

# Psychopathology and adaptation to environment: Fonagy model compared to Weiss model

## Psicopatologia e adattamento all'ambiente: il modello di Fonagy e il modello di Weiss a confronto

Emma De Luca<sup>a</sup>, Martina Rodomonti<sup>a</sup>, Francesco Gazzillo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Department of Dynamic and Clinical Psychology, Sapienza, University of Rome*

### Abstract

In the recent transition of Fonagy and collaborators' thinking, psychopathology results from a lack of resilience which, in turn, results from a lack of epistemic trust, which is an adaptive consequence of the early social learning environment and leads to limitations in the capacity to mentalize and properly evaluate interpersonal situations. The possibility to read psychopathology as the adaptation of the child to traumatic environment is indeed the core of the Control-Mastery Theory (CMT). According to CMT, the child is "wired" from birth to adapt to his reality; to this aim, starting from what he learns from the caregivers, he constructs, by inference from experience, a system of beliefs, more or less reliable, on himself, others, and his social world. Some of these beliefs are pathogenic when they associate an internal (feeling of shame or guilt) or external (departure or loss of the caregiver) danger to the achievement of a healthy and realistic goal. Once again, psychopathology results from an adaptation to traumatic experiences in childhood, but, in this case, the adaptation is mediated by a system of beliefs and, so, by the extreme trust that the child has in his caregivers.

### Riassunto

Nella recente revisione del modello di Fonagy e collaboratori, la psicopatologia, intesa come assenza di resilienza, sarebbe l'esito di una sfiducia epistemica che si sviluppa per ragioni adattive all'interno di ambienti sociali traumatici in cui il bambino non può fare affidamento sulle comunicazioni interpersonali che provengono dai propri caregiver. Questa sfiducia comporta un'incapacità di mentalizzare e di valutare in maniera adeguata le situazioni interpersonali. La possibilità di leggere la psicopatologia come esito di un adattamento infantile ad ambienti traumatici rappresenta, d'altra parte, il nucleo della Control-Mastery Theory (CMT). Secondo la CMT, il bambino è fin da subito portato ad adattarsi alla propria realtà; a tal fine, e prevalentemente in base a quello che gli viene trasmesso in maniera più o meno diretta dai caregiver, sviluppa una serie di credenze affidabili su se stesso, gli altri e il proprio mondo interpersonale. Alcune di queste credenze, definite patogene, associano il raggiungimento di un obiettivo sano e realistico a un pericolo interno (sentimenti di vergogna o colpa) o esterno (allontanamento o perdita dei propri cari). Anche in questo caso, dunque, la psicopatologia sarebbe l'esito di un adattamento a un contesto traumatico, adattamento mediato, però, da una serie di credenze, più o meno inconsce e alla fiducia estrema che il bambino ripone nei propri genitori.

Key-words: Control-Mastery Theory, adaptation, psychopathology, resilience, epistemic trust, mentalization

Parole chiave: Control-Mastery Theory, adattamento, psicopatologia, resilienza, fiducia epistemica, mentalizzazione

### ***Corresponding author***

Emma De Luca

Department of Dynamic and Clinical Psychology, Sapienza, University of Rome

Via degli Apuli 1, 00181, Roma.

e-mail: [emma.deluc@gmail.com](mailto:emma.deluc@gmail.com)

## Introduzione

Recentemente, Fonagy e collaboratori (Fonagy et al., 2015; 2017 a, b) hanno proposto una revisione del loro modello della psicopatologia e, in particolare, dei disturbi di personalità, cercando di integrare il ruolo centrale della mentalizzazione e della fiducia epistemica, da loro ipotizzato, con le nuove scoperte sulla psicopatologia adulta e infantile (Caspi et al., 2014) e il concetto di resilienza (Kalisch et al., 2015). Il modello che ne risulta, se pur con le dovute differenze, presenta diversi aspetti in comune con la prospettiva della Control-Mastery Theory (CMT; Weiss, 1993; Gazzillo, 2016); in particolare, questi due modelli condividono la lettura della psicopatologia come esito di un adattamento evolutivo a ambienti sociali precoci traumatici. L'obiettivo di questo lavoro è quello di illustrare il nuovo modello proposto dal gruppo di Fonagy sottolineando aspetti di convergenza e divergenza con la CMT e con i dati provenienti da altre prospettive.

### Adattamento all'ambiente e fiducia epistemica: un modello in evoluzione

Il modello originale di Fonagy e collaboratori (Fonagy et al. 2001) prevede che, alla base dello sviluppo dei quadri borderline, vi siano esperienze di traumi e abusi da parte dei caregiver che, interagendo con dei fattori di vulnerabilità del piccolo, impedirebbero al bambino di sviluppare un'adeguata capacità di mentalizzazione; il pericolo suscitato dalla possibilità di leggere nella mente dei caregiver abusanti desideri e sentimenti ostili e inquietanti porterebbe infatti il bambino a un rifiuto di "immaginare" i pensieri delle proprie figure di attaccamento. All'interno di uno sviluppo normale, le esperienze di angoscia del bambino verrebbero accolte e "rispecchiate" dai caregiver, che la restituirebbero al figlio dopo averle modulate e rese pensabili. In questo modo, il bambino imparerebbe a conoscere e a dare un senso alla propria esperienza. Questo rispecchiamento materno (Fonagy et al. 2002), però, per essere ottimale non deve essere né troppo *contingente* (il caregiver non deve mostrare emozioni troppo simili a quelle del bambino) né troppo *caratterizzato* (in questo caso, le emozioni mostrate dal caregiver si rivelerebbero troppo diverse da quelle comunicate dal piccolo). Nel primo caso, le emozioni del piccolo non perderebbero la loro carica angosciante, nel secondo l'esperienza del bambino ne risulterebbe sottovalutata e non compresa. In presenza di esperienze di abuso e maltrattamento intrafamiliare, i contenuti mentali del *caregiver* possano poi risultare eccessivamente pericolosi per il bambino, sia a causa dei sentimenti di odio e ostilità diretti al bambino, sia per l'immagine di sé che il bambino vi trova riflessa, l'immagine di una persona non degna di amore e di accudimento. L'unica soluzione può essere allora quella di inibire lo sviluppo della propria capacità di mentalizzazione e rifuggire dalla comprensione dei pensieri altrui. La scarsa empatia e la superficialità che spesso dimostrano i pazienti borderline nelle proprie relazioni, così come l'instabilità del senso del sé e i cronici sentimenti di vuoto ad essa associati, potrebbero dunque essere letti come conseguenze di un'inibizione della funzione riflessiva, con il permanere o il riemergere di modalità pre-mentalistiche di esperienza o la presenza di manifestazioni di ipermentalizzazione (Fonagy et al. 2017). Negli ultimi anni, però, questo modello ha subito delle modifiche che cercano di integrare le nuove scoperte sulla psicopatologia e il concetto di resilienza.

In accordo con il lavoro di Caspi e colleghi (2014), Fonagy e collaboratori sostengono l'esistenza di un fattore generale (*fattore p*) che sottende una vulnerabilità a sviluppare le diverse forme di psicopatologia (Del Giudice, 2016). Caspi e collaboratori hanno riscontrato che individui che possedevano alti punteggi nelle scale del fattore p sperimentavano difficoltà nella regolazione/controllo rispetto a sé, agli altri e all'ambiente. Questo profilo sembra cogliere il cuore del disturbo borderline di personalità (BPD)<sup>1</sup>, che può essere quindi considerato come disturbo prototipico.

Fonagy e collaboratori ipotizzano che questo fattore p possa essere assimilato a quella mancanza di *resilienza* teorizzata da Kalisch e colleghi (2015), ossia l'assenza di meccanismi di "ri-valutazione positiva" a posteriori delle circostanze avverse. La resilienza sarebbe quindi la capacità di valutare in modo appropriato una situazione e di monitorare l'ambiente sociale esterno e le unità di processamento del funzionamento interno così da predisporre una risposta emotiva adeguata alla situazione.

Kalisch descrive tre meccanismi che si trovano alla base della resilienza:

---

<sup>1</sup> Diversi studi mostrano come la probabilità che si sviluppi un disturbo borderline di personalità dipenda dall'interazione tra fattori ambientali e genetici (Uher et al. 2014).

1. *classificazione positiva della situazione*: si riferisce alla valutazione immediata di una situazione da parte dell'individuo e al processo di generazione del significato della stessa;
2. *rivalutazione retrospettiva della minaccia*: si riferisce alla capacità di rielaborare a posteriori uno stimolo o una situazione minacciosa in modo flessibile;
3. *inibizione dei triggers traumatici*: si riferisce alla capacità di inibire sensazioni negative associate allo stimolo-minaccia che possono essere sperimentate, ad esempio, al ricordo di un evento traumatico.

Questi tre meccanismi, secondo Fonagy, sono a loro volta associati alla capacità di mentalizzare, cioè di comprendere se stessi e gli altri in termini di stati mentali (Bateman, Fonagy, 2004), capacità spesso compromessa nei soggetti con BPD. Diversi studi mostrano come soggetti con BPD presentino limitazioni nella capacità di valutare positivamente le situazioni (Unoka et al. 2011). Una mentalizzazione automatica e prerafflessiva li porta infatti a leggere e valutare le intenzioni altrui in maniera rapida e frettolosa ed è connessa a un'ipersensibilità alle espressioni del volto e alle comunicazioni non verbali (Lynch et al. 2006). La difficoltà a valutare in modo corretto l'esperienza favorisce un deficit nella capacità di autoregolazione e rende dunque queste persone più vulnerabili a dolorose tempeste emotive. Allo stesso modo, l'incapacità dei pazienti borderline di mentalizzare in modo adeguato le esperienze o le relazioni interpersonali può comportare notevoli difficoltà in una rivalutazione retrospettiva più funzionale delle esperienze avverse. Infine, individui con BPD possono presentare notevoli difficoltà nell'inibire le risposte automatiche generate da triggers traumatici.

La traumaticità di un evento risiede peraltro in buona parte nell'impossibilità di dividerne il significato con altre persone, e nel sentimento di sopraffazione e solitudine con cui l'individuo si trova a vivere il trauma (Allen, 2013). L'incapacità di inibire le risposte automatiche ai triggers traumatici favorisce una maggiore vulnerabilità verso individui o situazioni che ricordano l'evento traumatico e che, automaticamente, finiscono per rappresentare una nuova minaccia. D'altra parte, l'ipervigilanza con cui questi pazienti si rapportano alle nuove esperienze, l'incapacità di contestualizzare l'evento traumatico e di inibire le risposte automatiche ai triggers minacciosi può avere un valore adattivo in contesti interpersonali caratterizzati da violenza, imprevedibilità e mancanza di sintonizzazione affettiva. Quello che sembra essere un comportamento disfunzionale può quindi rappresentare una soluzione adattiva a contesti traumatici.

Ma, facendo un passo indietro, come possiamo spiegare quest'incapacità di valutare le situazioni sociali stressanti che incide negativamente sulla resilienza?

Per rispondere a tale quesito, Fonagy e collaboratori si rifanno al concetto di *fiducia epistemica*. La teoria della fiducia epistemica postula che il bambino è istintivamente predisposto a essere recettivo alle comunicazioni sociali dei caregiver, in modo tale da apprendere le conoscenze sociali di base da coloro che sono più esperti di lui. Apprendere delle conoscenze sul mondo interpersonale presuppone che queste conoscenze siano reputate dal soggetto rilevanti, significative e socialmente generalizzabili. Questo tipo di apprendimento è facilitato da una serie di *comunicazioni ostensive* che passano tra il bambino e il suo caregiver, e che rendono i contenuti trasmessi da quest'ultimo significativi. Il sorriso sociale, il contatto oculare, l'utilizzo di un particolare tono di voce e l'essere chiamato per nome rappresentano una serie di segnali che comunicano al bambino l'affidabilità del comunicatore e facilitano il passaggio di conoscenze tra i due membri della coppia (Csibra et al. 2011). Le sue implicazioni sono profondamente psicologiche e relazionali in quanto la fiducia epistemica permette di distinguere in modo rapido e preciso quello che è da considerare valido e affidabile da quello che non lo è.

Il gruppo di Fonagy sostiene che, all'interno di contesti evolutivi problematici, si viene a creare una menomazione della fiducia epistemica e uno stato di vigilanza o di chiusura ai segnali sociali che può risultare adattivo. Esperienze con caregiver maltrattanti, trascuranti, imprevedibili o ostili possono minare "adattivamente" la fiducia epistemica e comportare un deficit di mentalizzazione nei bambini. L'ipervigilanza epistemica può comportare una sovra-interpretazione dei segnali e delle motivazioni altrui che può prendere la forma di un'ipermentalizzazione o pseudomentalizzazione in cui il ricevente interpreta le intenzioni altrui in modo errato, attribuendovi motivazioni malevole. La conseguenza di questa "sfiducia epistemica" è l'incapacità di modificare le credenze riguardo al mondo in risposta alle comunicazioni sociali. Tale difficoltà risulta rilevante anche all'interno del contesto terapeutico in cui, la

possibilità di affidarsi e di prendere in considerazione aspetti diversi della propria esperienza viene seriamente compromessa. Le informazioni ricevute dal clinico, nella migliore delle ipotesi, non sono considerate rilevanti né generalizzabili ad altri contesti al di fuori della terapia.

Quanto esposto finora rende evidente come l'attaccamento del bambino ai caregiver rappresenti, in questa revisione del modello, solo uno dei diversi fattori significativi per lo sviluppo di un disturbo di personalità. La fiducia epistemica, infatti, possiede maggiori probabilità di svilupparsi in presenza delle cure genitoriali sensibili e responsive tipiche dell'attaccamento sicuro, che favorirebbero la condivisione dei segnali sociali sopracitati tra madre e bambino. *“La sfiducia epistemica potrebbe in parte avere le sue radici in esperienze di attaccamento disturbate, ma, in ultima analisi, si tratta di un disturbo di comunicazione sociale o apprendimento sociale”* (Fonagy et al. 2017 b, p.5).

In sintesi, l'incontro tra fattori genetici e ambiente traumatico compromettere lo sviluppo della fiducia epistemica e della mentalizzazione come misure di adattamento, e la compromissione di questi due fattori renderebbe queste persone meno resilienti e più portate a sviluppare patologie psichiche.

### **Motivazioni prosociali e adattamento a contesti traumatici: la prospettiva della Control-Mastery Theory**

La CMT è una teoria psicodinamico-cognitiva di natura relazionale del funzionamento mentale e della psicoterapia che nasce dalle osservazioni cliniche di Joseph Weiss (1993) ed è stata empiricamente validata dal San Francisco Psychotherapy Research Group (Weiss et al. 1986). La CMT sostiene che, fin dall'inizio, l'essere umano è guidato dallo sforzo di adattarsi alla realtà, in particolar modo a quella interpersonale. A tale scopo, il bambino ha bisogno di costruirsi una serie di conoscenze affidabili su se stesso, su gli altri e sul proprio mondo interpersonale. All'inizio della vita il bambino è completamente dipendente dai propri genitori, per sopravvivere ha bisogno che questi lo amino, lo curino, lo proteggano e siano felici con lui. I genitori sono la massima fonte di sicurezza e autorità. Le conoscenze che il bambino sviluppa, che la CMT definisce “credenze”, si sviluppano quindi a partire da quello che i genitori fanno e dicono, da ciò che stabiliscono essere giusto e sbagliato e dall'idea che hanno di se stessi, del bambino e del mondo. Esse sono inoltre influenzate dall'immatùrità cognitiva ed emotiva del piccolo, e dalla visione parziale del mondo che deriva dalla sua mancanza di esperienza. Queste caratteristiche, insieme alla capacità di provare empatia e alla precoce tendenza a prendersi cura delle persone amate, spiegano perché un bambino tenda a sentirsi in colpa quando un genitore manifesta, consciamente o inconsciamente, dolore e disapprovazione per i suoi sentimenti, atteggiamenti e comportamenti.

Secondo la CMT, dunque, anche le credenze patogene, cioè le credenze che sono alla base dei problemi psichici, nascono come tentativo di adattarsi a una realtà traumatica in cui il raggiungimento di obiettivi sani e piacevoli è vissuto come pericoloso. La psicopatologia può dunque essere letta come espressione di credenze e schemi patogeni che hanno favorito l'adattamento dell'individuo a un ambiente primario traumatico, ma che si rivelano disadattive al mutare delle circostanze.

Quando giunge in terapia il paziente è spinto da una motivazione adattiva e da un piano teso a disconfermare le proprie credenze patogene, raggiungere obiettivi sani e piacevoli e padroneggiare i propri traumi. Ma, poiché le credenze patogene hanno finora rappresentato l'unica realtà affidabile per il paziente la loro disconferma può rivelarsi oltremodo difficoltosa e associarsi a dolorosi vissuti di colpa, paura e vergogna.

Per disconfermare le proprie credenze patogene il paziente ha quindi bisogno di sentirsi sufficientemente al sicuro nella relazione con il terapeuta così da poter rinunciare alle antiche credenze in favore di nuove, più adattive. La modalità privilegiata con cui il paziente mette alla prova le proprie credenze patogene consiste nel testarle all'interno della relazione terapeutica. Questi test hanno l'obiettivo di disconfermare le credenze patogene cercando una risposta del terapeuta che sia diversa da quella dei genitori traumatizzanti e dalle strategie relazionali adottate dal paziente nell'interazione con loro.

### **Convergenze e divergenze tra i due modelli**

Il modello proposto da Fonagy e quello della CMT condividono l'assunto di un bambino competente e attivo sin dalla nascita, predisposto a rispondere selettivamente a eventi esterni di

carattere sociale e l'idea che le manifestazioni psicopatologiche siano l'esito dell'adattamento evolutivo a un ambiente primario traumatico.

Come abbiamo visto, secondo il modello di Fonagy, nelle interazioni primarie, in particolar modo quelle caratterizzate da attaccamento sicuro, il bambino sviluppa una fiducia epistemica verso le figure di accudimento da cui ricava le informazioni utili a muoversi all'interno del proprio ambiente interpersonale e a interpretare la propria realtà circostante. Queste informazioni diventano stabili e generalizzabili poiché si fondano sulla fiducia epistemica che il bambino ripone negli adulti, fiducia mantenuta da una serie di segnali pro-sociali che caratterizzano l'interazione tra genitore e bambino sin dai primi mesi di vita. La fiducia epistemica che il bambino ripone nell'adulto favorisce lo sviluppo di una capacità di mentalizzazione adeguata. Queste caratteristiche dello sviluppo infantile rappresentano un fattore di resilienza per l'individuo che, potendo fare affidamento alle comunicazioni sociali che provengono dall'ambiente, sarà in grado di classificare in modo adeguato le situazioni, rivalutare retrospettivamente le esperienze traumatiche, inibire la risposta automatica ai trigger traumatici. La psicopatologia sarebbe l'esito di una sfiducia epistemica che si sviluppa per ragioni adattive all'interno di ambienti sociali traumatici in cui il bambino non può fare affidamento sulle comunicazioni interpersonali che provengono dai propri caregiver.

Allo stesso modo, la CMT sostiene che il bambino sia fin dall'inizio predisposto ad adattarsi al proprio ambiente interpersonale dal quale ricava una serie di conoscenze affidabili per interpretare e muoversi all'interno del mondo sociale e per costruirsi una serie di rappresentazioni affidabili su se stesso e gli altri. Poiché, nel corso dei primi anni di vita il bambino è completamente dipendente dall'adulto per quanto riguarda la propria sopravvivenza, i caregiver sono la massima fonte di autorità a cui il bambino si affida per capire quello che è giusto e quello che è sbagliato, quello che può essere fatto o detto e quello che invece deve taciuto o inibito. Il terrore di perdere il legame con le figure di accudimento primario o di farle soffrire porta inoltre il bambino a vivere con forti vissuti di colpa o vergogna tutto quello che direttamente o indirettamente può arrecare loro sofferenza o può mettere in crisi il loro amore per lui, e quindi mettere a repentaglio il legame con loro. Alcune di queste credenze possono dunque diventare patogene se associano il raggiungimento di un obiettivo sano e piacevole a un pericolo interno (vissuti di colpa o vergogna) o esterno (perdita della relazione primaria). Anche in questo caso, la psicopatologia può essere letta come l'esito dell'adattamento a un contesto sociale traumatico, ma si tratta di un esito mediato da credenze patogene.

Quanto detto finora riguardo le caratteristiche del bambino e lo sviluppo della psicopatologia è inoltre in accordo con i dati provenienti dall'Infant Research (Stern, 1987; Tronick, 1989; Beebe, Lachmann, 2003) e con le evidenze emerse utilizzando nuove tecniche di osservazione diretta della famiglia (Fivaz-Depeursinge et al. 2005) che hanno reso possibile dimostrare l'influenza dei fattori familiari sullo sviluppo del bambino indicandone la relazione con le traiettorie evolutive funzionali e disfunzionali (Favez et al. 2006). L'osservazione della famiglia ha evidenziato, in particolare, le precoci competenze sociali del bambino nel contesto delle interazioni del gruppo familiare (Mazzoni et al. 2013). Partendo dall'idea di un'*intersoggettività innata*, definita negli anni 70 (Trevarthen, 1979, 2001; Bateson, 1979; Stern, 1977) come la capacità del bambino di entrare in relazione con gli stati soggettivi dell'altro, è possibile comprendere l'ipotesi, promossa dal Gruppo di Losanna, dell'esistenza di "*programmi triangolari*" innati volti a una forma di *intersoggettività collettiva* che sarebbe alla base della capacità dei bambini di soli 3-4 mesi di comunicare simultaneamente con padre e madre (Fivaz-Depeursinge et al. 2010). La tesi proposta dagli autori è in linea con la concezione di Stern (2004) dell'intersoggettività, come processo finalizzato a dare un senso di appartenenza e che conferisce vantaggio alla sopravvivenza promuovendo e rafforzando la comunicazione all'interno del gruppo. Se il lavoro di Fonagy e collaboratori rimanda esplicitamente a tali ricerche per poi elaborare un contributo autonomo, la CMT, sebbene non si basi sugli studi dell'Infant Research, nel corso degli anni ha trovato in queste ricerche dati fondamentali a che sostengono e contribuiscono a rifinire le sue ipotesi sullo sviluppo infantile.

Da un punto di vista evolucionistico, peraltro, le maggiori sfide della specie umana ci hanno visto coinvolti in piccoli e grandi gruppi ai quali risultava essenziale adattarsi per poter sopravvivere e riprodursi. Sappiamo che fin da subito l'uomo è predisposto a condividere con gli altri intenzioni,

sentimenti, desideri e obiettivi (Tomasello et. al. 2005) e ad analizzare il comportamento altrui in termini di intenzioni e azioni (Carpenter et al. 1998). Questo risulta adattivo in quanto ci permette di sopravvivere e riprodurci in contesti gruppali. È un modo facile e rapido per poter agire nel nostro ambiente e poterci adattare ad esso senza dover continuamente aggiornare la nostra conoscenza del mondo.

Nonostante le similitudini esposte si può però ravvisare una profonda differenza tra i due modelli. Se da una parte, infatti, Fonagy e colleghi sostengono che le difficoltà dei pazienti derivino dalla sfiducia che il bambino nutre nei confronti delle altre persone e quindi dall'impossibilità di fare affidamento alle comunicazioni provenienti dal contesto sociale, secondo la CMT è proprio in virtù della fiducia estrema che il bambino ripone nei propri caregiver e della volontà di non ferirli che il soggetto sviluppa delle credenze patogene che lo portano a interpretare i dati della realtà secondo quello che ha appreso da bambino. È proprio l'impossibilità di modificare queste credenze che porta queste persone a sviluppare inibizioni e sintomi. In assenza di esperienze relazionali alternative, un bambino trascurato o maltratto, prima di perdere la fiducia nei propri genitori, perde la fiducia in se stesso e inizia a credere di non meritare, e quindi di non potersi aspettare, niente di meglio dagli altri.

Un'ulteriore similitudine tra i due modelli si può invece riscontrare nelle loro implicazioni cliniche. In accordo con quanto sostenuto da altri studiosi (BCPSG, 2005), tanto Fonagy quanto la CMT sostengono infatti che le psicoterapie basate sulla comunicazione verbale esplicita in genere non siano sufficienti ad aiutare i pazienti con questo tipo di problematiche.

Nel primo caso, gli autori asseriscono che la sfiducia epistemica mina la possibilità di modificare le proprie credenze in risposta alle comunicazioni sociali producendo una difficoltà nel contesto terapeutico in quanto, sebbene il paziente possa ascoltare e capire le comunicazioni dell'analista, non è in grado di recepirle come veritiere né di generalizzarle al contesto interpersonale più ampio. La possibilità di favorire nel paziente una "riapertura alla fiducia epistemica" rappresenta la forza motrice del cambiamento terapeutico e il cuore di tutti i trattamenti efficaci. Gli autori propongono un processo che si compone di tre stadi che vedono l'interazione tra attaccamento, mentalizzazione e contesto sociale. Il primo stadio consiste nella comunicazione di contenuti da parte dell'analista. L'obiettivo è quello di fornire al paziente la possibilità di abbandonare l'ipervigilanza epistemica che ha caratterizzato le sue relazioni di attaccamento per potersi fidare di quello che viene comunicato all'interno della stanza di terapia. A tal fine, il terapeuta deve saper utilizzare quel tipo di comunicazioni ostensive che, come abbiamo visto, permettono al bambino, e poi al paziente, di accettare i contenuti trasmessi come validi e generalizzabili. Un secondo stadio prevede che l'analista sia in grado di rispecchiare la mente e lo stato emotivo del paziente, così da favorire anche in lui lo sviluppo di una capacità di mentalizzazione adeguata. Infine, l'acquisizione della fiducia epistemica e della capacità di mentalizzare da parte del paziente dovrebbero in un terzo momento permettere a quest'ultimo di affidarsi alle comunicazioni del mondo sociale, distinguendo gli interlocutori affidabili da quelli che non lo sono e abbandonando la rigidità che fino a quel momento ha pervaso le sue relazioni interpersonali. Questa prospettiva, sebbene presenti diversi elementi di validità, non fornisce però al clinico un vero e proprio strumento terapeutico, in particolar modo per quanto riguarda il primo step della terapia. Sembra infatti difficile chiarire come individui fortemente traumatizzati possano riacquistare una fiducia epistemica semplicemente grazie alle comunicazioni ostensive da parte del terapeuta. Inoltre, il modello di Fonagy e collaboratori pone una scarsa enfasi sugli aspetti impliciti, non verbali e, talora, incidentali che possono intervenire a modificare la natura della relazione terapeutica (Boston Change Process Study Group, 2010).

Secondo la CMT, invece, il focus della terapia deve essere centrato sulla disconferma delle credenze patogene che sono alla base delle difficoltà dei pazienti, disconferma che viene portata avanti, in primo luogo, dai pazienti stessi. La CMT arricchisce questo assunto con un elemento innovativo: il cambiamento avviene quando il terapeuta supera i test del paziente disconfermando le credenze patogene su cui di volta in volta lavora. Il paziente, infatti, mette alla prova il terapeuta per vedere se può perseguire i propri obiettivi sani senza sentirsi in pericolo. Superando i test, il terapeuta mostra al paziente che non vi è più motivo di avere paura e che può perseguire i suoi obiettivi sani in tutta sicurezza, senza dunque che si debba sentire abbandonato, svalutato, egoista, colpevole o solo. Il

terapeuta disconferma le credenze patogene del paziente comportandosi in modo differente dai genitori traumatici o mostrando una risposta differente da quella che il paziente ha sviluppato nella relazione con i genitori; così facendo, permette al paziente di riformulare a poco a poco le proprie credenze rispetto al sé e agli altri nella relazione con l'analista.

Infine, una differenza importante riguarda l'area clinica di cui si occupano i due modelli. Mentre il modello di Fonagy si sofferma sulle problematiche di pazienti di area borderline, che mostrano difficoltà a rappresentarsi i propri stati emotivi, in particolare i pazienti borderline, la CMT propone invece un approccio caso-specifico per ogni paziente, i cui problemi non vengono concettualizzati secondo le categorie delle nosografie psichiatriche quando si imposta il loro trattamento. L'impostazione iniziale del trattamento data da Fonagy e colleghi, in cui un ruolo di rilievo è giocato dalle comunicazioni ostensive del clinico, potrebbe costituire una sorta di disconferma della più generale credenza patogena fondata sulla sfiducia epistemica dei pazienti borderline, ma si tratta di una modalità di disconferma non caso-specifica. Viceversa, un trattamento basato sulla CMT mira a identificare e disconfermare le credenze patogene specifiche che il singolo paziente si è formato all'interno delle sue relazioni primarie. D'altra parte, utilizzando le categorie diagnostiche tradizionali, la stessa diagnosi può essere applicata a persone che presentano problemi molto diversi tra loro; solo per fare un esempio, esistono 256 combinazioni di "sintomi" che possono esitare nella diagnosi di disturbo borderline di personalità (Trull, 2007), ed è evidente che ognuno di questi pazienti avrà bisogno di un approccio più o meno diverso da quello di tutti gli altri.

Per concludere, le differenze ravvisabili nelle impostazioni cliniche dei due modelli risentono di quelle già evidenziate nel modello teorico. Se infatti per Fonagy e collaboratori il problema principale consiste in una disattivazione della fiducia epistemica da parte del bambino in contesti fortemente disfunzionali, per la CMT le credenze patogene si basano invece su un tipo di conoscenza in buona parte procedurale, acquisita all'interno di un contesto primario traumatico che, per essere aggiornata, ha dunque bisogno di un tipo di interazione differente da quella traumatica e che aiuti sistematicamente il paziente a disconfermare le proprie credenze patogene.

### **Conclusioni**

L'idea che il bambino sia fin da subito predisposto a entrare in relazione con le proprie figure di riferimento, a formarsi aspettative e rappresentazioni stabili di come funzionano se stessi e gli altri è ormai riconosciuta da diverse discipline e si sostanzia di dati empirici provenienti, in particolare, dagli studi dell'Infant Research. La tendenza innata del piccolo alla condivisione degli stati soggettivi gli permette di costruire un insieme di significati e affetti condivisi che lo orientano nell'interpretazione del mondo e che condizionano le sue risposte agli eventi, a livello comportamentale ed emotivo. La finalità ultima del bambino, sostenuta dalle sue innate capacità sociali e relazionali e dai contenuti condivisi che da esse originano, è quella di adattarsi, prima al contesto primario e poi all'ambiente più ampio. Ma se il contesto primario si presenta traumatico, sempre in virtù dell'imperativo adattivo il bambino dovrà individuare delle credenze e delle strategie per poter sopravvivere in quello specifico ambiente, strategie e credenze che potrebbero condurre alla manifestazione e al successivo mantenimento dei sintomi influenzando negativamente le traiettorie evolutive del bambino e minando lo sviluppo di competenze necessarie a un buon funzionamento cognitivo, emotivo, sociale e comportamentale. In questa ottica, un modello terapeutico adeguato dovrebbe essere in grado di inquadrare la psicopatologia del paziente all'interno dello specifico contesto familiare e sociale nel quale è vissuto e dovrebbe derivare da questa comprensione la modalità di intervento più efficace con quella specifica persona. Insomma, una psicoterapia caso-specifica.

### **Bibliografia**

Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.

Bateman, A. W., Fonagy, P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: psicoterapia con il paziente borderline*. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 2004).

- Bateson, M. C. (1979). The epigenesis of conversational interaction. In M. Bullowa (Ed.), *Before Speech* (pp. 63-77). Cambridge: Cambridge University Press.
- Beebe, B., & Lachmann F. M. (2003). *Infant Research e trattamento degli adulti*. Raffaello Cortina Editore. (Edizione originale pubblicata nel 2002).
- Boston Change Process Study Group (2005). The 'something more' than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729.
- Boston Change Process Study Group (2012). *Il cambiamento in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 2010).
- Carpenter, M., Akhtar, N., & Tomasello, M. (1998). Fourteen-through 18-month-old infants differentially imitate intentional and accidental actions. In *Infant behaviour and development*, 21(2), 315-330.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. In *Science*, 301(5631), 386-389.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders?. In *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137.
- Csibra, G., & Gergely, G. (2011). Natural pedagogy as evolutionary adaptation. In *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 366(1567), 1149-1157.
- Del Giudice, M. (2016). The Life History Model of Psychopathology Explains the Structure of Psychiatric Disorders and the Emergence of the p Factor A Simulation Study. In *Clinical Psychological Science*, 4(2), 299-311.
- Favez, N., Frascarolo, F., Carneiro, C., Montfort, V., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The development of the family alliance from pregnancy to toddlerhood and children outcomes at 18 months. In *Infant and Child Development*, 15 (1), 59-73.
- Fivaz-Depeursinge, E., Favez, N., Lavanchy, S., De Noni, S., & Frascarolo, F. (2005). Four-month-old Make Triangular Bids to Father and Mother During Trilogue Play with Still-face. In *Social Development*, 14 (2), 361-378.
- Fivaz-Depeursinge, E., Lavanchy-Scaiola, C., & Favez, N. (2010). The Young Infant's Triangular Communication in the Family: Access to Threesome Intersubjectivity? Conceptual Considerations and Case Illustrations. *Psychoanalytic Dialogues*: In *The International Journal of Relational Perspectives*, 20 (2), 125-140.
- Fonagy P. & Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2005). *Regolazione affettiva mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina, (Edizione originale pubblicata nel 2002).
- Fonagy, P., & Campbell, C. (2015). Bad blood revisited, Attachment and Psychoanalysis. In *British Journal of Psychotherapy*. 31 (2), 229-250.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. In *Emotion Dysregulation*. 4 (1), 11.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. In *Emotion Dysregulation*. 4 (1), 9.
- Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. In *Behavioural and Brain Sciences*, 38, e92.
- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. In *Emotion*, 6(4), 647.
- Mazzoni, S., Veronesi, C., & Vismara, L. (2013) Coordinare la genitorialità nelle famiglie con un bambino con disturbo dello spettro autistico. In *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 80, (1), 39-60.
- Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton.

- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. In *Behavioural and brain sciences*, 28(05), 675-691.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullock (Ed.), *Before Speech* (pp. 227-270). Cambridge: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. In *J. Child Psychol. Psychiat.* 42 (1), 3-48.
- Tronick, E. (1998). Interactions that effects change in psychotherapy: A model based on infant research. In *Infant Mental Health Journal*, 19(3), pp. 277-353.
- Trull, T. J., Tragesser, S. L., Solhan, M., & Schwartz-Mette, R. (2007). Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 52-56.
- Uher, R., & Weaver, I. C. (2014). Epigenetic traces of childhood maltreatment in peripheral blood: a new strategy to explore gene-environment interactions. *The British Journal of Psychiatry*. 204 (1), 3-5.
- Unoka, Z., Fogd, D., Füzy, M., & Csukly, G. (2011). Misreading the facial signs: specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. In *Psychiatry research*, 189(3), 419-425.
- Weiss, J. (1999). *Come funziona la psicoterapia*. Torino Bollati Boringhieri. (Edizione originale pubblicata nel 1993).
- Weiss, J., Sampson, H., & Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. J. Weiss (Ed.). Guilford Press.