizzazione (Mayes, 2000), per questo può essere necessario attenuare la portata emotiva del momento. Modulare la risposta emotiva può significare però anche l'amplificazione dello stato affettivo, soprattutto nei casi in cui un'emozione viene minimizzata, ed è quindi un movimento che può essere fatto sia verso l'alto che verso il basso (Jurist, 2005). La modulazione delle emozioni è legata a un processo di rivalutazione continua dell'affetto. L'espressione delle emozioni è fondata sui due domini precedenti (identificazione e modulazione). Le emozioni possono essere espresse verso gli altri (esterno) oppure verso l'interno, se stessi. Esprimere le emozioni verso l'esterno può assumere diverse forme che vanno dall'esternalizzazione diretta dell'esperienza alla comunicazione mediata dal simbolo. Mentalizzare le emozioni interiormente significa riflettere sull'emozione mentre si è

nel mezzo dell'emozione stessa ed è un aspetto fondamentale di una buona mentalizzazione. Questi tre passaggi della mentalizzazione delle emozioni sono in continua interazione, non seguono una sequenza lineare di causa/effetto ma si influenzano a vicenda: per esempio esprimere i sentimenti all'interno di una relazione di attaccamento sicuro può portare a chiarirli ulteriormente e probabilmente a modularli verso il basso o verso l'alto (Allen, Fonagy & Bateman, 2010). Jurist (2005) identifica per ognuno di questi tre domini della mentalizzazione delle emozioni una componente più primitiva ed una più raffinata a seconda del grado di sviluppo di tale funzione.

Aspetti cognitivi e affettivi della mentalizzazione si sviluppano in maniera indipendente; ciò può portare a deficit specifici in una delle due capacità senza che l'altra sia intaccata. Questo è confermato anche dal lavoro di Bo e colleghi (Bo, Abu-Akel, Kongerslev, Helt Haahr & Bateman, 2014) in cui gli autori hanno analizzato un campione di 108 pazienti schizofrenici, individuando l'impatto della mentalizzazione come fattore di mediazione tra psicopatologia e aggressioni violente verso gli altri. Dalla ricerca è emerso che pazienti violenti presentavano un profilo particolare di mentalizzazione, in cui gli aspetti cognitivi erano intatti ma gli aspetti legati alla mentalizzazione delle emozioni deficitari. Il profilo mentalizzante caratterizzato da una compromissione della dimensione affettiva con aspetti cognitivi intatti mediava circa il 60% dell'effect size totale nei pattern di aggressione premeditata agli altri. La mentalizzazione degli affetti, oltre a mediare la relazione tra psicopatologia e aggressività, può essere un fattore protettivo nel prevenire le condotte violente, anche quando sono presenti tratti antisociali (Taubner, White, Zimmermann, Fonagy & Nolte, 2013).

Automatica versus controllata. La terza dimensione, a volte definita anche come implicita *versus* esplicita, fa riferimento a due differenti modalità attraverso cui la mentalizzazione può esprimersi. Quando parliamo di mentalizzazione automatica facciamo riferimento ai processi impliciti e inconsci di riconoscimento e comprensione degli stati mentali propri e altrui (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Tali processi agiscono, per esempio, quando parliamo con un'altra persona

rispettando il turn taking conversazionale senza bisogno di esplicitarlo (il tema dell'importanza della lettura della mente altrui nelle conversazioni si trova anche in Baron-Cohen, 1997). La mentalizzazione esplicita o controllata, al contrario, rappresenta un'attività conscia e deliberata, come quando parliamo di nostri pensieri, sentimenti o motivazioni con un'altra persona (Allen, Fonagy & Bateman, 2010). La mentalizzazione esplicita, quando è sufficientemente sviluppata, è caratterizzata da precisione, ricchezza e flessibilità e si struttura in una relazione di attaccamento sicuro. Possiamo considerare le attività della psicoterapia come una forma di mentalizzazione esplicita, in cui il terapeuta lavora in modo da rappresentarsi in maniera conscia e deliberata gli stati mentali del paziente ed esorta quest'ultimo a fare altrettanto. La mentalizzazione esplicita, tuttavia, è solo la punta di un iceberg: nelle interazioni interpersonali mentalizziamo prevalentemente in maniera implicita, automatica e senza riflettere. La differenza tra mentalizzazione implicita ed esplicita è parallela alla distinzione tra memoria dichiarativa (esplicita) e memoria procedurale (implicita): mentalizzare implicitamente fa parte della conoscenza del *come*, conoscenza procedurale, mentre mentalizzare esplicitamente è la conoscenza del *cosa*, una conoscenza esprimibile in forma simbolica (Allen, Fonagy & Bateman, 2010). Quando si mentalizza ci si sposta costantemente tra processi impliciti ed espliciti. Queste due modalità possono attivarsi in maniera alternata oppure simultanea. Riprendendo in considerazione la psicoterapia, possiamo pensare al terapeuta che si concentra in maniera esplicita e dichiarativa sugli stati mentali del paziente ed allo stesso tempo è connesso ed in ascolto dei propri e altrui stati mentali in maniera meno conscia e più intuitiva.

La mentalizzazione automatica e quella controllata possono essere legate a differenti, specifiche, problematiche. I pazienti con disturbo borderline di personalità, per esempio, sembrano mostrare un peculiare sbilanciamento nella mentalizzazione automatica, che si associa ad alcune difficoltà nella capacità di mentalizzare in maniera controllata, soprattutto in momenti di forte attivazione emotiva e/o di elevato livello di arousal legato all'attivazione del sistema di

attaccamento (Bateman & Fonagy, 2019). In tali pazienti, forse a causa di specifiche interazioni tra fattori biologici, psicologici e ambientali, l'attivazione del sistema di attaccamento sembra comportare una riduzione della capacità di mentalizzare in maniera esplicita e controllata, e un iperinvestimento sulla mentalizzazione automatica o implicita.

Interna versus esterna. La quarta dimensione fa riferimento al focus da cui traiamo le informazioni rispetto agli stati mentali. Nel momento in cui mentalizziamo, infatti, possiamo rivolgerci agli indicatori esterni o esteriori degli stati mentali (per esempio la postura, l'espressione del viso, il tono della voce, ecc.) oppure possiamo rivolgere la nostra attenzione verso il mondo interno (per esempio facendo riferimento alle credenze, i desideri, i sentimenti, ecc.). Il focus interno/esterno può essere applicato sia a se stessi che alle altre persone. Sono stati identificati circuiti neurali specifici per la mentalizzazione basata su indicatori interiori o esteriori (Tabella 1). La mentalizzazione basata sugli indicatori esteriori sembra essere associata al funzionamento del network frontotemporoparietale laterale, a capo dei processi meno controllati e riflessivi, mentre la mentalizzazione focalizzata sugli stati interni sembra attivare il network frontoparietale mediale, legato alla riflessione più attiva e controllata.

La distinzione interno/esterno è importante per comprendere come alcuni pazienti mostrino gravi compromissioni nella capacità di “leggere la mente” delle altre persone sulla base degli stati mentali (desideri, credenze, ecc.) ma siano allo stesso tempo ipersensibili agli indicatori esteriori (tono della voce, postura, ecc.) (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012). I pazienti con disturbo borderline di personalità, per esempio, presentano delle difficoltà specifiche nel comprendere le intenzioni altrui (un compito basato sulla dimensione interna; King-Casas et al., 2008) e sono allo stesso tempo molto influenzati dalle espressioni del viso delle altre persone (un compito basato su indicatori esteriori; Domes, Schulze, & Herpertz, 2009; Domes et al., 2008; Lynch et al., 2006). Di contro, pazienti con un disturbo antisociale di personalità potrebbero mostrare dei deficit nella lettura delle emozioni di paura nel volto delle persone (compito basato su indicatori esteriori; Marsh

& Blair, 2008) ma spesso sono abili lettori degli stati interni altrui, al punto da riuscire a utilizzare questa capacità per manipolare le persone (Bateman & Fonagy, 2008).

Tabella 1
Caratteristiche e Correlati Neurobiologici delle Polarità della Mentalizzazione (Luyten & Fonagy, 2015).

<i>Polarità</i>	<i>Caratteristiche</i>	<i>Correlati neurobiologici</i>
Automatica	Processamento dell'informazione sociale inconscio, parallelo e veloce. Richiede poco sforzo, attenzione o intenzione; per questo è soggetto a <i>bias</i> e distorsioni, specialmente nel corso di interazioni interpersonali complesse in cui l'arousal è elevato.	Amigdala Gangli della base Corteccia prefrontale ventromediale (VMPFC) Corteccia temporale laterale Corteccia cingolata anteriore dorsale (dACC)
Controllata	Processo conscio, verbale e riflessivo di analisi delle informazioni sociali, richiede la capacità di riflettere in maniera conscia e deliberata e di fare attribuzioni accurate su emozioni, pensieri e intenzioni proprie e altrui. Si basa su un controllo attivo e sul linguaggio.	Corteccia prefrontale laterale (LPFC) Corteccia prefrontale mediale (MPFC) Corteccia parietale laterale (LPAC) Corteccia parietale mediale (MPAC) Lobo temporale mediale (MTL) Corteccia cingolata rostrale anteriore (rACC)
Interna	Capacità di comprendere gli stati mentali focalizzandosi sul proprio e altrui mondo interno.	Circuito frontoparietale mediale
Esterna	Capacità di comprendere la propria e altrui mente basandosi su indicatori esterni quali per esempio espressioni del volto, postura, prosodia ecc.	Circuito frontotemporoparietale laterale
Sè-Altro	Capacità basate su circuiti cerebrali comuni mediano la capacità di mentalizzare in relazione a Sè e agli altri.	Sistema rappresentazionale condiviso (automatico) vs. sistema di attribuzione degli stati mentali (controllato)
Cognitiva-Affettiva	La mentalizzazione può focalizzarsi su aspetti più cognitivi (controllati) quali il ragionamento astratto e il <i>perspective-taking</i> oppure può essere legata ad aspetti affettivi (più automatici) che includono l'empatia e la <i>mentalized affectivity</i> (capacità di sentire e di avere un pensiero rispetto a ciò che si vive emotivamente).	Gli aspetti cognitivi della mentalizzazione includono diverse aree della corteccia prefrontale mentre la mentalizzazione affettiva sembra essere più strettamente legata alla VMPFC

Una buona capacità di mentalizzare implica l'integrazione dei diversi domini sopra descritti e consente alla persona di spostarsi in maniera flessibile dall'uno all'altro polo del continuum anche in momenti di forte attivazione emotiva. Si tratta di un sistema dinamico, in cui uno sbilanciamento in uno dei poli del costrutto si associa a difficoltà nel polo opposto del continuum (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012). Sebbene non esplicitato dagli autori, uno sbilanciamento in una dimensione della mentalizzazione sembra in questa concettualizzazione implicare inevitabilmente un eccessivo investimento su uno dei due poli dell'esperienza, a scapito della possibilità di fare riferimento anche ad aspetti della mentalizzazione relativi al polo opposto del continuum. Alla base di questa concettualizzazione vi è l'idea che le problematiche nella mentalizzazione possano manifestarsi attraverso specifici sbilanciamenti in una o più dimensioni del costrutto. Un altro assunto implicito di tale concettualizzazione è che uno sbilanciamento su uno dei poli delle dimensioni della mentalizzazione (per es. uno sbilanciamento sul polo cognitivo) si traduce in un deficit sul polo opposto del continuum (per es. sul polo affettivo); sebbene questo sia facilmente ipotizzabile, anche a livello clinico, rispetto ad alcuni dei poli dell'esperienza, come quello cognitivo/effettivo per l'appunto, questo assunto sembra essere più difficilmente sostenibile per diverse polarità dell'esperienza (quella interno/esterno, per esempio). Rimane dunque, a mio parere, una questione ancora aperta e che necessita di ulteriori studi dal punto di vista empirico, quella relativa alla conferma dell'assunto secondo cui uno sbilanciamento in una dimensione del costrutto si associ effettivamente a un deficit nel polo opposto del continuum.

Nonostante la scarsa letteratura empirica su questo aspetto specifico, attualmente sono state fatte alcune scoperte e ipotesi sulle relazioni specifiche tra sbilanciamenti e deficit nei poli opposti della mentalizzazione. Per esempio, uno sbilanciamento verso il sé è tipico dei pazienti che manifestano una preoccupazione eccessiva rispetto ai propri stati mentali o il proprio comportamento, ma che hanno difficoltà nella capacità di riflettere sulle menti delle altre persone (Dimaggio et al., 2007). Uno sbilanciamento sugli altri, al contrario, potrebbe tradursi in una

preoccupazione eccessiva rispetto a che cosa le altre persone pensano e provano, preoccupazione non legata a una riflessione sugli stati mentali legati al sé (Bateman & Fonagy, 2010).

1.2 Modalità di pensiero prementalizzanti

Secondo la teoria della mentalizzazione, oltre alla cornice teorica legata agli sbilanciamenti nella mentalizzazione è possibile utilizzare un'ulteriore lente per la comprensione del costruito e delle forme che le problematiche in tale capacità possono assumere. Tale cornice teorica è legata al riemergere, in età adulta, di forme di pensiero che evolutivamente precedono la capacità di mentalizzare sana, le *modalità di pensiero prementalizzanti*.

La mentalizzazione si sviluppa a partire dalla prima infanzia all'interno delle relazioni di attaccamento. Evolutivamente il bambino attraversa alcune fasi di pensiero prementalizzante, che iniziano a manifestarsi a partire dai nove mesi di vita e che portano all'acquisizione di una sana capacità di mentalizzare fin dai sei anni di età. La buona mentalizzazione è caratterizzata da un'adeguata tolleranza dell'incertezza, dalla consapevolezza di non sapere sempre con assoluta certezza che cosa gli altri pensino o provino senza che ciò sia fonte di disorientamento, e inoltre dalla consapevolezza che le persone possono provare sentimenti o desideri contrastanti e della presenza del funzionamento inconscio. Un buon mentalizzatore, inoltre, è un soggetto con capacità pedagogiche e di ascolto, e consapevole dell'impatto che i propri comportamenti possono avere sull'altro (Tabella 2).

Tabella 2

Caratteristiche della Buona Mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2010)

In relazione ai pensieri e sentimenti di altre persone

Opacità	Consapevolezza di non sapere che cosa gli altri stiano pensando, senza che ciò sia fonte di eccessivo disorientamento
Assenza di paranoia	I pensieri altrui non vengono considerati come minacciosi in sé; consapevolezza che le menti sono in grado di cambiare
Contemplazione e riflessione	Desiderio di riflettere su come gli altri pensino in modo rilassato e non compulsivo

Tabella 2

Caratteristiche della Buona Mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2010)

Capacità di assumere il punto di vista dell'altro (perspective-taking)	Accettazione della possibilità che qualcosa possa apparire sotto una luce diversa se osservata da differenti prospettive e/o in base alla storia personale di ognuno
Interesse reale per pensieri/sentimenti altrui	Interesse per il contenuto e per lo stile che pensieri e stati d'animo altrui esibiscono
Apertura alla scoperta	Il soggetto è naturalmente restio a fare congetture su cosa gli altri pensano o provano
Indulgenza	Considerare le condizioni in cui gli altri si trovano per poterne comprendere gli stati mentali
Prevedibilità	Senso generale che le reazioni altrui siano prevedibili nel momento in cui si conoscono i pensieri e sentimenti sottostanti
<i>Percezione del proprio funzionamento mentale</i>	
Duttilità	Riconoscimento della possibilità che le opinioni sugli altri si possano modificare in relazione ai propri stessi cambiamenti
Prospettiva evolutiva	Consapevolezza del fatto che con la crescita i propri punti di vista sugli altri acquistano profondità e consapevolezza
Scetticismo realistico	Consapevolezza che i propri sentimenti possano risultare confusivi
Riconoscimento dell'esistenza del funzionamento preconcio	Accettazione dell'impossibilità di essere consapevoli in ogni momento di tutto ciò che si prova, specialmente in caso di conflitto
Conflitto	Consapevolezza di possedere idee e sentimenti contrastanti
Atteggiamento auto indagatore	Curiosità genuina verso i propri pensieri/sentimenti
Interesse per le differenze	Interesse per il funzionamento delle menti diverse dalla propria
Consapevolezza dell'impatto degli stati affettivi	Insight sulla distorsione legata agli affetti della propria comprensione di sé e degli altri
<i>Rappresentazioni di sé</i>	
Capacità pedagogiche e di ascolto	Sensazione di essere in grado di spiegare le cose ad altri; sensazione di essere percepito come paziente e buon ascoltatore
Continuità autobiografica	Capacità di ricordare come si era da bambini mostrando continuità di pensiero

Tabella 2

Caratteristiche della Buona Mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2010)

Ricchezza della vita interiore	Rare o assenti esperienze di vacuità o svuotamento a livello mentale
<i>Valori e atteggiamenti generali</i>	
Precarietà	Mancanza di certezza assoluto su cosa sia giusto o sbagliato; predilezione per la complessità e il relativismo
Ponderatezza	Atteggiamento equilibrato verso le affermazioni sugli stati mentali propri e altrui; discreta capacità di auto-osservazione e di riconoscere le proprie debolezze

In età adulta, nel momento in cui vi è un fallimento della capacità di mentalizzare, possono rimanifestarsi tre forme di pensiero prementalizzante: atteggiamento teleologico, comprensione concreta e pseudomentalizzazione.

L'*atteggiamento teleologico* è caratteristico di quelle persone che riconoscono la presenza degli stati mentali solo nel momento in cui essi sono concretizzati in manifestazioni fisiche (si pensi per esempio a un paziente che riconosce il coinvolgimento del terapeuta solo nel momento in cui esso si traduce nell'aggiunta di una seduta o in una chiamata). Vengono prese in considerazione solo le esperienze le cui conseguenze sono visibili a tutti (Fonagy et al., 2012): la dimensione fisica e osservabile predomina, e le informazioni sul mondo interno sono tratte dalla realtà esterna (Figura 2). In questi casi muoversi su un piano simbolico e dichiarativo è inutile: un paziente che abbia a che fare con un partner che lo rassicura costantemente rispetto al proprio amore e supporto non ne percepirà l'affetto a meno che questo non sia supportato da un'azione (Colli & Gagliardini, 2016). Per questi pazienti sembra siano di aiuto, in momenti particolari in cui sperimentano un forte senso di vuoto, le azioni fisiche in grado di farli sentire reali, come il grattarsi un po' troppo violentemente (Bateman & Fonagy, 2019). Ciò può spiegare anche i gesti autolesivi, che esprimono la possibilità di agire su di sé per moderare il proprio stato interno, oppure gli atti aggressivi verso le altre persone, legati a motivazioni simili. Interpretare i comportamenti dei pazienti secondo questa

prospettiva, inoltre, ci aiuta a comprendere gli agiti impulsivi dei pazienti border, quali le condotte sessuali a rischio, l'abuso di sostanze, ecc. L'atteggiamento teleologico è legato a un predominio della polarità esterna nella dimensione interna/esterna della mentalizzazione, associato a una mancanza di mentalizzazione controllata e dichiarativa (Bateman & Fonagy, 2019).



Figura 2
Rappresentazione grafica dell'interazione tra mondo interno e realtà esterna nel pensiero teleologico

Il *pensiero concreto*, o comprensione concreta, caratterizza quei soggetti che sperimentano una sorta di isomorfismo tra mondo interno e mondo esterno: ogni cosa che viene pensata e sentita è reale e non può essere messa in discussione (Figura 3). Tale modalità di pensiero è l'espressione in età adulta del fenomeno dell'equivalenza psichica sperimentato dai bambini di due o tre anni di età: nel momento in cui un bambino di questa età *pensa* che sotto il letto ci sia un mostro allora sotto il letto *c'è* un mostro. Il genitore può cercare di rassicurare il bambino a parole, ma l'unica cosa che lo farà veramente uscire da questo stato è accendere la luce, scendere dal letto, e vedere con i propri occhi che non ci sono mostri. Le parole, in questa modalità di pensiero, perdono il loro valore simbolico e tutto viene vissuto nella sua concretezza.



Figura 3

Rappresentazione grafica dell'interazione tra mondo interno e realtà esterna nel pensiero concreto

Una persona che sperimenta la realtà secondo questa modalità di pensiero può fare esperienza di un forte stress dal momento che le proiezioni o fantasie sul mondo esterno sono vissute come reali (Bateman & Fonagy, 2019). Il comportamento viene così interpretato in termini dell'influenza esercitata dai vincoli di natura situazionale o fisica, piuttosto che da stati d'animo e pensieri, oppure la persona può ricorrere a spiegazioni tautologiche e ricorsive del comportamento basate sul pregiudizio e la generalizzazione. La mentalizzazione concreta si riscontra nelle narrazioni caratterizzate da espressioni assolute: “sempre”, “mai”, “assolutamente”. Questo tipo di mentalizzazione può essere prevalentemente rivolta all'altro, e avere quindi una qualità colpevolizzante o denigratoria, oppure può essere rivolta in maniera negativa al sé (autobiasimo). In entrambi i casi la complessità degli stati mentali propri o altrui viene esclusa e una comprensione autentica impedita, sostituita dalla rigidità del pensiero.

Pazienti che funzionano secondo la modalità della *peudomentalizzazione*, al contrario, possono comprendere e riflettere sugli stati mentali solo nel momento in cui gli stessi non sono connessi con la realtà; la mentalizzazione è puro gioco intellettuale e non è connessa all'esperienza reale (Figura 4). Lo stato mentale è percepito come privo di qualsiasi connessione con il mondo esterno: l'esperienza interiore è isolata dal resto dell'Io e non esiste nessuna connessione tra fantasia

e realtà (Allen, Fonagy & Bateman, 2010). La conseguenza estrema di tale modalità di pensiero può essere la dissociazione delle esperienze dalle realtà, al punto in cui esse perdono di significato. Ciò si esprime attraverso narrazioni del tutto centrate sul sé o che fanno riferimento solo alle proprie disposizioni personali, con asserzioni inverosimili sugli stati mentali basate su una scarsa evidenza e imprecise, sebbene ribadite con sicurezza.



Figura 4
Rappresentazione grafica dell'interazione tra mondo interno e realtà esterna nella pseudomentalizzazione

La pseudomentalizzazione può assumere tre forme (Bateman & Fonagy, 2010):

1. pseudomentalizzazione *intrusiva*, in cui non viene rispettata la distinzione o opacità di una mente rispetto a un'altra e la persona crede di sapere come o cosa gli altri pensino o provino ("Semplicemente lo so");
2. pseudomentalizzazione *iperattiva*, caratterizzata da un pensiero eccessivo su come la gente pensa o cosa prova, con una scarsa relazione tra rappresentazione interna dell'altro e autentico interesse verso di lui;
3. pseudomentalizzazione *distruktivamente impropria*, che implica la negazione dei sentimenti dell'altro, sostituiti da una versione contraffatta e distorta. Ciò si esprime spesso sotto forma di accuse ("Tu mi hai provocato") a volte anche bizzarre ("Sei tu che vuoi farmi impazzire"). Nel

caso in cui questa forma di pseudomentalizzazione sia motivata dalla volontà di controllare l'altro si può arrivare all'*abuso della mentalizzazione*.

Né la modalità del fare finta né quella dell'equivalenza psichica possono generare esperienze interne complesse, poiché una (equivalenza psichica) troppo reale mentre l'altra (fare finta) troppo irreali. Nel caso in cui vi sia integrazione unita a sviluppo queste due modalità andranno a strutturare la mentalizzazione sana, in cui realtà esterna e interna sono viste come collegate e allo stesso tempo differenti per importanti aspetti, senza dovere essere considerate uguali o scisse l'una dall'altra. Tutti noi sperimentiamo naturalmente tali forme di pensiero in diversi momenti della nostra vita: una mentalizzazione solida è caratterizzata dalla possibilità di passare in maniera flessibile da uno dei poli della mentalizzazione all'altro, e di superare queste forme di pensiero prementalizzante integrandole tra loro.

1.3 Mentalizzazione e psicopatologia

Problematiche nella mentalizzazione o funzione riflessiva sono considerate un elemento centrale di diverse manifestazioni psicopatologiche, soprattutto i disturbi di personalità. La letteratura empirica sul rapporto tra mentalizzazione e disturbi di personalità si è storicamente concentrata sul disturbo borderline² (si vedano per esempio Dixon-Gordon et al., 2017; Petersen, Brakoulias & Langdon, 2016; Sharp et al., 2015; Weinstein et al., 2016), ma in anni recenti ha riguardato anche i disturbi antisociale (Bateman, Bolton & Fonagy, 2013), narcisistico (Diamond et al., 2014), schizotipico (Ripoll et al., 2013) e in generale i disturbi di personalità del Cluster C (Lysaker et al., 2014). Inoltre, deficit nella mentalizzazione sono stati osservati in pazienti con depressione (Fischer-Kern et al., 2013; Taubner et al., 2011), disturbi d'ansia (Rudden et al., 2006), disturbi alimentari (Robinson, Skårderud & Sommerfeldt, 2018; Skårderud, 2007), e disturbi psicotici (Brent, 2009; Debanné et al., 2016; Gumley, 2010; Liotti & Gumley, 2008; Sprong et al.,

² Il costrutto di funzione riflessiva è il prodotto di un lavoro legato da un lato a ricerche empiriche sulla teoria dell'attaccamento e dall'altro al trattamento clinico di pazienti con disturbo borderline di personalità. Il trattamento basato sulla mentalizzazione è stato inizialmente sviluppato per i pazienti con disturbo borderline di personalità, a conferma dello stretto legame tra i due costrutti.

2007). Rispetto ai disturbi di personalità, diversi autori hanno cercato di individuare gli specifici *pattern di sbilanciamento nelle dimensioni della mentalizzazione* che caratterizzano questi pazienti. La ricerca in tale ambito ha prodotto risultati promettenti che consentono in parte di identificare i pattern mentalizzanti di specifici disturbi (Tabella 4).

Il disturbo narcisistico di personalità sembra caratterizzarsi per uno sbilanciamento verso l'estremo cognitivo della polarità affettivo/cognitivo e parallelamente per un distacco dagli aspetti affettivi dell'esperienza (Blair, 2008; Blatt, 2008; Luyten et al., 2012) e una difficoltà nell'elaborazione verbale delle emozioni (Bouizegarene & Lecours, 2016). Al contrario, pazienti con disturbo borderline o istrionico di personalità sembrano presentare uno sbilanciamento verso gli aspetti automatici e affettivi della mentalizzazione (Blatt, 2008; Lowyk et al., 2016; Semerari et al., 2015). In questi pazienti il contagio emotivo diretto sembra svolgere un'attività compensatoria rispetto a marcate difficoltà nella capacità di assumere il punto di vista altrui (perspective-taking) (Shamay-Tsoory, Aharon-Peretz & Perry, 2009). Questo processo mette in luce un vero e proprio "paradosso empatico": sebbene questi soggetti mostrino delle difficoltà notevoli nella mentalizzazione più controllata e centrata su fattori interni (per esempio nel momento in cui devono riflettere sui pensieri e i desideri propri e altrui; King-Casas et al., 2008, Petersen, Brakoulias & Langdon, 2016), spesso sembrano essere ipersensibili agli aspetti esteriori del comportamento altrui, quali per esempio espressioni facciali, sguardo e postura (Domes et al., 2008; Fertuck et al., 2009; Lynch et al., 2006). Questa difficoltà può portare all'ipermentalizzazione, un eccesso nella mentalizzazione che riflette tentativi esagerati di dare un senso alla mente degli altri basandosi su indicatori esterni, che tuttavia non hanno una relazione con i reali stati interni (Kalpakci et al., 2015; Sharp et al., 2013).

I pazienti con disturbo antisociale di personalità possono mostrare uno sbilanciamento sulla polarità relativa alla comprensione della mente altrui e sulla dimensione cognitiva dell'esperienza, a scapito però di un contatto autentico con la dimensione affettiva e con marcate difficoltà nella

lettura del proprio mondo interno (Bateman & Fonagy, 2006). Gli autori che si sono concentrati sul disturbo antisociale di personalità hanno ipotizzato una relazione tra questo e un iperinvestimento sugli aspetti esteriori della mentalizzazione, unito a un'incapacità di comprendere ed entrare in risonanza empatica con gli stati mentali altrui (Bateman et al., 2013). Questi pazienti sembrano dunque manifestare uno sbilanciamento verso il sé e verso la dimensione automatica, legata agli indicatori esterni e non autentica. Anche i pazienti con disturbo di personalità schizotipico tendono ad avere difficoltà nella lettura degli stati affettivi altrui, specialmente in riferimento alle emozioni negative (Ripoll et al., 2013) e sembrano manifestare uno sbilanciamento sulla mentalizzazione rivolta al sé.

I pazienti con disturbo dipendente di personalità, che si caratterizzano per la tendenza a fare eccessivo affidamento sugli altri per le decisioni quotidiane e per un'intensa paura della perdita e dell'abbandono (APA, 2013) sembrano caratterizzarsi per uno sbilanciamento nella mentalizzazione sull'altro (a scapito di una riflessione sui propri stati mentali). Inoltre, i pazienti con disturbi di personalità classificati nel DSM-IV TR come appartenenti al Cluster C (dipendenti, evitanti, e ossessivi compulsivi; APA, 2000) presentano invece problematiche legate all'alessitimia e con esse una difficoltà a focalizzarsi, identificare e descrivere i sentimenti (Lysaker et al., 2014), dunque uno sbilanciamento sulla dimensione cognitiva della mentalizzazione (Tabella 4).

Tabella 4
Disturbi di Personalità e Dimensioni della Mentalizzazione Interessate

<i>Disturbo di personalità</i>	<i>Dimensione</i>				<i>Fonte</i>
	<i>Sè/Altro</i>	<i>Cognitiva/ Affettiva</i>	<i>Automatica/ Controlata</i>	<i>Esterna/ Interna</i>	
Paranoide	+++/-	+/+++	++/++	++/++	Bateman, Bolton, & Fonagy (2013)
Schizoide					
Schizotipico	+/- -	+/- -			Ripoll et al. (2013)
Antisociale	+/+++	++/-	+++/+	+++/+	Bateman, Bolton, & Fonagy (2013)
Borderline	+/+++	+/+++	+++/+	+++/+	Bateman, Bolton, & Fonagy (2013)

Tabella 4

Disturbi di Personalità e Dimensioni della Mentalizzazione Interessate

<i>Disturbo di personalità</i>	<i>Dimensione</i>				<i>Fonte</i>
	Sè/Altro	Cognitiva/ Affettiva	Automatica/ Controlata	Esterna/ Interna	
Istrionico					
Narcisistico	+++/-	++/+	++/++	+/>+++	Bateman, Bolton, & Fonagy (2013) Bouizegarene & Lecours (2016)
Dipendente	-/>++	++/-			Lysaker et al. (2014)
Evitante		++/-			Lysaker et al. (2014)
Ossessivo Compulsivo		+++/-			Lysaker et al. (2014)

1.4 La valutazione della mentalizzazione negli adulti

Gli strumenti per la valutazione della mentalizzazione possono essere suddivisi in quattro grandi categorie (Bateman & Fonagy, 2019): 1. interviste/metodologie narrative; 2. questionari; 3. metodologie sperimentali/osservazionali; 4. strumenti proiettivi. La letteratura sulla quarta categoria (proiettivi) è agli esordi e al momento attuale è disponibile solo uno strumento di questo tipo, il Projective Imagination Test (Blackshaw, Kinderman, Hare & Hatton, 2001), per questo nel presente capitolo mi concentrerò sulle prime tre categorie di strumenti.

Le interviste/metodologie narrative rappresentano storicamente la prima classe di strumenti sviluppati per la valutazione della mentalizzazione. In questa categoria, infatti, ritroviamo la Reflective Functioning Scale (RFS; Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998), uno degli strumenti più utilizzati nella valutazione del costrutto. La RFS si applica ai trascritti delle Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan & Main, 1985) e/o delle audio/video registrazioni delle sedute di psicoterapia. Nella RFS le domande dell'AAI vengono classificate in due categorie: *permit question*, domande che permettono che l'intervistato rifletta sugli stati mentali ma non lo richiedono esplicitamente (un esempio, "Potrebbe incominciare orientandomi sulla sua situazione familiare passata, su dove avete vissuto e così via?") e *demand question*, domande che richiedono

esplicitamente all'intervistato di mostrare un funzionamento riflessivo rispetto alla propria o altrui mente (un esempio, "Mi potrebbe dire a quale genitore si sente più legata, e perché? Perché non c'è questa sensazione nei confronti dell'altro genitore?"). Tutte le *demand question* vengono valutate, mentre le *permit question* vengono valutate solo se sono presenti riferimenti agli stati mentali; mentre le *demand question* sono altamente predittive del risultato finale, le *permit question* lo influenzano solo in maniera marginale (Taubner et al., 2013).

La valutazione della funzione riflessiva con la RFS viene fatta sulla base di quattro aree: 1. consapevolezza della natura degli stati mentali; 2. sforzo esplicito di fare emergere gli stati mentali sottesi al comportamento; 3. prospettiva evolutiva sugli stati mentali; 4. stati mentali in relazione all'intervistatore. È possibile fornire delle indicazioni rispetto al rifiuto della funzione riflessiva, all'uso di una funzione riflessiva eccessivamente naïf o al contrario di una funzione riflessiva eccessivamente dettagliata. Al termine del processo valutativo (che si stima nel complesso duri dalle 8 alle 15 ore per ogni singola intervista o seduta) si ottiene un valore su scala Likert da -1 (funzione riflessiva negativa) a +9 (funzione riflessiva eccezionale o marcata).

La RFS rappresenta uno strumento altamente validato e attendibile, con un'*inter rater reliability* tra buona e eccellente (Fonagy et al., 1996; Fonagy, Steele & Steele, 1991). Essa è stata utilizzata in diversi studi che, per esempio, hanno dimostrato come la funzione riflessiva nei bambini sia particolarmente predittiva dello stile di attaccamento verso le madri (Fonagy et al., 1996). Antonsen e colleghi (2016) hanno utilizzato la RFS per indagare la relazione tra mentalizzazione e disturbi di personalità in un campione di 70 soggetti con disturbo di personalità borderline e/o evitante e hanno riscontrato come i pazienti con funzione riflessiva più bassa manifestassero anche livelli di sintomatologia più elevati e problematiche interpersonali più marcate. Sebbene non sia stata specificatamente pensata per la valutazione delle forme di pensiero prementalizzanti, alcuni dei marker della RFS permettono di identificare i momenti in cui l'interazione è iperanalitica o iperattiva (marker 6.7), con descrizioni ridondanti ma poco

convincenti delle reazioni soggettive proprie e altrui. Una delle problematiche più importanti della RFS riguarda la monodimensionalità della valutazione: fornendo unicamente un punteggio su scala -1/+9, infatti, essa non può racchiudere tutta la complessità e multidimensionalità del costrutto della mentalizzazione. Inoltre, dal momento che per essere applicata in maniera attendibile è richiesto un training e considerando che essa si applica ai trascritti delle AAI i tempi per ogni singola valutazione sono molto lunghi. Tutto ciò limita il suo utilizzo in studi su campioni ampi.

La categoria dei questionari è rappresentata prevalentemente da strumenti self-report quali il Reflective Functioning Questionnaire (RFQ; Fonagy & Ghinai, 2008; Fonagy et al., 2016), il Mentalization Questionnaire (MZQ; Hausberg et al., 2012) e la Mentalization Scale (MentS; Dimitrijević, Hanak, Dimitrijević & Marjanović, 2017). Il Reflective Functioning Questionnaire ha una buona consistenza interna e consente di discriminare i campioni clinici dai controlli sani (Fonagy et al., 2016). La struttura fattoriale dell'RFQ è stata analizzata con un'analisi fattoriale confermativa in un campione di pazienti adulti con disturbi del comportamento alimentare e disturbo borderline di personalità in comorbidità ($N = 108$) e in un gruppo di controllo ($N = 295$). I risultati hanno evidenziato la presenza di due fattori denominati “eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali” (RFQ_u) ed “eccessiva certezza rispetto agli stati mentali” (RFQ_c). Il fattore RFQ_u è risultato correlare positivamente con i tratti borderline, la gravità della depressione e l'impulsività. La struttura fattoriale della scala è inoltre stata confermata anche nella sua versione francese (Badoud et al., 2015); gli autori in questo studio hanno riscontrato un'associazione tra punteggi più bassi di funzione riflessiva e agiti autolesivi in pazienti adulti ($N = 253$).

Il Mentalization Questionnaire ha mostrato una buona consistenza interna. La sua struttura fattoriale è stata analizzata in un campione di 97 pazienti adulti mediante un'analisi delle componenti principali da cui sono emersi quattro fattori: Refusing Self-Reflection (rifiuto dell'autoriflessività; $\alpha = .57$), Emotional Awareness (consapevolezza emotiva; $\alpha = .68$), Psychic Equivalenze (equivalenza psichica; $\alpha = .57$) e Regulation of Affect (regolazione degli

affetti; $\alpha = .60$). L'MZQ è stato utilizzato in un campione di soggetti con attaccamento sicuro ($n = 18$) e insicuro ($n = 71$) ed è risultato in grado di discriminare i due sotto-campioni tra loro. La struttura fattoriale della MentS è stata verificata in un campione di 288 adulti e 278 studenti universitari; da questo studio è emersa una struttura a tre fattori: mentalizzazione dell'altro ($\alpha = .77$), mentalizzazione del sé ($\alpha = .77$), motivazione al mentalizzare ($\alpha = .76$; Dimitrijević, Hanak, Dimitrijević, & Marjanović, 2017). Successivamente è stata utilizzata un'ANOVA per analizzare la relazione tra i fattori della MentS e lo stile di attaccamento. I risultati hanno dimostrato come il gruppo con attaccamento sicuro avesse punteggi più alti alla MentS rispetto ai gruppi insicuri, e che l'*attachment anxiety* era negativamente associata alla mentalizzazione del sé.

Sebbene gli strumenti self-report rappresentino sicuramente delle misure che richiedono tempi di somministrazione molto ridotti se paragonati alle metodologie narrative, tuttavia essi presentano alcune criticità nel momento in cui la valutazione viene effettuata da pazienti con disturbi di personalità e problematiche egosintoniche (APA, 2013; Huprich, Bornstein & Schmitt, 2011; Davidson, Obonsawin, Seils & Patience, 2003). I pazienti con patologia borderline, inoltre, presentano limitazioni nell'insight relativo alla propria incapacità di partecipare cooperativamente alle interazioni e hanno una capacità limitata di approcciarsi alla vita in maniera non impulsiva: queste caratteristiche potrebbero limitare la loro capacità di utilizzare strumenti di valutazione self-report (Morey, 2014).

La terza categoria di strumenti è rappresentata dalle metodologie osservative e/o sperimentali, quali per esempio il Reading the Mind in the Eyes Test (RMET; Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001), che si basano sul riconoscimento degli stati mentali tramite l'osservazione delle emozioni mostrate in fotografie di volti umani. Tali strumenti sono stati utilizzati in una serie di studi, i quali per esempio hanno evidenziato una difficoltà nell'identificazione delle emozioni positive nei pazienti con disturbo borderline di personalità (Petersen, Brakoulias, & Langdon, 2016). Questo test è stato tradotto in diverse lingue ed è

ampiamente utilizzato, oltre a permettere una valutazione in tempi drasticamente più brevi rispetto alle metodologie narrative. Oakley e colleghi (2016) hanno tuttavia sollevato dei dubbi rispetto all'utilizzo di tale strumento per la valutazione della mentalizzazione. Gli autori, infatti, hanno utilizzato il RMET su un campione di pazienti con disturbo dello spettro autistico (ASD; $n = 19$) e su un campione di soggetti con alessitimia ($n = 19$) e hanno verificato come i pazienti alessitimici avessero performance significativamente più basse della media al RMET ma non ad altri strumenti per la valutazione della teoria della mente (nello specifico la Movie for the Assessment of Social Cognition, MASC) mentre i pazienti con ASD avevano performance basse con entrambi gli strumenti. L'alessitimia influenzava la performance al RMET e non alla MASC. Le metodologie osservazionali, inoltre, condividono una problematica comune a tutti gli strumenti sopra citati, ovvero un focus esclusivo sulla dimensione esplicita e dichiarativa della mentalizzazione, e non consentono di valutare la mentalizzazione implicita per come essa si manifesta nelle interazioni quotidiane. Nella Tabella 5 sono riassunti i principali punti di forza e le criticità di ognuna delle metodologie descritte.

Tabella 5
Punti di Forza e Criticità degli Strumenti più Utilizzati nella Ricerca Empirica sulla Mentalizzazione

RFS (METODOLOGIE NARRATIVE)		RMET (METODOLOGIE SPERIMENTALI)		RFQ (SELF-REPORT)	
PRO	CONTRO	PRO	CONTRO	PRO	CONTRO
➤ alta reliability (post-training)	➤ tempi di compilazione lunghi	➤ alta reliability	➤ valuta unicamente la capacità di inferire gli stati mentali sulla base degli indicatori esterni	➤ richiede poco tempo per la compilazione	➤ non sempre attendibile: alcuni pazienti potrebbero non riconoscere tratti egosintonici
➤ strumento validato	➤ valuta la mentalizzazione esplicita, "offline"	➤ strumento validato	➤ valuta la capacità dichiarativa di riconoscere le emozioni altrui		

Tabella 5
Punti di Forza e Criticità degli Strumenti più Utilizzati nella Ricerca Empirica sulla Mentalizzazione

RFS (METODOLOGIE NARRATIVE)		RMET (METODOLOGIE SPERIMENTALI)		RFQ (SELF-REPORT)	
PRO	CONTRO	PRO	CONTRO	PRO	CONTRO
	➤ singolo punteggio globale della RF	➤	buone proprietà psicometriche		

Nota. RFS: Reflective Functioning Scale (Fonagy et al., 1998); RMET: Reading the Mind in the Eyes Test (Baron-Cohen et al., 2001); RFQ: Reflective Functioning Questionnaire (Fonagy & Ghinai, 2008; Fonagy et al., 2016).

Rispetto al rapporto tra mentalizzazione e psicopatologia è curioso notare come l’ampia letteratura teorica sul tema non sia accompagnata dalla stessa quantità di letteratura empirica: ciò può essere legato anche ad alcune criticità nella valutazione del costrutto, soprattutto se consideriamo che “molte delle problematiche legate alla valutazione della mentalizzazione non sono ancora state risolte” (Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote, 2012, p. 54). Al momento attuale, infatti, non sono presenti in letteratura strumenti per l’assessment delle modalità di pensiero prementalizzanti e degli sbilanciamenti nella mentalizzazione, che rispecchino quindi il modello concettuale di riferimento. Per superare in parte questo limite, la ricerca sui profili della mentalizzazione in pazienti con disturbi di personalità tende a fare affidamento su strumenti che valutano costrutti affini ma non sovrapponibili (social cognition, teoria della mente, metacognizione, ecc.). Nella Tabella 6 sono descritti gli strumenti attualmente disponibili per la valutazione di specifici aspetti del costrutto della mentalizzazione e le ipotesi relative alle dimensioni interessate (anche se non esplicitamente valutate) da ogni strumento (Bateman & Fonagy, 2019).

Tabella 6

*Strumenti per la Valutazione delle Dimensioni della Mentalizzazione e/o di Costrutti Affini
(adattata da Bateman & Fonagy, 2019)*

	Riferimento	Dimensione/i valutata/e¹
Questionari		
Beliefs about Emotions Scale	<i>Rimes & Chalder, 2010</i>	sé, (altro), cognitiva, affettiva, interna, controllata
Toronto Alexithymia Questionnaire	<i>Bagby, Parker, & Taylor, 1994</i>	sé, cognitiva, affettiva, interna, controllata
Kentucky Mindfulness Scale – Describe an Act with Awareness sub scales	<i>Baer, Smith, & Allen, 2004</i>	sé, cognitiva, affettiva, interna, (automatica) controllata
Mindful Attention Awareness Scale	<i>Brown & Ryan, 2003</i>	sé, (altro), cognitiva, affettiva, interna, (automatica), controllata
Levels of Emotional Awareness Scale	<i>Lane, Quinlan, Schwartz, & Walker, 1990</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, controllata
Psychological Mindedness Scale	<i>Shill & Lumley, 2002</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, controllata
Interpersonal Reactivity Index – Perspective Taking Subscale	<i>Davis, 1983</i>	altro, cognitiva, affettiva, interna, controllata
Empathy Quotient	<i>Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen, & David, 2004</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, (automatica), controllata
Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test	<i>Salovey & Grewal, 2005</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, esterna, (automatica), controllata
Reflective Functioning Questionnaire	<i>Fonagy & Ghinai, 2008</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, (esterna) controllata
Parental Reflective Functioning Questionnaire	<i>Luyten et al., 2009</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, (esterna) controllata
Mentalizing Stories for Adolescents	<i>Vrouva & Fonagy, 2009</i>	altro, cognitiva, affettiva, interna, (esterna), controllata
Interviste/sistemi di codifica narrativi		
Reflective Functioning Scale applicata alle Adult Attachment Interview	<i>Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, (esterna), (automatica), controllata

Tabella 6

*Strumenti per la Valutazione delle Dimensioni della Mentalizzazione e/o di Costrutti Affini
(adattata da Bateman & Fonagy, 2019)*

	Riferimento	Dimensione/i valutata/e¹
Reflective Functioning Scale applicata alla Parent Development Interview	<i>Slade, Aber, Berger, Bresgi, & Kaplan, 2002</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, (esterna), (automatica), controllata
Reflective Functioning Scale applicata alla Working Model of the Child Interview	<i>Grienenberger, Kelly, & Slade, 2005</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, (esterna), (automatica), controllata
Toronto Structured Interview of Alexithymia	<i>Bagby, Taylor, Parker, & Dickens, 2006</i>	sé, cognitiva, affettiva, interna, (automatica), controllata
Mental States Measure e Grille de l'élaboration Verbale de l'Affect	<i>Bouchard et al., 2008</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, (esterna), (automatica), controllata
Scala per la Valutazione della Metacognizione	<i>Carcione et al., 2007</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, (automatica), controllata
Intentionality Scale	<i>Hill, Fonagy, Lancaster, & Broyden, 2007</i>	altro, cognitiva, affettiva, interna, (esterna), (automatica), controllata
Internal State Lexicon	<i>Beeghly & Cicchetti, 1994</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, (automatica), controllata
Esperimenti/osservazioni		
Reading the Mind in the Eyes Test	<i>Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001</i>	altro, cognitiva, affettiva, esterna, controllata
Reading the Mind in the Voice Test	<i>Golan, Baron-Cohen, Hill, & Rutheford, 2007</i>	altro, cognitiva, affettiva, esterna, controllata
Reading the Mind in the Films Task	<i>Golan, Baron-Cohen, & Golan, 2008</i>	altro, cognitiva, affettiva, interna, esterna, controllata
International Affective Picture System,	<i>Lang, Bradley, & Cuthbert, 2008</i>	altro, cognitiva, affettiva, esterna, controllata
NimStim Set of Facial Expression	<i>Tottenham et al., 2009</i>	altro, cognitiva, affettiva, esterna, controllata
Face Morphs	<i>Bailey et al., 2008</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, esterna, (automatica), controllata

Tabella 6

*Strumenti per la Valutazione delle Dimensioni della Mentalizzazione e/o di Costrutti Affini
(adattata da Bateman & Fonagy, 2019)*

	Riferimento	Dimensione/i valutata/e¹
Dynamic Body Expressions	<i>Pichon, de Gelder, & Grèzes, 2009</i>	altro, cognitiva, affettiva, esterna, (automatica), controllata
Electromyography of facial mimicry	<i>Sonnby-Borgstrom, & Jönsson, 2004</i>	(sé), altro, (cognitiva), affettiva, esterna, automatica
Affect Labeling	<i>Lieberman et al., 2007</i>	altro, cognitiva, affettiva, esterna, controllata
Movie for the Assessment of Social Cognition	<i>Dziobek et al., 2006</i>	altro, cognitiva, affettiva, interna, esterna, (automatica) controllata
Trust Task	<i>King-Casas et al., 2008</i>	(sé) altro, cognitiva, affettiva, interna, controllata
Interoceptive Sensitivity	<i>Barrett, Quigley, Bliss-Moreau, & Aronson, 2004</i>	sé, cognitiva, affettiva, interna, controllata
Empathy for Pain in Others	<i>Hein & Singer, 2008</i>	(sé), altro, cognitiva, affettiva, esterna, automatica, controllata
Manipulating Body Consciousness	<i>Brass, Schmitt, Spengler, & Gergely, 2007; Lenggenhager, Tadi, Metzinger, & Blanke, 2007</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, esterna, automatica, controllata
Animated Theory of Mind Inventory for Children	<i>Beaumont & Sofronoff, 2008</i>	altro, cognitiva, affettiva, interna, esterna, (automatica), controllata
Maternal Mind-Mindedness	<i>Meins & Fernyhough, 2006</i>	sé, altro, cognitiva, affettiva, interna, (esterna), (automatica), controllata
Maternal Accuracy Paradigm	<i>Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2006</i>	altro, cognitiva, affettiva, interna, (esterna), (automatica), controllata
Strange Stories Dark	<i>Happé, 1994</i>	altro, cognitiva, affettiva, interna, controllata
Strumenti proiettivi		
Projective Imagination Test	<i>Blackshaw, Kinderman, Hare, & Hatton, 2001</i>	(sé), altro, cognitiva, affettiva, esterna, controllata

Nota. ¹ x = applicabile; (x) = in parte applicabile

1.5 Il problema del vertice osservativo nella valutazione psicologica

La valutazione accurata delle caratteristiche del funzionamento mentale e della personalità rappresenta una sfida aperta in psicologia. La letteratura empirica ha evidenziato come, soprattutto rispetto alla personalità, vi siano differenze significative nelle valutazioni effettuate dai pazienti se confrontate con valutazioni effettuate da osservatori esterni e/o dai clinici e/o da familiari. Le valutazioni self-report e le valutazioni di osservatori esterni della patologia di personalità hanno una concordanza solo moderata (Klonsky & Oltmanns, 2002). Alcuni autori, per esempio, hanno evidenziato come, mettendo a confronto valutazioni effettuate da pazienti e da familiari utilizzando il Personality Inventory del DSM-5 (PID-5; American Psychiatric Association, 2013; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012) si riscontrino differenze nei punteggi legate alla tendenza a sovra e sottostimare la patologia di personalità da parte dei pazienti (Quilty, Cosentino & Bagby, 2018). Questi dati, per usare un'espressione coniata dalla Norem (1998) evidenziano ancora una volta il problema del vaso di Pandora degli autosomministrati, che non sembrano in grado di cogliere in maniera attendibile la patologia di personalità e/o il funzionamento mentale, soprattutto nel caso dei disturbi di personalità, in cui i pazienti presentano tratti egosintonici e problematiche nella self-awareness (Davidson, Obonsawin, Seils, & Patience, 2003; Huprich, Bornstein, & Schmitt, 2011). Inoltre, alcuni soggetti quali per esempio i pazienti con disturbo borderline di personalità, presentano difficoltà nell'insight, problematiche nelle relazioni cooperative e nella gestione dell'impulsività, elementi che potrebbero limitare la capacità di completare in maniera attendibile valutazioni self-report (Morey, 2014).

D'altro canto, la ricerca empirica ha da tempo mostrato come i clinici possano effettuare valutazioni accurate se le loro osservazioni e inferenze sono quantificate con strumenti psicometricamente accurati (Blagov, Bi, Shedler, & Westen, 2012; Westen & Weinberger, 2004). L'utilizzo dei clinici quali vertice osservativo d'elezione presenta diversi punti di forza. Nella valutazione della mentalizzazione, per esempio, i clinici hanno la possibilità di fornire dati rispetto

alle modalità implicite e automatiche con cui i pazienti si mettono in relazione con loro, inoltre dal momento che la relazione terapeutica tende ad attivare il sistema di attaccamento e dunque a mettere alla prova la capacità di mentalizzare dei pazienti (Bateman & Fonagy, 2019; Fonagy & Target, 2001) i clinici hanno la possibilità di valutare le difficoltà nella mentalizzazione nel qui e ora della relazione terapeutica.

Capitolo Secondo

Studio 1

Analisi della struttura fattoriale e della validità di costrutto

Problematiche nella mentalizzazione rappresentano un elemento centrale di diverse manifestazioni psicopatologiche (si veda par. 1.3). La letteratura teorica ed empirica sul costrutto della mentalizzazione ha mostrato come diverse problematiche psicopatologiche possano collegarsi a diversi fallimenti e sbilanciamenti nella mentalizzazione. Il disturbo narcisistico di personalità, per esempio sembra caratterizzarsi per uno sbilanciamento verso l'estremo cognitivo e per un distacco dagli aspetti affettivi dell'esperienza (Blair, 2008; Blatt, 2008; Luyten et al., 2012). Al contrario, i disturbi borderline e istrionico di personalità sembrano presentare uno sbilanciamento verso la mentalizzazione automatica e affettiva (Blatt, 2008; Lowyk et al., 2016; Semerari et al., 2015). Inoltre, sebbene questi soggetti mostrino delle difficoltà notevoli nella mentalizzazione controllata e interna (King-Casas et al., 2008, Petersen, Brakoulias & Langdon, 2016), sembrano anche essere ipersensibili agli aspetti esteriori del comportamento altrui (per esempio, le espressioni del viso; Domes et al., 2008; Fertuck et al., 2009; Lynch et al., 2006).

I pazienti con disturbo antisociale di personalità possono mostrare uno sbilanciamento sulla polarità relativa alla comprensione della mente altrui e sulla dimensione cognitiva dell'esperienza, a scapito però di un contatto autentico con la dimensione affettiva e con marcate difficoltà nella lettura del proprio mondo interno (Bateman & Fonagy, 2006). Questi pazienti sembrano manifestare uno sbilanciamento verso il sé e verso la dimensione automatica, legata agli indicatori esterni. Anche i pazienti con disturbo di personalità schizotipico tendono ad avere difficoltà nella lettura

degli stati affettivi altrui, specialmente in riferimento alle emozioni negative (Ripoll et al., 2013) e sembrano manifestare uno sbilanciamento sulla mentalizzazione rivolta al sé.

2.1 Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo di questo lavoro è quello di costruire e validare due strumenti clinician report per la valutazione (a) degli sbilanciamenti nelle dimensioni della mentalizzazione (Mentalization Imbalances Scale; Appendice A) e (b) delle modalità prementalizzanti (Modes of Mentalization Scale; Appendice B). Nel fare ciò si è deciso di privilegiare il clinico quale vertice osservativo, in quanto i terapeuti hanno dimostrato di essere in grado di fornire valutazioni attendibili nel momento in cui le loro osservazioni sono quantificate attraverso strumenti psicometrici sofisticati (Blagov, Bi, Shedler & Westen, 2012; Westen & Weinberger, 2004). Il clinico infatti può valutare la mentalizzazione implicita e automatica per come essa si manifesta nella relazione con il paziente. La relazione terapeutica, inoltre, tende ad attivare il sistema di attaccamento e ciò porta a un aumento dell'arousal. Alti livelli di stress connesso all'attaccamento tendono a mettere in difficoltà la capacità di mentalizzare (Bateman & Fonagy, 2019). I clinici possono valutare diversi aspetti legati al qui e ora della relazione con il paziente (la mentalizzazione "online").

Gli obiettivi specifici di questo primo studio sono:

1. descrivere lo sviluppo della Mentalization Imbalances Scale (MIS; Colli & Gagliardini, 2015a; Gagliardini et al., 2018) e della Modes of Mentalization Scale (MMS; Colli & Gagliardini, 2015b; Gagliardini & Colli, *in press*);
2. testare la conferma della struttura fattoriale della MIS ed effettuare un'analisi fattoriale esplorativa per la MMS. Rispetto alla struttura fattoriale della MIS, ci aspettiamo di trovare sei sottoscale legate alle differenti dimensioni della mentalizzazione (sé, altro, esplicito, cognitivo, affettivo, esterno). Rispetto alle sottoscale della MMS ci aspettiamo di trovare quattro fattori di cui tre legati alle forme di pensiero prementalizzanti descritte in letteratura (atteggiamento

teleologico, comprensione concreta, pseudomentalizzazione) e un fattore relativo alla buona mentalizzazione;

3. analizzare la validità di costrutto delle due scale studiando, su un campione di pazienti adulti trattati in psicoterapia, la relazione tra gli sbilanciamenti nella mentalizzazione e le modalità prementalizzanti da un lato e le problematiche cliniche, la patologia di personalità e lo stile di attaccamento dall'altro.

Ipotizziamo che i disturbi di personalità si caratterizzino per specifici pattern di sbilanciamento nelle diverse dimensioni della mentalizzazione. Più nello specifico ipotizziamo che: (a) uno sbilanciamento cognitivo sia associato ai disturbi di personalità narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizoide; (b) uno sbilanciamento affettivo si associ ai disturbi borderline e istrionico di personalità; (c) uno sbilanciamento verso il sé sia associato ai disturbi narcisistico e antisociale di personalità; (d) uno sbilanciamento verso gli altri sia associato ai disturbi borderline e dipendente di personalità; (e) uno sbilanciamento automatico sia associato al disturbo borderline di personalità. Ipotizziamo che la gravità della sintomatologia di personalità (espressa in numero complessivo di criteri di disturbi di personalità soddisfatti da ogni paziente) sia positivamente associata alla presenza di forme di pensiero prementalizzanti.

Ipotizziamo che gli sbilanciamenti nelle diverse dimensioni della mentalizzazione, valutati con la MIS, si associno positivamente a pattern di attaccamento insicuri o disorganizzati e negativamente all'attaccamento sicuro.

Rispetto alle forme di pensiero prementalizzanti, valutate con la MMS, ci aspettiamo di trovare delle correlazioni positive tra i diversi disturbi di personalità e le forme di pensiero prementalizzanti, più nello specifico ipotizziamo che i disturbi di personalità borderline e istrionico si caratterizzino per livelli più elevati di pensiero concreto e atteggiamento teleologico; ipotizziamo inoltre che i disturbi di personalità narcisistico, antisociale e ossessivo compulsivo si caratterizzino

per punteggi più alti nella dimensione della pseudomentalizzazione. Ipotizziamo inoltre di trovare una relazione negativa tra i diversi disturbi di personalità e la buona mentalizzazione, specialmente nei disturbi di personalità caratterizzati da pensiero e/o eloquio bizzarri quali il disturbo schizoide e schizotipico di personalità.

Ipotizziamo inoltre che vi siano delle associazioni tra stile di attaccamento e forme di pensiero prementalizzanti, nello specifico che l'attaccamento insicuro o disorganizzato si associ alla presenza di forme di pensiero prementalizzanti mentre l'attaccamento sicuro si associ a una buona mentalizzazione.

2.2 Metodologia

2.2.1 Costruzione della Mentalization Imbalances Scale e della Modes of Mentalization Scale

In questo lavoro inizialmente abbiamo ipotizzato di creare un unico strumento che valutasse tutte le caratteristiche della mentalizzazione. Questa strada tuttavia non si è rivelata percorribile, in parte anche per motivi teorici. Le dimensioni della mentalizzazione, infatti, sembrano associarsi anche ad alcuni fallimenti nella mentalizzazione. Si pensi per esempio alla pseudomentalizzazione: questa modalità sembra caratterizzarsi per uno sbilanciamento sulla dimensione cognitiva della mentalizzazione, a scapito della dimensione affettiva. La modalità teleologica, al contrario, sembra essere legata a un particolare focus sugli aspetti esteriori della mentalizzazione, e uno sbilanciamento sul polo affettivo nella dimensione cognitivo/affettiva. Tutto questo rendeva la lettura dei dati e la costruzione delle sottoscale particolarmente confusiva. Abbiamo anche tentato, nonostante le due scale siano state costruite separatamente, di esplorare strutture fattoriali che includessero gli item di entrambe le sottoscale, ma le strutture fattoriali emerse risultavano particolarmente complesse e poco chiare.

Le due scale sono state costruite a partire da un'attenta analisi della letteratura su mentalizzazione e costrutti affini (metacognizione, teoria della mente, social cognition, ecc.), con un focus specifico sulle dimensioni del costrutto e sulle forme di pensiero prementalizzanti. Per la

Mentalization Imbalances Scale è stata creata una lista di 80 item relativi a sbilanciamenti in sei delle otto dimensioni del costrutto (Tabella 1). Sono stati eliminati gli sbilanciamenti interno e controllato in quanto non facilmente distinguibili in termini di polarità della mentalizzazione dal punto di vista clinico: uno sbilanciamento sull'interno, infatti, difficilmente può essere identificato come l'espressione di un deficit nella dimensione esterna; allo stesso modo uno sbilanciamento sulla dimensione controllata difficilmente può essere considerato indice di un fallimento nella mentalizzazione automatica. Mentre ci sembra facile pensare a uno sbilanciamento affettivo quale espressione di una difficoltà nella dimensione cognitiva della mentalizzazione (e vice versa), questo non è vero per le dimensioni interno/esterno e automatico/controllato. Da un punto di vista clinico possiamo facilmente ipotizzare uno sbilanciamento sulla dimensione esterna della mentalizzazione (per esempio, nel caso di un paziente che vede il terapeuta aggrottare la fronte e pensa di essere noioso), ma è molto più difficile ipotizzare una sovrastima, da parte del paziente, degli aspetti interni della mentalizzazione, non bilanciata da un'adeguata considerazione degli indicatori esteriori, soprattutto nel caso dei processi cognitivi i quali a differenza delle emozioni tendono ad avere una minore (se non assente) correlazione con le espressioni corporee (Liljenfors & Lundh, 2015). Per la Modes of Mentalization Scale è stata creata una lista di 50 item relativi alle forme di pensiero prementalizzanti e alla buona capacità di mentalizzare (Tabella 1).

Tabella 1

Elementi Considerati nella Costruzione del Primo Set di Item delle Scale

Mentalization Imbalances Scale

Sé	Uno sbilanciamento sul sé indica un eccessivo investimento sull'identificazione e la comprensione dei propri stati mentali, a scapito della possibilità di comprendere e assumere il punto di vista delle altre persone (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008) e di considerare punti di vista diversi dal proprio (Dimaggio et al., 2008). Ciò si può manifestare anche attraverso un'eccessiva certezza rispetto agli stati mentali delle altre persone e una mancanza di curiosità rispetto alle prospettive diverse dalla propria.
----	--

Tabella 1

Elementi Considerati nella Costruzione del Primo Set di Item delle Scale

Altro	Uno sbilanciamento sugli altri indica la tendenza a focalizzarsi sugli stati mentali delle altre persone (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012) a scapito della possibilità di comprendere i propri. Ciò può manifestarsi attraverso la tendenza a imitare le altre persone e/o a essere facilmente influenzati dagli altri, dal momento che le esperienze altrui sono al centro della riflessione.
Cognitiva	Uno sbilanciamento sulla dimensione cognitiva della mentalizzazione è legato a una sorta di distacco dall'esperienza affettiva, con un dominio del pensiero e del ragionamento astratto (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Ciò può essere associato a un'inibizione delle emozioni.
Affettiva	Uno sbilanciamento in questa dimensione della mentalizzazione indica un'enfasi eccessiva sulle emozioni, non bilanciata dalla capacità di riflettere e ragionare sugli stati mentali. Ciò può portare ad azioni impulsive, in quanto le emozioni hanno il sopravvento sulla capacità di pensare. Una buona mentalizzazione affettiva è caratterizzata dalla capacità di identificare, processare ed esprimere le emozioni (Jurist, 2005).
Esterna	Uno sbilanciamento sulla dimensione esterna indica un focus eccessivo sugli indicatori esteriori della mentalizzazione (per esempio le espressioni del viso, la postura, ecc.) e non sugli stati mentali (credenze, desideri, ecc.) (Luyten & Fonagy, 2015).
Automatica	Uno sbilanciamento in questa dimensione della mentalizzazione indica il prevalere della capacità implicita di leggere e interpretare gli stati mentali altrui, che tuttavia non è bilanciata da una riflessione esplicita su di essi, anche nel momento in cui si viene attivamente sollecitati dal terapeuta (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012).

Modes of Mentalization Scale

Atteggiamento teleologico	Questa forma di pensiero prementalizzante si caratterizza per un focus eccessivo sulle azioni, intese come unica possibile espressione degli stati mentali sottostanti. Uno stato mentale viene considerato reale solo nel momento in cui è espresso tramite le azioni (per esempio, il coinvolgimento del terapeuta viene ritenuto reale solo nel momento in cui è espresso tramite una telefonata, l'aggiunta di una seduta, ecc.).
Comprensione concreta	È caratterizzata da un isomorfismo tra mondo interno e realtà esterna: tutto ciò che viene pensato e sentito è percepito come reale e perde la propria natura rappresentazionale di pensiero "come se". In questa modalità, anche esperienze negative transitorie possono essere vissute come terrorizzanti in quanto diventano totalizzanti. Questa modalità di pensiero si esprime attraverso una narrazione caratterizzata da termini assoluti ("Sei sempre così", "Non va mai bene niente", "Siete tutti uguali", ecc.)

Tabella 1

Elementi Considerati nella Costruzione del Primo Set di Item delle Scale

Pseudomentalizzazione	È caratterizzata da una separazione netta tra mondo interno e realtà esterna, fino all'estremo della completa dissociazione tra di essi. È possibile riflettere sugli stati mentali solo nel momento in cui questa riflessione non ha alcuna connessione con la realtà. La pseudomentalizzazione può assumere tre forme: pseudomentalizzazione iperattiva; pseudomentalizzazione intrusiva; pseudomentalizzazione distruttivamente impropria.
Buona mentalizzazione	È caratterizzata da una giusta dose di curiosità per la comprensione degli stati mentali propri e altrui, una comprensione della complessità e la consapevolezza del fatto che le persone possono avere sentimenti e desideri contrastanti. Implica la capacità di riflettere spontaneamente sugli stati mentali propri e altrui.

I primi item sono stati valutati su scala Likert a cinque punti per chiarezza e validità di facciata da un gruppo di 10 clinici esperti nel trattamento di pazienti con disturbi di personalità e nel costrutto della mentalizzazione. I clinici hanno valutato la rilevanza degli item da 1 (*non rilevante*) a 4 (*altamente rilevante*) e la chiarezza da 1 (*non chiaro*) a 4 (*assolutamente chiaro*). È stato calcolato il Content Validity Index (CVI; Yaghmaie, 2009) di ogni item, identificando la percentuale di esperti che aveva valutato ogni item come rilevante e chiaro. Gli item con valori superiori a .75 sono stati mantenuti, gli altri eliminati; gli item rimanenti sono stati riformulati sulla base dei suggerimenti dei clinici esperti. Questo ha portato alla prima versione delle scale, che sono state mandate a un gruppo di 50 clinici i quali le hanno utilizzate per valutare un paziente in trattamento che avesse almeno 18 anni di età, non avesse un disturbo psicotico in fase attiva e/o non avesse presentato sintomi psicotici in fase attiva negli ultimi sei mesi, e che presentasse un disturbo di personalità e/o problematiche clinicamente rilevanti nella personalità. Su queste prime valutazioni è stata condotta un'analisi descrittiva preliminare, che ha portato a eliminare gli item con valori di skewness e curtosi ± 2 , gli item con una media uguale a 0 o 5 e varianza nulla, e gli item che non correlavano con nessun altro item. Una volta terminato questo processo si è giunti alla versione attuale delle scale: la MIS risulta composta da 27 item che consentono al clinico di valutare su scala Likert da 0 a 5 diversi sbilanciamenti nelle dimensioni della mentalizzazione mentre la MMS è

composta da 24 item che valutano i diversi sbilanciamenti della mentalizzazione su scala Likert da 0 a 5.

2.2.2 Campione

Dai registri delle maggiori associazioni italiane di psicoterapia psicodinamica e cognitivo-comportamentale, e attraverso centri specializzati nel trattamento dei disturbi di personalità sono stati contattati via e-mail 980 clinici con almeno tre anni di esperienza come psicoterapeuti, cui è stato chiesto di valutare un paziente che rispondesse ai seguenti criteri di inclusione: (a) avesse almeno 18 anni di età; (b) non presentasse diagnosi di disturbo psicotico e/o sintomi psicotici in fase attiva negli ultimi sei mesi; (c) avesse una diagnosi di disturbo di personalità o problematiche clinicamente rilevanti nella personalità; (d) avesse fatto con il clinico un minimo di 8 sedute e/o colloqui clinici e un massimo di 18 mesi di trattamento. Per minimizzare i bias nella selezione del paziente abbiamo richiesto ai clinici di consultare la propria agenda e selezionare l'ultimo paziente visto nella settimana che rispettasse i criteri di inclusione; per minimizzare i bias legati ai valutatori, abbiamo chiesto a ogni clinico di valutare unicamente un paziente. Dei 980 clinici contattati, 260 (26,5%) hanno dato il proprio assenso a partecipare. Di questi, 236 (24,1%) avevano in trattamento un paziente che rispondesse ai criteri di inclusione e sono stati invitati a partecipare; 190 hanno inviato valutazioni complete dei pazienti selezionati, per una response rate complessiva del 19,4%. I clinici non hanno ricevuto alcun tipo di compenso economico e i dati sono stati trattati in modo aggregato e anonimo nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (GDPR 679/2016).

Terapeuti. Il campione è costituito da 190 terapeuti caucasici, di cui 76 (40%) donne e 114 (60%) uomini. L'età media è di 39 anni ($DS = 10,9$; range 27-68). Nel campione sono rappresentati principalmente tre orientamenti teorici: psicodinamico ($n = 80$), cognitivo-comportamentale ($n = 57$) e terapeuti formati al trattamento basato sulla mentalizzazione (*mentalization based treatment*, MBT; $n = 43$). Dieci terapeuti riportano differenti orientamenti teorici (sistemico, eclettico, integrato). La media di anni di esperienza clinica era di 10 anni ($DS = 10,2$; range 3-35).

Settantaquattro (39%) terapeuti vedevano il paziente selezionato in un contesto privato mentre 116 (61%) operavano in servizi di salute mentale pubblici.

Pazienti. Il campione è composto da 190 pazienti caucasici, di cui 66 (35%) uomini e 124 (65%) donne (età media 34,3 anni; *DS* = 11,3; range 18-65). La durata media dei trattamenti al momento della valutazione era di 12,2 mesi (*DS* = 10,6; range 1-18). Ventisei pazienti (14%) avevano alle spalle un ricovero precedente e 38 (20%) due o più ricoveri. Quarantuno pazienti (22%) avevano tentato il suicidio almeno una volta e 101 (53%) pazienti al momento della valutazione erano anche in trattamento farmacologico. Centoundici pazienti (62%) avevano una diagnosi di disturbo di personalità, da solo o in comorbidità, secondo i criteri del DSM-5 (APA, 2013) e 78 pazienti (41%) manifestavano problematiche clinicamente rilevanti nella personalità (Figura 1). Centoottantacinque pazienti avevano una o più diagnosi di altri disturbi secondo il DSM-5 in comorbidità. I più comuni erano: disturbi dell'umore ($n = 120$), disturbo d'ansia ($n = 96$), disturbi alimentari ($n = 57$) e disturbi correlati all'uso di sostanze ($n = 57$) (Figura 2).

Figura 1. Disturbi di personalità (N=190)

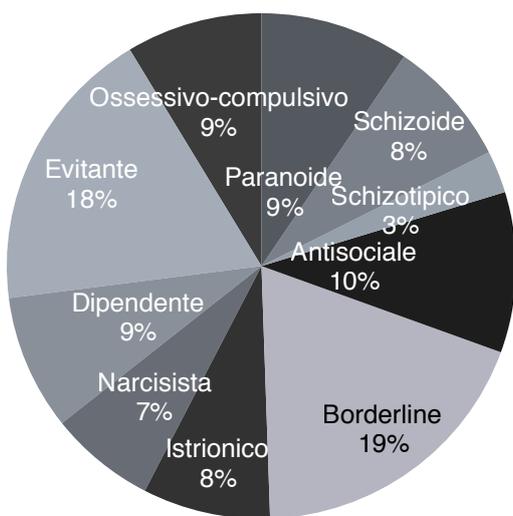
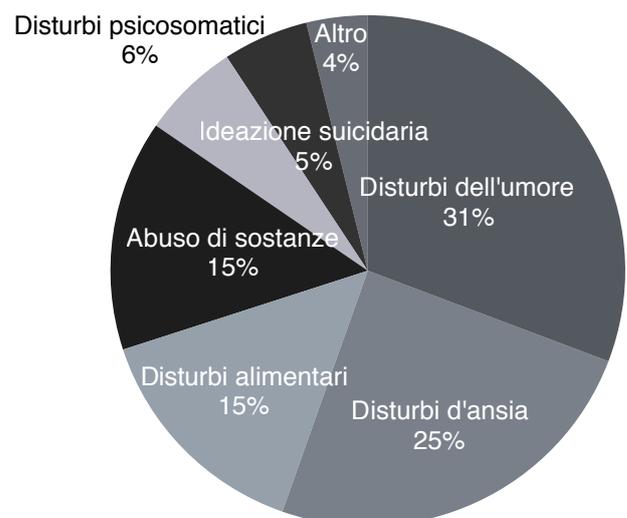


Figura 2. Disturbi Clinici (N=190)



È stata utilizzata un'ANOVA per verificare la possibilità che vi fossero delle differenze nella tipologia dei pazienti valutati a seconda dell'orientamento teorico (psicodinamico, MBT, cognitivo-comportamentale). Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative nella gravità dei pazienti in trattamento³. Tuttavia, sono state riscontrate alcune differenze rispetto a specifici disturbi; in particolare, è emerso come il campione di terapeuti MBT presentasse più pazienti con disturbo antisociale ($F = 3.80, p = .01$) e borderline ($F = 4.59, p = .004$) rispetto ai campioni relativi agli orientamenti teorici psicodinamico e cognitivo, mentre il campione di terapeuti cognitivisti presentava più pazienti con disturbo di personalità dipendente ($F = 4.06, p = .008$) ed evitante ($F = 5.74, p = .001$) rispetto ai terapeuti con orientamento teorico psicodinamico e MBT.

2.2.3 Strumenti

Al fine di validare MIS e MMS sono stati utilizzati i seguenti strumenti di misura.

Adult Attachment Questionnaire. L'Adult Attachment Questionnaire (AAQ; Westen & Nakash, 2005) è uno strumento clinician-report compost da 37 item che valutano su scala Likert a sette punti lo stile di attaccamento dei pazienti, su quattro differenti sottoscale: sicuro (11 item; per esempio, "Tende ad aspettarsi che lui/lei può fare affidamento sulla disponibilità e responsività delle persone che sono importanti per lui/lei."), insicuro evitante (9 item; per esempio, "Tende a minimizzare o a tenere a distanza l'importanza delle relazioni intime con gli altri."), insicuro preoccupato (8 item; per esempio, "Sembra essere invischiato in, o preoccupato per, relazioni di attaccamento del passato (per es., sembra che stia ancora combattendo vecchie battaglie con la madre, il padre, ecc.)."), e incoerente/disorganizzato (9 item; per esempio, "Tende ad utilizzare parole vaghe, prive di significato o vuote quando descrive eventi interpersonali (per esempio, può

³ La gravità della sintomatologia è stata valutata nei termini del numero di criteri dei disturbi di personalità diagnosticati per ogni paziente.

inserire parole senza senso nelle frasi come “dadadadada”, usa lo “psicobalbettio” come “lei ha molto materiale su questa questione”, ecc.).”). In questo studio i coefficienti di attendibilità per l’AAQ variano da .69 (moderato) per il fattore insicuro evitante a .88 (buono) per il fattore relativo allo stile di attaccamento sicuro, mentre i fattori preoccupato e incoerente/disorganizzato presentano valori di alpha buoni (rispettivamente, .78 e .72).

Personality Disorder Checklist. Seguendo una procedura già utilizzata in studi precedenti, (Betan, Heim, Zittel-Conklin & Westen, 2005; Blais & Norman, 1997; Bradley, Heim & Westen, 2005; Westen, Shedler, Durrett, Glass & Martens, 2003) ai clinici è stato chiesto di effettuare una valutazione in termini di presenza/assenza di tutti i criteri del DSM-5 per la valutazione dei disturbi di personalità, ordinati in maniera casuale. Questa procedura permette di affiancare a una diagnosi categoriale (basata sui cut-off del DSM-5) una valutazione dimensionale (numero di criteri soddisfatti per ogni disturbo di personalità).

Questionario clinico. Questionario costruito ad hoc per avere da parte dei terapeuti informazioni su loro stessi, i pazienti, e le caratteristiche del trattamento. I clinici hanno fornito informazioni demografiche e professionali riguardo la propria disciplina (psichiatria o psicologia), i modelli teorici, le ore di lavoro clinico settimanale, il genere, ecc. e informazioni sui propri pazienti quali età, genere, eventuale farmacoterapia e diagnosi secondo il DSM-5 (APA, 2013). I clinici inoltre hanno fornito informazioni relative al trattamento, quali per esempio la durata e il numero di sedute settimanali; inoltre hanno valutato la presenza di fattori potenzialmente legati all’eziologia dei disturbi, quali per esempio una storia di abuso e/o maltrattamento. Al fine di ottenere una valutazione più completa della patologia di personalità e delle problematiche dei pazienti, i clinici hanno valutato la presenza o assenza di una serie di problematiche cliniche e di personalità, quali per esempio i sintomi dissociativi, i gesti autolesivi, ecc.

2.3 Analisi statistiche

Tutte le analisi sono state effettuate con SPSS 21 per Windows (IBM, Amonk, NY), AMOS 21 e PASW 22. Prima di effettuare le analisi statistiche abbiamo testato la distribuzione dei dati con un'analisi della skewness e della curtosi: la distribuzione degli item risulta essere normale in questo campione, con valori di skewness oscillanti tra -.97 e .48 e di curtosi compresi tra -1.25 e 1.23. Per analizzare la struttura fattoriale della MIS è stata utilizzata un'analisi fattoriale confermativa (CFA) per determinare il fit del modello tra i dati del campione e il modello a sei fattori ipotizzato, utilizzando la stima della massima verosimiglianza. La decisione di utilizzare un'analisi fattoriale confermativa deriva dalle prove neurobiologiche ed empiriche (descritte nel Capitolo 1 di questo elaborato) a sostegno della presenza di tali dimensioni del costrutto, di corrispondenti correlati neurobiologici e dai riscontri empirici relativi alla presenza di specifici sbilanciamenti nelle dimensioni nella mentalizzazione in diverse popolazioni psicopatologiche, elementi che sostengono la teoria di riferimento. Sono stati utilizzati diversi indici: Chi-square goodness-of-fit, ratio χ^2/df (valori < 3 indicano un fit sufficiente), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI), Tucker-Lewis fit index (TLI) e il comparative fit index (CFI). Per verificare l'adattamento al modello abbiamo seguito i criteri indicati da Hu e Bentler (1995); per i valori del Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) abbiamo considerato le indicazioni di Stevens (2009) e preso in considerazione valori inferiori a 0.08; infine abbiamo calcolato l'AGFI e considerato valori più ampi di 0.80 come indicativi di un adeguato adattamento al modello (Kline, 1991). La presenza di coefficienti di regressione standardizzati significativi indica che gli item sono rappresentativi del fattore latente, mentre le stime di correlazione significative indicano la presenza di correlazioni a due vie tra i fattori. È stata utilizzata una procedura di ri-specificazione del modello (Byrne, 2001). In primo luogo sono stati identificati ed esclusi gli item con punteggi fattoriali sul fattore identificato non statisticamente significativi, successivamente sono state ricalcolate le statistiche di adattamento al modello a seguito di ogni cambiamento. Sono stati utilizzati i Modification Indices

per aggiungere le covarianze degli errori degli item in quei casi in cui ciò era sostenuto dalla teoria di riferimento. È stata effettuata un'analisi dell'attendibilità per verificare la reliability della scala. La consistenza interna degli item è stata valutata utilizzando l'alpha di Cronbach; la Composite Reliability (CR) e l'Average Variance Extracted (AVE) sono state calcolate utilizzando le formule di Fornell e Larckers (1981). Tali analisi sono state condotte con AMOS 21 e PASW 22.

Per analizzare la struttura fattoriale della MMS abbiamo mantenuto un atteggiamento maggiormente esplorativo, dal momento che attualmente non sono a disposizione conferme empiriche e/o neurobiologiche della teoria di riferimento, e abbiamo condotto un'analisi fattoriale esplorativa con il metodo della *principal axis factoring* con rotazione promax in quanto abbiamo ipotizzato un'interdipendenza dei fattori tra di loro. Per selezionare il numero di fattori da estrarre abbiamo preso in considerazione i criteri di Kaiser (eigenvalues > 1), un'ispezione dello scree plot, la percentuale di varianza spiegata, e la *parallel analysis*. La parallel analysis è stata calcolata utilizzando le sintassi di SPSS sviluppate da O'Connor (2000), generando 1000 permutazioni random del data set. Rispetto ai punteggi fattoriali abbiamo preso in considerazione tutti gli item con valori $\geq ,40$ per ciascun fattore al fine di massimizzare l'attendibilità (*coefficient alpha*; Stevens, 2002). Per verificare il rapporto tra gli sbilanciamenti nella mentalizzazione e le forme di pensiero prementalizzanti sono state calcolate le correlazioni (parziali) tra i fattori della MIS e i fattori della MMS.

È stata successivamente effettuata un'analisi correlazionale (correlazione di Pearson, a due code) tra i fattori di MIS e MMS e la durata del trattamento, la patologia di personalità e il numero di ricoveri precedenti. Inoltre è stata applicata un'ANOVA per verificare la relazione tra i fattori di MIS e MMS e i gesti autolesivi, i pensieri suicidari, la presenza di ricoveri precedenti, l'utilizzo di sostanze, e gli agiti suicidari. Per verificare il rapporto tra mentalizzazione e disturbi di personalità, e tra mentalizzazione e stile di attaccamento è stata applicata un'analisi della regressione multipla (per blocchi) inserendo prima le sottoscale della MIS e successivamente le scale della MMS come

variabili indipendenti e i disturbi di personalità (valutati con la Personality Disorder Checklist) e gli stili di attaccamento (valutati con l'AAQ) come variabili dipendenti. Per applicare l'analisi della regressione abbiamo analizzato le autocorrelazioni e la multicollinearità delle scale, con risultati ottimali: i risultati del test di Durbin-Watson oscillavano da 1,49 a 1,97; il *Variance Inflation Factor* (VIF) oscillava tra 1,00 e 2,53, valori adeguati per le analisi applicate (Myers, 1990) e la tolleranza oscillava tra ,40 e 1,000 (Menard, 1995).

2.4 Risultati

2.4.1 Struttura fattoriale della Mentalization Imbalances Scale

Il primo modello a sei fattori con 27 item (sbilanciamento cognitivo: p22, p23, p24, p25 e p26; sbilanciamento affettivo: p27, p29, p31 e p32; sbilanciamento sull'altro: p17, p18, p19, p20 e p21; sbilanciamento automatico p5, p39, p47, p48, p49; sbilanciamento sul sé: p6, p7, p13, e p15; sbilanciamento esterno: p33, p36, p37, e p40) ha mostrato uno scarso adattamento ai costrutti latenti (X^2 (df) = 838.77 (318), $p < 0.001$, ratio $X^2/df = 2.63$, AGFI (adjusted goodness of fit index) = 0.692, TLI (Tucker-Lewis fit index) = 0.756, CFI (comparative fit index) = 0.779, RMSEA (root mean square error of approximation) = 0.094), con seguente necessità di mettere in atto alcune modifiche. Sulla base degli MI, cinque item (p20, p21, p39, p48 e p40) sono stati eliminati dal modello originale dal momento che non caricavano in maniera significativa sul fattore di riferimento. In sei casi è stata aggiunta la covarianza degli errori rispetto a item che caricavano sullo stesso fattore latente (p23-p25, p6-p7, p27-p29) o su due fattori latenti polarizzati (p24-.29) oppure quando la teoria di riferimento suggeriva la necessità di svolgere questa operazione (p15-p27, p27-p49).

Il nuovo modello a sei fattori con 22 item mostra un buon adattamento ai costrutti latenti (X^2 (df) = 356.05 (197), $p < 0.001$, ratio $X^2/df = 1.81$, AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) = 0.809, TLI (Tucker-Lewis fit Index) = 0.904, CFI (Comparative Fit Index) = 0.918, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) = 0.066) e rappresenta il modello finale della MIS (Figura

1). La Figura 1 mostra i pesi di regressione standardizzati di ogni item per il rispettivo fattore e le correlazioni significative tra i fattori. In linea con le nostre ipotesi, i fattori dello sbilanciamento affettivo e cognitivo mostravano correlazioni negative significative ($-.44$; $p < .001$), e lo sbilanciamento affettivo mostra ha una correlazione positiva con gli sbilanciamenti sul sé e sull'altro ($.40$ e $.33$, rispettivamente; $p_s < .001$), mentre lo sbilanciamento cognitivo correla positivamente con lo sbilanciamento automatico ($.43$; $p < .001$). Sono state inoltre riscontrate correlazioni positive tra i fattori dello sbilanciamento esterno e dello sbilanciamento sull'altro ($.38$; $p < .001$), e tra gli sbilanciamenti automatico e sul sé ($.66$; $p < .001$). Le correlazioni tra i le sottoscale della MIS corrispondenti sono mostrate in Tabella 2.

Figura 1

Punteggi Fattoriali Standardizzati del Modello Finale a Sei Fattori della MIS (tutti i punteggi fattoriali e le correlazioni hanno una significatività inferiore o uguale a .001).

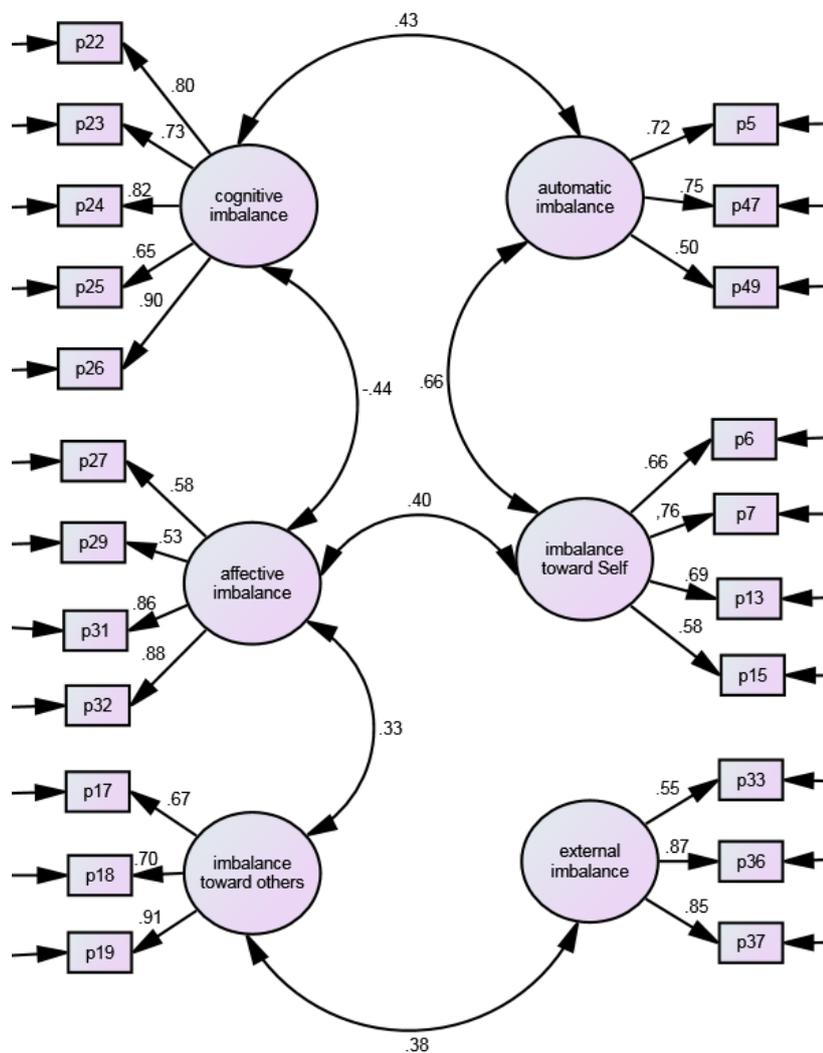


Tabella 2
Correlazioni tra le Sottoscale della MIS

	Cognitivo	Affettivo	Altro	Sé	Automatico	Esterno
Cognitivo		-.346**	-.069	-.035	.130	-.046
Affettivo			.371**	.310**	.141	.130
Altro				-.114	-.069	.318**
Sé					.638**	-.084
Automatico						.175*
Esterno						

Nota. MIS=Mentalization Imbalances Scale. *p≤0.05. **p≤0.01.

Statistiche descrittive, attendibilità e validità convergente della MIS sono riportate nella Tabella 3. Le alpha di Cronbach delle sottoscale variano da .70 a .89, e indicano dunque un buon livello di consistenza interna. Il valore dell'Average Variance Extracted (AVE) per i fattori relativi agli sbilanciamenti cognitivo, affettivo, esterno e verso l'altro erano superiori a .50, e indicano una validità convergente sufficiente, tuttavia i fattori relativi agli sbilanciamenti automatico e sul sé non dimostrano una validità convergente sufficiente dal momento che sono inferiori a .50. I valori della Composite Reliability (CR) per tutti e sei i fattori sono superiori a .70 e indicano dunque una buona validità di costruito della MIS (Fornell & Larcker, 1981).

Tabella 3

Statistiche Descrittive, Attendibilità e Validità Discriminante delle Sottoscale della MIS

	media	dev.st.	alpha di Cronbach	correlazioni inter-item	AVE	CR
Cognitivo	2.75	1.34	.89	.63	.62	.89
Affettivo	2.98	1.28	.83	.55	.54	.81
Altro	2.25	1.23	.81	.59	.59	.81
Sé	3.26	0.87	.78	.47	.45	.75
Automatico	3.09	0.93	.70	.43	.45	.70
Esterno	2.04	1.12	.78	.56	.59	.81

Note. MIS=Mentalization Imbalances Scale. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$.

2.4.2 Struttura fattoriale della Modes of Mentalization Scale

Nel verificare la struttura fattoriale della MMS è stato mantenuto un atteggiamento più esplorativo rispetto alla MIS, dal momento che la base teorica in questo caso risulta meno solida, e che non vi sono al momento dati empirici e/o neurobiologici che confermino l'esistenza delle modalità di pensiero prementalizzanti descritte in letteratura. I fattori sono stati dunque estratti utilizzando il metodo della principal axis factoring e una rotazione promax, dal momento che abbiamo ipotizzato un'interdipendenza dei fattori. L'analisi fattoriale esplorativa ha suggerito per la Modes of Mentalization Scale la presenza di cinque fattori che spiegano complessivamente il 62%

della varianza totale (Tabella 4). Le misure relative all'adeguatezza del campione sono buone:

Kaiser–Meyer–Olkin = .84. Le intercorrelazioni tra i fattori oscillano tra -.44 e .47.

Tabella 4
Struttura Fattoriale della Modes of Mentalization Scale (N=190)

Fattori e item	λ				
	1	2	3	4	5
Fattore 1. Eccessiva certezza					
Il paziente tende a esprimere assoluta certezza rispetto ai pensieri/sentimenti degli altri.	0.91	0.03	-0.03	-0.15	0.01
Il paziente appare eccessivamente sicuro circa le motivazioni e/o pensieri e/o emozioni delle altre persone.	0.90	-0.04	0.12	0.08	-0.03
Il paziente sembra avere già tutte le risposte rispetto al proprio/altrui comportamento.	0.85	-0.06	-0.11	0.05	-0.01
Il paziente pensa di sapere con notevole certezza ciò che un'altra persona pensa e/o prova (per es., può affermare nel corso della seduta: "Lo so quello che mi voleva chiedere adesso").	0.76	0.06	0.07	0.01	0.13
Il paziente tende a fare eccessivo affidamento sulla sua capacità intuitiva.	0.70	0.06	0.15	0.03	0.10
Il paziente fatica a considerare punti di vista alternativi al proprio.	0.47	-0.20	-0.29	0.27	-0.06
Fattore 2. Pensiero concreto					
Il paziente tende ad adottare forme di pregiudizio e/o generalizzazione per spiegare il comportamento proprio e altrui.	0.19	0.78	-0.05	0.00	-0.21
Il paziente tende a interpretare il comportamento proprio e/o altrui facendo riferimento a cause fisiche (per es., malattia) e/o caratteristiche invariabili (razza, background culturale, intelligenza) e/o in termini di fattori sociali esterni.	0.02	0.68	0.08	0.26	-0.05
Il paziente utilizza spiegazioni dettate dal senso comune o cliché per spiegare i propri e/o altrui stati d'animo (per es., utilizza frasi come: "Sono triste perché sono meteoropatico", "Ho fatto così perché lo fanno tutti", ecc.).	0.06	0.65	-0.08	-0.02	0.03
Il paziente sembra dare eccessiva enfasi all'idea che cambiamenti all'esterno possano influenzare cambiamenti nei suoi stati d'animo (per es., "Se cambio città starò meglio e mi sentirò leggera").	-0.19	0.58	0.06	0.11	0.24

Nota. Gli item con punteggio >|.40| sono in grassetto.

Tabella 4
Struttura Fattoriale della Modes of Mentalization Scale (N=190)

Fattori e item	λ				
	1	2	3	4	5
Il paziente tende a interpretare il proprio e/o altrui comportamento facendo riferimento a vincoli di natura situazionale o fisica (per es., “Me ne sono andato dalla riunione perché la stanza era piccola”).	-0.25	0.51	-0.02	0.17	0.22
Il paziente fa riferimento a spiegazioni piuttosto inverosimili dal punto di vista psicologico per spiegare il proprio e/o altrui comportamento (misticismo, astrologia, sovrannaturale, ecc.).	0.07	0.45	0.19	-0.07	0.05
Fattore 3. Buona mentalizzazione					
Il paziente, se sollecitato con specifiche domande, interpreta il proprio e/o altrui comportamento in termini di stati mentali.	-0.05	0.04	0.85	0.04	0.03
Il paziente appare curioso rispetto alla comprensione del proprio e/o altrui funzionamento.	-0.03	0.05	0.82	-0.03	-0.02
Il paziente riesce a descrivere i propri e altrui stati mentali in maniera coerente.	0.17	-0.05	0.75	0.03	-0.12
Il paziente è consapevole che le persone possono provare sentimenti e desideri contrastanti.	0.08	0.00	0.70	0.01	-0.07
Il paziente dà l'impressione d'interpretare spontaneamente il comportamento proprio e/o altrui in termini di stati mentali (per es., “Quando si comporta così credo lo faccia perché si sente inadeguata e inopportuna”).	0.04	-0.04	0.51	-0.22	0.15
Fattore 4. Pensiero teleologico					
Il paziente sembra dare maggiore importanza a ciò che le persone fanno rispetto a quello che pensano o provano.	0.01	0.25	-0.01	0.86	0.00
Il paziente sembra più interessato alla soluzione pratica dei problemi che ai significati connessi (per es., in una seduta in cui sono state esplorate tematiche molto rilevanti, il paziente può chiedere “E quindi cosa dovrei fare?”).	0.06	0.30	-0.02	0.47	0.03
Il paziente sembra riconoscere l'interesse delle persone per lui significative solo se supportato da azioni concrete (per es. può fare nei confronti del terapeuta affermazioni quali “Siccome lei non mi ha ricevuto durante le feste vuol dire che ci tiene poco a me”).	0.03	0.06	-0.17	0.41	0.11

Nota. Gli item con punteggio $>|.40|$ sono in grassetto.

Tabella 4
Struttura Fattoriale della Modes of Mentalization Scale (N=190)

Fattori e item	λ				
	1	2	3	4	5
Fattore 5. Pseudomentalizzazione intrusiva					
Le riflessioni del paziente sul suo mondo interno sembrano poco genuine.	0.07	0.23	-0.19	-0.15	0.66
Il paziente sembra utilizzare le proprie capacità mentali per manipolare le altre persone.	0.09	-0.05	0.12	0.23	0.65
Il paziente tratta la terapia come un esercizio intellettuale.	0.27	0.15	-0.07	-0.16	0.46
Il paziente sembra essere intrusivo nei confronti delle altre persone.	0.26	-0.23	0.08	0.18	0.40

Nota. Gli item con punteggio $>|.40|$ sono in grassetto.

Il primo fattore, “Eccessiva certezza” (6 item; $\alpha = .91$) è caratterizzato da item che indicano un’iperattività della mentalizzazione, in cui i pazienti mostrano un’eccessiva certezza rispetto agli stati mentali e pensano di potere fornire tutte le risposte rispetto al mondo interno delle altre persone. Gli item di questo fattore si riferiscono a soggetti eccessivamente sicuri rispetto alle motivazioni delle altre persone, che ritengono di sapere con notevole certezza che cosa gli altri stiano pensando o sentendo e che al contempo non sono in grado di prendere in considerazione prospettive alternative. Il secondo fattore, “Pensiero concreto” (6 item; $\alpha = .79$) si riferisce a item che indicano la tendenza a interpretare la realtà sulla base di euristiche e pregiudizi e/o sulla base di vincoli situazionali o fisici. Gli item di questo fattore fanno riferimento alla tendenza a utilizzare spiegazioni basate sul senso comune o cliché per spiegare le emozioni e/o a utilizzare spiegazioni bizzarre dei comportamenti. Il terzo fattore, “Buona mentalizzazione” (5 item; $\alpha = .83$) è caratterizzato da item che indicano una buona capacità di riconoscere e descrivere coerentemente gli stati mentali, unita a un atteggiamento di curiosità e alla consapevolezza del fatto che le persone possono sperimentare sentimenti e desideri contrastanti. Gli item indicano una buona capacità di comprendere la complessa natura degli stati mentali e il loro rapporto con i

comportamenti, oltre alla tendenza a riferirsi spontaneamente agli stati mentali nell'interpretazione del comportamento. Il quarto fattore "Pensiero teleologico" (3 item; $\alpha = .77$) si riferisce alla tendenza ad affidarsi più alle conseguenze fisiche degli stati mentali (le azioni) e meno all'interpretazione del mondo in termini di credenze, desideri, o pensieri. Gli item di questo fattore fanno riferimento a un focus eccessivo su ciò che le persone fanno rispetto a ciò che sentono o pensano, legata alla risoluzione pratica dei problemi rispetto a una riflessione genuina sui significati legati alle situazioni. Il quinto fattore "Pseudomentalizzazione intrusiva" (4 item; $\alpha = .67$) si riferisce a una forma maligna di iper- o pseudo-mentalizzazione legata alla tendenza a intrudere e manipolare le vite altrui. Le riflessioni sul mondo interno individuale non sembrano essere genuine, e spesso chi opera in questa modalità di pensiero tende a trattare la terapia come fosse un esercizio intellettuale.

Per avere una visione più completa del rapporto tra le forme di pensiero prementalizzanti e sbilanciamenti nella mentalizzazione sono state calcolate le correlazioni parziali tra i fattori della MMS e i fattori della MIS, eliminando ogni volta gli altri sbilanciamenti nella mentalizzazione e le altre forme di pensiero prementalizzanti al fine di ridurre la possibile influenza di elementi confondenti (Tabella 5).

Tabella 5
Correlazioni tra Fattori della MIS e fattori della MMS($N=190$)

	Eccessiva Certeza	Comprensione Concreta	Buona Mentalizzazio ne	Pensiero Teleologico	Pseudomentali zzazione intrusiva
Sbilanciamento cognitivo	-.12	.18*	.04	-.06	.39***
Sbilanciamento esterno	.17*	.15*	.38***	.11	-.01
Sbilanciamento affettivo	.09	.03	.05	.20**	.14
Sbilanciamento sull'altro	-.01	.01	.09	-.05	-.01

* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

Tabella 5
Correlazioni tra Fattori della MIS e fattori della MMS(N=190)

	Eccessiva Certeza	Comprensione Concreta	Buona Mentalizzazio ne	Pensiero Teleologico	Pseudomentali zzazione intrusiva
Sbilanciamento sul sé	.13	.01	-.13	.12	.05
Sbilanciamento automatico	.07	.08	-.18*	.13	-.13

* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

Gli sbilanciamenti nella mentalizzazione presentano correlazioni significative con le forme di pensiero prementalizzanti. Lo sbilanciamento cognitivo correla positivamente con la comprensione concreta e con la pseudomentalizzazione intrusiva; lo sbilanciamento esterno correla positivamente con l'eccessiva certezza, la comprensione concreta e, contrariamente alle nostre aspettative anche con la buona mentalizzazione. Lo sbilanciamento affettivo correla positivamente con il pensiero teleologico. Lo sbilanciamento automatico correla negativamente con la scala della buona mentalizzazione. Non si riscontrano correlazioni statisticamente significative tra lo sbilanciamento sull'altro e lo sbilanciamento sul sé e le forme di pensiero prementalizzanti.

2.4.3 La possibile influenza dell'orientamento teorico

Nell'interpretare i risultati di questo lavoro, è importante domandarsi se e quanto i risultati ottenuti riflettano le precedenze teoriche dei clinici partecipanti, soprattutto nel momento in cui si considera che 43 clinici riferiscono di avere acquisito una formazione specifica all'MBT. Per testare la possibile influenza dell'orientamento teorico sui risultati dell'analisi fattoriale esplorativa sono state condotte una serie di analisi, in cui sono state replicate le procedure messe in atto per ottenere la struttura fattoriale della MMS eliminando ogni volta parte del campione (inizialmente gli psicodinamici, successivamente i cognitivisti e infine i terapeuti MBT). Utilizzando la stessa metodologia (sempre con lo stesso metodo di rotazione) le analisi fattoriali hanno riprodotto la stessa struttura ottenuta nel campione completo, solo i fattori sono emersi con un ordine leggermente differente.

È stata calcolata un'ANOVA (con correzione di Bonferroni) tra i tre orientamenti teorici più rappresentati nel nostro campione (psicodinamico, cognitivo-comportamentale, MBT) e le sottoscale dei due strumenti al fine di verificare se i diversi orientamenti potessero associarsi a differenti punteggi negli strumenti e quindi influenzare i risultati del nostro studio. I risultati dimostrano che nello sbilanciamento automatico i terapeuti MBT tendono ad assegnare punteggi più alti rispetto ai terapeuti cognitivo-comportamentali ($F = 5.86$; $p = .003$), mentre per le altre sottoscale della MIS (sbilanciamento esterno, sbilanciamento sul sé, sbilanciamento sull'altro, sbilanciamento cognitivo) non sono state riscontrate differenze statisticamente significative. Rispetto alla MMS, l'ANOVA ha suggerito come i terapeuti MBT tendessero ad assegnare punteggi significativamente più alti nel fattore "Eccessiva certezza" rispetto ai terapeuti cognitivo comportamentali ($F = 4.10$; $p = .02$) e agli psicoterapeuti psicodinamici (in questo caso tuttavia il risultato non è statisticamente significativo). Al contrario, i terapeuti cognitivo comportamentali assegnavano punteggi significativamente più alti, rispetto al campione di terapeuti MBT, al fattore "Buona mentalizzazione" ($F = 8.39$; $p = .000$). Infine i terapeuti MBT e psicodinamici assegnavano punteggi significativamente più alti rispetto ai terapeuti cognitivi al fattore "Atteggiamento teleologico" ($F = 0.84$; $p = .01$). Queste differenze non sembrano essere legate alla gravità dei pazienti valutati, in quanto i diversi campioni non presentano differenze statisticamente significative rispetto a questa variabile, ma potrebbero essere legate alla maggiore presenza di pazienti con disturbo borderline e antisociale nel campione dei terapeuti MBT e di pazienti con disturbi dipendente ed evitante nel campione di terapeuti ad orientamento cognitivo-comportamentale (si veda par. 2.2.2).

2.4.4 Mentalizzazione, variabili cliniche e legate al trattamento

Sono state calcolate le correlazioni (Pearson, a due code) tra i fattori di MIS e MMS e variabili legate al paziente e alla terapia (Tabella 6 e Tabella 7).

Tabella 6
Correlazioni di Pearson tra Fattori della MIS e Variabili Cliniche (N=190)

	Variabili		
	Paziente	Trattamento	
	N. di criteri di disturbo di personalità	Ricoveri	Durata ^a
Sbilanciamento cognitivo	.08	-.08	.06
Sbilanciamento esterno	.02	-.09	.07
Sbilanciamento affettivo	.31***	.14	-.11
Sbilanciamento sull'altro	.04	.01	.06
Sbilanciamento sul sé	.49***	.13	-.21**
Sbilanciamento automatico	.39***	.10	-.06

* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

^aMesi di trattamento

Il numero di criteri diagnosticati per ogni paziente per ogni disturbo di personalità risulta avere una forte correlazione positiva con gli sbilanciamenti affettivo, automatico, e sul sé (Tabella 6). Non sono state riscontrate correlazioni statisticamente significative tra numero di ricoveri e fattori della MIS mentre l'unica correlazione statisticamente significativa ($p = .012^*$) rispetto alla durata del trattamento riguarda lo sbilanciamento sul sé, che sembra diminuire man mano che la terapia procede. Abbiamo riscontrato una correlazione positiva moderata tra i fattori prementalizzanti della MMS e il numero di criteri di disturbi di personalità e una correlazione negativa moderata rispetto al fattore "Buona mentalizzazione" della MMS e la patologia di personalità (Tabella 7). Inoltre, il numero di ricoveri precedenti è legato a una correlazione positiva con il fattore teleologico e una correlazione negativa con il fattore della buona mentalizzazione. Non sono state riscontrate correlazioni significative tra i fattori della MMS e la durata del trattamento.

Tabella 7
 Correlazioni di Pearson tra Fattori della MMS e Variabili Cliniche (N=190)

	Variabili		
	Paziente	Trattamento	
	N. di criteri di disturbo di personalità	Ricoveri	Durata ^a
Eccessiva certezza	.25***	.05	-.13
Pensiero concreto	.37***	.08	-.04
Buona mentalizzazione	-.33***	-.16*	.11
Pensiero teleologico	.39***	.21**	-.08
Pseudomentalizzazione intrusiva	.23**	.10	-.07

* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

^aMesi di trattamento

È stata utilizzata l'ANOVA per verificare se vi fossero differenze rispetto alla presenza o meno di disturbi clinici (i disturbi in Asse I secondo il DSM-IV TR). Rispetto alla MIS, è stato riscontrato come pazienti che riportavano nella loro storia tentativi di suicidio avessero punteggi significativamente più alti nello sbilanciamento affettivo ($F = 11.50$, $p = .001$), nello sbilanciamento automatico ($F = 6.02$, $p = .015$) e nello sbilanciamento sul sé ($F = 4.19$, $p = .03$). Gli stessi sbilanciamenti sono stati riscontrati in pazienti con agiti autolesivi (rispettivamente: sbilanciamento affettivo $F = 5.04$, $p = .03$; sbilanciamento automatico $F = 5.64$, $p = .02$; sbilanciamento sul sé $F = 4.56$, $p = .03$) mentre i pazienti che presentavano ideazione suicidaria avevano punteggi più alti nello sbilanciamento affettivo ($F = 11.48$, $p = .001$) I pazienti con attacchi di panico manifestavano al contrario punteggi significativamente più alti nello sbilanciamento cognitivo ($F = 6.67$, $p = .01$). Punteggi più alti nello sbilanciamento cognitivo si riscontravano anche nei pazienti con disturbi psicosomatici ($F = 6.27$, $p = .01$). I pazienti con disturbi del comportamento alimentare presentavano punteggi significativamente più bassi nello sbilanciamento sul sé ($F = 4.18$, $p = .04$) e nello sbilanciamento automatico ($F = 4.88$, $p = .03$) e significativamente più alti nello

sbilanciamento sull'altro ($F = 6.45$, $p = .01$), affettivo ($F = 5.48$, $p = .02$) e esterno ($F = 16.21$, $p = .000$). Pazienti con disturbi d'ansia mostravano punteggi significativamente più bassi nello sbilanciamento sull'altro ($F = 4.28$, $p = .04$), mentre pazienti con disturbo dissociativo presentavano punteggi significativamente più alti nello sbilanciamento affettivo ($F = 7.80$, $p = .006$). L'utilizzo di sostanze si associava a punteggi significativamente più alti nello sbilanciamento affettivo ($F = 11.63$, $p = .001$) e nello sbilanciamento automatico ($F = 4.62$, $p = .03$) Non sono state riscontrate differenze significative nei punteggi ai fattori della MIS rispetto a disturbi dell'umore, disturbo ossessivo compulsivo, perversioni, e disturbi della sfera sessuale.

Non sono state riscontrate differenze nei punteggi delle modalità prementalizzanti valutate con la MMS in relazione alla presenza di disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi dissociativi, attacchi di panico, disturbi alimentari e problematiche psicosomatiche. Le stesse analisi sono state utilizzate per verificare il rapporto tra modalità prementalizzanti e comportamenti autolesivi, pensieri suicidari, abuso di sostanze e agiti suicidari. I pazienti con comportamenti autolesivi presentavano punteggi significativamente più alti nel fattore "Atteggiamento teleologico" ($F = 14.35$; $p = .00$) e significativamente più bassi nel fattore "Buona mentalizzazione" ($F = 5.62$; $p = .02$) rispetto ai pazienti che non mostravano questo tipo di problematica. I pazienti con ideazione suicidaria mostravano punteggi significativamente più bassi nel fattore "Buona mentalizzazione" ($F = 4.10$; $p = .04$), mentre i pazienti con abuso di sostanze mostravano punteggi significativamente più alti nel fattore "Atteggiamento teleologico" ($F = 5.24$, $p = .02$). Va segnalato inoltre come anche i pazienti con comportamenti suicidari presentassero punteggi più alti nel fattore "Atteggiamento teleologico" ($F = 5.91$; $p = .02$). L'ANOVA è stata utilizzata anche per verificare se vi fossero differenze nei punteggi alla MMS in pazienti con una storia di abusi sessuali e/o violenza fisica: i pazienti con una storia traumatica tendevano ad avere punteggi più alti nel fattore teleologico, ma questo risultato, sebbene clinicamente coerente, non è significativo dal punto di vista statistico.

2.4.5 Mentalizzazione e disturbi di personalità

La relazione tra mentalizzazione e disturbi di personalità è stata analizzata tramite un'analisi della regressione multipla (per blocchi) tra i fattori della MIS e disturbi di personalità (Tabella 8), al fine di verificare empiricamente quanto affermato dal punto di vista teorico dagli autori che si sono occupati del costrutto della mentalizzazione, ovvero l'ipotesi che ogni disturbo si caratterizzi per un pattern specifico di sbilanciamento nelle diverse dimensioni della mentalizzazione.

Tabella 8

Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MIS e Disturbi di Personalità

Disturbi di Personalità e Fattori della MMS	B	Dev. St. Err.	β Standardizzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Paranoide						.05	2.68*
Costante	.09	.50		.17	.86		
Sbilanciamento cognitivo	-.05	.09	-.04	-.55	.58		
Sbilanciamento esterno	.10	.09	.08	1.08	.28		
Sbilanciamento affettivo	.14	.10	.12	1.38	.17		
Sbilanciamento sull'altro	-.22	.10	-.18	-2.21	.03*		
Sbilanciamento sul sé	.19	.14	.13	1.41	.16		
Sbilanciamento automatico	.10	.13	.08	.81	.42		
Schizoide						.27	12.43***
Costante	.82	.47		1.74	.08		
Sbilanciamento cognitivo	.13	.08	.12	1.64	.10		
Sbilanciamento esterno	-.26	.09	-.09	-1.33	.19		
Sbilanciamento affettivo	-.26	.09	-.22	-2.83	.005**		
Sbilanciamento sull'altro	-.28	.09	-.22	-3.05	.003**		
Sbilanciamento sul sé	.35	.13	.23	2.73	.007**		
Sbilanciamento automatico	.17	.12	.12	1.48	.14		

Nota. MIS=Mentalization Imbalances Scale. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

Tabella 8

Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MIS e Disturbi di Personalità

Disturbi di Personalità e Fattori della MMS	B	Dev. St. Err.	β Standardizzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Schizotipico						.18	7.69***
Costante	-.35	.44		-.80	.43		
Sbilanciamento cognitivo	.07	.07	.07	.94	.35		
Sbilanciamento esterno	.01	.08	.01	.04	.97		
Sbilanciamento affettivo	-.06	.09	-.06	-.67	.51		
Sbilanciamento sull'altro	-.16	.08	-.15	-1.93	.06		
Sbilanciamento sul sé	.25	.12	.19	2.11	.04*		
Sbilanciamento automatico	.31	.11	.25	2.87	.005**		
Antisociale						.18	7.98***
Costante	-.80	.46		-1.73	.09		
Sbilanciamento cognitivo	-.14	.08	-.13	-1.70	.09		
Sbilanciamento esterno	.06	.09	.05	.72	.47		
Sbilanciamento affettivo	.31	.09	.28	3.38	.001***		
Sbilanciamento sull'altro	-.10	.09	-.09	-1.11	.27		
Sbilanciamento sul sé	.10	.13	.07	.83	.41		
Sbilanciamento automatico	.34	.12	.25	2.92	.004**		
Borderline						.46	27.40***
Costante	-2.67	.64		-4.20	.000***		
Sbilanciamento cognitivo	-.13	.11	-.07	-1.14	.26		
Sbilanciamento esterno	.17	.12	.08	1.41	.16		
Sbilanciamento affettivo	.85	.13	.46	6.75	.000***		
Sbilanciamento sull'altro	.35	.12	.18	2.84	.005**		
Sbilanciamento sul sé	.28	.17	.12	1.62	.11		
Sbilanciamento automatico	.49	.16	.22	3.07	.003**		

Nota. MIS=Mentalization Imbalances Scale. *p≤0.05. **p≤0.01. ***p≤0.001.

Tabella 8

Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MIS e Disturbi di Personalità

Disturbi di Personalità e Fattori della MMS	B	Dev. St. Err.	β Standardizzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Istrionico						.17	7.64***
Costante	-1.17	.50		-2.34	.02*		
Sbilanciamento cognitivo	.05	.09	.04	.53	.59		
Sbilanciamento esterno	.08	.09	.06	.85	.39		
Sbilanciamento affettivo	.29	.10	.25	2.94	.004**		
Sbilanciamento sull'altro	.23	.10	.18	2.35	.02*		
Sbilanciamento sul sé	.37	.14	.24	2.77	.006**		
Sbilanciamento automatico	-.11	.13	-.08	-.90	.37		
Narcisistico						.11	4.73***
Costante	-.70	.61		-1.14	.26		
Sbilanciamento cognitivo	.25	.11	.19	2.38	.02*		
Sbilanciamento esterno	.11	.12	.08	.99	.32		
Sbilanciamento affettivo	.31	.12	.22	2.53	.012*		
Sbilanciamento sull'altro	-.28	.12	-.25	-3.09	.002**		
Sbilanciamento sul sé	.30	.17	.17	1.85	.07		
Sbilanciamento automatico	-.05	.15	-.03	-.30	.76		
Dipendente						.09	4.18***
Costante	-.67	.68		-.10	.32		
Sbilanciamento cognitivo	-.10	.12	-.07	-.83	.41		
Sbilanciamento esterno	.11	.13	.07	.87	.38		
Sbilanciamento affettivo	.17	.14	.11	1.29	.20		
Sbilanciamento sull'altro	.31	.13	.19	2.38	.02*		
Sbilanciamento sul sé	.28	.18	.14	1.51	.13		
Sbilanciamento automatico	.12	.17	.07	.70	.48		

Nota. MIS=Mentalization Imbalances Scale. *p≤0.05. **p≤0.01. ***p≤0.001.

Tabella 8

Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MIS e Disturbi di Personalità

Disturbi di Personalità e Fattori della MMS	B	Dev. St. Err.	β Standardizzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Evitante						.07	3.49**
Costante	-.24	.75		-.32	.75		
Sbilanciamento cognitivo	-.06	.13	-.04	-.47	.64		
Sbilanciamento esterno	.13	.14	.07	.94	.35		
Sbilanciamento affettivo	-.36	.15	-.21	-2.39	.02*		
Sbilanciamento sull'altro	.20	.15	.11	1.38	.17		
Sbilanciamento sul sé	.64	.20	.30	3.16	.002**		
Sbilanciamento automatico	.19	.19	.10	1.03	.30		
Ossessivo Compulsivo						.13	5.46***
Costante	-.13	.49		-.27	.79		
Sbilanciamento cognitivo	.28	.08	.26	3.32	.001***		
Sbilanciamento esterno	.29	.09	.15	2.04	.04*		
Sbilanciamento affettivo	-.19	.10	-.17	-1.93	.06		
Sbilanciamento sull'altro	-.09	.10	-.07	-.94	.35		
Sbilanciamento sul sé	.34	.13	.24	2.60	.01**		
Sbilanciamento automatico	-.11	.12	-.08	-.87	.39		

Nota. MIS=Mentalization Imbalances Scale. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

I risultati mostrano come i disturbi di personalità schizoide e schizotipico fossero predetti dallo sbilanciamento sul sé, sbilanciamento condiviso anche con i disturbi di personalità istrionico, evitante e ossessivo compulsivo. I disturbi di personalità dipendenti, borderline e istrionico erano predetti positivamente dallo sbilanciamento sugli altri mentre i disturbi paranoide, schizoide, e narcisistico erano predetti negativamente da tale sbilanciamento. Lo sbilanciamento cognitivo prediceva i disturbi di personalità narcisistico e ossessivo-compulsivo, mentre lo sbilanciamento affettivo prediceva positivamente i disturbi di personalità antisociale, borderline, istrionico e narcisistico, e negativamente quelli schizoide ed evitante. Lo sbilanciamento automatico prediceva i

disturbi di personalità borderline, antisociale e schizotipico. Lo sbilanciamento esterno prediceva il disturbo di personalità ossessivo compulsivo.

Successivamente è stata analizzata la relazione tra le modalità prementalizzanti e disturbi di personalità, al fine di verificare empiricamente l'ipotesi teorica secondo cui nella psicopatologia si assiste al riemergere di forme di pensiero che evolutivamente precedono la buona capacità di mentalizzare. È stata dunque effettuata un'analisi della regressione (per blocchi) per verificare quali fattori della MMS predicessero i diversi disturbi di personalità (Tabella 9).

Tabella 9
Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MMS e Disturbi di Personalità

Disturbi di Personalità e Fattori della MMS	B	Dev. St. Err.	β Standardizzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Paranoide						.10	5.29***
Costante	1.11	.54		2.05	.04*		
Eccessiva certezza	.45	.11	.35	4.04	.000***		
Pensiero concreto	-.05	.12	-.030	-.38	.70		
Buona mentalizzazione	-.29	.12	-.20	-2.51	.01**		
Pensiero teleologico	-.01	.12	-.00	-.04	.97		
Pseudomentalizzazione intrusiva	-.25	.11	-.20	-2.27	.02*		
Schizoide						.16	8.31***
Costante	2.89	.55		5.20	.000***		
Eccessiva certezza	-.09	.11	-.07	-.82	.41		
Pensiero concreto	.196	.12	.14	1.64	.10		
Buona mentalizzazione	-.65	.12	-.43	-5.49	.000***		
Pensiero teleologico	-.15	.12	-.11	-1.25	.21		
Pseudomentalizzazione intrusiva	.01	.12	.01	.10	.92		

Nota. MMS=Modes of Mentalization Scale. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

Tabella 9

Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MMS e Disturbi di Personalità

Disturbi di Personalità e Fattori della MMS	B	Dev. St. Err.	β Standardizzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Schizotipico						.14	7.15***
Costante	1.93	.49		3.92	.000***		
Eccessiva certezza	.15	.10	.13	1.52	.13		
Pensiero concreto	.21	.11	.17	1.99	.05*		
Buona mentalizzazione	-.49	.11	-.37	-4.71	.000***		
Pensiero teleologico	-.18	.11	-.16	-1.74	.08		
Pseudomentalizzazione intrusiva	-.06	.10	-.05	-.61	.55		
Antisociale						.12	6.11***
Costante	.18	.53		.34	.74		
Eccessiva certezza	.16	.11	.13	1.46	.15		
Pensiero concreto	-.01	.12	-.01	-.06	.95		
Buona mentalizzazione	-.21	.11	-.15	-1.84	.07		
Pensiero teleologico	.25	.11	.21	2.22	.03*		
Pseudomentalizzazione intrusiva	.02	.11	.02	.18	.86		
Borderline						.12	5.98***
Costante	.60	.90		.67	.50		
Eccessiva certezza	-.10	.18	-.05	-.53	.60		
Pensiero concreto	.35	.19	.15	1.79	.08		
Buona mentalizzazione	.01	.19	.01	.06	.96		
Pensiero teleologico	.64	.19	.31	3.31	.001***		
Pseudomentalizzazione intrusiva	-.12	.18	-.06	-.65	.52		

Nota. MMS=Modes of Mentalization Scale. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

Tabella 9

Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MMS e Disturbi di Personalità

Disturbi di Personalità e Fattori della MMS	B	Dev. St. Err.	β Standardizzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Istrionico						.10	5.11***
Costante	-.28	.58		-.48	.63		
Eccessiva certezza	-.12	.12	-.09	-.10	.32		
Pensiero concreto	.21	.13	.15	1.71	.09		
Buona mentalizzazione	.12	.12	.08	.97	.34		
Pensiero teleologico	.10	.12	.08	.82	.41		
Pseudomentalizzazione intrusiva	.38	.12	.28	3.20	.002**		
Narcistico						.24	12.62***
Costante	-1.20	.63		-1.92	.06		
Eccessiva certezza	.28	.13	.18	2.21	.03*		
Pensiero concreto	-.13	.14	-.08	-.97	.33		
Buona mentalizzazione	-.02	.13	-.01	-.14	.89		
Pensiero teleologico	.23	.14	.15	1.71	.09		
Pseudomentalizzazione intrusiva	.52	.13	.33	4.00	.000***		
Dipendente						.01	1.49
Costante	1.36	.78		1.74	.08		
Eccessiva certezza	-.29	.16	-.17	-1.86	.06		
Pensiero concreto	.26	.17	.14	1.55	.13		
Buona mentalizzazione	.03	.17	.02	.19	.85		
Pensiero teleologico	.14	.17	.08	.85	.49		
Pseudomentalizzazione intrusiva	.03	.16	.02	.16	.88		

Nota. MMS=Modes of Mentalization Scale. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

Tabella 9

Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MMS e Disturbi di Personalità

Disturbi di Personalità e Fattori della MMS	B	Dev. St. Err.	β Standardizzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Evitante						.02	1.60
Costante	1.38	.86		1.60	.111		
Eccessiva certezza	.13	.18	.07	.71	.48		
Pensiero concreto	.21	.19	.10	1.12	.26		
Buona mentalizzazione	-.02	.18	-.01	-.09	.93		
Pensiero teleologico	.19	.19	.10	1.03	.31		
Pseudomentalizzazione intrusiva	-.41	.18	-.21	-2.31	.02*		
Ossessivo Compulsivo						.06	3.30**
Costante	.07	.56		.12	.91		
Eccessiva certezza	.19	.12	.08	.08	.41		
Pensiero concreto	.35	.12	.25	2.84	.005**		
Buona mentalizzazione	-.04	.12	-.02	-.29	.77		
Pensiero teleologico	.02	.12	.02	.16	.88		
Pseudomentalizzazione intrusiva	-.04	.12	-.03	-.34	.74		

Nota. MMS=Modes of Mentalization Scale. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

Il fattore dell'eccessiva certezza è risultato predire positivamente i disturbi di personalità paranoide e narcisistico, mentre il fattore legato al pensiero concreto prediceva positivamente i disturbi di personalità schizotipico e ossessivo compulsivo. La buona mentalizzazione prediceva negativamente i disturbi di personalità paranoide, schizoide e schizotipico. Il pensiero teleologico è risultato predire positivamente i disturbi di personalità antisociali e borderline, mentre la pseudomentalizzazione intrusiva è risultata predire positivamente i disturbi di personalità narcisistico e istrionico e negativamente i disturbi paranoide ed evitante di personalità.

2.4.6 Mentalizzazione e stili di attaccamento

Per analizzare il rapporto tra sbilanciamenti nella mentalizzazione e stili di attaccamento è stata utilizzata un'analisi della regressione multipla (per blocchi) tra fattori della MIS (variabili indipendenti) e stili di attaccamento valutati con l'Adult Attachment Questionnaire (variabili dipendenti) (Tabella 10).

Tabella 10
Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MIS e Stili di Attaccamento

	B	Dev. St. Err.	β Standardi zzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Sicuro						.33	16.59***
Costante	3.90	.31		12.47	.000***		
Sbilanciamento cognitivo	-.13	.05	-.16	-2.42	.016*		
Sbilanciamento esterno	.16	.08	.18	2.84	.005**		
Sbilanciamento affettivo	.04	.06	.04	.59	.56		
Sbilanciamento sull'altro	.01	.06	.01	.05	.96		
Sbilanciamento sul sé	-.25	.09	-.24	-2.95	.004**		
Sbilanciamento automatico	-.28	.08	-.28	-3.57	.000***		
Evitante						.29	14.12***
Costante	1.12	.29		3.84	.000***		
Sbilanciamento cognitivo	.28	.05	.40	5.80	.000***		
Sbilanciamento esterno	.06	.05	.08	1.15	.25		
Sbilanciamento affettivo	.04	.06	.06	.73	.46		
Sbilanciamento sull'altro	-.09	.06	-.12	-1.62	.11		
Sbilanciamento sul sé	.03	.08	.03	.40	.69		
Sbilanciamento automatico	.25	.07	.27	3.38	.001***		

Nota. MIS=Mentalization Imbalances Scale. *p≤0.05. **p≤0.01. ***p≤0.001.

Tabella 10

Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MIS e Stili di Attaccamento

	B	Dev. St. Err.	β Standardi zzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Preoccupato						.30	14.73***
Costante	.65	.34		1.89	.06		
Sbilanciamento cognitivo	.05	.06	.06	.86	.39		
Sbilanciamento esterno	.06	.06	.06	.94	.35		
Sbilanciamento affettivo	.28	.07	.31	4.09	.000***		
Sbilanciamento sull'altro	.11	.07	.12	1.68	.10		
Sbilanciamento sul sé	.32	.09	.28	3.43	.001***		
Sbilanciamento automatico	.12	.09	.11	1.36	.18		
Disorganizzato						.23	10.45***
Costante	.15	.31		.48	.63		
Sbilanciamento cognitivo	.07	.05	.09	1.28	.20		
Sbilanciamento esterno	.09	.06	.10	1.51	.13		
Sbilanciamento affettivo	.23	.06	.29	3.71	.000***		
Sbilanciamento sull'altro	.02	.06	.03	.41	.68		
Sbilanciamento sul sé	.07	.08	.07	.82	.42		
Sbilanciamento automatico	.26	.08	.28	3.38	.001***		

Nota. MIS=Mentalization Imbalances Scale. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

Lo stile di attaccamento sicuro era predetto positivamente dallo sbilanciamento esterno e negativamente dagli sbilanciamenti cognitivo, automatico, e sul sé. L'attaccamento evitante era predetto positivamente dallo sbilanciamento cognitivo e dallo sbilanciamento automatico, mentre l'attaccamento preoccupato era predetto positivamente dallo sbilanciamento affettivo e dallo sbilanciamento sul sé. L'attaccamento disorganizzato era predetto positivamente dallo sbilanciamento affettivo e automatico.

Infine, è stato analizzato il rapporto tra forme di pensiero prementalizzanti e stili di attaccamento indagando la relazione tra fattori della MMS e stili di attaccamento valutati con l'AAQ mediante un'analisi della regressione multipla (per blocchi) (Tabella 11).

Tabella 11
Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MMS e Stili di Attaccamento

	B	Dev. St. Err.	β Standardi zzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Sicuro						.57	51.27***
Costante	.48	.28		1.73	.09		
Eccessiva certezza	.03	.06	.03	.46	.65		
Pensiero concreto	.00	.06	.00	.01	.99		
Buona mentalizzazione	.82	.06	.77	13.91	.000***		
Pensiero teleologico	.08	.06	.09	1.31	.19		
Pseudomentalizzazione intrusiva	-.14	.06	-.15	-2.50	.01**		
Evitante						.13	6.40***
Costante	2.03	.36		5.69	.000***		
Eccessiva certezza	.07	.07	.08	.96	.34		
Pensiero concreto	.24	.08	.27	3.18	.002**		
Buona mentalizzazione	-.09	.08	-.09	-1.17	.25		
Pensiero teleologico	.02	.08	.02	.26	.79		
Pseudomentalizzazione intrusiva	.03	.07	.04	.43	.67		
Preoccupato						.30	17.05***
Costante	.60	.39		1.56	.12		
Eccessiva certezza	.16	.08	.15	1.99	.05*		
Pensiero concreto	-.04	.08	-.04	-.52	.60		
Buona mentalizzazione	.25	.08	.21	2.98	.003**		
Pensiero teleologico	.52	.08	.52	6.24	.000***		
Pseudomentalizzazione intrusiva	.08	.08	.09	1.09	.28		

Nota. MMS=Modes of Mentalization Scale. *p<0.05. **p<0.01. ***p<0.001.

Tabella 11
Analisi della Regressione Multipla tra Fattori della MMS e Stili di Attaccamento

	B	Dev. St. Err.	β Standardi zzato	t	Sig.	R ² Corr.	F
Disorganizzato						.14	7.37***
Costante	1.65	.36		4.56	.000***		
Eccessiva certezza	-.04	.07	-.05	-.55	.59		
Pensiero concreto	.27	.08	.29	3.50	.001***		
Buona mentalizzazione	-.10	.08	-.11	-1.41	.16		
Pensiero teleologico	.09	.08	.10	1.09	.28		
Pseudomentalizzazione intrusiva	.02	.07	.02	.20	.84		

Nota. MMS=Modes of Mentalization Scale. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

I diversi stili di attaccamento presentano relazioni significative con almeno uno dei fattori della MMS. L'attaccamento sicuro era positivamente predetto dalla buona mentalizzazione e negativamente dalla pseudomentalizzazione intrusiva, mentre lo stile di attaccamento evitante era predetto dal pensiero concreto. L'attaccamento preoccupato era predetto dal pensiero teleologico, dalla buona buona mentalizzazione e dall'eccessiva certezza rispetto agli stati mentali. Lo stile di attaccamento disorganizzato era predetto positivamente dal pensiero concreto.

2.5 Discussioni

2.5.1 Struttura fattoriale

Il primo obiettivo di questo studio era quello di fornire dati sulla struttura fattoriale di due strumenti clinician-report per la valutazione della mentalizzazione, la Mentalization Imbalances Scale e la Modes of Mentalization Scale. L'analisi fattoriale confermativa relativa alla *Mentalization Imbalances Scale* ha confermato la presenza di sei fattori legati agli sbilanciamenti nelle diverse dimensioni della mentalizzazione: sbilanciamento cognitivo, sbilanciamento esterno, sbilanciamento affettivo, sbilanciamento automatico, sbilanciamento sugli altri, sbilanciamento sul sé (Figura 1). I fattori emersi mostrano una buona attendibilità con valori che vanno da sufficienti a

ottimi (Cronbach, 1951), sono inoltre clinicamente e teoricamente coerenti e sembrano confermare la natura multidimensionale della mentalizzazione, già evidenziata da diversi autori (si vedano per esempio Choi Kain & Gunderson, 2008; Fonagy et al., 2012; Fonagy, Luyten & Bateman, 2015; Luyten et al., 2012).

I fattori della MIS estratti sono coerenti con la letteratura sulla valutazione della mentalizzazione. Lo sbilanciamento sul sé o sugli altri, infatti, può essere visto anche come un fallimento nella capacità di “comprendere la propria mente” (autoconsapevolezza) e “comprendere la mente degli altri” (decentramento) valutate con la Scala per la Valutazione della Metacognizione (Carcione et al., 2009). Lo sbilanciamento affettivo, composto da item che descrivono una difficoltà a processare e regolare le emozioni, che potrebbe associarsi a comportamenti impulsivi, sembra condividere alcuni aspetti della scala della “regolazione affettiva” dell’MZQ (Hausberg et al., 2012). Il fattore dello sbilanciamento automatico, che descrive la difficoltà del paziente ad assumere una posizione esplicitamente mentalizzante, che richiede riflessione, attenzione, consapevolezza e sforzo (Fonagy et al., 2012) sembra descrivere un fallimento nella mentalizzazione simile alla scala “rifiuto dell’autoriflessività” dell’MZQ, o un rifiuto del paziente a mentalizzare anche quando sollecitato con specifiche domande, come descritto nel manuale di codifica dell’RFS (Fonagy et al., 1998; Taubner et al., 2013).

Rispetto alla *Modes of Mentalization Scale*, l’analisi fattoriale esplorativa ha suggerito la presenza di cinque differenti fattori clinicamente coerenti e in linea con la teoria della multidimensionalità del costrutto della mentalizzazione: eccessiva certezza, pensiero concreto, buona mentalizzazione, atteggiamento teleologico, e pseudomentalizzazione intrusiva. I fattori emersi hanno una buona consistenza interna, e i valori di alpha oscillano tra .67 e .91; inoltre è stata riscontrata una buona differenziazione tra i diversi fattori, con item che non caricano significativamente su più di una sottoscala.

Il primo fattore, che descrive un'eccessiva certezza dei pazienti rispetto agli stati mentali, con un'iperattività della mentalizzazione e una mancanza di umiltà in relazione alla conoscenza degli stati mentali altrui, è in linea con il fattore RFQ_c (eccessiva certezza) dell'RFQ ((Badoud et al., 2015; Fonagy et al., 2016) ed è coerente con la letteratura che ha individuato questa difficoltà nei pazienti con disturbo borderline di personalità (si veda per esempio Bo, Sharp, Fonagy & Konegerslev, 2017) e/o caratterizzati da grandiosità e narcisismo (Ensink, Duval, Normandin, Sharp & Fonagy, 2018). Il secondo fattore, pensiero concreto, descrive uno stile di mentalizzazione caratterizzato dalla tendenza a interpretare i comportamenti in termini di euristiche o pregiudizi e/o sulla base di vincoli fisici. Indica inoltre la tendenza a usare spiegazioni basate sul senso comune, ad affidarsi ai cliché oppure a spiegazioni bizzarre per comprendere i comportamenti, ed è coerente con la letteratura clinica che descrive in alcuni pazienti questa specifica difficoltà a interpretare il comportamento in termini di stati mentali (Bateman & Fonagy, 2019).

Il terzo fattore, buona mentalizzazione, descrive diversi aspetti legati a una buona funzione riflessiva, quali la curiosità e l'apertura alla scoperta, l'umiltà e la consapevolezza che non si può sapere con notevole certezza che cosa vi sia nella mente delle altre persone. Questo fattore, inoltre, descrive la tendenza a riflettere sugli stati mentali, sia spontaneamente che nel momento in cui si viene sollecitati con domande specifiche. Gli ultimi due fattori sono quello legato all'atteggiamento teleologico e quello legato alla mentalizzazione intrusiva. Il primo è coerente con le descrizioni cliniche di pazienti (si pensi soprattutto ai soggetti traumatizzati e/o con disturbo borderline di personalità) che tendono a riferirsi alle conseguenze fisiche degli stati mentali e non ai mondi interni (Bateman & Fonagy, 2019); il secondo fattore è coerente con le descrizioni di pazienti con disturbo antisociale di personalità.

Gli sbilanciamenti nella mentalizzazione presentano correlazioni coerenti e significative con le forme di pensiero prementalizzanti (Tabella 5). Abbiamo riscontrato una correlazione positiva tra lo sbilanciamento esterno e l'eccessiva certezza e la buona mentalizzazione. Questo dato sembra

suggerire come un marcato investimento sulla comprensione degli indicatori esteriori della mentalizzazione possa rappresentare sia un elemento patologico (nel momento in cui tali indicatori esterni vengono letti con interpretazioni eccessivamente sicure e indiscutibili dello stato mentale sottostante) sia un elemento sano (nel momento in cui sono bilanciati da una buona lettura degli stati interni). Non sono state riscontrate correlazioni statisticamente significative tra lo sbilanciamento sul sé e sull'altro e le forme di pensiero prementalizzanti,

Nel verificare la possibile influenza dell'orientamento teorico dei terapeuti nei risultati relativi alla struttura fattoriale della MMS, in cui è stato adottato un atteggiamento esplorativo, sono state condotte diverse analisi eliminando di volta in volta i clinici afferenti a uno specifico modello terapeutico (psicodinamico, cognitivo-comportamentale e MBT) e i dati sembrano escludere la possibilità che la struttura fattoriale ottenuta sia il riflesso delle preferenze teoriche dei clinici. Allo stesso tempo, abbiamo riscontrato alcune differenze significative in rapporto ai punteggi assegnati dai clinici afferenti ai diversi modelli teorici nei fattori dell'eccessiva certezza, della buona mentalizzazione e del pensiero teleologico nella MMS. Questi risultati potrebbero essere legati a differenze nei pazienti nei tre sotto-campioni, ma anche alle differenze teoriche presenti. Più nello specifico, il fatto che i terapeuti MBT tendano a dare punteggi più alti nel fattore dell'eccessiva certezza sugli stati mentali, mentre i terapeuti cognitivo-comportamentali tendano a dare punteggi più bassi nel fattore della buona mentalizzazione potrebbe essere legato al fatto che i terapeuti MBT sono formati a riconoscere le forme autentiche di mentalizzazione; inoltre, i terapeuti cognitivo-comportamentali potrebbero, per formazione, essere più focalizzati sui processi cognitivi (*versus* affettivi), e questo potrebbe portare a considerare come indicatrice di una buona mentalizzazione una comunicazione che al contrario un terapeuta MBT considererebbe pseudomentalizzante (mentre un terapeuta dinamico potrebbe considerare la stessa comunicazione una razionalizzazione). I risultati suggeriscono inoltre che i terapeuti MBT e psicodinamici tendono a dare punteggi più alti nella dimensione teleologica. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che le terapie cognitive

comportamentali sono dirette alla risoluzione di comportamenti disfunzionali e focalizzate sugli indicatori esteriori degli stati mentali. In futuro sarà necessario indagare ulteriormente questi risultati, e comprendere più nel dettaglio le differenze nella valutazione emerse in questo studio.

2.5.2 Mentalizzazione e psicopatologia

Il secondo obiettivo dello studio era quello di valutare la validità di criterio in rapporto a diverse variabili associate al costrutto della mentalizzazione. Sono state riscontrate diverse correlazioni clinicamente coerenti tra psicopatologia e fattori di MIS e MMS, che indicano come, per esempio, i pazienti con un maggior numero di criteri di disturbo di personalità soddisfatti presentino punteggi più alti in tre degli sbilanciamenti della MIS (affettivo, automatico, e sul sé; Tabella 6) e in tutti i fattori prementalizzanti valutati con la MMS (Tabella 7). Questo risultato è in linea con la letteratura clinica ed empirica sull'argomento, che ha evidenziato la relazione tra problematiche nella mentalizzazione e disturbi di personalità (Fonagy & Bateman, 2016). La durata del trattamento inoltre è negativamente associata allo sbilanciamento sul sé: questo dato sembra suggerire come gli incontri con il clinico favoriscano una diminuzione delle problematiche nella mentalizzazione nel corso del tempo e un miglioramento nella capacità di decentrarsi.

Sono state riscontrate diverse associazioni statisticamente significative tra i fattori della MIS e le variabili cliniche prese in esame in questo studio. Si è visto, per esempio, come i pazienti con agiti suicidari e autolesivi presentassero un profilo caratterizzato da punteggi più alti negli sbilanciamenti affettivo, automatico, e sull'altro. Lo sbilanciamento affettivo si associa inoltre a fenomeni di ideazione suicidaria. Pazienti con attacchi di panico o disturbi psicosomatici, al contrario, presentano punteggi più alti nello sbilanciamento cognitivo. Per quanto riguarda la MMS, il fattore teleologico è associato a un maggior numero di ricoveri. L'ANOVA ha inoltre evidenziato la presenza di punteggi più elevati al fattore teleologico in pazienti con comportamenti autolesivi, abuso di sostanze, e agiti suicidari. Questo risultato è in linea con i dati provenienti da altri studi che hanno evidenziato un'associazione tra bassi livelli di mentalizzazione e comportamenti autolesivi

(Badoud et al., 2016) e impulsività (Fonagy et al., 2016). I pazienti con punteggi più alti nel pensiero teleologico potrebbero essere più focalizzati sull'esito fisico degli stati mentali, e questo sembra associarsi alla tendenza a ricercare nella realtà esterna la conferma degli stati mentali interni. Quando questa tendenza, presente anche nei soggetti sani, non è bilanciata da una buona capacità di metallizzare, i pazienti potrebbero tendere all'acting e/o a mettere in atto comportamenti a rischio, dal momento che i sentimenti che non possono essere espressi a parole devono essere agiti nel mondo esterno per essere sentiti come "veri".

Contrariamente alle nostre aspettative, anche se i pazienti con una storia traumatica manifestavano maggiori problematiche nella mentalizzazione, questo risultato non è statisticamente significativo. Ciò potrebbe essere legato all'influenza di diverse variabili che mediano la relazione tra la storia traumatica e la mentalizzazione. Inoltre il nostro campione è composto da pazienti attualmente in trattamento, che potrebbero avere discusso con i terapeuti i temi legati al trauma, promuovendone la mentalizzazione.

Nell'analizzare la relazione tra mentalizzazione e psicopatologia abbiamo studiato le relazioni tra sbilanciamenti nella mentalizzazione valutati con la MIS e disturbi di personalità. I risultati sono in linea con la letteratura teorica e clinica che indica come i diversi disturbi di personalità siano associati a specifici pattern di sbilanciamento nella mentalizzazione. Il disturbo borderline di personalità, per esempio, è caratterizzato da un pattern che include uno sbilanciamento sugli aspetti affettivi della mentalizzazione, da uno sbilanciamento sull'altro e da uno sbilanciamento automatico. Il disturbo di personalità narcisistico, al contrario, si caratterizza per un eccessivo sbilanciamento sugli aspetti cognitivi della mentalizzazione e per un focus eccessivo sul sé. Tutti i disturbi di personalità si associano ad almeno uno sbilanciamento nelle dimensioni della mentalizzazione, e ciò sembra confermare l'assunto teorico secondo cui le problematiche nella mentalizzazione rappresentano un problema centrale in tali disturbi (Bateman & Fonagy, 2010; Dimaggio et al., 2007; Moroni et al., 2016; Semerari et al., 2014).

La MMS è stata utilizzata per analizzare il rapporto tra fallimenti nella mentalizzazione e disturbi di personalità. Sono stati riscontrati pattern specifici di fallimento nella mentalizzazione associati ai diversi disturbi di personalità. Il disturbo narcisistico, per esempio, era caratterizzato da una combinazione di pseudomentalizzazione intrusiva ed eccessiva certezza rispetto agli stati mentali. Il disturbo borderline di personalità era associato al pensiero teleologico, e questo risultato è in linea con la letteratura clinica che indica una tendenza all'acting nei pazienti con tale disturbo e con la letteratura teorica su mentalizzazione ed enactment in pazienti con disturbo borderline (Bateman & Fonagy, 2016). La forte associazione negativa tra buona mentalizzazione e i disturbi di personalità schizoide e schizotipico sembra suggerire che le difficoltà nella mentalizzazione in questi soggetti siano particolarmente gravi.

Abbiamo infine analizzato il rapporto tra mentalizzazione e stili di attaccamento. Le analisi effettuate sulla MIS hanno dimostrato che lo stile di attaccamento sicuro è predetto positivamente dallo sbilanciamento esterno e negativamente dagli sbilanciamenti cognitivo, automatico, e sul sé. L'attaccamento evitante è predetto positivamente dallo sbilanciamento cognitivo e dallo sbilanciamento automatico, mentre l'attaccamento preoccupato è predetto positivamente dallo sbilanciamento affettivo e dallo sbilanciamento sul sé. L'attaccamento disorganizzato è predetto positivamente dallo sbilanciamento affettivo e automatico. Questi risultati sono in linea con la letteratura empirica sulla mentalizzazione (Dimitrijević, Hanak, Dimitrijević & Marjanović, 2017), che ha dimostrato come l'ansia relativa all'attaccamento correli negativamente con la capacità di mentalizzare rispetto al sé. I soggetti che presentano maggiore ansia rispetto all'attaccamento, e che presentano difficoltà nella mentalizzazione verso il sé, potrebbero essere più occupati dall'iperattivazione della mentalizzazione verso gli altri, a scapito della capacità di interpretare correttamente i propri stati mentali.

Rispetto alla MMS abbiamo osservato come i fallimenti nella mentalizzazione fossero positivamente legati all'attaccamento insicuro e negativamente all'attaccamento sicuro (Tabella 11).

Lo stile di attaccamento sicuro era positivamente predetto dalla buona mentalizzazione e negativamente dalla pseudomentalizzazione intrusiva, mentre l'attaccamento disorganizzato era positivamente predetto dall'eccessiva certezza rispetto agli stati mentali. L'attaccamento evitante era predetto dal pensiero concreto, e l'attaccamento preoccupato era predetto dal pensiero teleologico, dalla buona mentalizzazione e dall'eccessiva certezza rispetto agli stati mentali. Va notato inoltre che, mentre l'effect size relativo alla predittività rispetto all'attaccamento sicuro è più ampio, esso è più moderato per gli stili di attaccamento insicuro. Questo dato potrebbe indicare che, mentre la buona mentalizzazione ha un ruolo fondamentale nel predire l'attaccamento sicuro (secondo una relazione forse più chiara a lineare), il percorso che conduce a uno stile di attaccamento insicuro potrebbe essere più complesso, e ancora la relazione tra queste due variabili (e/o su eventuali variabili mediatrici o moderatrici) rimane poco chiara.

Questo studio presenta diversi limiti. In primo luogo, i clinici hanno fornito i dati sia sulla mentalizzazione che su attaccamento e personalità, e questo potrebbe associarsi ad alcuni bias nei risultati. Per esempio, la percezione dei clinici della personalità dei pazienti potrebbe essere influenzata dalla percezione della mentalizzazione e viceversa; inoltre le risposte dei terapeuti potrebbero essere influenzate dalla loro reazione emotiva ai pazienti. Questa limitazione (l'utilizzo di un unico vertice osservativo), è condivisa da molti degli studi sul costrutto della mentalizzazione, i quali si basano su valutazioni fatte da un'unica fonte, sia essa un osservatore esterno (Chiesa & Fonagy, 2014; Semerari et al., 2012) o il paziente in trattamento (Hausberg et al., 2012; Badoud et al., 2015). Non riteniamo che la decisione di utilizzare unicamente i clinici in questa fase della validazione dello strumento sia esente da limitazioni; ogni prospettiva osservativa è unica e presenta punti di forza e limiti. La decisione di iniziare il processo di validazione delle scale dai clinici è motivata dal fatto che essi stessi saranno i fruitori degli strumenti; inoltre, in linea con la letteratura già citata, riteniamo che i clinici siano in grado di fornire valutazioni attendibili nel momento in cui le loro osservazioni sono quantificate attraverso strumenti psicometricamente sofisticati. In ogni

caso, in futuro sarà necessario testare la validità convergente delle scale con altri strumenti validati per la valutazione della mentalizzazione, quali per esempio la RFS (osservatore) o l'RFQ (self-report per i pazienti). Mettere a confronto le valutazioni fatte con MIS e MMS con le valutazioni fatte con la RFS rappresenta un passaggio essenziale per la conferma dei risultati ottenuti in questo studio.

Un limite ulteriore è legato alla mancanza di dati preventivi relativi all'agreement inter-rater delle due scale oggetto di studio (MIS e MMS). L'assenza di tale dato non permette di escludere l'esistenza di bias nelle valutazioni effettuate che potrebbero inficiare la validità dei risultati presentati, per questo motivo i passi futuri della ricerca dovrebbero includere un'accurata analisi di tale aspetto al fine di confermare i risultati ottenuti finora.

In questo studio, la struttura fattoriale e validità di criterio della scala sono state analizzate su un campione di 190 pazienti. Dal momento che le scale hanno un numero di item e di componenti relativamente basso, questo può essere considerato un campione di grandezza adeguata, tuttavia è pur sempre un campione ridotto. In futuro, occorrerebbe includere più soggetti nello studio al fine di ampliare il campione. Nonostante le limitazioni descritte, i risultati preliminari suggeriscono che le scale possono essere strumenti attendibili per la valutazione della mentalizzazione, con il vantaggio di essere economiche in termini di tempi e costi per la valutazione e al contempo di fornire una descrizione articolata e complessa delle capacità di mentalizzare dei pazienti, utile a fini clinici ed empirici.

Capitolo Terzo

Studio 2: Validità convergente di MIS e MMS

La valutazione della capacità di mentalizzare, come descritto nei capitoli precedenti, rappresenta una sfida per chi si approccia empiricamente al costrutto. Tutte le metodologie attualmente utilizzate presentano punti di forza e problematiche (si veda par. 1.4). Una delle criticità più importanti della ricerca empirica sulla mentalizzazione è rappresentata dal fatto che generalmente gli studi di validazione proposti si basano su valutazioni fatte da un unico vertice osservativo, sia esso il paziente (si pensi per esempio ai recenti studi di validazione dei questionari self-report per la valutazione della funzione riflessiva; Fonagy et al., 2016; Hausberg et al., 2012) o un osservatore esterno (si pensi per esempio agli studi con la scala per la valutazione della funzione riflessiva; Taubner et al., 2013). Questo dato si lega anche, in parte, a una delle difficoltà incontrate dalla letteratura sull'assessment in psicologia, soprattutto per quanto riguarda la valutazione della personalità. È stato infatti dimostrato da più autori come valutazioni effettuate da diversi vertici osservativi abbiano tra loro una concordanza solo moderata (si veda anche il par. 1.5). Privilegiare un informatore, rispetto a un altro, rappresenta dunque una questione fondamentale.

Questo lavoro vuole tentare un ulteriore passo avanti nella validazione di due strumenti clinician report per la valutazione della mentalizzazione, la Mentalization Imbalances Scale (Colli & Gagliardini, 2015a; Gagliardini et al., 2018) e la Modes of Mentalization Scale (Colli & Gagliardini, 2015b; Gagliardini & Colli, *in press*). Il limite principale dei precedenti passaggi nella validazione, infatti, riguarda la problematica della presenza di un unico vertice osservativo, il clinico, elemento questo che potrebbe essere associato a bias nei risultati e nella valutazione (si veda il Capitolo 2 del presente elaborato).

3.1 Obiettivi e ipotesi

Alla luce delle considerazioni sopra esposte l'obiettivo di questo lavoro è quello di verificare la validità convergente di MIS e MMS analizzando il rapporto tra mentalizzazione, valutata tramite le due scale, e costrutti correlati, valutati dai pazienti tramite questionari self-report. Nello specifico in questo lavoro ci si è concentrati sui costrutti di funzione riflessiva, disregolazione emotiva, responsività interpersonale (capacità di perspective taking), ed empatia.

Nel fare ciò ipotizziamo che:

- pazienti caratterizzati da punteggi elevati nelle sottoscale della MIS presentino maggiori problematiche nella disregolazione emotiva, nello specifico che lo sbilanciamento affettivo correli positivamente con problematiche nella regolazione emotiva;
- pazienti con uno sbilanciamento sul sé presentino problematiche nella capacità di assumere il punto di vista altrui (perspective taking);
- pazienti con uno sbilanciamento cognitivo presentino minori livelli di empatia affettiva;
- punteggi più alti nella sottoscala dell'eccessiva certezza della MMS si associno a punteggi più alti in valutazioni self-report relative all'eccessiva certezza sugli stati mentali;
- punteggi più alti nelle sottoscale della MIS e della MMS (ad eccezione della scala relativa alla buona mentalizzazione) si associno a problematiche nella funzione riflessiva valutate tramite strumenti self-report.

3.2 Metodologia

3.2.1 Campione

Dai roster delle maggiori società di psicoterapia psicodinamica e cognitivo comportamentale, e da centri specializzati nel trattamento di pazienti con disturbo di personalità sono stati contattati circa 990 terapeuti chiedendo la disponibilità a partecipare al presente progetto di ricerca. Ai clinici è stato chiesto di valutare un loro paziente attualmente in trattamento che rispondesse ai seguenti criteri di inclusione/esclusione: 1. avesse almeno 18 anni di età; 2. non

presentasse diagnosi di disturbo psicotico e/o sintomi psicotici in fase attiva negli ultimi sei mesi; 3. avesse fatto con il clinico un minimo di quattro colloqui; 4. non presentasse disturbi neurologici. Per minimizzare i bias nella selezione del paziente abbiamo richiesto ai clinici di consultare la propria agenda e valutare l'ultimo paziente visto nel corso della settimana che rispettasse i criteri di inclusione; per minimizzare i bias legati ai valutatori, abbiamo chiesto a ogni clinico di selezionare unicamente un paziente. Si è chiesta inoltre la disponibilità dei pazienti trattati a partecipare alla ricerca. Tutti i pazienti hanno compilato e sottoscritto il Consenso Informato alla partecipazione allo studio. I clinici non hanno ricevuto alcun tipo di compenso economico e i dati sono stati trattati in modo aggregato e anonimo nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (GDPR 679/2016).

Sono state raccolte 211 valutazioni. Di queste, 14 sono state eliminate in quanto non complete in tutte le loro parti (per esempio, alcuni clinici hanno fornito le proprie valutazioni ma non hanno inviato i self-report, o viceversa hanno restituito solo le valutazioni self-report dei pazienti senza compilare i propri questionari; sono inoltre stati eliminati tutti i questionari in cui più di metà delle domande risultava non compilata). Il campione finale è composto da 197 diadi terapeuta/paziente. Questo progetto di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico per la Sperimentazione Umana dell'Università di Urbino "Carlo Bo" in data 05/03/2018 con verbale n. 5.

Pazienti. Il campione è composto da 197 pazienti caucasici, di cui 49 (24,9%) uomini e 148 (75,1%) donne (età media 31,7 anni; $DS = 11,9$; range 18-75). La durata media dei trattamenti al momento della valutazione era di 14,4 mesi ($DS = 5,1$; range 1-30). Trentadue pazienti (16,2%) avevano alle spalle un ricovero precedente e 13 (6,6%) pazienti due o più ricoveri. Ventitré pazienti (11,6%) avevano tentato il suicidio almeno una volta, 45 avevano messo in atto comportamenti autolesivi (22,8%) e 89 (45,2%) pazienti al momento della valutazione erano anche in trattamento farmacologico.

Centodiciannove pazienti (60,4%) avevano una diagnosi di disturbo di personalità, da solo o in comorbidità, secondo i criteri del DSM-5 (APA, 2013) e 78 pazienti (39,6%) manifestavano

problematiche clinicamente rilevanti nella personalità. I disturbi di personalità più comuni erano i disturbi evitante ($n = 63$), borderline ($n = 41$) e dipendente ($n = 36$) (Figura 1). Centoottantaquattro pazienti avevano una o più diagnosi di altri disturbi secondo il DSM-5 (disturbi in Asse I secondo il DSM-IV TR). I più comuni erano: disturbi alimentari ($n = 83$), disturbi d'ansia ($n = 73$), disturbi dell'umore ($n = 67$) e disturbi correlati all'uso di sostanze ($n = 30$) (Figura 2).

Figura 1. Disturbi di personalità (N=197)

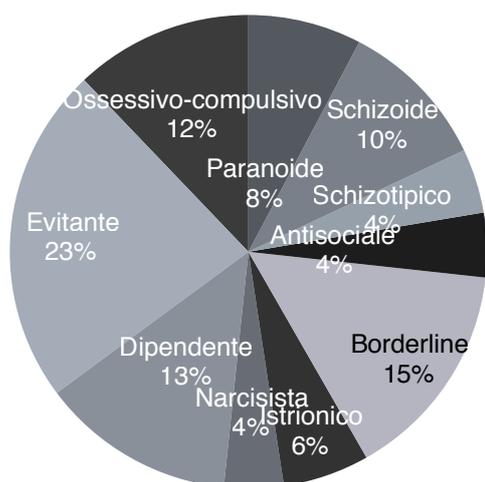
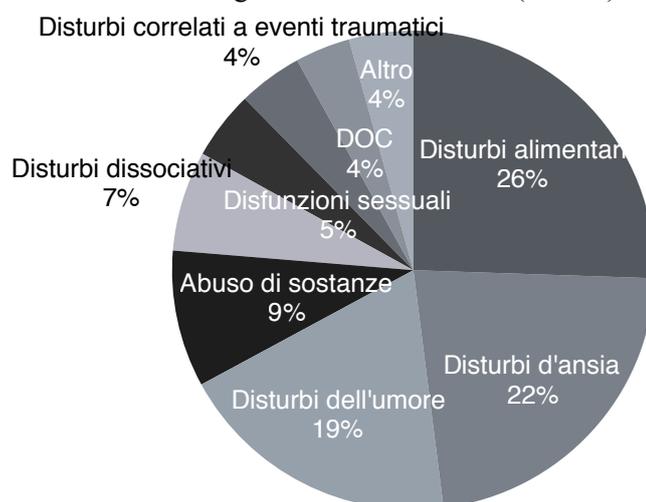


Figura 2. Disturbi Clinici (N=197)



Terapeuti. Il campione è costituito da 197 terapeuti caucasici, di cui 118 (59,9%) donne e 79 (40,1%) uomini. L'età media è di 44,3 anni ($DS = 10,7$; range 25-65). Nel campione sono rappresentati principalmente quattro orientamenti teorici: psicodinamico ($n = 123$), cognitivo ($n = 21$), integrato ($n = 40$) e sistemico-relazionale ($n = 3$). Dieci terapeuti riportano differenti orientamenti teorici (eclettico, costruttivista, ecc.). La media di anni di esperienza clinica era di 14,5

anni ($DS = 11,1$; range 3-40). Ottantacinque (43,1%) terapeuti vedevano il paziente selezionato in un contesto privato mentre 67 (34,1%) operavano in servizi di salute mentale pubblici e 45 (22,8%) vedevano il paziente selezionato in setting differenti (ospedali, strutture residenziali, ONLUS, associazioni, università, ecc.).

3.2.2 Strumenti

I clinici hanno compilato gli stessi questionari dello Studio 1 (Capitolo 2), ovvero:

Mentalization Imbalances Scale (MIS; Colli & Gagliardini, 2015a; Gagliardini et al., 2018) questionario composto da 27 item per la valutazione degli sbilanciamenti nella mentalizzazione su sei sottoscale: sbilanciamento cognitivo, sbilanciamento esterno, sbilanciamento affettivo, sbilanciamento sull'altro, sbilanciamento sul sé, sbilanciamento automatico. Gli item vengono valutati su scala Likert da 0 (assolutamente non descrittivo) a 5 (assolutamente descrittivo) sulla base di quanto siano caratteristici del paziente selezionato. Le caratteristiche psicometriche della MIS sono descritte nel Capitolo 2 di questo elaborato.

In questo studio l'alpha delle sottoscale della MIS varia da sufficiente a buona (Kline, 2000), nello specifico la scala dello sbilanciamento cognitivo risulta avere un'alpha di .86, la scala dello sbilanciamento esterno di .71, la scala dello sbilanciamento affettivo di .85, la scala dello sbilanciamento sull'altro di .68, la scala dello sbilanciamento sul sé di .85, la scala dello sbilanciamento automatico di .76.

Modes of Mentalization Scale (Colli & Gagliardini, 2015b; Gagliardini & Colli, *in press*), questionario composto da 24 item per la valutazione delle modalità della mentalizzazione, su cinque sottoscale: eccessiva certezza, pensiero concreto, buona mentalizzazione, pensiero teleologico e pseudomentalizzazione intrusiva. Gli item vengono valutati su scala Likert da 0 (assolutamente non descrittivo) a 5 (assolutamente descrittivo) sulla base di quanto sono caratteristici del paziente selezionato. Le caratteristiche psicometriche della MMS sono descritte nel Capitolo 2 di questo elaborato.

In questo studio l'alpha delle sottoscale della MMS varia da sufficiente a buona (Kline, 2000), nello specifico la scala dell'eccessiva certezza risulta avere un'alpha di .86, la scala della comprensione concreta di .85, la scala della buona mentalizzazione di .86, la scala del pensiero teleologico di .76, la scala della pseudomentalizzazione intrusiva di .67.

Adult Attachment Questionnaire. L'Adult Attachment Questionnaire (AAQ; Westen & Nakash, 2005) è uno strumento clinician-report composto da 37 item che valutano su scala Likert a sette punti lo stile di attaccamento dei pazienti, su quattro differenti sottoscale: sicuro, insicuro distanziante, insicuro preoccupato, e incoerente/disorganizzato.

In questo studio l'alpha delle sottoscale dell'AAQ varia da sufficiente a buona, nello specifico la scala dell'attaccamento sicuro risulta avere un'alpha di .87, quella dell'attaccamento distanziante di .72, quella dell'attaccamento preoccupato di .81, e quella dell'attaccamento disorganizzato di .79.

Personality Disorder Checklist. Seguendo una procedura già utilizzata in studi precedenti, (Betan, Heim, Zittel-Conklin & Westen, 2005; Blais & Norman, 1997; Bradley, Heim & Westen, 2005; Westen, Shedler, Durrett, Glass & Martens, 2003) ai clinici è stato chiesto di effettuare una valutazione in termini di presenza/assenza di tutti i criteri del DSM-5 per la valutazione dei disturbi di personalità, ordinati in maniera casuale. Questa procedura permette di affiancare a una diagnosi categoriale (basata sui cut-off del DSM-5) una valutazione dimensionale (numero di criteri soddisfatti per ogni disturbo di personalità).

Questionario clinico. Questionario costruito ad hoc per avere da parte dei terapeuti informazioni su loro stessi, i pazienti, e le caratteristiche del trattamento. I clinici hanno fornito informazioni demografiche e professionali riguardo la propria disciplina (psichiatria o psicologia), i modelli teorici, le ore di lavoro clinico settimanale, il genere, ecc. e informazioni sui propri pazienti quali età, genere, eventuale farmacoterapia e diagnosi secondo il DSM-5 (APA, 2013). I clinici inoltre hanno fornito informazioni relative al trattamento, quali per esempio la durata e il numero di

sedute settimanali; inoltre hanno valutato la presenza di fattori potenzialmente legati all'eziologia dei disturbi, quali per esempio una storia di abuso e/o maltrattamento e la presenza o assenza di una serie di problematiche cliniche e di personalità, quali i sintomi dissociativi, i gesti autolesivi, ecc.

I pazienti hanno compilato i seguenti questionari self-report per la valutazione di mentalizzazione e costrutti affini:

Reflective Functioning Questionnaire (Fonagy et al., 2016), per la valutazione della funzione riflessiva. L'RFQ valuta la funzione riflessiva chiedendo al paziente di assegnare un punteggio da 1 ("Fortemente in disaccordo") a 7 ("Fortemente in accordo") a otto affermazioni relative agli stati mentali propri e altrui. Successivamente, i punteggi vengono ricodificati e inseriti in una delle seguenti sottoscale: eccessiva certezza rispetto agli stati mentali (RFQ_c); eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali (RFQ_u). La struttura fattoriale della scala è stata studiata con un'analisi fattoriale confermativa in uno studio su pazienti con disturbi del comportamento alimentare e disturbo borderline di personalità in comorbidità (Fonagy et al., 2016). I due fattori risultano correlare in maniera significativa con i tratti borderline, con la gravità della depressione e con l'impulsività (Fonagy et al., 2016) inoltre livelli più bassi di funzione riflessiva risultano essere associati a comportamenti autolesivi (Badoud et al., 2015).

La scala è stata utilizzata in diversi studi e ha mostrato una buona coerenza interna e una buona validità di criterio rispetto a strumenti per la valutazione di costrutti affini alla mentalizzazione, consentendo inoltre di discriminare tra campioni clinici e gruppi di controllo (Fonagy et al., 2016). La validazione italiana dell'RFQ, promossa dal dott. Niccolò Morandotti, dal prof. Edgardo Caverzasi e dal gruppo di studio dell'Università di Pavia è attualmente in corso di stampa (Morandotti et al., *in press*).

Basic Empathy Scale (BES-A; Jolliffe, Farrington, 2006), composta da 20 affermazioni valutate su scala Likert da 1 ("fortemente in disaccordo") a 5 ("fortemente in accordo"). La scala fornisce una misurazione della responsività empatica rispetto a due dimensioni: empatia affettiva ed

empatia cognitiva. La scala ha mostrato una buona coerenza interna e attendibilità in relazione ad altri strumenti per la valutazione di costrutti affini (Carré, Stefaniak, D'Ambrosio, Bensalah & Besche-Richard, 2013; per la validazione italiana si vedano Albiero, Matricardi & Toso, 2009). L'empatia valutata con la BES inoltre risulta correlare positivamente con l'intelligenza, l'estroversione, il nevroticismo, la coscienziosità, l'apertura all'esperienza, la supervisione genitoriale e lo status socioeconomico.

Anche nella sua validazione italiana condotta su un campione di 1191 adolescenti e giovani adulti la scala ha dimostrato di avere buone proprietà psicometriche, i fattori estratti inoltre sono stabili e i punteggi alla BES risultano correlare positivamente con gli indici di responsività empatica valutati dall'Interpersonal Reactivity Index (descritto di seguito) e sono associati a maggiori comportamenti prosociali.

Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1980, 1983, 2006), un indice per la valutazione della disposizione alla responsività empatica composto da 28 item valutati su scala Likert a 5 punti e basato su quattro sottoscale: Fantasia (FS), che indica la capacità di immedesimarsi nei pensieri e ruoli di personaggi di finzione; Considerazione Empatica (EC), che valuta la tendenza a sperimentare sentimenti di empatia e compassione per le persone meno fortunate; Perspective Taking (PT), che indica la capacità di entrare in contatto con l'esperienza altrui, permettendo di assumere il punto di vista altrui nel momento in cui si interpretano i comportamenti delle altre persone; Disagio Personale (DP), che valuta la tendenza a sperimentare stress e disagio in risposta alla sofferenza delle altre persone. La struttura fattoriale della scala è stata confermata in altri studi, si veda per esempio il lavoro di Chrysikou e Thompson (2015).

In questo elaborato si prenderà in considerazione principalmente la sottoscala PT (perspective taking), che descrive una capacità affine all'abilità di "decentrarsi" descritta dagli autori che si sono occupati del costrutto della metacognizione (Carcione & Semerari, 2006).

Difficulties in Emotion Regulation Strategies (Gratz & Roemer, 2004), composta da sei sottoscale per la valutazione della regolazione emotiva: 1. Mancanza di accettazione della risposta emotiva (“non-acceptance”); 2. Difficoltà nella distrazione dall’emozione e nella messa in atto di compiti diretti allo scopo (“goals”); 3. Risposta limitata alle strategie di regolazione emotiva (“strategies”); 4. Mancanza di controllo del comportamento in momenti di forte attivazione emotiva (“impulse”); 5. Difficoltà nel riconoscimento della risposta emotiva (“clarity”); 6. Ridotta autoconsapevolezza emotiva (“awareness”) (per la validazione italiana della scala si rimanda al lavoro di Sighinolfi, Norcini, Pala, Chiri & Sica, 2010).

La scala ha mostrato di avere buone proprietà psicometriche (Hallion, Steinman, Tolin & Diefenbach, 2018) e consente di identificare le problematiche nella regolazione emotiva in pazienti adulti che richiedono un trattamento. Diversi studi hanno confermato il modello a sei fattori proposto (si vedano per esempio Neumann et al., 2010; Perez et al., 2012; Weinberger & Klonsky, 2009).

3.3 Analisi statistiche

Tutte le analisi sono state effettuate con SPSS 21 per Windows (IBM, Amonk, NY). Per studiare la relazione tra gli sbilanciamenti nella mentalizzazione valutati dalla Mentalization Imbalances Scale e le modalità della mentalizzazione valutate dalla Modes of Mentalization Scale con costrutti correlati quali funzione riflessiva, disregolazione emotiva, responsività interpersonale ed empatia valutati dai pazienti tramite questionari self-report sono state calcolate le correlazioni di Pearson tra le sottoscale di MIS e MMS estratte dall’analisi fattoriale descritta nel Capitolo 2 e le sottoscale di RFQ, BES, DERS, e IRI.

3.4 Risultati

3.4.1 Mentalizzazione e funzione riflessiva

Sono state calcolate le correlazioni (Pearson, a due code) tra gli sbilanciamenti nella mentalizzazione valutati dalla MIS e la funzione riflessiva valutata tramite l’RFQ (strumento self-

report) nelle due sottoscale dell'eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali (RFQ_u) e dell'eccessiva certezza rispetto agli stati mentali (RFQ_c) (Tabella 1).

Tabella 1
Correlazioni tra Fattori MIS e RFQ (N=197)

	RFQ_Uncertainty	RFQ_Certainty
Sbilanciamento Cognitivo	-.09	.09
Sbilanciamento Esterno	.05	-.02
Sbilanciamento Affettivo	.28***	-.17*
Sbilanciamento sull'Altro	.17*	-.15*
Sbilanciamento sul Sé	.13	-.03
Sbilanciamento Automatico	.16*	-.09

Nota. Correlazione di Pearson, due code. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

MIS=Mentalization Imbalances Scale; RFQ: Reflective Functioning Questionnaire. RFQ_Uncertainty: Eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali; RFQ_Certainty: Eccessiva certezza rispetto agli stati mentali

Lo sbilanciamento affettivo risulta correlare positivamente in maniera significativa con il fattore legato all'eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali, e negativamente con il fattore legato all'eccessiva certezza rispetto agli stati mentali. Lo stesso tipo di correlazioni, sebbene con significatività inferiori, sono state riscontrate tra il fattore dello sbilanciamento sull'altro e i fattori RFQ_u e RFQ_c. Lo sbilanciamento automatico risulta correlare positivamente con il fattore dell'RFQ relativo all'eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali propri e altrui.

Successivamente, sono state calcolate le correlazioni (Pearson, a due code) tra le modalità della mentalizzazione valutate dalla MMS e la funzione riflessiva valutata tramite l'RFQ nelle due sottoscale dell'eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali (RFQ_u) e dell'eccessiva certezza rispetto agli stati mentali (RFQ_c) (Tabella 2). L'unica correlazione statisticamente significativa riscontrata è tra il fattore del pensiero concreto e l'eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali. Non sono state riscontrate correlazioni statisticamente significative tra il fattore legato all'eccessiva certezza della MMS e il fattore corrispondente nell'RFQ.

Tabella 2

	RFQ_Uncertainty	RFQ_Certainty
Eccessiva Certezza	.06	.02
Pensiero Concreto	.16*	-.09
Buona Mentalizzazione	-.14	.09
Pensiero Teleologico	.04	-.01
Pseudomentalizzazione Intrusiva	.07	-.07

Nota. Correlazioni di Pearson, due code. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

3.4.2 Mentalizzazione e disregolazione emotiva

L'analisi delle correlazioni (Person, due code) è stata utilizzata anche per verificare la relazione tra mentalizzazione e costrutti affini, nello specifico è stato indagato il rapporto tra la disregolazione emotiva valutata da parte dei pazienti tramite la DERS, gli sbilanciamenti nelle dimensioni della mentalizzazione valutati dal clinico tramite la MIS (Tabella 3), e le modalità di pensiero prementalizzanti valutate dalla MMS (Tabella 4).

Tabella 3

Correlazioni tra Fattori MIS e DERS (N=197)

	nonaccept	goals	impulse	awareness	strategies	clarity
Sbilanciamento Cognitivo	-.05	-.06	-.18*	.18*	-.07	.08
Sbilanciamento Esterno	.07	.00	.15*	-.04	.02	-.02
Sbilanciamento Affettivo	.17*	.18*	.42***	.03	.29***	.10

Nota. Correlazioni di Pearson, due code. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

MIS=Mentalization Imbalances Scale; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; nonaccept: mancanza di accettazione della risposta emotiva; goals: difficoltà nel mantenimento del comportamento diretto a uno scopo; impulse: difficoltà nel controllo degli impulsi; awareness: mancanza di consapevolezza emotiva; strategies: risposta limitata alle strategie di regolazione emotiva; clarity: mancanza di chiarezza emotiva

Tabella 3
Correlazioni tra Fattori MIS e DERS (N=197)

	nonaccept	goals	impulse	awareness	strategies	clarity
Sbilanciamento sull'Altro	.07	.12	.28***	.10	.13	.20**
Sbilanciamento sul Sé	.09	.05	.08	.02	.12	.06
Sbilanciamento Automatico	.05	-.04	.05	.19**	.08	.21**

Nota. Correlazioni di Pearson, due code. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

MIS=Mentalization Imbalances Scale; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; nonaccept: mancanza di accettazione della risposta emotiva; goals: difficoltà nel mantenimento del comportamento diretto a uno scopo; impulse: difficoltà nel controllo degli impulsi; awareness: mancanza di consapevolezza emotiva; strategies: risposta limitata alle strategie di regolazione emotiva; clarity: mancanza di chiarezza emotiva

Lo sbilanciamento cognitivo risulta correlare negativamente con la sottoscala della DERS relativa alle difficoltà nel controllo degli impulsi, e positivamente con la scala relativa alla mancanza di consapevolezza emotiva. Lo sbilanciamento esterno correla positivamente con la sottoscala della DERS relativa a problematiche nel controllo degli impulsi. Lo sbilanciamento affettivo presenta diverse relazioni statisticamente significative con le sottoscale della DERS, nello specifico con le sottoscale “impulse” (difficoltà nel controllo degli impulsi), “strategies” (risposta limitata alle strategie di regolazione emotiva), “goals” (difficoltà a distrarsi dall’emozione e a eseguire comportamenti alternativi), “non acceptance” (mancanza di accettazione della risposta emotiva). Lo sbilanciamento sull’altro correla positivamente con la difficoltà nel controllo degli impulsi e con la mancanza di chiarezza emotiva, mentre lo sbilanciamento sul sé non correla con nessuno dei fattori della DERS. Lo sbilanciamento automatico correla positivamente con la mancanza di consapevolezza emotiva e con la mancanza di chiarezza nella comprensione degli affetti.

Tabella 4
Correlazioni tra Fattori MMS e DERS (N=197)

	nonaccept	goals	impulse	awareness	strategies	clarity
Eccessiva Certezza	.08	.00	.12	-.12	.06	-.05
Pensiero Concreto	.04	.06	.13	.14	.17*	.16*
Buona Mentalizzazione	-.09	-.07	-.09	-.18*	-.18*	-.24***
Pensiero Teleologico	-.04	.01	.07	.13	.08	.08
Pseudomentaliz- zazione Intrusiva	.01	-.01	.07	-.01	.02	.01

Nota. Correlazioni di Pearson, due code. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

MMS=Mentalization Modes Scale; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; nonaccept: mancanza di accettazione della risposta emotiva; goals: difficoltà nel mantenimento del comportamento diretto a uno scopo; impulse: difficoltà nel controllo degli impulsi; awareness: mancanza di consapevolezza emotiva; strategies: risposta limitata alle strategie di regolazione emotiva; clarity: mancanza di chiarezza emotiva

Rispetto alle relazioni tra le forme di pensiero prementalizzanti (valutate con la MMS) e la disregolazione emotiva, le uniche correlazioni statisticamente significative sono state riscontrate rispetto alla scala della buona mentalizzazione. Essa infatti correla negativamente con le sottoscale della DERS relative alla mancanza di consapevolezza emotiva, alla risposta limitata alle strategie di attaccamento, e alla mancanza di chiarezza emotiva. Non sono state riscontrate altre correlazioni significative tra le sottoscale della MMS e la disregolazione emotiva valutata dai pazienti.

3.4.3 Mentalizzazione, responsività interpersonale ed empatia

Sono state infine calcolate le correlazioni tra mentalizzazione e indici di responsività interpersonale (IRI; Tabelle 5 e 6) ed empatia (BES; Tabelle 7 e 8). Rispetto all'IRI, in questo lavoro ci concentreremo prevalentemente sulla sottoscala "Perspective taking" (PT) che fa riferimento alla capacità di assumere il punto di vista delle altre persone, capacità ritenuta fondamentale per potere mentalizzare pienamente l'esperienza, e comprendere in maniera autentica il comportamento altrui in termini di stati mentali intenzionali.

Tabella 5
Correlazioni tra fattori MIS e IRI (N=197)

	Perspective Taking	Fantasia	Preoccupazione Empatica	Disagio Personale
Sbilanciamento Cognitivo	.07	-.13	-.13	-.18*
Sbilanciamento Esterno	.06	.07	.02	-.08
Sbilanciamento Affettivo	-.16*	.10	.12	.14
Sbilanciamento sull'Altro	-.03	.11	.12	.09
Sbilanciamento sul Sé	-.23***	-.08	-.06	-.04
Sbilanciamento Automatico	-.17*	-.12	-.09	-.02

Nota. Correlazioni di Pearson, due code. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

MIS=Mentalization Imbalances Scale; IRI: Interpersonal Reactivity Index. Perspective taking: tendenza ad adottare spontaneamente il punto di vista psicologico delle altre persone; Fantasia: tendenza a immedesimarsi nei sentimenti e le azioni di altre persone e/o personaggi fittizi; Preoccupazione Empatica: presenza di sentimenti quali empatia e preoccupazione per il benessere altrui; Disagio Personale: sentimenti spiacevoli orientati al sé di stress e ansia che portano a tensione nelle interazioni con gli altri.

Rispetto alle sottoscale della MIS, che valutano gli sbilanciamenti nelle dimensioni della mentalizzazione, possiamo notare come lo sbilanciamento sul sé correli negativamente con la scala PT dell'IRI (Tabella 5). Lo sbilanciamento affettivo e lo sbilanciamento automatico correlano negativamente con la capacità di assumere il punto di vista psicologico delle altre persone. Per quanto riguarda le forme di pensiero prementalizzanti valutate con la MMS, è stata riscontrata una correlazione statisticamente significativa tra la buona capacità di mentalizzare e la sottoscala relativa al perspective taking dell'IRI (Tabella 6).

Tabella 6
Correlazioni tra fattori MMS e IRI (N=197)

	Perspective Taking	Fantasia	Preoccupazione Empatica	Disagio Personale
Eccessiva Certezza	-.03	-.04	-.03	-.08
Pensiero Concreto	-.12	-.09	-.10	.01
Buona Mentalizzazione	.25***	.08	.09	-.01
Pensiero Teleologico	-.12	-.14*	-.08	-.07
Pseudomentalizzazione Intrusiva	-.06	.01	-.08	-.10

Nota. Correlazioni di Pearson, due code. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

MMS=Mentalization Modes Scale; IRI: Interpersonal Reactivity Index. Perspective taking: tendenza ad adottare spontaneamente il punto di vista psicologico delle altre persone; Fantasia: tendenza a immedesimarsi nei sentimenti e le azioni di altre persone e/o personaggi fittizi; Preoccupazione Empatica: presenza di sentimenti quali empatia e preoccupazione per il benessere altrui; Disagio Personale: sentimenti spiacevoli orientati al sé di stress e ansia che portano a tensione nelle interazioni con gli altri.

Sono state calcolate le correlazioni tra l'empatia, valutata tramite il questionario self-report della Basic Empathy Scale (BES) e gli sbilanciamenti nella mentalizzazione valutati dai clinici con la Mentalization Imbalances Scale (MIS) (Tabella 7). L'empatia affettiva risulta correlare negativamente con lo sbilanciamento cognitivo, lo sbilanciamento sul sé e lo sbilanciamento automatico. Lo sbilanciamento esterno correla positivamente con l'empatia affettiva e cognitiva.

Tabella 7
Correlazioni tra fattori MIS e BES (N=197)

	Empatia Affettiva	Empatia Cognitiva
Sbilanciamento Cognitivo	-.20**	-.10
Sbilanciamento Esterno	.14*	.19**
Sbilanciamento Affettivo	.09	.10
Sbilanciamento sull'Altro	.17*	.12
Sbilanciamento sul Sé	-.15*	-.08
Sbilanciamento Automatico	-.15*	-.13

Nota. Correlazioni di Pearson, due code. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.

MIS=Mentalization Imbalances Scale; BES: Basic Empathy Scale

Successivamente sono state effettuate le stesse analisi mettendo in relazione l'empatia, valutata con la BES, e le forme di pensiero prementalizzanti valutate con la Modes of Mentalization Scale (MMS) (Tabella 8). L'empatia affettiva risulta correlare negativamente con il pensiero concreto e con la pseudomentalizzazione intrusiva, mentre si riscontra una correlazione positiva tra l'empatia cognitiva e la buona capacità di mentalizzare.

Tabella 8
Correlazioni tra fattori MMS e BES (N=197)

	Empatia Affettiva	Empatia Cognitiva
Eccessiva Certezza	-.12	.06
Pensiero Concreto	-.16*	-.05
Buona Mentalizzazione	.12	.17*
Pensiero Teleologico	-.14	-.06
Pseudomentalizzazione Intrusiva	-.16*	.01

Nota. Correlazioni di Pearson, due code. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$.
MMS=Mentalization Modes Scale; BES: Basic Empathy Scale

3.5 Discussioni

Questo lavoro ha l'obiettivo di fornire ulteriori dati nella validazione di due strumenti clinician-report per la valutazione degli sbilanciamenti nella mentalizzazione (Mentalization Imbalances Scale - MIS; Colli & Gagliardini, 2015a; Gagliardini et al., 2018) e delle modalità della mentalizzazione (Modes of Mentalization Scale - MMS; Colli & Gagliardini 2015b; Gagliardini & Colli, *in press*). La struttura fattoriale è stata descritta nel Capitolo 2 di questo elaborato. L'alpha delle diverse sottoscale è stata calcolata rispetto a questo campione non utilizzato nello studio precedente, con risultati promettenti. Sia per MIS che per MMS, infatti, i valori oscillano tra sufficienti e buoni. Le scale che mostrano un'alpha maggiore sono quelle relative allo sbilanciamento cognitivo (.86), affettivo (.85) e sul sé per quanto riguarda la MIS, mentre per la MMS sono quelle relative all'eccessiva certezza (.86) alla buona mentalizzazione (.86) e alla comprensione concreta (.85). Le scale più problematiche risultano invece essere quella relativa allo

sbilanciamento sull'altro (.68) e la scala della pseudomentalizzazione intrusiva (.67). Questo dato suggerisce la necessità di ottenere ulteriori dati in merito all'attendibilità di queste sottoscale, al fine valutarne la capacità discriminante rispetto alle variabili prese in considerazione.

In questo studio è stata analizzata l'attendibilità di MIS e MMS verificando la validità convergente delle due scale rispetto a valutazioni di funzione riflessiva e costrutti affini effettuate dai pazienti tramite questionari self-report. I risultati ottenuti sono clinicamente coerenti e in linea con la teoria della mentalizzazione.

3.5.1 Mentalizzazione e funzione riflessiva

Per quanto riguarda il rapporto tra mentalizzazione, valutata tramite clinician report, e funzione riflessiva, valutata tramite l'RFQ i dati sono promettenti anche se non del tutto in linea con le nostre ipotesi (Tabelle 1 e 2). Lo sbilanciamento affettivo risulta correlare positivamente in maniera significativa con il fattore legato all'eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali, e negativamente con il fattore legato all'eccessiva certezza rispetto agli stati mentali. Lo stesso tipo di correlazioni, sebbene con significatività inferiori, sono state riscontrate tra il fattore delle sbilanciamento sull'altro e i fattori RFQ_u e RFQ_c. Lo sbilanciamento automatico risulta correlare positivamente con il fattore dell'RFQ relativo all'eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali propri e altrui. Questo dato sembra indicare che gli sbilanciamenti affettivo, sull'altro e automatico rappresentino i principali elementi di vulnerabilità per la mentalizzazione o funzione riflessiva.

Rispetto al rapporto tra le modalità della mentalizzazione, valutate dalla MMS, e la funzione riflessiva, valutata tramite l'RFQ, l'unica correlazione statisticamente significativa riscontrata è tra il fattore del pensiero concreto e l'eccessiva incertezza rispetto agli stati mentali. Non sono state riscontrate correlazioni statisticamente significative tra il fattore legato all'eccessiva certezza della MMS e il fattore corrispondente nell'RFQ. Questo dato contraddice in parte le nostre ipotesi. Ci si aspetterebbe, infatti, di trovare una corrispondenza tra i fattori dell'"eccessiva certezza" della MMS e il fattore "eccessiva certezza" dell'RFQ (RFQ_c).

Questo dato può forse essere compreso analizzando più nel dettaglio le caratteristiche delle scale dell'RFQ e della MMS. L'RFQ è un questionario che valuta la funzione riflessiva chiedendo al paziente di assegnare un punteggio da 1 ("Fortemente in disaccordo") a 7 ("Fortemente in accordo") a otto affermazioni relative agli stati mentali propri e altrui. Successivamente, i punteggi vengono ricodificati come segue: 1=3, 2=2, 3=1, 4=0, 5=0, 6=0, 7=0. Al fine di calcolare la scala relativa all'eccessiva incertezza viene calcolata la media di sei degli otto item dell'RFQ così ricodificati. Gli item relativi alla sottoscala RFQ_c sono: "Per me è un mistero ciò che pensano le persone."; "Non conosco sempre il perché di quello che faccio"; "Quando mi arrabbio dico cose senza sapere bene perché le sto facendo"; "Quando mi arrabbio dico cose di cui dopo mi pento"; "Se mi sento insicuro posso comportarmi in modi che fanno arrabbiare gli altri"; "Qualche volta faccio cose senza realmente sapere il perché.". Nel complesso questa scala sembra riferirsi a una forma di disregolazione emotiva e/o a una difficoltà nel riconoscimento delle emozioni. La decisione di assegnare un punteggio alto a item all'estremo "Fortemente in disaccordo" al fine di ricavare i punteggi relativi alla sottoscala dell'"eccessiva certezza" sembra riflettere l'assunto secondo cui una mancanza di difficoltà nella gestione delle emozioni rifletterebbe un'eccessiva certezza rispetto agli stati mentali, assunto che tuttavia non troviamo esplicitato nella letteratura sul costrutto della mentalizzazione. Gli item di questa scala inoltre hanno un focus predominante su una difficoltà nella lettura dei propri stati mentali (più che di quelli altrui).

La sottoscala "eccessiva certezza" della MMS si compone di sei item valutati su scala Likert da 0 a 5 in base a quanto sono ritenuti descrittivi del paziente selezionato. Questi item sono: "Il paziente tende a esprimere assoluta certezza rispetto ai pensieri/sentimenti degli altri"; "Il paziente appare eccessivamente sicuro circa le motivazioni e/o i pensieri e/o le emozioni delle altre persone"; "Il paziente sembra avere già tutte le risposte rispetto al proprio/altrui comportamento"; "Il paziente pensa di sapere con notevole certezza ciò che un'altra persona pensa e/o prova"; "Il paziente tende a fare eccessivo affidamento sulla sua capacità intuitiva"; "Il paziente fatica a considerare punti di

vista alternativi al proprio”. Questi item sembrano legati a una forma di pseudomentalizzazione in cui il paziente esprime una certezza non realistica rispetto agli stati mentali delle altre persone (più che rispetto ai propri), a differenza della sottoscala RFQ_c che sembra più legata alla comprensione delle altre persone. È possibile dunque che vi siano alcune discrepanze tra gli elementi della mentalizzazione valutati da queste due sottoscale, sebbene indicate con la stessa dicitura, e ulteriori studi sono necessari per chiarire questo punto. In futuro, sarà opportuno testare la relazione tra le sottoscale di MIS e MMS e altri strumenti self-report per la valutazione della mentalizzazione, quali per esempio il Mentalization Questionnaire (Hausberg et al., 2012) o la Mentalization Scale (Dimitrijević, Hanak, Dimitrijević & Marjanović, 2017).

3.5.2 Mentalizzazione e disregolazione emotiva

Le correlazioni emerse tra gli sbilanciamenti nella mentalizzazione e la disregolazione emotiva sono clinicamente coerenti e in linea con la teoria del costrutto. Lo sbilanciamento cognitivo risulta correlare negativamente con la sottoscala della DERS relativa alle difficoltà nel controllo degli impulsi, e positivamente con la scala della mancanza di consapevolezza emotiva. Questo dato è in linea con le caratteristiche del fattore descritte nel Capitolo 2; tale sbilanciamento sembra infatti riferirsi a un’incapacità del paziente di accedere alla propria risposta emotiva, unita a un investimento sugli aspetti cognitivi della mentalizzazione. In ciò troviamo dunque una concordanza tra il fattore valutato dal clinician report e la valutazione fatta dai pazienti delle stesse caratteristiche.

Parallelamente, e in linea con le nostre ipotesi, lo sbilanciamento affettivo presenta diverse relazioni statisticamente significative con le sottoscale della DERS “impulse” (difficoltà nel controllo degli impulsi), “strategies” (risposta limitata alle strategie di regolazione emotiva), “goals” (difficoltà a distrarsi dall’emozione e a eseguire comportamenti alternativi), “non acceptance” (mancanza di accettazione della risposta emotiva). Nel complesso, dal momento che lo sbilanciamento valutato dalla MIS si riferisce a una problematica nella gestione della risposta

affettiva, con conseguenti difficoltà a pensare nei momenti di forte attivazione emotiva, questo risultato sembra suggerire una buona validità convergente tra la valutazione effettuata dai clinici con la MIS e la valutazione effettuata dai pazienti con la DERS.

Rispetto alle forme di pensiero prementalizzanti, esse non correlano con alcuna sottoscala della DERS. Le uniche correlazioni statisticamente significative riguardano la buona mentalizzazione, che correla negativamente con le sottoscale “awareness” (consapevolezza della risposta emotiva), “strategies” e “clarity” (chiarezza della risposta emotiva). Sembra dunque che la qualità della mentalizzazione, più che la forma specifica assunta dai diversi fallimenti nella stessa, sia particolarmente predittiva di una risposta più o meno adatta in momenti di forte attivazione emotiva.

3.5.3 Mentalizzazione, responsività interpersonale ed empatia

Rispetto alla relazione tra la responsività empatica e le sottoscale della MIS, che valutano gli sbilanciamenti nelle dimensioni della mentalizzazione, possiamo notare come lo sbilanciamento sul sé correli negativamente con la scala “Perspective taking” dell’IRI. Questo dato è coerente con la letteratura sul costrutto della mentalizzazione, che suggerisce come problematiche in una delle dimensioni della mentalizzazione (per esempio la capacità di assumere il punto di vista altrui) siano legate a sbilanciamenti nella dimensione opposta (in questo caso uno sbilanciamento sul sé).

Lo sbilanciamento affettivo e lo sbilanciamento automatico correlano negativamente con la capacità di assumere il punto di vista psicologico delle altre persone. Questo sembra suggerire che in momenti di forte attivazione emotiva si tenda ad attivare una mentalizzazione più automatica, questi fattori potrebbero essere alla base dell’incapacità di assumere la prospettiva altrui. Un arousal emotivo elevato, dunque, metterebbe a dura prova la nostra capacità di riflettere sulla mente delle altre persone.

Per quanto riguarda le forme di pensiero prementalizzanti, è stata riscontrata una correlazione statisticamente significativa tra la buona capacità di mentalizzare e la sottoscala

“Perspective taking” dell’IRI, mentre non sono state riscontrate correlazioni significative tra le sottoscale relative alle forme di pensiero prementalizzanti e la capacità di assumere il punto di vista altrui. Questo dato sembra confermare quanto già emerso rispetto alla DERS: la qualità della mentalizzazione, più che la forma specifica assunta da un fallimento nella stessa, sembra essere l’elemento maggiormente legato alla capacità di mantenere un atteggiamento riflessivo (per esempio assumendo il punto di vista altrui). Ciò suggerisce inoltre come i fallimenti nella mentalizzazione (pensiero concreto, atteggiamento teleologico, o pseudomentalizzazione) non siano specificamente diretti verso un oggetto particolare (per esempio la mente delle altre persone); ciò spiegherebbe la mancanza di relazione (negativa) tra tali modalità di pensiero prementalizzanti e la capacità di assumere la prospettiva altrui.

Rispetto alla relazione tra empatia e mentalizzazione, è emerso come l’empatia affettiva correli negativamente con lo sbilanciamento cognitivo, lo sbilanciamento sul sé e lo sbilanciamento automatico. L’empatia affettiva risulta correlare negativamente con il pensiero concreto e con la pseudomentalizzazione intrusiva, mentre si riscontra una correlazione positiva tra l’empatia cognitiva e la buona capacità di mentalizzare. Questi dati sono coerenti e in linea con la letteratura sul costrutto.

Non ci saremmo aspettati, invece, che lo sbilanciamento esterno correlasse positivamente sia con l’empatia affettiva che con l’empatia cognitiva. Sembra che questo sbilanciamento, che indica un marcato investimento sull’interpretazione dei fattori esteriori in quanto indicatori degli stati mentali, sia legato alla capacità di immergersi nelle emozioni altrui, sia dal punto di vista cognitivo che dal punto di vista affettivo. La marcata capacità di identificare, valutare, e comprendere gli indicatori esteriori degli stati mentali sembra permettere anche di entrare in risonanza empatica con gli stessi.

3.5.4 Limiti e sviluppi futuri

Questo studio presenta diversi limiti. In primo luogo, il campione risulta essere composto prevalentemente da terapeuti di orientamento psicodinamico ($n = 123$) e questo potrebbe essere fonte di bias nei risultati ottenuti. È possibile, infatti, che più che mappare le caratteristiche nella mentalizzazione dei pazienti presi in considerazione in questo studio si stiano invece valutando le costruzioni teoriche dei clinici di riferimento rispetto al costrutto, possibilità incrementata dallo sbilanciamento del campione verso terapeuti di orientamento psicodinamico. Per il futuro sarebbe utile incrementare il campione raccolto favorendo l'eterogeneità degli orientamenti teorici in esso rappresentati. Questo dato ci sembra però anche indice di un elemento positivo: a fronte di anni di resistenza della psicoanalisi e della psicoterapia psicodinamica rispetto alla ricerca empirica e all'intrusione di strumenti extraclinici nella pratica quotidiana, trovare così tanti psicoterapeuti di tale orientamento disposti a partecipare attivamente a uno studio sperimentale, e a coinvolgere i propri pazienti in esso, ci sembra un elemento significativo e indice anche di un cambiamento nell'atteggiamento verso la ricerca.

Uno dei limiti di questo studio inoltre riguarda le caratteristiche dei pazienti oggetto di studio, i quali, come nello studio precedente (Capitolo 2) sono tipicamente pazienti con disturbo di personalità. Non possiamo sapere se i risultati dello studio siano influenzati dalle caratteristiche psicopatologiche dei pazienti, e in futuro sarebbe utile replicare la ricerca su un campione differente. In questo studio abbiamo infatti mappato le caratteristiche della mentalizzazione nei disturbi di personalità e la struttura fattoriale emersa potrebbe essere caratteristica di questo tipo di pazienti.

Un'ulteriore limitazione nello studio è rappresentata dalla mancanza di confronto con una delle misure fondamentali nella valutazione della mentalizzazione, la Reflective Functioning Scale (RFS; Fonagy et al., 1998). Confrontare le valutazioni dei clinici con osservazioni fatte tramite strumenti narrativi, utilizzati da osservatori esterni, rappresenta il passo successivo necessario per la

validazione degli strumenti. Allo stesso tempo, i dati emersi finora, su un campione complessivo di 398 pazienti con disturbi di personalità, sembrano suggerire che la Modes of Mentalization Scale e la Mentalization Imbalances Scale rappresentano strumenti psicometricamente attendibili e in grado di descrivere le problematiche nella mentalizzazione presentate dai pazienti, fornendo un utile strumento diagnostico per i clinici, con la possibilità di favorire un tailoring dell'intervento in linea con le criticità nella mentalizzazione dei pazienti in cura.

Attualmente i nuovi sviluppi nella validazione delle due scale stanno seguendo due linee parallele:

- (1) stiamo raccogliendo un campione di trascritti di Adult Attachment Interview (AAI) di pazienti in trattamento valutati dai clinici di riferimento anche con le due scale clinician-report per la valutazione della mentalizzazione (MIS e MMS). I trascritti delle AAI saranno successivamente valutati con la Reflective Functioning Scale (RFS) da un rater abilitato all'uso della scala. L'obiettivo è verificare la convergenza delle valutazioni effettuate con MIS e MMS e con la RFS. L'ipotesi è che punteggi più alti agli sbilanciamenti nelle sottoscale dei due strumenti si associno a punteggi più bassi di funzione riflessiva valutati con la RFS, mentre punteggi più alti nella scala della buona mentalizzazione si associno a punteggi più alti nella RFS;
- (2) stiamo procedendo alla verifica dell'attendibilità in termini di accordo tra giudici: un gruppo di tre valutatori junior (studenti universitari senza esperienza clinica né di ricerca) sta utilizzando un adattamento delle due scale (in versione osservatore) per valutare un campione di 15 trascritti di sedute di psicoterapia di pazienti adulti in trattamento, parallelamente un gruppo di 3 valutatori senior (psicoterapeuti con esperienza clinica e di ricerca) sta valutando gli stessi trascritti con gli strumenti. L'obiettivo è verificare l'accordo tra i giudici in entrambi i gruppi.

Conclusioni

Il termine mentalizzazione, sebbene di recente introduzione (Fonagy, 1991), ha conosciuto una vasta diffusione ed è stato adottato in una varietà di differenti contesti teorici ed empirici, tanto che alcuni autori hanno ritenuto opportuno svolgere un lavoro di discriminazione concettuale rispetto ad altri temi (Choi-Kain, Gunderson, 2008). L'ampia diffusione di un costrutto tuttavia non sempre è legata ad un'altrettanto ampia verifica empirica nello stesso, nello specifico della mentalizzazione questo si traduce in una non altrettanto ampia letteratura empirica rispetto alla sua valutazione in diverse popolazioni psicopatologiche. Tutto ciò può essere legato anche ad alcuni limiti nella valutazione del costrutto.

In questo elaborato sono riportati dati relativi ai primi studi di validazione di due strumenti per l'assessment della mentalizzazione in soggetti adulti: Mentalization Imbalances Scale e Modes of Mentalization Scale. Il percorso che ha portato alla costruzione delle scale e alla verifica delle ipotesi di ricerca è stato lungo e non esente da limiti e, come tutta la ricerca in psicoterapia, ha portato ad alcune risposte ma ancora a tante domande. I dati raccolti finora, tuttavia, sono incoraggianti, e sembrano suggerire una buona validità degli strumenti descritti.

La decisione di scegliere come punto di osservazione le caratteristiche della mentalizzazione dei pazienti nasce dalla necessità di comprendere sempre meglio le caratteristiche del costrutto, e dal bisogno di fornire ai clinici risposte rispetto a ciò che accade nella realtà della pratica clinica quotidiana con il paziente, al fine di comprendere sempre meglio anche gli aspetti impliciti della mentalizzazione che emergono nel corso del trattamento. Il lavoro fatto non sarebbe stato possibile senza le valutazioni dei clinici e dei pazienti che hanno partecipato alla ricerca, ai quali va tutta la mia riconoscenza.

Appendice A

Mentalization Imbalances Scale

Antonello Colli & Giulia Gagliardini

Dipartimento di Studi Umanistici

Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"

Utilizzando la seguente lista di item valuti il funzionamento mentale del suo paziente. Nell'effettuare la valutazione utilizzi sia i contenuti e le narrazioni portate dal paziente che il modo in cui il paziente stesso si rapporta con lei nel corso del trattamento. Assegna a ogni item un punteggio da 0 (assolutamente non descrittivo) a 5 (assolutamente descrittivo).

Item	Scala	Punteggio
Il paziente spesso sembra non trovare le parole per descrivere i propri sentimenti e/o le proprie emozioni.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente fatica ad assumere la prospettiva altrui per interpretare il comportamento delle persone.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente fatica a considerare punti di vista alternativi al proprio.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente fa inferenze poco plausibili sulle reazioni e/o i comportamenti delle persone.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente può fraintendere il comportamento altrui.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente può essere facilmente contagiato dalle emozioni delle altre persone.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente consapevolmente e/o inconsapevolmente tende a imitare le altre persone.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra inconsapevolmente sintonizzarsi sullo stato emotivo delle altre persone.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente fa eccessivo riferimento alle opinioni degli altri per descrivere la propria esperienza (per es., Terapeuta "Come si è sentita?" Paziente "Mia madre ha detto che sembravo arrabbiata").	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra comprendere più facilmente gli altri che se stesso.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente anche quando parla di argomenti dolorosi e/o emotivamente intensi sembra farlo in maniera distaccata.	0 1 2 3 4 5	

Item	Scala	Punteggio
Quando il paziente riflette sulle proprie emozioni sembra compiere un esercizio intellettuale e/o ragionare in termini astratti.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra inibire (consciamente e/o inconsciamente) l'espressione delle emozioni (positive e/o negative).	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra comprendere le persone più a livello cognitivo che emotivo.	0 1 2 3 4 5	
Quando parla, il paziente sembra poco in contatto con le proprie emozioni.	0 1 2 3 4 5	
Le emozioni del paziente tendono a cambiare rapidamente.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente tende ad agire impulsivamente.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente vive le proprie emozioni come travolgenti e fuori dal proprio controllo.	0 1 2 3 4 5	
Le emozioni del paziente sembrano avere il sopravvento rispetto alla sua capacità di pensare.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente presta attenzione alle espressioni facciali e/o agli aspetti non verbali della comunicazione delle altre persone e/o del terapeuta (per es., può affermare “Lei prima ha aggrottato la fronte” oppure “Oggi ha cambiato tante volte posizione sulla poltrona”).	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra avere un “sesto senso” rispetto agli stati d’animo nelle altre persone, incluso il terapeuta (per es., il paziente percepisce con accuratezza se il terapeuta è stanco oppure malato).	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra cogliere a livello pre-verbale come le persone si sentono e/o cosa pensano.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente tende a fare molto affidamento sull’iniziale impressione esteriore che ha di una persona (per es., “Lo sapevo che era un sadico, l’ho capito subito appena ho visto la sua faccia” oppure “Non mi piace il modo in cui parla, non mi potremo mai andare d’accordo” oppure “L’ho visto subito dalla faccia che di lui non ci si poteva fidare”).	0 1 2 3 4 5	
Il paziente coglie a livello intuitivo le emozioni nelle altre persone, incluso il terapeuta, ma le interpretazioni del comportamento altrui appaiono rigide e/o egocentriche (per es., un paziente può cogliere nel terapeuta un segnale di affaticamento ma interpretarlo unicamente come segnale del suo essere poco interessante e noioso).	0 1 2 3 4 5	

Item	Scala	Punteggio
Il paziente, se sollecitato, per esempio attraverso domande o confronti, fatica a riflettere sui propri comportamenti.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente in momenti di intensa attivazione emotiva fatica a riflettere sul proprio e/o altrui comportamento.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente fatica a riflettere sulla prima impressione che ha di un individuo e/o di una situazione.	0 1 2 3 4 5	

Appendice B

Modes of Mentalization Scale

Antonello Colli & Giulia Gagliardini

Dipartimento di Studi Umanistici

Università degli Studi di Urbino “Carlo Bo”

Utilizzando la seguente lista di item valuti il funzionamento mentale del suo paziente. Nell'effettuare la valutazione utilizzi sia i contenuti e le narrazioni portate dal paziente sia il modo in cui il paziente stesso si rapporta con lei nel corso del trattamento.

Assegna a ogni item un punteggio da 0 (assolutamente non descrittivo) a 5 (assolutamente descrittivo).

Item	Scala	Punteggio
Il paziente sembra utilizzare le proprie capacità mentali per manipolare le altre persone.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra essere intrusivo nei confronti delle altre persone.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente appare eccessivamente sicuro circa le motivazioni e/o pensieri e/o emozioni delle altre persone.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente tende a fare eccessivo affidamento sulla sua capacità intuitiva.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente fatica a considerare punti di vista alternativi al proprio.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra avere già tutte le risposte rispetto al proprio/altrui comportamento.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente tende a esprimere assoluta certezza rispetto ai pensieri/sentimenti degli altri.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente tratta la terapia come un esercizio intellettuale.	0 1 2 3 4 5	
Le riflessioni del paziente sul suo mondo interno sembrano poco genuine.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente pensa di sapere con notevole certezza ciò che un'altra persona pensa e/o prova (per es., può affermare: “Lo so quello che mi voleva chiedere adesso”).	0 1 2 3 4 5	

Item	Scala	Punteggio
Il paziente fa riferimento a spiegazioni piuttosto inverosimili dal punto di vista psicologico per spiegare il proprio e/o altrui comportamento (misticismo, astrologia, sovrannaturale, ecc.).	0 1 2 3 4 5	
Il paziente utilizza spiegazioni dettate dal senso comune o cliché per spiegare i propri e/o altrui stati d'animo (per es., utilizza frasi come: "Sono triste perché sono meteoropatico", "Ho fatto così perché lo fanno tutti", ecc.).	0 1 2 3 4 5	
Il paziente dà l'impressione d'interpretare spontaneamente il comportamento proprio e/o altrui in termini di stati mentali (per es., "Quando si comporta così credo lo faccia perché si sente inadeguata e inopportuna").	0 1 2 3 4 5	
Il paziente tende a interpretare il comportamento proprio e/o altrui facendo riferimento a cause fisiche (per es., malattia) e/o caratteristiche invariabili (razza, background culturale, intelligenza) e/o in termini di fattori sociali esterni.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente tende ad adottare forme di pregiudizio e/o generalizzazione per spiegare il comportamento proprio e altrui.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente tende a interpretare il proprio e/o altrui comportamento facendo riferimento a vincoli di natura situazionale o fisica (per es., "Me ne sono andato dalla riunione perché la stanza era piccola").	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra dare eccessiva enfasi all'idea che cambiamenti all'esterno possano influenzare cambiamenti nei suoi stati d'animo (per es., "Se cambio città starò meglio e mi sentirò leggera").	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra riconoscere l'interesse delle persone per lui significative solo se supportato da azioni concrete (per es. può fare nei confronti del terapeuta affermazioni quali "Siccome lei non mi ha ricevuto durante le feste vuol dire che ci tiene poco a me").	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra più interessato alla soluzione pratica dei problemi che ai significati connessi (per es., in una seduta in cui sono state esplorate tematiche molto rilevanti, il paziente può chiedere "E quindi cosa dovrei fare?").	0 1 2 3 4 5	
Il paziente sembra dare maggiore importanza a ciò che le persone fanno rispetto a quello che pensano o provano.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente appare curioso rispetto alla comprensione del proprio e/o altrui funzionamento.	0 1 2 3 4 5	

Item	Scala	Punteggio
Il paziente, se sollecitato con specifiche domande, interpreta il proprio e/o altrui comportamento in termini di stati mentali.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente riesce a descrivere i propri ed altrui stati mentali in maniera coerente.	0 1 2 3 4 5	
Il paziente è consapevole che le persone possono provare sentimenti e desideri contrastanti.	0 1 2 3 4 5	

Bibliografia

- Albiero, P., Matricardi, G., Toso, D. (2009). La Basic Empathy Scale, uno strumento per la misura della responsività empatica negli adolescenti: un contributo alla validazione italiana. *Psicologia Clinica dello Sviluppo, 1*, 205-218. DOI: 10.1449/32011
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2010). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano, Raffaello Cortina.
- 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*, 46–48.
- APA Task Force (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV Edition Text Revised*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- APA Task Force (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –5th Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Auerbach, J.S., & Blatt, S.J. (1996). Self representation in severe psychopathology: The role of reflective self-awareness. *Psychoanalytic Psychology, 13*(3), 297–341.
- 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 the adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLOSOne, 10*(12). doi:10.1371/journal.pone.0145892
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. *Assessment, 11*, 191–206.

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 23–32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Dickens, S. E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*, 25-39.
- Bailey, C. A., Pendl, J., Levin, A., Olsen, S., Langlois, E., Crowley, M. J., & Mayes, L. C. (2008). *Face morphing tutorial: From models to morphs*. Unpublished manual. New Haven, CT: Yale Child Study Center.
- Baldoni, F. (2014). Mentalizzazione e integrazione psicosomatica del sé. In Northoff, G., Farinelli, M, Chattat, R, & Baldoni, F. (a cura di) (2014). *La plasticità del Sé. Un approccio neuropsicodinamico*. Bologna, Il Mulino, pp. 93-130.
- Baron-Cohen, S. (1997). *L'autismo e la lettura della mente*. Roma, Astrolabio.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 241–251
- Barrett, L. F., Quigley, K. S., Bliss-Moreau, E., & Aronson, K. R. (2004). Interoceptive sensitivity and self-reports of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*, 684–696.
- Bateman, A. W., Bolton, R., & Fonagy, P. (2013). Antisocial personality disorder: a mentalizing framework. *The Journal of Lifelong Learning in Psychoanalysis, XI(2)*,178-186.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: Mentalization based treatment. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 181-194.

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2009). A Randomized controlled trial for MBT versus SCM for BPD. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539
- Bateman A. W., & Fonagy, P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità. Una guida pratica al trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Beaumont, R., & Sofronoff, K. (2008). A new computerised advanced theory of mind measure for children with Asperger syndrome: The ATOMIC. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 249–260.
- Beeghly, M. & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-30.
- Betan, E., Heim, A.K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 890-898.
- Blackshaw, A.J., Kinderman, Hare, D.J., & Hatton, C. (2001). Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*, 5, 147-163.
- Blagov, B., Bi, W., Shedler, J., & Westen, D. (2012). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Evaluating psychometric questions about its reliability, validity, and fixed score distribution. *Assessment*, 19(3), 370–382.
- Blair, J. (2008). Empathic dysfunction in psychopathy. In C. Sharp, P. Fonagy, & I. Goodyer (Eds.), *Social Cognition and Developmental Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Blais, M., & Norman, D. (1997). A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 11, 168– 176.

- Blatt, S.J. (2008). *Polarities of experiences: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M. Helt Haahr, U., & Bateman, A., (2014) Mentalizing Mediates the Relationship Between Psychopathy and Type of Aggression in Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(1), 55-63. doi: 10.1097/NMD.0000000000000067.
- Bo, S., Sharp, C., Fonagy, P., & Kongerslev, M. (2017). Hypermentalizing, attachment and epistemic trust in adolescent BPD: Clinical illustrations. *Personality Disorders*, 8(2), 172-182.
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47–66.
- Bouizegarene, N., & Lecours, S. (2016). Verbal elaboration of distinct affect categories and narcissistic personality disorder features. *Psychoanalytic Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000066>
- Bradley, R., Heim, A., & Westen, D. (2005). Transference phenomena in the psychotherapy of personality disorders: An empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.
- Brass, M., Schmitt, R. M., Spengler, S., & Gergely, G. (2007). Investigating action understanding: Inferential processes versus action simulation. *Current Biology*, 17, 2117–2121.
- Brent, B. K. (2009). Mentalization-based psychodynamic psychotherapy for psychosis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 803-814.
- 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, 822–848.
- Carcione, A., & Semerari, A. (2006). Valutare il funzionamento metacognitivo in psicoterapia. La Scala di Valutazione della Metacognizione (SVaM). In Dazzi, N., Linguardi, V., & Colli, A. (a

- cura di). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano, Raffaello Cortina, pp. 343-368.
- Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2007). *Metacognition Assessment Scale (MAS) 3.1*. Rome, Italy: Centro di psicoterapia Cognitiva.
- Carcione, A., Dimaggio, G., Conti, M.L., Nicolò, G., & Semerari, A. (2009). *Metacognition Assessment Scale v 4.0*. Unpublished manuscript
- Carré, A., Stefaniak, N., D'Ambrosio, D., Bensalah, L., Besche-Richard, C. (2013) The Basic Empathy Scale in Adults (BES-A): Factor Structure of a Revised Form. *Psychological Assessment, 25*(3), 679-691. DOI: 10.1037/a0032297
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality And Mental Health, 8*(1), 52-66.
- 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.
- Chryssikou, E. G., & Thompson, W. J., (2015). Assessing cognitive and affective empathy through the interpersonal reactivity index. *Assessment, 23*(6), 769-777.
- Colli, A., & Gagliardini, G. (2015a). *Mentalization Imbalances Scale*. Urbino: Unpublished manual.
- Colli, A., & Gagliardini, G. (2015b). *Modes of Mentalization Scale*. Urbino: Unpublished manual.
- Colli, A., & Gagliardini, G. (2016). La psicoterapia basata sulla mentalizzazione. In Colli, A. (2016). *Psicoterapia dinamica. Teoria, clinica, ricerca* (pp. 237-256). Roma: Carocci.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 171*(1), 102–108. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13020224.
- Darwin, C. (1982), *L'espressione delle emozioni negli animali e nell'uomo*. Torino, Boringhieri.

- Davidson, K.M., Obonsawin, M.C., Seils, M., & Patience, L. (2003). Patient and clinician agreement on personality using the SWAP-200. *Journal of Personality Disorders, 17*(3), 208-218.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 113–126.
- Debanné, M., Slaminiós, 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*, doi: 10.3389/fnhum.2016.00406
- Diamond, D., & Kernberg, O. (2008). Discussion. In Busch, F.N. (Ed.). *Mentalization. Theoretical considerations, research findings and clinical implications* (pp. 235-260). New York, NY: The Analytic Press.
- Diamond, D., Levy, K.L., Clarkin, J.F., Fischer-Kern, M., Cain, N.M., Doering, S., Hörz, S., & Buchheim, A. (2014). Attachment and mentalization in female patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(4), 428–433.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. (2011). Introduzione. In Dimaggio, G., & Lysaker, P. (a cura di). *Metacognizione e psicopatologia. Valutazione e trattamento* (pp. xv-xxvi). Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio, G., Procacci, M., Nicolò, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., & Lysaker, P. H. (2007). Poor metacognition in patients with narcissistic and avoidant personality disorders: Four psychotherapy patients analyzed with the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*(5), 386-401.

- Dimitrijević, A., Hanak, N., Dimitrijević, A.A., & Marjanović, Z.J. (2017): The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment*. doi: 10.1080/00223891.2017.1310730
- Dixon-Gordon, K. L., Peters, J. R., Fertuck, E. A., & Yen, S. (2017). Emotional processed in borderline personality disorder: An update for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4), 425-438.
- Domes, G., Czeschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 135-147.
- Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder – A review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 6–19.
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., . . . Convit, A. (2006). Introducing MASC: A Movie for the Assessment of Social Cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 623-636.
- Ekman, P. (1984). Expression and nature of emotions” In Scherer, K., Ekman, P. (a cura di), *Approaches to Emotions*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Ensink, K., Duval, J., Normandin, L., Sharp, C., & Fonagy, P. (2018). Measuring reflective functioning in adolescents; Relation to personality disorders and psychological difficulties. *Adolescent Psychiatry*, 8. doi: 10.2174/2210676608666180208161619
- Fertuck, E. A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C., Wilson, S. T., Brodsky, B. S. & Stanley, B. (2009). Enhanced “Reading the Mind in the Eyes” in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychol Med*, 39(12), 1979-1988. doi: 10.1017/S003329170900600X

- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A. ... Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with Major Depressive Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 202–207.
- 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. (2008). The mentalization-focused approach to social development. In Busch, F.N. (Ed.). *Mentalization. Theoretical considerations, research findings and clinical implications* (pp. 3-56). New York, NY: The Analytic Press.
- 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.J., & Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., & Ghinai, R.A. (2008). A self-report measure of mentalizing: Development and preliminary test of the reliability and validity of the Reflective Function Questionnaire (RFQ). Unpublished manuscript. London, UK: 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., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.W., Warren, F., Howard, S., ... Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOSOne* 11(7). doi:e0158678 doi:10.1371/journal.pone.0158678

- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development, 62*(5), 891–905.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental state: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 12*(3), 201-218.
- Fonagy, P. & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano, Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual. Fifth version*. Unpublished manual.
- Gagliardini, G., & Colli, A. (*in press*). Assessing mentalization: Development and preliminary validation of the Modes of Mentalization Scale. *Psychoanalytic Psychology*.
- Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., & Colli, A. (2018). Assessing mentalization in psychotherapy: The Mentalization Imbalances Scale. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 21*(3), 164-177. DOI: 10.4081/ripppo.2018.339
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished Manual. Berkeley; University of California.
- Golan, O., Baron-Cohen, S., & Golan, Y. (2008). The “Reading the Mind in Films” Task [Child Version]: Complex emotion and mental state recognition in children with and without autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 1534–1541.
- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J., & Rutherford, M. (2007). The “Reading the Mind in the Voice” Test–Revised: A study of complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*, 1096–1106.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Grienenberger, J. F., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother– infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment and Human Development*, 7, 299–311.
- Gumley, A. (2010). The developmental roots of compromised mentalization in complex mental health disturbances of adulthood: An attachment-based conceptualization. In: Dimaggio, G., Lysaker, P. H. (Eds.). *Metacognition and severe adult mental disorders*. New York: Routledge.
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Its Short Forms in Adults With Emotional Disorders. *Frontiers in psychology*, 9, 539. doi:10.3389/fpsyg.2018.00539
- Happé, F. G. E. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 129-154.
- Hausberg, M.C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C.G., Klöpper, M., Levke Brütt, A. Sammet, I. & Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, 1– 11. DOI:10.1080/10503307.2012.709325
- Hein, G., & Singer, T. (2008). I feel how you feel but not always: The empathic brain and its modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, 18, 153-158.

- Hill, J., Fonagy, P., Lancaster, G., & Broyden, N. (2007). Aggression and intentionality in narrative responses to conflict and distress story items: An investigation of boys with disruptive behavior problems. *Attachment and Human Development, 9*, 223-237.
- Huprich, S. K., Bornstein, R. F., & Schmitt, T. A. (2011). Self-report methodology is insufficient for improving the assessment and classification of Axis II personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 25*(5), 557-570.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence, 29*, 589–611. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.08.010
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology, 22*(3), 426- 444.
- Kalpakci, A., Vanwoerden, S., Elhai, J. D., & Sharp, C. (2015). The independent contributions of emotion dysregulation and hypermentalization to the “double dissociation” of affective and cognitive empathy in female adolescent inpatients with BPD. *Journal of Personality Disorders, 30*(2), 242-260. doi: 10.1521/pedi_2015_29_192
- Katznelson, H. (2014). Reflective function: A review. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 107–117.
- King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science, 321*, 806-810.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing (2nd ed.)*. London: Routledge.
- Kline, R.B. (1991). Latent variable path analysis in clinical research: A beginner’s tour guide. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 471–484.
- Klonsky, E. D., & Oltmanns, T. F. (2002). Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 300–311.
<http://dx.doi.org/10.1093/clipsy9.3.300>

- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM–5. *Psychological Medicine, 42*, 1879–1890. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., & Walker, P. A. (1990). The levels of emotional awareness scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment, 55*, 124–134.
- Lang, P. J., Bradley, M. M. & Cuthbert, B. N. (2008). International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual (Technical Report No. A-8). Gainesville, FL: University of Florida.
- Lawrence, E.J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, A. S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine, 34*, 911-919.
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. *Psychological Science, 18*, 421–428.
- Liljenfors, R., & Lundh, L.G. (2015). Mentalization and intersubjectivity. Towards a theoretical integration. *Psychoanalytic Psychology, 32*(1); 36–60.
- Liotti, G., & Gumley, A. (2008). An attachment perspective on schizophrenia: The role of disorganized attachment, dissociation and mentalization. In: Moskowitz, A., Schäfer, I., & Dorahy, M. J. (Eds.). *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Chichester: John Wiley.
- Lowyck, B., Luyten, P., Vanwalleghel, C., Vermote, R., Mayes, L. C., & Crowley, M. J. (2016). What's in a face? Mentalizing in borderline personality disorder based on dynamically changing facial expressions. *Personality Disorders, 7*(1), 72–79.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 6*(4), 366–379.

- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43–66). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Sadler, L., Fonagy, P., Nicholls, S., Crowley, M., . . . Slade, A. (2009). *The Parental Reflective Functioning Questionnaire-1 (PRFQ-1)*. Leuven, Belgium: University of Leuven.
- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion, 6*, 647-655.
- Lysaker, P. A., Olesek, K., Buck, K., Leonhardt, B. L., Voss, J., Ringer, J., . . . Outcalt, J. (2014). Metacognitive mastery moderates the relationship of alexithymia with cluster C personality disorder traits in adults with substance abuse disorders. *Addictive Behaviors, 39*, 558-561
- Marsh, A. A., & Blair, R., J. (2008). Deficits in facial affect recognition among antisocial populations: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev, 32*, 454-465.
- Marty, P., De M'uzan, M. e David, C. (1971). *L'indagine psicosomatica*. Torino, Boringhieri.
- Mayes, L.C. (2000). A developmental perspective on the regulation of arousal states. *Semin Perinatol, 24*(4), 267-279.
- Meehan, K.B., Levy, K.L., Reynoso, J.S., Hill, L.L., Clarkin, J.F. (2013). Measuring reflective function with a multidimensional rating scale: comparison with scoring reflective function on the AAI. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 57*(1), 208-213.
- Meins, E., & Fernyhough, C. (2006). *Mind-mindedness coding manual*. Unpublished manuscript. Durham, UK: Durham University.
- Menard, S. (1995). *Applied logistic regression analysis*. Sage University Paper Series on Qualitative Applications in the Social Sciences, 07-106. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., De Vidovich, G.Z., Ricciardo, S., ... & Luyten, P. (in press). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLOSone*
- Morey, L.C. (2014). Borderline features are associated with inaccurate trait self-estimations. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 4.
- Myers, R. (1990). *Classical and modern regression with applications* (2nd. ed.). Boston, MA: Duxbury.
- Neumann, A., van Lier, P. A., Gratz, K. L., and Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment* 17, 138–149. doi: 10.1177/1073191109349579
- Nichols, S., & Stich, S. (2001), *Mindreading*. Oxford, Oxford University Press.
- Norem, J.K. (1998), Why should we lower our defenses about defense mechanisms?. In Cramer, P., Davidson, K. (a cura di), *Defense mechanisms in contemporary personality research*. Special Issue. In *Journal of Personality*, 66(6), 895-918.
- O'Connor, B P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 32(3), 396–402. doi:10.3758/BF03200807
- Oakley, B.F.M., Brewer, R., Bird, G., & Catmur, C. (2016). Theory of mind is not theory of emotion: A cautionary note on the Reading the Mind in the Eyes Test. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6), 818–823.
- Perez, J., Venta, A., Garnaat, S., and Sharp, C. (2012). The difficulties in emotion regulation scale: factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 34, 393–404. doi: 10.1007/ s10862- 012- 9292- 7
- Petersen, R., Brakoulias, V., & Langdon, R. (2016). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 12–21.

- Pichon, S., de Gelder, B., & Grèzes, J. (2009). Two different faces of threat. Comparing the neural systems for recognizing fear and anger in dynamic body expressions. *Neuroimage*, *47*, 1873–1883.
- Quilty, L. C., Cosentino, N., & Bagby, R. M. (2018). Response bias and the Personality Inventory for DSM-5: Contrasting self- and informant-report. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *9*(4), 346-353.
- Rimes, K. A., & Chalder, T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: Validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*, 285–292.
- Ripoll L.H., Zaki, J., Perez-Rodriguez M.M., Snyder, R., Strike K.S., Boussi A., ... New A.S. (2013). Empathic accuracy and cognition in schizotypal personality disorder. *Psychiatry Research*, *210*, 232-241.
- Robinson, P., Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2018). *Hunger. Mentalization based treatments for Eating Disorders*. Springer.
- Rochat P., & Striano, T. (1999). Cognitive development in the first year. In Rochat, P. (Ed.) *Early Social Cognition* (pp. 3-34). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rudden, M., Milrod, B., Target, M., Ackerman, S., & Graf, E. (2006). Reflective functioning in panic disorder patients: A pilot study. *Journal of the American Psychoanalytic Association* *54*(4), 1339-1343.
- Salovey, P. & Grewal., S. (2005). The science of emotional intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, *14*, 281-285.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*(4), 238-261.

- Semerari, A., Cucchi, M., Dimaggio, G., Cavadini, D., Carcione, A., Battelli, V., ... & Smeraldi, E. (2012). The development of the Metacognition Assessment Interview: Instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample, *Psychiatry Research*, 200(2-3), 890-895. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.015
- Semerari, A., Colle, L., Pellacchia, G., Carcione, A., Conti, L., Fiore, D. ... Pedone, R. (2015). Personality disorders and mind reading: specific impairments in patients with borderline personality disorder compared to other PDs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(8), 626–631.
- Semerari, A., Pellecchia, G., Carcione, A., Nicolò, G., & Pedone, R. (2014). Metacognitive dysfunctions in personality disorders: correlations with disorders severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 751–766.
- Shamay-Tsoory, S.G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617-627.
- Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. (2006). Imagining your child's mind: psychosocial adjustment and mothers' ability to predict their children's attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 197–214.
- Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S. Perry, K., Williams, L., & Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits. *Journal of Personality Disorders*, 27(1), 3–18.
- Sharp, C., Venta, A., Vanwoerden S., Schramm, A., Ha, C. Newlin, E., Reddy, R., & Fonagy P. (2015). First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 4-11.

- Shill, M.A., & Lumley, M.A. (2002). The psychological Mindedness Scale: Factor structure, convergent validity and gender in a non-psychiatric sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 131–150.
- Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Traduzione e adattamento italiano del Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS): Una ricerca preliminare.
- 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.
- Slade, A., Aber, J. L., Berger, B., Bresgi, I., & Kaplan, M. (2002). *The Parent Development Interview – Revised*. Unpublished manuscript. New Haven, CT: Yale Child Study Center.
- Sonnby-Borgström, M., & Jönsson, P. (2004). Dismissing-avoidant pattern of attachment and mimicry reactions at different levels of information processing. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 103–113.
- Sprong, M., Scothorst, P., Vos, E., Hox, J., & van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.
- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences (4th ed.)*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A., & Zimmermann, J. (2013). Internal structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 25(1), 127–135.
- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry*, 74(1), 49–57.
- 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. *J Abnorm Child Psychol*, 41, 929-938

- Tottenham, N., Tanaka, J. W., Leon, A., C., McCarry, T., Nurse, M., Hare, T. A., . . . Nelson, C. (2009). The NimStim set of facial expressions: Judgments from untrained research participants. *Psychiatry Research, 168*, 242–249.
- Vrouva, I., & Fonagy, P. (2009). The development of the Mentalizing Stories for Adolescents (MSA). *Journal of the American Psychoanalytic Association, 57*, 1174–1179.
- Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychol. Assess.* 21, 616–621. doi: 10.1037/a0016669
- Weinstein, S.R., Meehan, K., Cain, N.M., Ripoll, L.H., Boussi, A.R., Papouchis, N., Siever, L.J., & new, A.S. (2016). Mental states identification, borderline pathology, and the neglected role of childhood trauma. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 7*(1), 61-71.
- Westen, D., & Nakash, O. (2005). *Attachment Questionnaire (AQ) Manual*. www.psychsystems.net/lab
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry, 160*, 952– 966.
- Westen, D., & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist, 59*(7), 595–613.