

FrancoAngeli

Associazione di Psicologia Cognitiva
Scuola di Psicoterapia Cognitiva

PSICOTERAPIE

Elena Prunetti e
Federica Mansutti

La terapia basata sulla mentalizzazione (MBT)

Caratteristiche distintive



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Elena Prunetti e
Federica Mansutti

La terapia basata sulla mentalizzazione (MBT)

Caratteristiche distintive

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

In copertina: Leonardo, *Dama inginocchiata* (1483 circa)
particolare, Bayonne, Musée Bonnat

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione pag. 9

Parte prima La teoria

- 1. La terapia basata sulla mentalizzazione** » 13
 - 1. La mentalizzazione: definizione del costrutto » 13
 - 2. Il paradigma della mentalizzazione » 16

- 2. Le basi evolutive del disturbo borderline e i deficit di mentalizzazione** » 21
 - 1. Gli stadi dello sviluppo del sé » 21
 - 2. Ostacoli allo sviluppo del sé » 24
 - 3. Le posizioni pre-mentalizzanti » 26
 - 3.1. Equivalenza psichica » 26
 - 3.2. Pretend mode » 28
 - 3.3. Posizione teleologica » 30

Parte seconda La tecnica

- 3. La valutazione clinica della mentalizzazione** » 35

1. La valutazione del mondo interpersonale	pag. 35
2. Materiale da elicitare per la valutazione della mentalizzazione	» 40
3. Come si manifestano i fallimenti della mentalizzazione	» 42
4. Struttura del trattamento	» 47
1. Principi generali	» 47
2. Formazione e organizzazione dell'équipe	» 48
3. Le regole	» 49
4. Il contratto	» 50
5. Il percorso terapeutico	» 53
1. Fase iniziale: valutazione e motivazione	» 53
2. Fase intermedia: lavoro psicoterapeutico intensivo	» 55
3. Fase conclusiva: elaborazione della separazione e consolidamento	» 55
6. Gli obiettivi della terapia	» 57
1. Individuazione ed espressione adeguata degli affetti	» 57
2. Costruzione di rappresentazioni stabili	» 58
3. Formazione di un senso di sé coeso	» 60
4. Capacità di stabilire relazioni sicure	» 61
7. Le strategie terapeutiche	» 63
1. Incrementare la mentalizzazione	» 63
2. Mantenere la vicinanza mentale con il paziente	» 64
3. Focus sul presente	» 65
4. Avere presenti i limiti del paziente	» 65
8. I principi guida del trattamento	» 67
1. L'accessibilità degli interventi	» 67

2. Focus sul piano affettivo e interpersonale	pag. 67
3. Lavoro con gli stati mentali attuali	» 68
4. Monitoraggio del termometro emotivo e delle risorse di mentalizzazione	» 68
5. Fermarsi di fronte ai segnali di sovraccarico	» 69
9. La “posizione mentalizzante” del terapeuta MBT	» 71
1. Il terapeuta curioso: la modalità esplorativa e la posizione del “non sapere”	» 71
2. Il terapeuta come modello di mentalizzazione: la disponibilità al confronto e la negoziazione delle rotture dell’alleanza	» 72
3. Il terapeuta attivo: lo stop alle interazioni non mentalizzanti e la valorizzazione dei successi di mentalizzazione	» 73
10. Gli interventi del terapeuta	» 75
1. Interventi supportivi ed empatici	» 75
2. Interventi di chiarificazione e confronto	» 77
2.1. Chiarificazione	» 77
2.2. Confronto	» 78
3. Interventi di mentalizzazione	» 80
3.1. I traccianti di transfert	» 81
3.2. La mentalizzazione del transfert	» 82
11. La terapia di gruppo	» 85
1. Il gruppo di mentalizzazione esplicita	» 86
2. Il gruppo di mentalizzazione implicita	» 88
12. Verso un’applicazione del modello	» 91
1. Valutare il contesto, le competenze e le risorse	» 91
2. Organizzare il trattamento	» 94
3. Modificare la propria pratica clinica	» 96

4. Attuare le procedure e valutare costantemente il proprio operato pag. 98

Bibliografia » 99

Introduzione

Le conoscenze sui disturbi di personalità, e in particolare sul Disturbo Borderline, si sono notevolmente modificate negli ultimi vent'anni e oggi abbiamo a disposizione modelli di trattamento *evidence-based*, ovvero programmi terapeutici sistematizzati la cui efficacia è confermata da trial randomizzati controllati, grazie ai quali è possibile produrre sostanziali cambiamenti nella qualità di vita dei pazienti con diagnosi borderline (Gabbard, 2005; Levy e Ablon, 2008; Livesly, 2012; Clarkin, 2012; Dimaggio e Livesly, 2012; Dimaggio *et al.*, 2012). La *Terapia Basata sulla Mentalizzazione* (MBT) di Antony Bateman e Peter Fonagy è uno di questi. Essa ha dimostrato la sua efficacia in una prima sperimentazione clinica (Bateman e Fonagy, 1999) in cui si è dimostrata una sostanziale riduzione dei tempi di ospedalizzazione, dell'uso di farmaci e dei comportamenti suicidari e autolesivi a seguito di un trattamento di 18 mesi in regime di day-hospital. Questo modello, inoltre, rispetto ad altri che avevano dimostrato la stessa efficacia sui parametri appena delineati, si è dimostrato fin dall'inizio efficace anche nel miglioramento della sintomatologia depressiva, ansiosa e nel funzionamento interpersonale e sociale. Di particolare rilievo sono stati i risultati emersi da ulteriori studi controllati in cui i pazienti continuavano a migliorare durante i 18 mesi previsti dal follow-up (Bateman e Fonagy, 2001) fino agli ultimi studi in cui il dato rilevante è il mantenimento dei risultati raggiunti a distanza di cinque anni dalla fine del trattamento (Bateman e Fonagy, 2008).

Come altri modelli validati, anche questo, dispone di un manuale di trattamento che permette al clinico esperto di affinare le proprie

competenze. Accanto a questa disponibilità è auspicabile che tutti coloro interessati ad applicare il trattamento integrino le competenze acquisite con uno specifico training. In uno studio (Fonagy e Bateman, 2006) gli autori evidenziano come quello sulla MBT sia, rispetto ad altri training, meno costoso, aspetto che lo rende più facilmente accessibile e utilizzabile nei vari servizi psichiatrici. Sebbene la MBT sia un modello di derivazione psicodinamica l'approccio che gli autori hanno sviluppato è sostanzialmente modificato rispetto alle strategie e tecniche con cui terapeuti di tale formazione hanno sempre gestito il trattamento dei pazienti borderline. Tali modifiche rendono questo trattamento, sia nella formulazione teorica che nell'approccio clinico, molto fruibile anche da terapeuti di formazione differente, per esempio di formazione cognitiva-comportamentale, quali sono le autrici di questo volume, che hanno sviluppato un particolare interesse verso la teoria dell'attaccamento e le problematiche connesse alla gestione della relazione terapeutica.

Il presente volume si pone lo scopo di illustrare sinteticamente i concetti base della MBT sia nei termini di concetti teorici di comprensione della patologia che di strumenti clinici, ovvero strategie e tecniche d'intervento. Esso si rivolge sia ai professionisti della salute mentale che abbiano acquisito una competenza con i trattamenti psichiatrici grazie a un'esperienza sul campo sia a coloro che, ancora in corso di formazione, vogliono avvicinarsi alla comprensione e al trattamento dei pazienti borderline.

I contenuti qui riportati sono ripresi dai manuali di trattamento pubblicati (Bateman e Fonagy 2004, 2006; Allen *et al.*, 2008) integrati con un'esperienza clinica di anni di lavoro con pazienti borderline e di training formativi specifici.

Parte prima

La teoria

1. La terapia basata sulla mentalizzazione

1. La mentalizzazione: definizione del costrutto

La MBT vede il costrutto della “mentalizzazione” (o funzione riflessiva, questi due termini saranno utilizzati con lo stesso significato) come l’elemento organizzatore della patologia borderline e del trattamento.

La parola “mentalizzazione”, affermano gli autori, “è una parola nuova per un concetto antico”. Non si tratta infatti di una terapia innovativa, molte tecniche sono una riproduzione di azioni terapeutiche basilari e ben note. Si tratta, piuttosto, di un impianto terapeutico generale con un focus sulle tecniche che si rivolgono ai nuclei problematici fondamentali per il BPD. Si tratta quindi di un focus terapeutico specifico più che di un nuovo trattamento.

Bateman e Fonagy nel delineare il loro modello di comprensione del BPD danno priorità ai fattori eziologici. In quest’ottica la vulnerabilità biologica e la disregolazione emotiva, considerati da molti il nucleo disfunzionale del BPD (Linehan, 1993; Livesly e Lang, 2008), diventano fattori secondari. Nella MBT la centralità del disturbo insiste su un fallimento indotto, connesso al contesto relazionale genitore-bambino che non permette lo sviluppo della mentalizzazione, intesa come la capacità di focalizzarsi sui propri stati mentali o su quelli degli altri per la spiegazione del comportamento.

La mentalizzazione si pone come una delle capacità di autoregolazione e risulta fondamentale per l’essere umano in quanto permette di dare senso e attribuire intenzioni al comportamento, dare forma alle relazioni interpersonali facendo riferimento a desideri,

credenze, emozioni, pensieri, permettere la comprensione di sé e degli altri: risulta quindi centrale per la comunicazione umana. Ciascun individuo grazie allo sviluppo di questa capacità può fare esperienza della qualità agente della propria mente e riconoscere l'esistenza e l'importanza degli stati mentali propri e degli altri. Tale funzione psicologica è un processo rappresentazionale perché si deve immaginare quello che gli altri potrebbero pensare o provare; richiede quindi un sistema di rappresentazione degli stati mentali. Assume due forme: una consiste sostanzialmente in una reazione emotiva immediata. Si parla in questo caso di mentalizzazione implicita, caratterizzata dall'attivazione di processi di natura non verbale, procedurali, inconsci ovvero non oggetto di riflessione. Un esempio è dato dal rispecchiamento emotivo, che consiste nella capacità immediata di riflettere l'emozione che la persona con la quale interagiamo sta provando. Accanto alla mentalizzazione implicita ne riconosciamo un'altra, quella esplicita caratterizzata da un'azione volontaria, deliberata e consapevole, quindi oggetto di riflessione. Ne costituisce un esempio l'interpretazione, tecnica molto utilizzata in psicoterapia attraverso la quale si cerca di comprendere e attribuire significato ai comportamenti.

La funzione riflessiva si definisce anche come costrutto intrinsecamente sociale. Gli esseri umani, costretti costantemente a interagire con altri, prestano attenzione, sia volontariamente che automaticamente agli stati mentali di coloro con cui entrano in contatto sia in senso fisico che psicologico. Ci troviamo così di fronte a un processo di apprendimento costante (anche se con una predisposizione ereditaria) che ha la sua origine nel momento in cui veniamo al mondo ed entriamo in contatto con altre menti. Acquisire questa capacità è, quindi, un obiettivo evolutivo ampiamente favorito da un contesto relazionale favorevole. La teoria dell'attaccamento e tutte le conoscenze che derivano da studi in questo settore si pongono come una cornice teorica che sostiene l'importanza dello sviluppo di un attaccamento sicuro per costruire e implementare la capacità riflessiva (Main, 1991; Main ed Hesse, 1992; Meins *et al.*, 2002; Fonagy e Target, 2000; Lyons-Ruth e Jacobovitz 1999, 2008; Liotti e Monticelli, 2008; Fonagy e Bateman, 2006; Bateman e Fonagy, 2006).

Possiamo, quindi, definire la mentalizzazione come quel processo mentale attraverso cui un individuo interpreta, implicitamente ed esplicitamente, le azioni proprie e degli altri come aventi un significato sulla base di stati mentali intenzionali come i bisogni, i desideri, i sentimenti, le credenze e le motivazioni personali (Bateman e Fonagy, 2006). Questo processo mentale non è affatto semplice in quanto soggetto a una complessità intrinseca dettata dalla caratteristica della mente stessa, ovvero l'*opacità*. Sentimenti, desideri, credenze e motivazioni sia proprie che altrui sono, per natura, opachi sia al soggetto che le vive che a coloro che gli stanno accanto. Possono essere nascosti, difficili da decifrare e quindi le valutazioni su questi possono essere soggette a errore. Come affermano gli autori, non ci si può mai comprendere l'un l'altro fino in fondo in quanto le menti sono, per natura, opache e separate.

Assumere una posizione mentalizzante quindi significa essere disposti a costruire e ricostruire costantemente ipotesi sia sulla propria mente che su quelle altrui, modificando e rivedendo così le proprie valutazioni e interpretazioni. Una posizione, questa, molto simile al lavoro scientifico così come descritto da Karl Popper, in cui il processo di messa alla prova delle proprie tesi consiste nel cercarne gli elementi che le confutino (Popper, 1934). Acquisire questo atteggiamento permette automatici cambiamenti nel modo di pensare e vedere la realtà, ovvero modifica credenze, desideri, pensieri solo attraverso l'osservazione di possibilità alternative. Questo viene esaltato nel trattamento MBT in cui il paziente viene continuamente spronato a cercare e costruire visioni alternative della realtà senza mettere in discussione credenze e pensieri disfunzionali, come invece avviene nella ristrutturazione cognitiva. Il paziente viene così allenato a una costante riflessione sui propri e altrui stati mentali considerando visioni alternative; la nascita di nuovi desideri e credenze appare la naturale conseguenza di questo processo.

L'importanza di assumere costantemente, in ogni interazione, una posizione curiosa ovvero un atteggiamento pervasivo di ricerca e comprensione diventa sia un punto di partenza che un obiettivo, in quanto rappresenta l'elemento chiave per esplorare visioni alternative. Tale atteggiamento viene chiamato "la posizione del non sapere" e assume una particolare rilevanza nel trattamento del paziente con

BPD. A questo verrà posta particolare attenzione nella sezione dedicata al trattamento.

Per concludere possiamo dire che lavorare sulla mentalizzazione significa costruire un dialogo, basato su ipotesi e continue falsificazioni, sugli stati mentali propri e altrui, caratterizzato dall'emergere di risposte inattese che esigono una costruzione nuova e originale relativa ai sentimenti o ai pensieri di qualcun altro. È un dialogo quindi che non deve tener conto dei preconfezionamenti e che privilegia il processo piuttosto che i contenuti.

2. Il paradigma della mentalizzazione

Per poter comprendere pienamente il processo della mentalizzazione è necessario far riferimento ad alcune teorie e aree di studio, prima fra tutte la teoria dell'attaccamento, in quanto strettamente connessa allo studio dell'evoluzione dell'essere umano. La comprensione di come avviene lo sviluppo normale nell'uomo rappresenta per la MBT il punto di partenza per comprendere la patogenesi del Disturbo Borderline di Personalità.

La piena conoscenza di sé come agente psichico, cioè come persona dotata di pensieri, desideri e motivazioni, è il risultato di un complesso processo evolutivo che inizia con le prime relazioni di attaccamento e si origina dall'esperienza di essere percepito dagli altri come soggetto dotato di pensieri e sentimenti.

Gli autori accolgono le idee originarie di J. Bowlby (1973, 1988) secondo cui le esperienze precoci con i *caregivers* agiscono da organizzatrici per le successive relazioni di attaccamento. Per attaccamento intendiamo un "sistema motivazionale a base innata caratterizzato dalla disposizione a cercare cura aiuto e conforto da un membro del proprio gruppo sociale quando si verifica una situazione di pericolo, di solitudine o di dolore fisico o mentale e questo è parte dell'eredità biologica di ogni essere umano" (Liotti, 2005, p. 20).

Durante le interazioni di attaccamento si formano le prime rappresentazioni di sé-con-l'altro chiamate da Bowlby *Internal Working Models* (IWM) o *Modelli Operativi Interni* (MOI); il risultato evolutivo di queste è la creazione di un sistema di elaborazione del Sé in

termini di credenze, desideri, intenzioni e convinzioni che derivano da schemi ricorrenti presenti nelle interazioni trascorse. Il bambino impara così a utilizzare questo sistema di rappresentazioni per predire il proprio e l'altrui comportamento.

Gli autori riprendono il concetto di MOI differenziandolo da quello di “funzione interpretativa interpersonale” con cui si intende una modalità di elaborazione di nuove esperienze grazie al risultato di complessi processi psicologici che si originano dalle prime interazioni con il *caregiver* che comprendono anche (ma non solo) le rappresentazioni di esperienze di interazione.

Affinché un soggetto possa esercitare la funzione interpretativa interpersonale deve possedere un sistema di rappresentazione simbolica degli stati mentali e deve poter attivare selettivamente stati interni coerenti con le intenzioni. L'attaccamento è una condizione necessaria per sviluppare questa capacità. La regolazione emotiva, la configurazione dei meccanismi attentivi e lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione sono tutti elementi costitutivi di questa funzione, in quanto la loro sinergia garantisce la possibilità di interagire collaborativamente con gli altri pensandoli come dotati di intenzionalità.

Fallimenti importanti nelle prime relazioni sono, da anni, oggetto di studio di coloro che si occupano di attaccamento. Particolare attenzione è stata data all'attaccamento disorganizzato così definito la prima volta da Main e Solomon (1896) per descrivere le diverse manifestazioni di comportamenti contraddittori e incoerenti alla *strange situation* di Ainsworth. Questi bambini mancano di un orientamento strategico e di coerenza, presentando così una strategia inefficace di *coping*. Questo tipo di attaccamento emerge all'interno di una relazione e non dipende da caratteristiche innate (Lyons-Ruth e Jacobovitz 1999, 2008) Lo studio dell'attaccamento disorganizzato negli ultimi anni ha assunto particolare rilevanza per i collegamenti tra questa modalità di relazione ed esiti psicopatologici nell'età adulta. La presenza di quest'ultimo correla infatti con l'insorgenza di comportamenti autolesivi, tendenza alla dissociazione, condotte aggressive e potenzialmente violente e rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza del BPD (Liotti, 2009; Lyons-Ruth e Jacobovitz, 2008; Liotti e Pasquini, 2000; Sroufe, 1997; Paris, 2005).

Blocchi e fallimenti evolutivi indotti da problematiche nell'area

dell'attaccamento sarebbero strettamente connessi a fallimenti della mentalizzazione tipici della patologia borderline (Prunetti *et al.*, 2008; Fonagy e Target 1999; Bateman e Fonagy 2004, 2006) come meglio verrà dettagliato nei prossimi capitoli.

Un ulteriore vantaggio evolutivo offerto dall'attaccamento negli esseri umani consiste nell'opportunità di sviluppare un'intelligenza sociale e un'attribuzione di significato: gli autori sostengono infatti che "l'attaccamento stimola lo sviluppo cognitivo" (Bateman e Fonagy, 2004 p. 72 trad. it.). Problematiche nell'ambito delle relazioni di attaccamento, come nel caso di pazienti borderline, possono compromettere lo sviluppo ottimale di strutture cerebrali indispensabili per la regolazione dell'*arousal* affettivo e per il processo della mentalizzazione. Ci troviamo, quindi, di fronte a circoli viziosi in cui l'*iperarousal* affettivo, il fallimento della mentalizzazione e la disorganizzazione dell'attaccamento si intrecciano con conseguenze estremamente dannose.

Gli autori cercano, così, di tracciare un ponte tra la ricerca in campo neurobiologico, l'attaccamento e la mentalizzazione.

Anomalie neurobiologiche sia di carattere morfostrutturale che di funzioni cerebrali inerenti la patologia borderline sono state descritte in pazienti con disturbo borderline (McCloskey *et al.*, 2005). Un particolare interesse rivestono la corteccia prefrontale, l'amigdala e l'ippocampo. Facendo riferimento a un'ampia letteratura presente nel settore è possibile affermare che "la mentalizzazione dipende da un livello ottimale dell'attivazione che sollecita il funzionamento della corteccia prefrontale" (Bateman e Fonagy, 2004, p. 100 trad. it.) particolarmente coinvolta nel BPD in quanto responsabile della regolazione delle relazioni interpersonali, della cooperazione sociale, del discontrollo degli impulsi (Brambilla *et al.*, 2005; Chanen *et al.*, 2008; Leichsenring e Rabung, 2011; Rossi *et al.*, *in press*). Gunderson infatti parla di "*good prognosis in brain disease*" (Gunderson, 2009).

Nei soggetti con patologia borderline quando l'attivazione emotiva supera una certa soglia è come se si attivasse un interruttore neurochimico responsabile di una risposta di tipo attacco-fuga piuttosto che una modalità esecutiva di risposta riflessiva. L'attivazione emotiva è, solitamente, connessa all'area interpersonale. Soggetti con sto-

rie evolutive caratterizzate da problematiche inerenti l'area dell'attaccamento sono più sensibili alle relazioni interpersonali intime, che vivono come pericolose e minacciose a causa dei primi rapporti vissuti con il *caregiver*. Ne consegue che la vicinanza emotiva viene immediatamente percepita come potenziale pericolo e quindi vengono attivate modalità di reazione e sistemi più primitivi deputati alla difesa. L'elevata attivazione emotiva non viene, quindi, gestita in modo riflessivo attraverso la corteccia prefrontale ma si trasferisce alle regioni posteriori della corteccia, producendo risposte tipo attacco-fuga con conseguente blocco della capacità riflessiva (Prunetti *et al.*, 2008; Gilbert, 1995; Liotti e Farina, 2011). Studi di visualizzazione funzionale cerebrale hanno suggerito che quando il sistema di attaccamento è attivato le aree cerebrali associate al giudizio sociale e alla mentalizzazione vengono inibite (Bartels e Zeki 2000, 2004).

Altre strutture neurali sottese alla mentalizzazione sono quelle ippocampali implicate nella memoria autobiografica. Alterazioni sia funzionali che morfologiche dell'ippocampo e dell'amigdala sono state descritte in pazienti BPD (Herpertz *et al.*, 2001; Chanen *et al.*, 2008; Nunes *et al.*, 200; Schmahl *et al.*, 2009).

Recenti dati sempre in campo neurobiologico riscontrano la presenza di alterazioni a carico del sistema degli oppioidi e questo sembra essere particolarmente correlato ai comportamenti autolesivi (Prossin *et al.*, 2010). La sensazione immediata di rilassamento e calma che fa seguito a comportamenti auto mutilanti, ben descritte dai pazienti, è il risultato del rilascio di endorfine ed è proprio questo che, analogamente a quanto avviene nei casi di dipendenza da sostanze, produce una richiesta in aumento simile al fenomeno della tolleranza.