



## **Il fallimento della mentalizzazione nel paziente borderline: riconoscimento e modalità di intervento**

Annalisa Boldrini, Antonella Francesca Cuccomarino, Alessia Antonella Merelli,  
Ilaria Missaglia, Alessandra Ramati, Marco Cappucciati,  
Giulia Zelda De vidovich, Edgardo Caverzasi

*Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia*

---

### ***La mentalizzazione nella psicopatogenesi e nel trattamento del Disturbo di Personalità Borderline***

Il Disturbo Borderline di Personalità (BPD) è un disturbo mentale grave e complesso, molto frequente nella popolazione generale, caratterizzato da relazioni interpersonali instabili ed intense, agiti autolesivi, suicidarietà, labilità affettiva e sentimenti cronici di vuoto. Bateman e Fonagy hanno avanzato l'ipotesi che il BPD possa essere compreso nei termini di un'assenza o una compromissione della mentalizzazione, una forma di attività mentale immaginativa, rappresentazionale e preconsocia definita come la capacità di concepire se stessi e gli altri come esseri dotati di pensieri, credenze, desideri e sentimenti, nonché di comprendere e spiegare il comportamento in termini di stati mentali intenzionali. Riconoscere un fallimento della mentalizzazione e incrementare i processi riflessivi nel paziente divengono quindi nuclei centrali del trattamento terapeutico, al fine di stimolare un progressivo recupero di tale capacità.

### ***Mentalization in psychopathogenesis and treatment of Borderline Personality Disorder***

Borderline personality disorder (BPD) is a complex, serious and highly prevalent mental disorder, characterized by unstable and intense interpersonal relationships, recurrent suicidal behavior, self-mutilating, emotional instability and chronic feelings of emptiness. Bateman and Fonagy hypothesize the core feature of the disorder is a fragile mentalizing capacity. Mentalization is a form of mostly preconscious imaginative mental activity, namely, the process by which we make sense of each other and ourselves, implicitly and explicitly, in terms of intentional mental states (e.g. thoughts, beliefs, desires and feelings). Therefore mentalization becomes the focus of BPD treatment, to stimulate development of mentalizing in borderline patients.

---

## Introduzione

Il Disturbo di Personalità Borderline (Borderline Personality Disorder, BPD) è un disturbo mentale grave e complesso, caratterizzato da una modalità pervasiva di difficoltà nella regolazione delle emozioni e nel controllo degli impulsi, di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore, e da una marcata impulsività [1]. I soggetti che ne sono affetti presentano una grave disabilità sociale ed affettiva (ad esempio, disoccupazione e fallimento delle relazioni), sono frequenti utilizzatori dei servizi di salute mentale, soprattutto in relazione alle proprie condotte autolesive (presenti in circa il 70% dei pazienti borderline [2]), e commettono suicidio in almeno il 10% dei casi [3].

Dal punto di vista epidemiologico, il BPD è una condizione diffusa, con una prevalenza nella popolazione generale che varia tra lo 0.2 e l'1.8% [4]. Il disturbo risulta più frequente tra gli individui di sesso femminile, in cui si associa spesso a disturbi del comportamento alimentare; tra gli individui di sesso maschile invece sono maggiormente diffusi disturbi da abuso di sostanze e condotte antisociali [5]. Secondo la definizione del DSM-IV-TR [6], il BPD è caratterizzato da una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono;
2. un quadro di relazioni interpersonali instabili ed intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione;
3. alterazione dell'identità con confusione in almeno due delle seguenti aree: immagine e percezione di sé, orientamento sessuale, obiettivi, scelte lavorative, tipo di amici e lavori;
4. impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per il soggetto (spendere oltre le proprie possibilità, sessualità promiscua e a rischio, abuso di sostanze, abuso di alcol, guida spericolata, abbuffate e condotte bulimiche);
5. ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento auto mutilante (autolesionismo, tagli su braccia e gambe, bruciature di sigaretta, etc.);
6. instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (ad esempio, episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e solo raramente più di pochi giorni);
7. sentimenti cronici di vuoto;
8. rabbia immotivata ed intensa o difficoltà a controllare la rabbia (ad esempio, frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici);
9. ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

Dal momento che esistono nove criteri per il BPD e devono esserne soddisfatti solo cinque per effettuare la diagnosi, appare evidente che sono possibili numerosissime combinazioni (più precisamente 256), tanto che due individui che ricevono la medesima diagnosi possono condividere uno solo dei nove criteri richiesti. È importante ricordare, inoltre, che i criteri del DSM non includono aspetti importanti del funzionamento cognitivo di questi pazienti, ad esempio il pensiero tutto-o-nulla, o alcuni tipici schemi cognitivi disturbati, come "il mondo è pericoloso e malevolo", "sono impotente e vulnerabile", "sono intrinsecamente inaccettabile" (suggeriti dai terapeuti cognitivi Beck e Freeman [7]), "sono in pericolo", "sono come un bambino piccolo" e "sento che nessuno si prende cura di me" [8]. Altri svantaggi comprendono l'omissione di alcuni aspetti psicodinamici caratteristici del disturbo, come l'utilizzo di meccanismi di difesa primitivi o la tendenza alla regressione.

Di fronte a questa notevole complessità dal punto di vista fenomenologico e psicodinamico, appare quindi fondamentale individuare un elemento essenziale comune che possa fornire la chiave per la comprensione

del BPD nella sua patogenesi, e divenire quindi il focus del trattamento terapeutico. Anthony Bateman e Peter Fonagy [9] affermano che tale elemento può essere individuato nella mentalizzazione, cioè la capacità di concepire se stessi e gli altri come dotati di stati mentali, quali credenze, desideri, sentimenti o pensieri, in grado di influenzare il comportamento: da questo assunto si sviluppa il modello di trattamento da loro proposto per il BPD, il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (Mentalization Based Treatment, MBT), un trattamento ad orientamento psicodinamico che trova le sue basi teoriche nella teoria dell'attaccamento, originariamente sviluppata da John Bowlby. Ovviamente, data questa definizione, la maggior parte dei disturbi mentali potrà essere vista come l'espressione di una mente con una comprensione distorta dell'esperienza che fa di se stessa, ma non per tutti i disturbi mentali una compromissione della mentalizzazione può essere considerata il nucleo fondamentale e centrale del disturbo, in grado di assicurare una cornice coerente per il trattamento terapeutico.

Nel caso del BPD, tale nucleo centrale è rappresentato da un'inibizione della mentalizzazione, a seguito di una combinazione di avvenimenti traumatici pregressi, messa in atto difensivamente dal soggetto per evitare di pensare agli stati mentali dell'altro, poiché questa esperienza lo ha condotto a sperimentare un dolore insopportabile nella relazione stessa. Un fallimento della mentalizzazione rende possibile la comprensione di diversi sintomi del paziente con BPD: in quest'ottica, il senso di Sé disperatamente fragile di questi soggetti può essere letto come una conseguenza dell'incapacità di rappresentarsi i propri sentimenti, credenze e desideri con una chiarezza sufficiente a fornire un intimo senso di se stessi come entità mentali; allo stesso modo, il bisogno del paziente con BPD di sperimentare la presenza continua e concreta dell'oggetto e il suo angoscioso terrore di un abbandono appaiono legati alla sua incapacità di avere in mente una rappresentazione dell'altro come pensante, presente e affidabile. Un focus sulla capacità di mentalizzare di fronte alle difficoltà create da una relazione terapeutica può quindi offrire una valida chiave d'accesso per il trattamento del BPD, chiave che va ricercata innanzitutto nell'intima interfaccia tra processi di attaccamento e capacità di mentalizzare, che nel contesto della relazione di attaccamento si sviluppa.

## **Scopo del lavoro**

Questo lavoro, rifacendosi alla letteratura, si propone di descrivere le principali modalità di fallimento della mentalizzazione tipiche del paziente con Disturbo di Personalità Borderline, illustrando le modalità di intervento utilizzate dal terapeuta nella cornice teorica del Trattamento Basato sulla Mentalizzazione.

## **Risultati**

### ***Teoria della mente e sviluppo normale della realtà psichica***

In contrasto con alcuni filosofi della mente che sostengono che l'esperienza degli stati mentali è intrinseca e la realtà fisica è data, Fonagy e Target [10] propongono un modello che colloca la nozione di realtà psichica in una prospettiva evolutiva. Essi affermano che "la nostra comprensione del mondo non è data, è radicalmente diversa nel bambino piccolo, e la sanità del suo sviluppo dipende in modo cruciale dall'interazione con altre persone che siano sufficientemente amorevoli e riflessive": percepire un pensiero in quanto tale è, in quest'ottica, una conquista evolutiva. Infatti, il modo in cui un bambino di tre anni sperimenta la propria realtà interpersonale o la sua consapevolezza del proprio mondo interno sono molto diversi rispetto a quelli di un bambino nel suo quinto anno di vita. Alla base di questa diversità sta la

comprensione che i bambini hanno della mente, nella loro teoria della mente: è l'acquisizione di tale teoria che comporta la capacità di rappresentare mentalmente opinioni e desideri altrui, come se fossero tra virgolette, senza che necessariamente l'opinione sia condivisa e il desiderio provato. Tale capacità viene acquisita pienamente solo a quattro anni di età. Prima che questo accada, il senso della realtà psichica nel bambino molto piccolo ha una doppia caratteristica: egli opera generalmente in una modalità di equivalenza psichica, in cui le idee non sono sentite come rappresentazioni, ma come repliche dirette della realtà, e quindi sono sempre vere; in altri momenti, utilizza invece la modalità del far finta, in cui le idee sono sentite come rappresentazioni e la loro corrispondenza con la realtà non è esaminata. In un quadro evolutivo normale, il bambino integra queste due modalità per giungere alla mentalizzazione, in cui i pensieri e i sentimenti sono percepiti in qualità di rappresentazioni, riconoscendo il legame esistente tra realtà interna e realtà esterna, così come la distinzione tra le due.

#### *L'integrazione della doppia modalità dell'esperienza psichica e lo sviluppo della mentalizzazione*

Nel quarto e quinto anno di vita, le modalità dell'equivalenza psichica e del far finta vengono sempre più integrate, e si struttura una modalità della realtà psichica riflessiva o mentalizzante: Fonagy e Target [10] definiscono quindi mentalizzazione "la capacità di avere un pensiero sugli stati mentali come condizioni distinte anche se potenziali determinanti del comportamento". Questo consente al bambino di capire che il comportamento suo e dei suoi oggetti ha senso in termini di stati mentali, di riconoscere che questi stati sono rappresentazioni, che possono essere fallibili e possono cambiare, perché basate su una sola di un ampio spettro di possibili alternative. In questo senso, la nascita del Sé psicologico e l'acquisizione della capacità di mentalizzare richiedono la presenza di una figura di attaccamento (caregiver) che scopre la mente del bambino, e quindi la sua soggettività, restituendogli una rappresentazione dei suoi stati mentali che possa essere internalizzata, consentendo una modulazione dell'espressione affettiva e la creazione del senso di sé. Più precisamente, secondo la teoria del rispecchiamento affettivo genitoriale [11-12], incontrando il comportamento di accudimento della madre di fronte all'espressione di un proprio stato interno, ad esempio ansia o disagio, il neonato è in grado di interiorizzare l'espressione empatica della madre, sviluppando una rappresentazione secondaria del proprio stato emozionale, in cui:

- l'espressione empatica del volto della madre è il significante;
- la propria espressione, e più precisamente il proprio stato di attivazione emotiva, è il significato.

Se la rappresentazione del genitore della realtà interna del bambino è sufficientemente chiara ed accentuata da consentire al bambino di riconoscerla, e insieme sufficientemente giocosa da non sopraffare il bambino con la sua realtà, questi potrà utilizzarla come seme per il proprio pensiero simbolico. Per creare una realtà psichica pienamente mentalizzante, il bambino ha quindi bisogno di sperimentare ripetutamente tre cose:

- i suoi comuni pensieri e sentimenti;
- questi stessi pensieri e sentimenti rappresentati (pensati) nella mente dell'oggetto (caregiver);
- la cornice rappresentata dalla normale prospettiva orientata alla realtà di un adulto.

Tale cornice è una parte essenziale del modello: per comprendere la psicopatogenesi del BPD, in particolare in relazione al fallimento della mentalizzazione, è fondamentale comprendere come per uno sviluppo normale sia necessario che il bambino faccia esperienza di una mente che abbia in mente la sua propria mente, consentendogli l'accesso a modalità rappresentazionali che andranno a definire il nucleo fondamentale del proprio senso di Sé in via di sviluppo, fino a divenire egli stesso capace di assumere una posizione mentalizzante, una volta interiorizzato il processo.

### ***Il persistere di una realtà psichica duale nei pazienti borderline***

Il comportamento e le relazioni tipici dei pazienti borderline possono essere visti come il risultato di un'integrazione inadeguata dei due modi primitivi di fare esperienza della realtà psichica [13]: è il persistere di una modalità indifferenziata di rappresentare l'esperienza interna ed esterna a provocare un'incapacità dei pazienti borderline di raggiungere un adeguato livello di mentalizzazione.

Nel paziente borderline, una compromissione del processo di rispecchiamento genitoriale determina una distorsione della comprensione degli stati mentali, che vengono percepiti come rappresentazioni dirette o equivalenti della realtà, amplificandone l'importanza e l'estensione delle implicazioni, tanto che l'individuo perde la capacità di sospendere l'immediatezza della loro esperienza e la possibilità di creare lo spazio psicologico necessario per giocare con la realtà [13]. I soggetti borderline sono perciò costretti ad accettare un ambiente mentale nel quale le idee sono troppo spaventose per poter essere pensate e i sentimenti troppo intensi per poter essere provati. Col tempo, queste persone rinunciano in modo difensivo alla mentalizzazione e mostrano una particolare intolleranza nei confronti dell'esistenza di prospettive alternative [10].

### ***Riconoscere un fallimento della mentalizzazione***

L'MBT (Mentalization Based Treatment) è un trattamento basato su una forte alleanza tra paziente e terapeuta, il quale assume un ruolo molto attivo, con il compito fondamentale di incrementare i processi riflessivi del paziente e intervenire in modo deciso di fronte ad un collasso della mentalizzazione. Esistono tre modalità tipiche di fallimento della capacità di mentalizzare, che il terapeuta deve essere in grado di individuare ed affrontare:

- comprensione concreta;
- pseudomentalizzazione;
- atteggiamento teleologico.

Importante per il terapeuta è riconoscere momenti caldi in cui il paziente sta per perdere la capacità di mentalizzare: se il paziente sta pseudomentalizzando, significa che è già in contatto con un'area di sofferenza per cui la pseudomentalizzazione è una via d'uscita, motivo per cui il terapeuta dovrà riportarlo ad una situazione di minore arousal, per poter ripristinare la possibilità di riflettere su quanto accaduto nella sua mente. È infatti fondamentale ricordare che la capacità di mentalizzare è spesso contesto-specifica: un soggetto può essere in grado di mentalizzare in modo adeguato nella maggior parte delle situazioni interpersonali, ma perdere completamente la capacità di prestare attenzione ai sentimenti e agli stati mentali degli altri per l'intervento di emozioni intense o l'attivazione di rappresentazioni connesse all'attaccamento.

#### ***Comprensione concreta***

La comprensione concreta è la categoria più comune di compromissione della mentalizzazione. Da un punto di vista evolutivo, è legata ad una modalità di equivalenza psichica dell'esperienza soggettiva, tipica dei bambini di 2-3 anni e correlata a un rispecchiamento non accentuato. Questa modalità è caratterizzata dall'isomorfismo di mondo esterno e mondo interno, in modo tale che ciò che esiste nella mente deve esistere anche nel mondo esterno e viceversa: l'esperienza del mondo interno può generare quindi nel soggetto intensa angoscia, perché tutto ciò che è pensato è percepito come assolutamente reale, mentre la conoscenza del mondo esterno non è aperta alla contemplazione di prospettive alternative, dato che ciò che il paziente pensa assume immediatamente il valore di verità indiscutibile.

Un paziente che opera nella modalità di equivalenza psichica presenta una notevole difficoltà nel riconoscere le emozioni e non è in grado di stabilire connessioni tra pensieri e sentimenti da un lato e azioni dall'altro. A causa di questa incapacità, il soggetto tende ad interpretare il comportamento

in termini concreti, come dovuto all'influenza esercitata da vincoli di natura fisica o situazionale e non in relazione a pensieri o stati d'animo, tanto che di fronte alla richiesta di una narrazione mentalizzante, che si interroghi sulle motivazioni interne di una determinata azione, risponde spesso con una descrizione fisica o una spiegazione concreta e inappropriata. Ad esempio, per spiegare un violento scatto d'ira, il paziente potrebbe parlare di quanto fosse opprimente o eccessivamente calda la stanza in cui si trovava, senza fare alcun riferimento a stati interni o all'effetto che questa situazione potrebbe aver avuto su di lui, come l'aver suscitato la sensazione di sentirsi in trappola o soffocato, o avergli riportato alla mente ricordi spiacevoli, come una stanza analoga in cui veniva messo da bambino quando i genitori volevano punirlo di qualcosa.

Una mentalizzazione concreta può essere rilevata anche grazie a una serie di indizi di natura stilistica, riconducibili complessivamente a una spiccata tendenza alla generalizzazione, utilizzata per eludere la complessità. Il soggetto quindi si esprime spesso in termini assoluti ("Tu sempre...", "Tu mai...", "Ogni volta è sempre la stessa storia", "Non cambierà mai niente!"), mostra una notevole rigidità e inflessibilità interpretativa, restando ancorato alla prima spiegazione razionale che trova, e presenta un pensiero estremamente polarizzato, fino ad assumere un assetto manicheistico. Nella mentalizzazione concreta si osserva generalmente uno stile improntato in senso denigratorio o colpevolizzante, sempre riconducibile ad una riluttanza ad esplorare in senso mentalistico le cause complesse degli eventi; tale distorsione è generalmente egosintonica, ma sono possibili anche forme di autobiasimo. Dal punto di vista dei contenuti, elementi tipici di una comprensione concreta sono:

- ricorso a sistemi piuttosto inverosimili da un punto di vista psicologico, come misticismo, soprannaturale, astrologia, oppure a racconti confusi di comunicazioni interpersonali inconse o vaghe intuizioni non altrimenti spiegate ("Lo so e basta");
- ipotesi sulle motivazioni basate sull'evidenza fisica: per un paziente in equivalenza psichica una porta chiusa significa immancabilmente un rifiuto, senza alcuna possibilità di interrogarsi su spiegazioni alternative;
- pensieri e motivazioni spesso interpretati in modo erroneo, con una lettura superficiale del comportamento;
- idee arbitrariamente sancite e accettate senza critica né riserve, fino all'attribuzione inconfutabile di intenzioni ostili negli altri che, se supportata dall'idea di un'intrinseca malevolenza, può innescare una rabbia feroce;
- difficoltà nel riconoscere l'effetto che i propri pensieri, sentimenti e azioni hanno sugli altri.

Interrogarsi sulle proprie reazioni controtransferali può essere un ulteriore elemento di guida per il terapeuta nell'identificare un paziente che stia operando nella modalità dell'equivalenza psichica: tali reazioni comprendono solitamente disorientamento, confusione, incertezza su cosa dire accompagnata dal bisogno pressante di continuare a parlare o fare domande, e spesso una sensazione di rabbia nei confronti del paziente.

### *Pseudomentalizzazione*

Nella modalità del far finta gli stati mentali non hanno alcuna connessione con la realtà esterna o fisica, in modo tale che ogni stato interno viene percepito come separato dal mondo. Questa modalità, auspicabile come passaggio fondamentale per il bambino da un punto di vista evolutivo, ha una capacità rappresentazionale di valenza estremamente limitata: il bambino è in grado di avere un pensiero rappresentazionale solo a condizione che non si faccia alcun collegamento tra questo e la realtà esterna. Se questa modalità persiste nell'adulto, in correlazione con un rispecchiamento genitoriale non contingente, ci troveremo di fronte alla pseudomentalizzazione, in cui alla considerazione esplicita che una persona fa degli stati mentali manca una reale connessione con tali

stati mentali stessi, fino a condurre il soggetto a esprimere certezze assolute senza riconoscere in alcun modo l'incertezza intrinseca alla possibilità di conoscere la mente dell'altro.

Il paziente che pseudomentalizza parla con grandissima convinzione di stati mentali di cui in realtà non ha nessuna conoscenza, mostrando un'ostentata sicurezza su pensieri e sentimenti delle persone. I suoi discorsi sono spesso basati su una comprensione solo parziale, in quanto le emozioni e i pensieri vengono attribuiti agli altri in modo inaccurato e disattento, e talvolta sono riconosciuti e accettati solo se conformi ai propri. Il soggetto può utilizzare termini relativi a stati mentali, ma lo fa in modo preconfezionato e stereotipato, senza apparire realmente in grado di capire le implicazioni emotive delle proprie affermazioni; tende a dare spiegazioni vuote di significato o sociologiche, e ricorre spesso a intellettualizzazione e razionalizzazione. Scarsa appare anche la percezione del concetto di ambivalenza (ad esempio, la possibile coesistenza di un sentimento di affetto e di una forte aggressività nei confronti della medesima persona) con prevalenza della tendenza a idealizzare o svalutare alternativamente le figure di attaccamento, mantenendo una visione evolutivamente rigida dell'altro. Riconoscere la pseudomentalizzazione è spesso difficile ma assolutamente fondamentale: se il terapeuta non si rende conto che il paziente sta operando nella modalità del far finta, sia lui che il paziente stesso avranno solo l'impressione di lavorare insieme nella stanza di terapia, per poi scontrarsi con la frustrazione davanti all'evidenza che nulla nel funzionamento del paziente è realmente cambiato.

#### *Atteggiamento teleologico*

Nella modalità teleologica, il paziente non è in grado di interpretare situazioni interpersonali complesse in termini di stati mentali intenzionali, se non in funzione di un'evidenza fisica e concreta. Nessun indizio reale delle intenzioni dell'altro che non si manifesti in una modificazione della realtà concreta viene preso in considerazione, non è possibile il riconoscimento degli stati intenzionali antecedenti né la previsione delle conseguenze di un'azione, e l'esperienza è percepita come valida solo quando le sue conseguenze sono manifeste per tutti: la realtà fisica ha quindi un primato su motivazioni e intenzioni.

Da un punto di vista evolutivo, la modalità teleologica si collega ad una compromissione del processo di sviluppo del Sé, in cui i fondamenti dell'intenzionalità (vale a dire le rappresentazioni di secondo ordine degli stati costitutivi primari del Sé) non si sono stabilizzati.

Ovviamente, sebbene in una certa misura i modelli teleologici di comportamento persistano in tutti noi riuscendo in molte circostanze a fornire previsioni utili e spiegazioni adeguate dei comportamenti, l'applicazione di tale prospettiva diviene limitata e problematica nel contesto delle relazioni di attaccamento, in cui intervengono fattori di complessità come conflitto, inganno e irrazionalità [14]. Sfortunatamente, sono proprio queste situazioni di intensa attivazione emotiva a favorire un collasso della mentalizzazione nel paziente borderline. Ad esempio, se in un giorno di pioggia si osservasse un amico attraversare la strada, sarebbe possibile inferire, assumendo la prospettiva intenzionale, che egli non vuole bagnarsi o che pensa che dall'altra parte della strada ci sia un negozio ancora aperto che vende ombrelli. Se ad osservare la scena ci fosse un paziente borderline, questi, adottando la prospettiva teleologica, potrebbe concludere in un istante che l'amico abbia deciso di attraversare la strada per evitarlo, pensando di non essere stato visto.

Nella modalità teleologica, un affetto può diventare reale soltanto quando si accompagna ad un'espressione fisica, perché solo una modificazione della realtà fisica è sentita capace di avere un impatto sugli stati mentali propri e altrui. Per questo, frequentemente la modalità teleologica si collega ad agiti autolesionistici minacciati per ottenere una reazione dell'altro e alla richiesta pressante di atti concreti che dimostrino affetto: in questo senso, l'amore potrà essere dimostrato solo da una presenza fisica costante e gesti concreti ("Se mi amasse mi avrebbe preparato il pranzo, come gli avevo chiesto."), e ricevere un rifiuto ad esempio in risposta ad una richiesta di aiuto telefonica porterà immediatamente il soggetto a concludere che l'altro, sia esso un amico, un compagno o addirittura il terapeuta, non gli vuole

veramente bene e non si sta realmente occupando di lui (“Sono a casa mia, e sto per tagliarmi. Se Lei non viene qua immediatamente significa che non gliene importa niente di me.”). Situazioni di questo tipo sono molto frequenti in terapia, e rendono spesso difficile l’intervento, perché la visione del paziente non lascia spazio a interpretazioni alternative. Dal punto di vista controtransferale, il terapeuta può sentirsi invaso da uno stato d’ansia e pressato dalla necessità di fare qualcosa: emozioni che, se non riconosciute e mentalizzate, possono portare a violazioni anche gravi del setting terapeutico.

### ***Principi di intervento***

Secondo il modello dell’MBT [9], gli interventi, nella psicoterapia con il paziente borderline, dovrebbero essere:

- semplici e brevi anziché lunghi e complessi, in modo da rispettare i limiti della capacità di mentalizzare del paziente, soprattutto se questi si trova in uno stato di attivazione emotiva per stimolazione del sistema di attaccamento, che già di per sé riduce i processi riflessivi;
- focalizzati sugli affetti (amore, desiderio, eccitazione, rovina) piuttosto che sul comportamento, in modo da porre l’affettività principalmente in relazione con ciò che accade nell’*hic et nunc* dell’interazione tra paziente e terapeuta;
- collegati a eventi o situazioni interpersonali attuali, compresi nella realtà mentale del momento;
- focalizzati sullo stato mentale soggettivo del paziente piuttosto che su un aspetto specifico della sua attività mentale quale la cognizione.

In particolare, lavorando con pazienti che hanno la propensione ad agire piuttosto che a pensare, il rischio per il terapeuta è spostare l’interazione sullo stesso modello espressivo, rispondendo ad azione con azione. Spesso, di fronte ad un soggetto irritabile e non comunicativo, che risponde con l’autolesionismo o aggressioni dirette, il terapeuta può sentirsi egli stesso pressato a reagire. Per evitare che questo accada, l’attenzione del terapeuta deve essere sempre concentrata sulla mente e non sul comportamento del paziente. Se reagisce agli enactment del paziente forzandolo a parlarne o obbligandolo a trovare il significato che si cela dietro la sua azione, il terapeuta non fa altro che trascinare nuovamente il paziente nel *casino mentale* da cui si è sentito costretto ad uscire con l’enactment stesso. Una frase anche innocente come “Dobbiamo capire perché ha sentito il bisogno di tagliarsi” non è utile ad accrescere la capacità del paziente di mentalizzare, perché lo riporta nel momento in cui tutto è già accaduto, costringendolo a misurarsi con le sue azioni in un confronto umiliante e per di più inutile: un terapeuta mentalizzante saprebbe che trovare una motivazione al proprio agito autolesivo, che rappresenta di per sé un fallimento della mentalizzazione, è proprio ciò che il paziente non è in grado di fare. Se ne fosse capace, non avrebbe avuto bisogno di ricorrere all’agito.

Compito del terapeuta sarà quindi mantenere la concentrazione sulla mente del paziente, ripercorrendo con lui i momenti che hanno preceduto l’agito ed utilizzando l’azione come un indicatore del fatto che un sentimento o un pensiero hanno portato ad un innalzamento eccessivo dell’arousal e ad un crollo della mentalizzazione, generalmente nel contesto di un’attivazione del sistema di attaccamento. Il terapeuta quindi riporterà la mente del paziente al momento in cui si dibatteva nel vissuto soggettivo, confuso e spesso estremamente doloroso, immediatamente precedente l’agito. Ad esempio, un gesto autolesivo può fare seguito ad una discussione in famiglia, o ad un gesto anche innocente interpretato come un rifiuto in modalità teleologica (come il ritardo di un’amica ad un appuntamento).

### ***Percorso clinico degli interventi***

In linea di principio, secondo Bateman e Fonagy [15] il percorso terapeutico dovrebbe svilupparsi secondo temi ad intensità emozionale crescente, in modo tale da consentire al paziente di passare da



una capacità introspettiva più flebile ad una di maggiore forza. Seguendo tale percorso il terapeuta dovrà quindi incominciare con l'individuare gli affetti, senza concentrarsi troppo sul comportamento, ricorrendo a domande come "Cosa ha provato in quel momento?" piuttosto che "Cosa ha fatto dopo?". Il passo successivo sarà l'analisi del contesto interpersonale e/o emozionale esterno alla sessione terapeutica e connesso agli stati d'animo rilevati, cosa che avverrà in modo abbastanza naturale, in quanto considerare le interazioni interpersonali esterne al setting terapeutico è immediatamente significativo per i pazienti borderline. Questo tipo di riflessione retrospettiva consente a paziente e terapeuta di riflettere sulle interazioni interpersonali senza che esse rievocino la stessa intensità emozionale provata nell'immediato istante in cui si stavano svolgendo: battere il ferro finché è freddo o, meglio ancora, mentre si sta raffreddando [15] consente quindi di mentalizzare gli eventi interpersonali senza un rischio eccessivo di crollo mentale. Infatti, come gli Autori sottolineano, e come ognuno di noi ha sicuramente sperimentato, "Tutti noi, con il senno di poi, riflettiamo con maggiore lucidità di quanto riusciamo a fare nel tumulto di un'interazione emotiva, ma alla fine le nostre vite sono animate, e forse persino decise, sulla base dell'immediatezza soggettiva delle interazioni" [15]: ed è nell'immediatezza di queste interazioni, e nell'attivazione emotiva che esse provocano, che il paziente borderline deve imparare ad utilizzare la propria capacità di mentalizzare in modo costruttivo. La durata prevista per il trattamento terapeutico secondo il modello MBT è di 18 mesi: nel corso di questo lasso di tempo i terapeuti mettono in atto interventi diversi, attuati in ordine di complessità, profondità e intensità emotiva crescente, in parallelo con il potenziamento della capacità di mentalizzare del paziente. Tali interventi sono:

- rassicurazione, supporto ed empatia;
- chiarificazione, elaborazione e challenge;
- mentalizzazione di base;
- mentalizzazione interpretativa;
- mentalizzazione del transfert.

La decisione sul tipo di intervento da adottare non è ovviamente riducibile a delle linee guida infallibili ed univoche, anzi, non di rado viene presa intuitivamente senza una consapevolezza vera e propria. Pur riconoscendo questo, Bateman e Fonagy sottolineano alcuni principi di riferimento. Innanzitutto, l'intervento deve essere conforme alla capacità mentalizzante del soggetto nel momento in cui viene somministrato, sfruttando l'assessment iniziale come elemento guida di estrema importanza per effettuare una prima valutazione di tale capacità e per individuare aree calde o addirittura traumatiche, che potrebbero associarsi, se toccate, a un'intensa attivazione emotiva. È sempre importante ricordare infatti che la capacità di mentalizzare del paziente borderline è inversamente proporzionale all'attivazione del suo sistema di attaccamento. Per questo può succedere che, anche se nelle fasi intermedie o avanzate del trattamento, di fronte ad un'area di particolare fragilità, il paziente sia sopraffatto dalle proprie emozioni e si renda necessario l'utilizzo di interventi più tipicamente iniziali come sostegno ed empatia.

### ***Gli interventi di base***

#### ***Rassicurazione, sostegno, empatia***

Rassicurazione, sostegno ed empatia sono componenti centrali di qualunque tipo di psicoterapia, e competenze come l'ascolto riflessivo e un'empatia accurata descrivono sicuramente aspetti importanti dell'MBT. Mantenere un atteggiamento supportivo non significa essere d'accordo con qualunque cosa il paziente dica o agire in sua vece, ma piuttosto rimanere al suo fianco mentre esplora aree di incertezza e sofferenza e cerca di significarle, mantenendosi sempre rispettosi della narrazione del paziente, validando sempre le sue emozioni e prendendole come punto di partenza dell'indagine. Le

domande vanno poste in maniera positiva e fiduciosa, dimostrando il proprio desiderio di conoscere e comprendere i problemi del soggetto, e la propria comprensione va sempre verificata, con domande come “Da quanto ho inteso, quello che sta dicendo è che...” oppure “È così?”. Allo stesso modo, i pazienti borderline, che hanno notevole difficoltà a comprendere il proprio stato soggettivo, non ricavano nessun vantaggio dal fatto che qualcuno dica loro come si sentono. Affermazioni come “Quello che lei prova davvero è...” o “Credo che quello che lei sta realmente tentando di dirmi sia...” sono da evitare: in questo caso il terapeuta è egli stesso non mentalizzante, con il rischio di portare il paziente all'accettazione acritica e passiva del fatto che il terapeuta sappia delle cose che lui non sa. Per quanto riguarda le affermazioni empatiche, sicuramente una certa dose di empatia è necessaria per mentalizzare, ma è importante non dimenticare che empatia e mentalizzazione non sono la stessa cosa: un terapeuta in lutto può empatizzare con un paziente che si trovi nella medesima situazione, ma non deve mai dimenticare che il suo lutto è suo, diverso da quello del paziente, per non rischiare di mettere qualcosa di sé nell'altro e di perdere la capacità di distinguere i propri stati emotivi da quelli del paziente, facendolo sentire invaso ed entrando nel cuore della patologia stessa. L'empatia va quindi messa in gioco come elemento di curiosità che fornisce la base per mentalizzare, ma non deve mai portare il terapeuta a smettere di interrogarsi su cosa prova e sul perché prova un particolare senso di vicinanza e simpatia per il paziente in quel momento, anche dal punto di vista controtrasferale.

#### *Chiarificazione, elaborazione degli affetti e challenge*

Chiarificare secondo gli Autori significa molto semplicemente costruire un senso o fornire un contesto al comportamento generato da un fallimento della mentalizzazione. Per fare questo, è necessario:

- ricostruire gli eventi essenziali e cogliere i momenti salienti dell'interazione che ha portato ad un fallimento della mentalizzazione;
- stabilire i fatti di rilievo nella prospettiva del paziente;
- rendere esplicito il comportamento, stabilendo momento per momento il processo che ha portato ad una determinata azione per ricondurre le azioni ai sentimenti;
- prestare attenzione ad ogni fallimento della mentalizzazione anche della stessa mente del terapeuta.

L'elaborazione degli affetti richiede che il terapeuta esplori in modo empatico gli stati emotivi del paziente, tenendo presente che il focus affettivo dell'MBT insiste sul sentimento prevalente durante la seduta, nel momento in cui si manifesta nel qui ed ora tra paziente e terapeuta, e non nel là ed allora.

In questa fase del processo terapeutico, quando la mentalizzazione fallisce nel paziente o in se stesso, la tecnica principalmente utilizzata dal terapeuta è definita ferma e stai. In questo caso, il terapeuta interrompe lo scambio in seduta, e insiste perché il paziente si concentri sul momento di rottura, evitando di farsi sviare dall'esplorazione: frasi come “Mi perdoni, ma credo che dovremmo continuare a cercare di capire insieme che cosa stia succedendo.” possono essere utilmente usate per portare il paziente a esaminare il problema. Questa tecnica viene solitamente associata ad una sfida (challenge), ed è più efficace quando non è annunciata e coglie il paziente di sorpresa, costringendolo a mettere rapidamente a confronto la propria mentalizzazione rigida con un punto di vista alternativo, svicolando i processi mentali del paziente. La sfida viene utilizzata soprattutto con pazienti piuttosto giovani, deve essere sempre lanciata in relazione all'hic et nunc della relazione tra paziente e terapeuta e si avvale dell'umorismo per sbloccare situazioni di impasse e stimolare la mentalizzazione. Ad esempio, di fronte ad un paziente arroccatosi su una posizione difensiva o anche paranoide (“Sapevo che la mia collega non mi avrebbe chiamata per informarmi di quanto era successo, mi odia! L'ha fatto solo per mettermi in difficoltà... lei non può capire perché non le sarà mai successo!”), il terapeuta potrebbe intervenire chiedendo: “Come fa a dirlo? Ha forse una sfera di cristallo?”. L'ironia deve essere messa in campo come gioco, ed utilizzata con delicatezza e

discernimento: non deve assolutamente sfumare nel sarcasmo o assumere connotati sadici o umilianti, con un'attenzione particolare ad eventuali aspetti controtransferali. Altrettanto fondamentale è la spontaneità: inutile sforzarsi di fare il simpatico se il proprio stato mentale attuale in qualche modo lo impedisce, ricordando che la stessa frase pronunciata con il sorriso o con un volto teso e un tono nervoso o stizzoso può sortire due effetti completamente diversi.

#### *Mentalizzazione di base*

Le tecniche di base finalizzate a ristabilire una mentalizzazione compromessa o a favorirne il mantenimento illustrate da Bateman e Fonagy sono essenzialmente due.

La prima di queste tecniche è indicata come fermati, ascolta, guarda (dall'inglese stop, listen, look), e viene utilizzata quando durante una seduta di terapia individuale o di gruppo il terapeuta rileva degli indicatori di scarsa mentalizzazione, come spiegazioni banali o una marcata discontinuità nel dialogo, che gli suggeriscono la necessità di fermarsi, ascoltare e guardare. Fare questo significa per il terapeuta mantenere la sessione di terapia in uno stato di sospensione, lasciando che si svolga lentamente mentre egli analizza in dettaglio nella propria mente ciò che sta accadendo: chi prova cosa verso chi, cosa prova e pensa il paziente, o ciascun membro in una seduta di terapia di gruppo. Sarà quindi fondamentale analizzare in modo attivo lo stato presente della sessione di terapia, ponendo domande come "Come pensi che si senta X?" o "Puoi spiegare secondo te perché l'ha fatto?".

Se la mentalizzazione è gravemente compromessa e non viene ripristinata, oppure se la seduta rischia un rapido deterioramento (ad esempio se ci sono pazienti che minacciano di andarsene per protesta), si ricorre ad un intervento del tipo fermati, ripercorri, analizza (dall'inglese stop, rewind, explore). La differenza fondamentale rispetto all'intervento precedente sta nel fatto che il terapeuta deve interrompere la seduta, assumendone il controllo e pretendendo con ferma determinazione di tornare indietro fino al punto in cui si stava realizzando un'interazione costruttiva, per poi ripercorrere passo passo quanto accaduto tra i membri del gruppo o tra paziente e terapeuta.

#### *Mentalizzazione interpretativa*

La mentalizzazione interpretativa si sviluppa quando, in terapia, diviene possibile collegare in modo diretto con la figura del terapeuta gli stati emotivi che emergono durante la seduta, a partire dalla narrazione di esperienza anche passate. Ad esempio, di fronte ad un paziente che capisce di mettere in atto nelle sue relazioni interpersonali uno schema ripetitivo in cui diviene sempre più dipendente fino a sentirsi in trappola e costretto a fuggire, tale collegamento può essere stabilito ipotizzando che un'analoga situazione potrebbe ricrearsi nella relazione terapeutica, sottolineando la necessità che il terapeuta tenga in mente tale possibilità e sia pronto ad affrontarla. Un intervento interpretativo quindi implica innanzitutto la proposta di una prospettiva alternativa rispetto a quella espressa dal paziente, e fa solitamente seguito a un'elaborazione estensiva dell'esperienza che il paziente ha descritto.

#### *Mentalizzazione del transfert*

L'ultimo e più complesso intervento previsto dall'MBT vede l'utilizzo del transfert non tanto per mettere in connessione il modello di comportamento corrente in terapia con i modelli di comportamento infantili e quelli attivi nelle relazioni esterne al trattamento, quanto piuttosto per incoraggiare il paziente a pensare alla relazione che sta vivendo in quel momento con il terapeuta. L'obiettivo diviene quindi focalizzare l'attenzione del paziente su un'altra mente e assisterlo nel compito di confrontare la propria percezione con quella altrui, fino a contemplare l'esistenza di molteplici prospettive alternative dalle quali interpretare i comportamenti.

## Conclusioni

L'approccio basato sulla mentalizzazione consente di guadagnare un punto di vista completamente nuovo sulla psicopatogenesi del Disturbo di Personalità Borderline, identificando un elemento unificante comune in grado di dare un senso profondo al quadro sintomatologico estremamente complesso e multiforme che questi soggetti possono presentare, e di fornire una valida chiave d'accesso per il trattamento terapeutico. L'efficacia del Trattamento Basato sulla Mentalizzazione è stata dimostrata da Bateman e Fonagy [16] comparandolo con il trattamento abituale (treatment as usual) per il BPD, 8 anni dopo l'inserimento in uno studio randomizzato controllato e 5 anni dopo che il percorso MBT era stato completato. Dai risultati riportati dagli Autori emerge che il gruppo trattato con MBT mostra un andamento nettamente migliore rispetto al gruppo di controllo, sia durante il periodo di trattamento che nei 5 anni successivi allo stesso, per tutti gli outcome primari valutati, cioè utilizzo dei servizi (in particolare l'accesso al pronto soccorso, che viene considerato l'indice ragionevolmente più indicativo di gravi condotte autolesive), frequenza e durata delle ospedalizzazioni, prosecuzione del trattamento psichiatrico ambulatoriale e ricorso a farmaci o terapie psicologiche di supporto. In particolare, i pazienti trattati secondo il modello MBT presentavano un netto miglioramento nei deficit che si dimostravano più resistenti al trattamento nel lungo termine in studi precedenti: è importante ricordare, infatti, che diversi modelli ben strutturati di trattamento per il BPD hanno dimostrato di essere in grado di ridurre tentativi di suicidio, agiti autolesivi, comportamenti impulsivi ed utilizzo dei servizi [17-20], mentre sono molto più limitate le evidenze di miglioramento dei deficit del funzionamento interpersonale, sociale e lavorativo [21-23]. In quest'ottica, gli effetti positivi del trattamento su quello che gli Autori definiscono vocational status (valutato calcolando i periodi di 6 mesi in cui il paziente aveva un'occupazione lavorativa o seguiva un programma educativo-scolastico per più di 3 mesi) appaiono indicativi del processo riabilitativo profondo stimolato dal focus sulla mentalizzazione.

Infine, particolarmente significativo appare il mantenimento degli effetti positivi della terapia a lungo termine, e la tendenza ad un miglioramento ulteriore nel tempo. Sottolineando come tra miglioramento sintomatico e funzionamento sociale e lavorativo a lungo termine si stabilisca probabilmente un circolo virtuoso, Bateman e Fonagy suggeriscono che tale risultato sia legato alla specifica utilità del Trattamento Basato sulla Mentalizzazione nell'aiutare i pazienti ad affrontare situazioni interpersonali complesse, quali le interazioni lavorative, permettendo loro di prendere maggiormente le distanze dalle pressioni del contesto professionale, di capire e anticipare i sentimenti e i pensieri altrui, e di riuscire a comprendere le proprie reazioni in termini di stati mentali, evitando gli agiti legati ad un'attivazione eccessiva del sistema di attaccamento.

---

## Bibliografia

1. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B et al. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002;51(12):936-950.
2. Simeon D, Stanley B. Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry* 1992;149(2):221-226.
3. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* 2002;53(6):738-742.
4. Swartz M, Blazer D, George L et al. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Pers Disord* 1990;4:257-272.
5. Zlotnick C, Rothschild L, Zimmerman M et al. The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2002;16(3):277-282.

6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision (DSM-IV-TR). *American Psychiatric Publishing Inc*, Washington DC, USA 2000.
7. Beck AT, Freeman A. Terapia cognitiva dei disturbi di personalità. *Mediserve*, Milano, IT 1993.
8. Zanarini MC, Frankenburg FR, De Luca CJ et al. The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998;147:57-63.
9. Il trattamento basato sulla mentalizzazione. *Raffaello Cortina*, Milano, IT 2006.
10. Attaccamento e funzione riflessiva. *Raffaello Cortina*, Milano, IT 2001.
11. Understanding rational actions in infancy: Teleological interpretations without mental attribution. Paper presented at the Symposium on Early Perception of Social Contingencies, 10<sup>th</sup> Biennial International Conference on Infant Studies (ICIS). Providence, USA 1996.
12. Csibra G, Gergely G. The teleological origins of mentalistic action explanations: A developmental hypothesis. *Developmental Science* 1998;1:255-259.
13. Fonagy P, Target M. Playing With Reality: I. Theory Of Mind And The Normal Development of Psychic Reality. *Int J Psycho-Anal* 1996;77:217-233.
14. Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé. *Raffaello Cortina*, Milano, IT 2005.
15. Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide. *Raffaello Cortina*, Milano, IT 2010.
16. Bateman AW, Fonagy P. 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *Am J Psychiatry* 2008;165:631-638.
17. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:757-776.
18. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649-665.
19. Davidson K, Norrie J, Tyrer et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy (BOSCOT) trial. *J Pers Disord* 2006;20:450-446.
20. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF et al. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2008;164:922-992.
21. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *J Pers Disord* 2005;19:19-29.
22. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2007;164:929-993.
23. Skodol AE, Pagano ME, Bender DS et al. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychol Med* 2005;35:443-445.