

FUNZIONI METACOGNITIVE, STILI DI ATTACCAMENTO E DIMENSIONI PATOLOGICHE

Uberta Ganucci Cancellieri[°], Giovanna Castaldo[°], Antonia Pitasi[°], Maurizio Cafari[°], Stefano De Dominicis[#], Giovanna Impiduglia[°], Piera Mangano[°], Iolanda Marino[°], Fabiana Minutolo[°], Francesco Timpano[°], Sabrina Zaccone[°], Maria Muscolo*

[°] Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Reggio Calabria

* Associazione Ecoipoiesis Reggio Calabria- Docente SPC

[#] Sapienza Università di Roma-Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione

Corrispondenza

Uberta Ganucci Cancellieri

E-mail: uberta.ganucci@gmail.com

Riassunto

Nel corso degli anni sono state condotte alcune ricerche con lo scopo di indagare la correlazione fra metacognizione e stili di attaccamento e metacognizione e stati mentali.

Il presente lavoro ha come obiettivo di fornire un ulteriore contributo all'approfondimento dei temi relativi a metacognizione ed attaccamento, verificando l'ipotesi che determinati aspetti sintomatici siano correlabili a specifiche funzioni metacognitive e particolari stili d'attaccamento, analizzando inoltre la correlazione tra queste ultime due variabili.

Il campione della ricerca è costituito da 30 soggetti italiani di entrambi i sessi, di età compresa tra i 25 e i 60 anni. Ad ogni soggetto sono stati somministrati i seguenti strumenti di indagine: SCL-90R; ASQ, un questionario utilizzato per valutare le differenze individuali nell'attaccamento adulto; SVaM (V 4.0), una scala di valutazione della metacognizione e l'AAI, un'intervista utilizzata nello specifico della nostra ricerca esclusivamente come trascritto su cui valutare le funzioni metacognitive.

In generale i risultati evidenziano una tendenza ad una maggiore insicurezza nelle relazioni di attaccamento nei soggetti che ottengono punteggi elevati nelle singole dimensioni sintomatologiche considerate. Per quanto riguarda il rapporto tra funzioni metacognitive e stili d'attaccamento, è stata rilevata un'unica correlazione significativa.

Non risultano invece correlazioni significative tra funzioni metacognitive e sintomatologia, ad eccezione dei soggetti con sintomi di tipo ansioso e depressivo nei quali la funzione "autoriflessività-monitoraggio" risulta maggiormente utilizzata.

Parole chiave: metacognizione, attaccamento, funzioni metacognitive

METACOGNITIVE FUNCTIONS, ATTACHMENT STYLES AND PSYCHOPATHOLOGICAL DIMENSIONS

Abstract

There has been some researches over the years investigating the correlation between metacognition and attachment styles and between metacognition and mental states.

The present study aims to examine the themes of metacognition and attachment in depth, assessing the hypothesis that certain symptomatic aspects could be correlated to specific metacognitive functions and particular attachment styles. An analysis was also made of the correlation between the latter two variables.

The research sample consisted of 30 Italian subjects, male and female, aged between 25 and 60 years old. The test battery includes: Symptom Checklist -90-Revised (SCL-90R); Attachment Scale Questionnaire (ASQ); MAS 4.0 Version for the metacognition evaluation; and Adult Attachment Interview (AAI).

Our results showed greater level of insecurity in attachment relationships in those subjects with high scores in each of the scales concerning symptoms.

An only one significant correlation was found between metacognitive functions and attachment styles.

Moreover, subjects with anxious and depressive symptoms showed higher scores in only one of subscales concerning metacognitive functioning.

Key words: metacognition, attachment, metacognitive functions

Introduzione

La presente ricerca ha come obiettivo di fornire un ulteriore contributo all'approfondimento dei temi relativi alla metacognizione ed agli stili di attaccamento, verificando un'eventuale correlazione tra le suddette variabili e determinati aspetti sintomatici.

Le ricerche condotte in passato erano finalizzate ad indagare la correlazione fra metacognizione e stili di attaccamento e metacognizione e stati mentali (Teasdale 1999).

Il concetto di metacognizione assume diverse sfaccettature a seconda degli autori considerati; in particolare all'interno del presente lavoro prenderemo in considerazione la definizione elaborata da Carcione et al. (1997) e Semerari (Semerari 1999, Semerari et al. 2003) i quali attribuiscono alla metacognizione un significato piuttosto ampio che risponde a specifiche esigenze di ricerca in ambito clinico, intendendola specificamente come la "capacità dell'individuo di compiere operazioni cognitive euristiche sulle proprie ed altrui condotte psicologiche, nonché la capacità di utilizzare tali conoscenze a fini strategici per la soluzione di compiti e per padroneggiare specifici stati mentali, fonte di sofferenza soggettiva".

Diversi autori hanno evidenziato come un malfunzionamento metacognitivo contribuisca all'esordio ed al mantenimento della sintomatologia nei disturbi di personalità (Fonagy 1991, Semerari 1999, Dimaggio e Semerari 2003), nella schizofrenia (Frith 1992) e nell'autismo (Baron-Cohen et al. 1985); altri autori hanno studiato i contenuti metacognitivi (ovvero contenuti mentali che hanno per oggetto altri contenuti mentali) nei disturbi d'ansia e nella depressione (Teasdale 2002), osservando che la presenza di specifiche convinzioni metacognitive può contribuire al mantenimento ed alla riacutizzazione dei disturbi.

Il costrutto di metacognizione è stato oggetto di studio anche nell'ambito delle ricerche relative alla teoria dell'attaccamento.

Main et al. (Main 1991; Main et al. 1992, 1995) e Fonagy (1991, 1993, 1995, 1996) hanno inteso le abilità metacognitive come la capacità di comprendere la natura meramente

rappresentazionale del pensiero proprio ed altrui. Per questi autori lo sviluppo delle capacità di pensare sugli stati mentali è in stretta relazione con la qualità del legame di attaccamento che un bambino ha con chi si prende cura di lui. In particolare, secondo la Main (1995), le esperienze con i genitori possono alterare i contenuti mentali del bambino piccolo e la capacità di operare su di essi.

Un filone di ricerca di grande interesse teorico e clinico connette l'Insicurezza nell'Attaccamento in generale, e la Disorganizzazione dell'Attaccamento (DA) in particolare, a deficit nello sviluppo e nell'esercizio delle funzioni metacognitive (Flavell 1993).

Un serio deficit nel monitoraggio metacognitivo, ovvero della capacità di osservare le operazioni mentali del pensiero e dell'affettività mentre si svolgono, così da poterne controllare il decorso, sembra essere caratteristico delle relazioni al cui interno compare la disorganizzazione dell'attaccamento (Main 1991, Main 1995, Main & Salomon 1995). Anche un'altra funzione dipendente dalla metacognizione, la capacità del Sé di riflettere sugli stati mentali (pensieri, emozioni, convinzioni, ricordi) come entità discrete, relative e soggettive, sembra essere particolarmente compromessa nelle relazioni di attaccamento insicuro, e in quelle di attaccamento disorganizzato (Fonagy 1995). Adolescenti che certamente erano stati disorganizzati nell'attaccamento precoce (ad un anno di età) venivano considerati dagli insegnanti, in un recente studio, più portati ad "assentarsi mentalmente", cioè ad entrare in uno stato di attenzione e di coscienza simile ad una trance spontanea, indice di ridotto o disfunzionale uso delle capacità metacognitive.

Il nostro studio si inserisce dunque nel filone di ricerca che si propone di individuare le connessioni tra metacognizione e stili di attaccamento e di come questi ultimi possano essere correlati a sintomi psicopatologici specifici.

Metacognizione

Il concetto di metacognizione ha conosciuto diverse definizioni a seconda dell'ambito di studio nel quale è stato elaborato. Nell'accezione originaria metacognizione significa "cognizione della cognizione".

Le prime ricerche sulla metacognizione vengono compiute su bambini in età prescolare per esaminare le loro capacità di valutare le proprie abilità di memoria (Flavell et al. 1970). Spesso i termini "metamemoria" e "metacognizione" sono stati usati come sinonimi per indicare il nascente campo di studi.

La prima definizione complessiva di metacognizione è stata proposta da Flavell che la intende come "[...] ogni conoscenza e attività cognitiva che prende come oggetto, o regola, ogni aspetto di qualsiasi impresa cognitiva" (Flavell 1976, 1981; Flavell et al. 1993).

In una prima accezione, quella attualmente usata nell'ambito degli studi sull'apprendimento, per metacognizione si intende "l'insieme di conoscenze e i processi di controllo relativi al proprio funzionamento cognitivo". Sempre in questo ambito, Cornoldi (1995) ha definito la metacognizione come "le idee che un individuo possiede sul [proprio] funzionamento mentale" (conoscenza metacognitiva) a cui rinviamo tutte le attività cognitive che presiedono a qualsiasi funzionamento cognitivo (processi metacognitivi di controllo). I processi metacognitivi di controllo includono attività quali:

- definire il problema;
- essere in grado di definire la propria prestazione;
- pianificare l'attività cognitiva;
- prevederne l'efficacia;

- monitorare i processi e regolarli in vista degli scopi.

Una spinta sperimentale certamente importante per lo studio della metacognizione è stata data da Premack e Woodruff (1978) con l'introduzione del concetto di "Teoria della Mente" (TdM). Con questo termine gli autori si riferivano a tutto un insieme di abilità e di conoscenze che prima appartenevano alla cosiddetta "psicologia del senso comune", e cioè alla capacità di rappresentarsi eventi mentali, di attribuire a sé e agli altri stati mentali e di prevedere e spiegare il comportamento manifesto sulla base di questi dati (Premack e Woodruff 1978).

È un'abilità specifica della mente umana (Baron-Cohen et al. 1985, Harris 1989) e viene utilizzata costantemente e pervasivamente per regolare la vita quotidiana; è stata evidenziata per la prima volta da Wimmer e Perner con il "compito della falsa credenza". Tale esperimento depone per l'acquisizione di tale capacità intorno ai quattro anni, anche se alcuni autori riconoscono, in abilità già presenti nei primi due anni di vita, gli antecedenti precoci della TdM (Camaioni 1995).

Controversa è la questione se tale capacità sia innata (Leslie 1995), o se nasca dall'attività integrata di diverse funzioni acquisite durante lo sviluppo (Karmiloff-Smith 1992).

È ormai condiviso da più autori che la TdM è un presupposto fondamentale per possedere una competenza metacognitiva, anche se a volte il concetto di TdM è stato utilizzato come sinonimo di metacognizione. Il concetto di metacognizione ha costituito oggetto di studio anche nell'ambito delle ricerche sulla teoria dell'attaccamento. Main et al. (1992, 1995) e Fonagy (1991, 1993, 1995, 1996) hanno inteso la capacità metacognitiva come "la capacità di comprendere la natura meramente rappresentazionale del proprio pensiero e di quello degli altri"; il costrutto assume, quindi, un'estensione più vasta di quella che possiede nell'ambito della teoria dell'apprendimento comprendendo così sia la definizione ristretta di metacognizione, sia i concetti della TdM.

Per questi autori lo sviluppo delle capacità di pensare sugli stati mentali è in stretta relazione con la qualità del rapporto di attaccamento di un bambino con le figure che ne hanno cura. Per Main & Salomon (1995) "le esperienze con i genitori possono, non solo, alterare i contenuti mentali del bambino piccolo, ma anche la capacità di operare su questi contenuti (per es. accesso ai ricordi precoci e operare su tali informazioni).

Secondo tale autrice i bambini giudicati sicuri con i genitori risultano essere più avanti dei bambini insicuri per quanto riguarda la conoscenza ed il monitoraggio metacognitivo di esperienze relative all'attaccamento.

La Main collega la qualità della metacognizione delle figure di attaccamento alle diverse organizzazioni dell'attaccamento infantile.

Sulla base degli studi della Main, Fonagy individua l'elemento fondamentale per la costituzione di un'adeguata Teoria della Mente da parte del bambino e per la realizzazione di un contesto relazionale sicuro: si tratta di una specifica competenza della figura di attaccamento e cioè "la capacità della madre di pensare al suo bambino come essere pensante".

L'espressione "operazioni cognitive euristiche" comprende i processi di controllo descritti dalle teorie dell'apprendimento e sottolinea come la metacognizione non coincida con momenti di *insight*, ma sia una funzione sempre attiva utilizzata costantemente, a livelli più o meno complessi, per regolare il comportamento quotidiano (Carcione et al. 1999).

La definizione ora fornita evidenzia che la metacognizione è un processo di riflessione cosciente, in cui la conoscenza psicologica è descritta e usata in modo consapevole ed intenzionale.

Ricorriamo ad attività metacognitive, quando riflettiamo sui nostri pensieri e su quello che riteniamo essere il nostro modo di "ragionare", quando riflettiamo su come prepararci adeguatamente per un esame e su quanto riteniamo di essere preparati a sufficienza, e così via.

Esempio di metacognizione sono: sapere che le immagini non sono copia fedele dell'esperienza

sensoriale, possedere una strategia che porta a raggruppare le figure simili in una serie di stimoli da memorizzare, l'impressione di non essere capaci di mantenere a lungo l'attenzione in un compito, il vissuto di inferiorità in compiti intellettivi.

La metacognizione è una funzione che la persona attiva quando tenta di elaborare un'informazione che è:

- a) specifica;
- b) raccolta in un determinato momento;
- c) riferita ad un preciso contesto intrapsichico o interpersonale;
- d) riferita ad eventi accaduti in uno spazio e tempo precisi.

Oggi molti autori concordano nel definire la metacognizione come un sistema composto da diversi sottosistemi in interazione tra loro (Semerari et al. 2003). Inoltre le evidenze delle neuroscienze mettono in luce l'esistenza di aspetti specifici della metacognizione relativamente indipendenti l'uno dall'altro ma collegati tra loro.

Poiché nel nostro lavoro faremo riferimento al concetto di metacognizione così come è stato articolato da Carcione et al. (1997) è opportuno sottolineare la distinzione tra contenuti metacognitivi e funzioni metacognitive. Per contenuti metacognitivi intendiamo le idee e le convinzioni con cui vengono interpretati e valutati i contenuti e i processi mentali. Per funzioni metacognitive, intendiamo quell'insieme di abilità che ci consentono di comprendere i fenomeni mentali e di operare su di essi per la risoluzione di compiti e per padroneggiare gli stati mentali (Carcione e Falcone 1999).

La definizione generica di funzioni metacognitive include un insieme eterogeneo di funzioni e di abilità quali: l'attività autoriflessiva, la comprensione degli stati mentali altrui, le strategie di padroneggiamento, o per usare il termine inglese, di *Mastery*.

L'autoriflessività e la comprensione della mente altrui fanno riferimento al potere di discriminazione, organizzazione e sintesi dei dati posseduto da un sistema di conoscenze sulla base delle operazioni da questo poste in atto. Pertanto si prende in considerazione la capacità del soggetto di discriminare diverse componenti di uno stato mentale e di cogliere aspetti comuni tra essi.

La *Mastery* è, invece, riconducibile a strategie che si differenziano tra loro per complessità ed efficacia ed è assimilabile alle strategie che un soggetto usa per fronteggiare o risolvere un problema, all'efficacia della strategia e alla congruenza tra mezzi e fini. Ogni funzione metacognitiva si suddivide in diverse sottofunzioni, in dettaglio:

- 1) La sezione dell'autoriflessività comprende le seguenti sottofunzioni:
 - a) Monitoraggio, che si riferisce alla capacità di identificare e definire le componenti di uno stato mentale in termini di pensieri, desideri, emozioni (Identificazione) e di comprenderne i nessi causali (Relazione tra Variabili).
 - b) Differenziazione, ovvero la capacità di cogliere la differenza esistente tra diversi tipi di rappresentazioni (sogni, fantasie, credenze e ipotesi) e tra rappresentazione e realtà nonché di cogliere la natura ipotetica e soggettiva del proprio pensiero (Fonagy & Target 1996, Rachman e Shafran 1999).
 - c) Integrazione, che si riferisce alla capacità di riflettere su differenti stati mentali e di descriverli in modo completo e coerente, all'interno di una narrazione che tenga conto di come tali stati mentali possano evolvere e modificarsi nel tempo (Semerari et al. 2003).
- 2) La sezione comprensione della mente altrui si suddivide in:

- a) Monitoraggio, che comprende Identificazione e Relazione tra Variabili relativamente alla comprensione della mente altrui.
 - b) Decentramento, che valuta la capacità di descrivere il funzionamento mentale dell'altro formulando ipotesi indipendenti dalla propria prospettiva mentale e dal proprio coinvolgimento nella relazione.
- 3) Vi è poi la sezione relativa alla *Mastery*. Le strategie di *Mastery* possono essere suddivise in quattro categorie, a seconda della complessità delle operazioni metacognitive coinvolte:
- a) Requisiti basilari, ovvero la capacità di descrivere i problemi in termini psicologici e di avere un atteggiamento orientato alla soluzione attiva dei problemi.
 - b) Strategie di primo livello, che implicano una modificazione dello stato mentale intervenendo direttamente sull'organismo, evitamenti o il ricorso al supporto interpersonale.
 - c) Strategie di secondo livello, che comprendono l'autoinibizione di una condotta o la distrazione volontaria.
 - d) Strategie di terzo livello, che comprendono la critica razionale a credenze disfunzionali, l'uso delle conoscenze sugli stati mentali altrui per risolvere problemi interpersonali e l'accettazione matura dei limiti personali.

Partendo da questa definizione di metacognizione alcuni autori (Dimaggio e Semerari 2003, Dimaggio et al. 2007) rilevarono, mediante l'osservazione clinica sul campo, che le diverse funzioni metacognitive risultavano essere scarsamente ingaggiate soprattutto in pazienti affetti da disturbi di personalità e schizofrenia, ma anche che il problema non si presentava in modo omogeneo da paziente a paziente. Alcuni avevano gravi difficoltà nel tradurre lo stato somatico in linguaggio affettivo e a spiegare le cause e le motivazioni delle proprie azioni, altri avevano poche difficoltà in questo ambito, ma erano incapaci di distinguere una fantasia disturbante dalla realtà delle cose.

Gli avanzamenti della scienza cognitiva fornirono a tali autori gli strumenti per sostenere che la metacognizione fosse composta da aspetti parziali che costituivano un sistema, che fosse in qualche modo formata da un insieme di moduli, ovvero da parti della mente specializzate per trattare determinate informazioni.

Spinti dall'obiettivo di sottoporre tale modello a verifica empirica Carcione et al. (1997) elaborarono la Scala di Valutazione della Metacognizione [SVaM (V 4.0)] (Carcione et al. 1997, Semerari 1999, Semerari et al. 2003).

La SVaM (V 4.0), applicata esclusivamente a ricerche *single case* e quindi con i limiti propri di tale metodologia, portò ad identificare precisi indicatori di processo e di esito in psicoterapia, e a delineare specifici profili metacognitivi caratteristici di determinati disturbi di personalità nonostante ciascun paziente presentasse proprie peculiarità di funzionamento metacognitivo rispetto ad altri pazienti con la stessa diagnosi.

In particolare, si rilevò in pazienti affetti da disturbo borderline uno specifico malfunzionamento delle sottofunzioni autoriflessive della differenziazione e dell'integrazione (Semerari et al. 2005) a differenza dei pazienti narcisisti ed evitanti che manifestavano solo una compromissione parziale della sottofunzione integrazione ma presentavano una specifica difficoltà nel definire i propri stati interni così come a metterli in relazione a fattori psicologici o del contesto (Dimaggio et al. 2007).

Indagini specifiche sulla funzione metacognitiva comprensione della mente altrui portarono ad evidenziare che la compromissione del decentramento è un tratto che accomuna i diversi disturbi di personalità ovvero, i pazienti analizzati avevano tutti difficoltà ad assumere la

prospettiva dell'altro nel corso delle relazioni mentre, al contrario, erano capaci a cogliere i pensieri e le emozioni altrui, quindi a comprendere la mente dell'altro, funzione questa solo occasionalmente danneggiata (Dimaggio et al. 2007).

Per quanto riguarda la *Mastery*, Carcione e collaboratori hanno recentemente evidenziato che il suo malfunzionamento non è omogeneo tra i pazienti. Da un punto di vista qualitativo, infatti, i pazienti esaminati si distinguevano sia nel tipo di strategia che tendevano ad usare più frequentemente, sia nel tipo di strategia che usavano più efficacemente. Complessivamente, le strategie utilizzate con maggiore efficacia all'inizio del trattamento erano quelle che richiedevano una minima conoscenza degli stati mentali: queste consistevano in interventi concreti, essenzialmente di tipo comportamentale, che venivano attuati sulla situazione in corso (Carcione et al. 2010).

Infine, gli studi condotti per analizzare il funzionamento cognitivo in disturbi d'ansia e dell'umore hanno portato ad avvalorare l'ipotesi che in tali disturbi la presenza di un malfunzionamento metacognitivo non è un fattore nucleare come nei disturbi di personalità ma si possa presentare a seguito dell'attivazione emotiva o nell'ambito di situazioni relazionali problematiche contribuendo all'espressione sintomatologica del disturbo (Carcione et al. 2008).

Attaccamento

La Teoria dell'Attaccamento, proposta da John Bowlby a partire dagli anni cinquanta (Bowlby 1979), sostiene che l'essere umano manifesta una predisposizione innata a sviluppare relazioni di attaccamento con figure genitoriali primarie. Lo scopo di tali relazioni, che si evidenziano dalla fine del primo anno di vita, è quello di garantire la sicurezza e la protezione nei confronti dei pericoli. Non tutti i rapporti umani, anche quando sono significativi, devono comunque essere considerati relazioni di attaccamento. Perché un legame possa essere considerato tale, devono essere presenti almeno tre condizioni di base (Weiss 1982): 1) la ricerca della vicinanza tra la persona attaccata e la persona che offre attaccamento; 2) la presenza di reazioni di protesta di fronte alla separazione, cioè la manifestazione di "comportamenti di attaccamento" (proteste, accuse, grida, pianti) che hanno lo scopo di richiamare la figura di attaccamento quando si allontana o non è disponibile; 3) lo sviluppo di una "base sicura", cioè di una particolare atmosfera di sicurezza e di fiducia che si instaura tra figura attaccata e figura di attaccamento. Il concetto di base sicura, introdotto da Mary Ainsworth, è stato particolarmente valorizzato da Bowlby (1988) che ha spiegato come un bambino, per esplorare in modo sereno l'ambiente extrafamiliare, abbia bisogno di sentirsi sicuro di poter ritornare "sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato". Fornire una base sicura è quindi una delle caratteristiche principali dell'essere genitori. Quelli che sanno offrire una base sicura sostengono i figli nelle loro esperienze di autonomia, ma, quando necessario, intervengono per proteggerli, rassicurarli e accudirli (Baldoni 2004). Secondo Bowlby (1973) ogni individuo costruisce psicologicamente dei "modelli operativi del mondo e di se stesso nel mondo con l'aiuto dei quali percepisce gli eventi, prevede il futuro e costruisce i propri programmi". Questi "Modelli Operativi Interni" (Internal Working Models) sono rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure d'attaccamento e dell'ambiente, come pure delle relazioni che li legano. Si tratta di modelli di relazione che si sviluppano nei primi anni di vita e che si mantengono relativamente stabili nel tempo. I Modelli Operativi Interni vengono utilizzati per rapportarsi con l'esterno. Le esperienze passate, particolarmente quelle relative ai pericoli, possono in questo modo essere conservate nel tempo

generando aspettative e vengono utilizzate come guida influenzando i comportamenti futuri. Bowlby riteneva che i modelli rappresentativi interni fossero “multipli”, in quanto legati a diverse relazioni (madre, padre, nonni, fratelli, altri adulti), e caratterizzati da specifiche funzioni cognitive, in particolare dall’uso differente dei sistemi di memoria (come quella procedurale, quella semantica o quella episodica) (Bowlby 1980). Le ricerche sull’attaccamento hanno dimostrato che per lo sviluppo dei Modelli Operativi Interni sono importanti le esperienze reali, sia presenti che passate (Bowlby 1969, 1973, 1980). Essi sono quindi sottoposti ad un continuo processo di riorganizzazione e possono modificarsi, soprattutto sulla base di esperienze significative nel corso del ciclo vitale. Le condizioni che sono risultate più importanti per lo sviluppo della qualità dell’attaccamento fino all’adolescenza sono: 1) la continuità delle cure genitoriali, 2) la sensibilità materna nel corso di tutta l’infanzia e 3) i Modelli Operativi Interni degli stessi genitori. Il genitore, infatti, ha sviluppato a propria volta rappresentazioni interne in conseguenza delle esperienze di pericolo e delle relazioni con le figure di attaccamento nell’infanzia e nell’età adulta (ad esempio con il proprio *partner*). I Modelli Operativi Interni del genitore lo guidano nel rapporto con il bambino e sono determinanti per lo sviluppo successivo dell’attaccamento infantile. Il concetto di attaccamento è legato a due dimensioni dei Modelli Operativi Interni entrambe influenzate dalla qualità della relazione di attaccamento e del conseguente effetto di base sicura: la ricerca di protezione nei confronti dei pericoli e lo sviluppo di una capacità di esplorazione dell’ambiente. La prima di queste dimensioni è stata messa in luce sin dai primi lavori di Bowlby e Mary Ainsworth (che la utilizzò per classificare le relazioni di attaccamento attraverso la *Strange Situation*) ed è tuttora la più studiata sia nel bambino che nell’adulto. In questo senso sono valutati i comportamenti di attaccamento (ricerca della vicinanza, protesta per la separazione) e le conseguenti reazioni difensive di adattamento (come il distanziamento e l’evitamento) che si manifestano nelle situazioni di pericolo. Gli affetti sollecitati da queste situazioni sono la paura, la rabbia, la tristezza e le sensazioni di vulnerabilità e il desiderio di conforto. Buona parte degli studi sull’attaccamento sono stati sviluppati in questa prospettiva. Una seconda dimensione legata all’attaccamento, già individuata da Ainsworth e Bowlby (1988), ma valorizzata solo in anni recenti, riguarda lo sviluppo della capacità di esplorazione. In realtà questa funzione è la naturale conseguenza dell’effetto Base Sicura. La qualità e le caratteristiche dell’attaccamento non si evidenziano infatti solamente nelle situazioni di pericolo e di paura, ma anche in quelle in cui l’individuo può manifestare sicurezza, fiducia, curiosità e interesse nell’esplorazione dell’ambiente e nei confronti delle nuove esperienze. Questa dimensione risulta particolarmente importante per la valutazione dell’attaccamento nella tarda infanzia e in preadolescenza. Come noto, lo studio dell’attaccamento nel ciclo vitale si basa principalmente su due modelli di valutazione: la *Strange Situation* per la prima infanzia e l’*Adult Attachment Interview* per l’età adulta. La *Strange Situation* (SS), sviluppata originariamente da Mary Ainsworth è una procedura standardizzata videoregistrata in cui un bambino di uno-due anni viene esposto a una serie di brevi separazioni dalla propria madre (o un’altra figura di attaccamento) in un ambiente sconosciuto e in presenza di un estraneo. Utilizzando questo strumento Ainsworth ha descritto per la prima volta le differenze di attaccamento nel bambino classificandole in tre tipi di *pattern*: 1) Sicuro (B); 2) Insicuro-Evitante (A); 3) Insicuro-Ambivalente (C). Successivamente Mary Main e Judith Solomon (1995) hanno identificato un quarto *pattern*, definito Insicuro- Disorganizzato/Disorientato (D) e Patricia Crittenden un quinto denominato Evitante/Ambivalente (A/C). La metodica della *Strange Situation* è stata sviluppata per bambini di uno-due anni, ma è stata modificata dalla Crittenden per essere utilizzata fino a tutta l’età prescolare (*Preschool Assessment of Attachment*, PAA). In età adulta la tecnica ritenuta

più valida per la valutazione dell'attaccamento è l'*Adult Attachment Interview* (AAI), un'intervista semistrutturata ideata nel 1985 da Carol George, Nancy Kaplan e Mary Main elaborata inizialmente per confrontare lo stile relazionale dei genitori con quello dei loro figli, nel tentativo di verificare la possibilità di una "trasmissione intergenerazionale dello stile di attaccamento", un'ipotesi avanzata da Mary Main. Il primo sistema proposto per la valutazione dell'attaccamento nell'adulto tramite l'AAI, messo a punto dalla stessa Main assieme a Goldwyn, è basato su quattro *pattern* di stile di attaccamento nell'adulto, ognuno dei quali in relazione con un corrispondente *pattern* infantile individuato dalla Ainsworth: 1) Libero-Autonoma (F, *Free*) (corrispondente al tipo B); 2) Distanziante (Ds, *Dismissing*) (corrispondente al tipo A); 3) Preoccupato (E, *Entangled*) (corrispondente al tipo C); 4) Irrisolto (U, *Unresolved*) (corrispondente al tipo D). Recentemente la Crittenden ha proposto una versione modificata dell'AAI e sviluppato, all'interno del proprio approccio teorico noto come "Modello Dinamico-Maturativo", un nuovo sistema di classificazione dell'attaccamento che presenta numerose integrazioni ed espansioni rispetto a quello di Main e Goldwyn. Se la valutazione dell'attaccamento nel bambino piccolo e nell'adulto avviene con una metodologia la cui validità è largamente condivisa, lo studio dell'attaccamento dall'età scolare fino all'adolescenza risulta invece notevolmente problematico. In questa fase della vita la capacità di verbalizzazione diventa molto importante, anche se non ha ancora raggiunto la complessità dell'adulto. Viene ricercata la disponibilità psicologica della figura di attaccamento, piuttosto che la sua vicinanza fisica. La relazione con i genitori diventa maggiormente simmetrica e il figlio non solo si aspetta da loro protezione e sostegno, ma diviene capace, in alcune occasioni, di fornire egli stesso aiuto alla famiglia. Nonostante i giovani di quest'età trascorrono ancora molto tempo in casa, l'autonomia dalle figure di attaccamento è maggiore e divengono sempre più importanti il rapporto con i coetanei e le esperienze sociali. Alcuni di questi nuovi legami (con amici, educatori, insegnanti, vicini di casa, allenatori sportivi) possono presentare le caratteristiche di relazioni di attaccamento. Ne consegue che il sistema dei comportamenti di attaccamento non è facilmente attivato e quindi i Modelli Operativi Interni non sono evidenziati se non in condizioni di serio pericolo difficilmente riproducibili, anche per motivi etici, in una procedura di valutazione standardizzata. Gli strumenti di valutazione utilizzati in queste fasce di età, basati principalmente sullo studio delle risposte verbali a prove eseguite in condizioni di relativa sicurezza, rivelano quindi scarse capacità predittive e presentano problemi di validità e di attendibilità (Cassidy, Shaver 1999).

L'espressione dell'attaccamento in età scolare e in preadolescenza è conseguente all'organizzazione di Modelli Operativi Interni più complessi. Queste nuove configurazioni di attaccamento sono possibili solo verso la fine dell'età scolare e con il sopraggiungere dell'adolescenza perché prima di allora mancano le capacità cognitive ed affettive necessarie.

Il bambino diviene in grado di rappresentarsi i pensieri, le emozioni e le intenzioni della propria figura di attaccamento e di predirne in modo più accurato il comportamento. Sussistono comunque notevoli differenze individuali. Gli studi sull'attaccamento hanno evidenziato che i bambini sicuri (B) manifestano maggiori capacità di integrare sul piano psicologico le emozioni con le informazioni cognitive e sono meglio preparati a recuperare ed elaborare le informazioni relative al proprio passato, in particolare alle esperienze pericolose. Avvicinandosi all'adolescenza, con lo sviluppo del pensiero ipotetico deduttivo e di una più accurata funzione riflessiva, i soggetti sicuri utilizzano queste nuove capacità a vantaggio delle relazioni e nella gestione competente dei conflitti. Questo permette loro di sviluppare una valida alleanza con le figure di attaccamento e, assieme al loro aiuto, di fronteggiare le situazioni di difficoltà e di pericolo. Bowlby ha parlato di questa capacità in termini di "cooperazione regolata dell'obiettivo"

(1969). Adulto e bambino collaborano controllando in modo funzionale le proprie reazioni per il raggiungimento di questo scopo comune all'interno di una relazione che si autoregola. I bambini insicuri reagiscono diversamente in quanto lo sviluppo cognitivo e la possibilità di rappresentarsi i pensieri, le emozioni e le intenzioni altrui li porta all'utilizzo delle funzioni psicologiche in modo alterato. I soggetti Distanzianti-Evitanti enfatizzano gli aspetti cognitivi e distanziano quelli emotivi oppure li falsificano (falsa affettività), utilizzando queste distorsioni a danno delle relazioni e per tenere a distanza la figura d'attaccamento; i soggetti Ambivalenti-Preoccupati privilegiano le emozioni e alterano le informazioni cognitive (falsa cognitività) per ingannare o strumentalizzare l'altro. I preadolescenti insicuri di tipo Distanziante-Evitante (A) per il timore di essere abbandonati, rifiutati o messi in pericolo dalla figura di attaccamento, evitano di fare emergere i propri bisogni e distanziano in modo sistematico, attraverso operazioni difensive, tutti gli affetti considerati negativi e pericolosi (la rabbia, la paura, il senso di vulnerabilità, il bisogno di conforto, l'eccitazione sessuale). Possono ad esempio evitare ogni forma di protesta, inibendo qualsiasi espressione esplicita di aggressività, oppure manifestare delle forme di "falsa affettività" sorridendo o fingendo di divertirsi per adattarsi in modo compiacente a circostanze disagiati o pericolose. Per sentirsi sicuri e mantenere la giusta distanza dagli adulti tendono quindi ad evitare ogni conflitto e a vedere le cose dal punto di vista degli altri, idealizzandoli oppure esonerandoli dalle loro colpe e assumendo su di sé ogni responsabilità. Questo li porta a iperadattarsi ai bisogni altrui. Nei casi più estremi questa condizione psicologica ricorda quella del "falso sé" descritto da Winnicott. Molti individui con un falso sé patologico manifestano infatti stili di attaccamento che nella classificazione proposta dalla Crittenden sono indicati con il nome di "configurazioni distanzianti compulsive ad alto indice" (A+). Queste persone privilegiano le informazioni cognitive rispetto a quelle emotive e sono incapaci di protestare perché non riconoscono i propri bisogni e non li comunicano agli altri. Al contempo manifestano una straordinaria capacità di pensare dal punto di vista degli altri, in modo da adattarsi alle loro aspettative, anche se in modo imitativo. Quando gli affetti distanziati non possono essere più controllati, si verifica la possibilità di uno scompensamento psichico o fisico accompagnato da eventuali disturbi comportamentali. Il sistematico evitamento degli affetti considerati pericolosi per il sé può infatti comportare improvvise intrusioni di queste emozioni che inducono il soggetto, incapace di riconoscerle e dominarle, a passaggi all'atto anche gravi (esplosioni di violenza, condotte sessuali non appropriate).

Questi bambini, distanziando emozioni e ricordi negativi possono non riconoscere pericoli specifici sottostimandone le conseguenze. La tendenza a dare eccessivo valore al punto di vista degli altri, l'incapacità di protestare e la minimizzazione del senso di paura e di insicurezza può esporli facilmente a condizioni di pericolo. Alcuni di loro possono ricercare attenzione e protezione da adulti sconosciuti, altri possono esporsi facilmente a incidenti traumatici con conseguenti danni di tipo fisico. Anche i preadolescenti insicuri di tipo Ambivalente-Preoccupato (C) tendono a distorcere i propri processi psicologici enfatizzando le emozioni ed alterando le funzioni cognitive. In particolare quelli che manifestano stili di attaccamento ad alto indice (configurazioni preoccupate ossessive, C+) possono utilizzare sistematicamente una sorta di "falsa cognitivà", attraverso la quale è possibile tenere nascoste informazioni importanti, mentire e ingannare l'altro al fine di indurlo a vedere le cose dal proprio punto di vista e raggiungere i propri obiettivi. Ad esempio raccontano bugie, agiscono di nascosto, oppure compiono furti o utilizzano comportamenti sessualmente seduttivi per manipolare gli altri o per vendicarsi. Questi comportamenti possono essere manifestati verso gli adulti (familiari, insegnanti, educatori), ma anche verso i coetanei. In età scolare e in preadolescenza alcuni bambini, soprattutto quelli che si

sentono in pericolo, possono infatti combinare questa falsa cognitività con stati affettivi esagerati per arrivare a punire l'altro (tipo C5: Punitivamente Collerico e Ossessionato dalla Vendetta) oppure per sedurlo (tipo C6: Seduttivo Ossessionato dal Soccorso). Questa enfaticizzazione degli stati emotivi a scapito delle informazioni cognitive può renderli incapaci di valutare correttamente gli effetti del proprio comportamento. I primi (C5), spinti da un rabbioso desiderio di vendetta, possono facilmente aggregarsi in bande e comportarsi da bulli, i secondi (C6), nel proprio tentativo di suscitare compassione per ricevere soccorso, rischiano di diventare vittime di prevaricazioni e atti di violenza.

Per lungo tempo si è ritenuto che i Modelli Operativi Interni relativi all'attaccamento si sviluppassero nei primi anni di vita e si mantenessero relativamente stabili nel corso dell'esistenza. Bowlby sosteneva che l'attaccamento accompagna l'uomo "dalla culla alla bara", questa affermazione va però intesa nel senso che la funzione svolta dall'attaccamento continua a essere importante, ma non implica necessariamente che i Modelli Operativi Interni non si modifichino nel corso della vita. Gli studi in questo campo compiuti negli ultimi vent'anni, infatti, hanno rivelato che le rappresentazioni interne relative all'attaccamento evolvono con il tempo e possono andare incontro a profondi processi di riorganizzazione sia in funzione dello sviluppo individuale, che in occasione di esperienze significative (vita di coppia, diventare genitori, lutti, malattie, esperienze traumatiche, psicoterapie). Questa evoluzione dei Modelli Operativi Interni risulta particolarmente evidente quando si considerano gli studi che confrontano l'attaccamento sviluppato durante la prima infanzia con quello manifestato in tarda età scolare e in adolescenza. Una delle poche ricerche longitudinali su bambini e famiglie dalla nascita all'adolescenza ha fornito risultati piuttosto complessi e di difficile interpretazione. Alcune correlazioni sono risultate evidenti: 1) le *Strange Situation* tra madri e figli di 1 anno di età erano correlate con i risultati delle AAI delle madri a 6 anni di età del figlio; 2) le AAI delle madri quando il figlio aveva 6 anni erano predittive delle AAI del figlio in adolescenza (a 16 anni); 3) I soggetti risultati sicuri alle *Strange Situation*, a 10 anni manifestavano una maggiore tendenza a riferirsi a un genitore quando si sentivano tristi, spaventati o arrabbiati, mentre quelli evitanti continuavano a tenerli a distanza. Le *Strange Situation* con la madre e quelle con il padre non risultavano però correlate con i risultati delle AAI del figlio in adolescenza. In questa fascia di età erano piuttosto la presenza di fattori di rischio familiare e psicosociale (separazioni, divorzi, malattie gravi, lutti, maltrattamenti, abusi sessuali, problemi economici o culturali, emarginazione) ad essere altamente correlati con lo sviluppo di stili di attaccamento insicuro. Con la fine dell'infanzia e il sopraggiungere della adolescenza, quindi, i cambiamenti dei Modelli Operativi Interni sembrano maggiormente influenzati dagli eventi di vita stressanti, piuttosto che dal tipo di attaccamento manifestato durante l'infanzia.

Obiettivi

Lo scopo della presente ricerca è quello di vagliare l'ipotesi che determinati aspetti sintomatici siano correlabili o meno a specifiche funzioni metacognitive ed a particolari stili di attaccamento. In particolare verificheremo se:

- a) i soggetti che presentano almeno un valore considerato patologico rispetto alle dimensioni misurate con la scala SCL-90R correlano o meno con specifici stili di attaccamento definiti tramite il questionario ASQ;
- b) se ambedue queste dimensioni sono correlabili a funzioni e sottofunzioni metacognitive definite ed analizzate tramite la SVaM (V 4.0).

Campione

Il campione della ricerca è costituito da 30 soggetti di entrambi i sessi di età compresa tra i 25 e i 60 anni che sono stati scelti casualmente per la somministrazione degli specifici strumenti di ricerca.

Strumenti di ricerca

Ad ogni soggetto sono stati somministrati i seguenti strumenti di indagine:

- SCL-90R (*Symptom Checklist 90 Revised*) (Derogatis 1983), un questionario *self-report* costituito da 90 *item* che utilizza una scala *Likert* a 5 punti (da 0 = per niente a 4 = moltissimo). Il questionario è utilizzato per valutare nove dimensioni sintomatologiche che costituiscono le scale dello strumento stesso, ovvero: Somatizzazione (12 *item*), Ossessivo-Compulsivo (10 *item*), Sensibilità Interpersonale (9 *item*), Depressione (13 *item*), Ansia (10 *item*), Ostilità (6 *item*), Ansia Fobica (7 *item*), Ideazione Paranoide (6 *item*), Psicoticismo (10 *item*). Dai valori attribuiti ad ogni *item* si possono ricavare sia i punteggi relativi alle singole sottoscale sia un Indice di Gravità Globale (GSI) che indica il livello generale di sintomatologia. Vi sono poi altri due indici di controllo utilizzati per valutare eventuali falsificazioni nelle risposte, il PST (*Positive Symptom Total*) e il PSDI (*Positive Symptom Distress Index*).
- ASQ (*Attachment Style Questionnaire*), un questionario *self-report* messo a punto da Feeney et. al. (1994) e tradotto in italiano da Fossati e collaboratori (2007), utilizzato per valutare le differenze individuali nell'attaccamento adulto. Il questionario si compone di 40 *item*, valutati su scala *Likert* a 6 punti e assegnati, sulla base delle aspettative teoriche e delle analisi delle componenti principali, a cinque scale che insieme definiscono le due dimensioni latenti dell'attaccamento umano, ossia Ansia ed Evitamento. Nello specifico le scale che compongono lo strumento sono: Fiducia (10 *item*), che riflette uno stile di attaccamento sicuro; Disagio per l'Intimità (10 *item*), che rappresenta l'elemento centrale della concettualizzazione dell'attaccamento evitante proposta da Hazan e Shaver (1987); Bisogno di Approvazione (7 *item*), che rispecchia il bisogno di accettazione e di conferma da parte degli altri e che corrisponde agli stili di attaccamento "timoroso" e "preoccupato" di Bartholomew (1990); Preoccupazione per e Relazioni (7 *item*), che si riferisce ad una tendenza ansiosa e dipendente nelle relazioni; Secondarietà delle Relazioni (8 *item*), che è sovrapponibile al concetto di attaccamento distanziante di Bartholomew (1990).
- AAI (*Adult Attachment Interview*) (George et al. 1985), un'intervista che esplora e valuta sia le esperienze di attaccamento infantile di un adulto, sia quanto queste esperienze ne influenzino lo stato mentale, determinandone il funzionamento psichico. Nello specifico, nella nostra ricerca, l'intervista è stata utilizzata come trascritto su cui valutare le funzioni metacognitive. La nostra attenzione si è focalizzata in particolare sulle sei domande (che corrispondono a circa un terzo dell'intervista) che a nostro avviso erano in grado di "stimolare" le diverse funzioni metacognitive da valutare e cioè: d6) "Quando da bambino/a si sentiva turbato emotivamente cosa faceva?Può spiegarlo con degli episodi specifici?E' mai stato/a malato/a da piccolo/a? Ricorda cosa accadeva?"; d7) "Qual è stata la prima volta in cui ricorda di essere stato/a separato/a dai suoi genitori? Come ha reagito e come hanno reagito i suoi? Ci sono state altre separazioni?"; d8) "Si è mai sentito/a rifiutato/a

da bambino/a? Quanti anni aveva e cosa ha fatto? Perché pensa che i suoi genitori si siano comportati così? Pensa che si rendessero conto che la stavano rifiutando?” d9) “I suoi genitori l’hanno mai minacciata in qualche modo, magari per disciplina o solo per scherzo? Quanti anni aveva? Accadeva spesso? Sente che questa esperienza possa averla influenzata ora da adulto? Influenza il rapporto con i suoi figli?” d10) “Come pensa che queste esperienze con i suoi genitori abbiano influenzato la sua personalità da adulto? Ci sono alcuni aspetti delle sue esperienze infantili che lei sente come ostacoli nel suo sviluppo?” d11) “Perché pensa che i suoi genitori si siano comportati così durante la sua infanzia?”.

- SVaM (V 4.0) (Scala di Valutazione per la Metacognizione) ideata da Carcione et al. (1997). La scala è divisa in tre sezioni che si riferiscono rispettivamente alle abilità di: a) riflettere sui propri stati mentali (Autoriflessività - AR) b) riflettere sugli stati mentali altrui (Comprensione della mente altrui - CMA/Decentramento - Dec) e c) fronteggiare la sofferenza psicologica ed i problemi interpersonali (*Mastery* - M). Ogni sottoscala, a sua volta, comprende varie sottofunzioni, che rappresentano gli *item* della scala stessa. Ad ogni *item* della scala, ovvero per ogni sottofunzione considerata, il siglatore assegna un punteggio da 1 a 5. Il punteggio deriva da quanto una capacità (*item*) è: a) usata dalla persona durante l’unità considerata; b) articolata e ricca di sfumature; c) usata appropriatamente e spontaneamente.

Riguardo alla sola funzione “*Mastery*”, è necessario anche valutare quanto questa capacità sia utilizzata in modo adattivo ovvero se la strategia di padroneggiamento è appropriata rispetto al problema da risolvere e tiene in considerazione il rapporto costi/benefici.

Se una sottofunzione non viene utilizzata, viene siglata come NE, ovvero ‘non ingaggiata’.

Metodo

Al termine della raccolta dei dati attraverso i suddetti strumenti di ricerca, si è provveduto alla relativa analisi. Nello specifico i dati sono stati analizzati attraverso il programma SPSS dopo aver evidenziato alcuni risultati nel campione selezionato. Ogni soggetto del campione presenta infatti almeno in una scala della SCL-90R un punteggio > 60 sottolineando di conseguenza una presenza di patologia. Successivamente il campione è stato suddiviso in due sottogruppi per ciascuna variabile indipendente (VI = valori ottenuti con le diverse scale della SCL-90R), codificata come variabile dicotomica (VI₁, VI₂), ai fini della analisi statistica:

- VI₁ = valori < 60 (assenza di patologia).
- VI₂ = valori > 60 (presenza di patologia).

E’ stata poi effettuata un’analisi *Anova One-Way* per ciascuna VI (misure di SCL-90R) sulle diverse variabili dipendenti (VD = valori ottenuti con le scale ASQ e SVaM) al fine di comparare i diversi sottogruppi creati, ipotizzando un effetto diretto e significativo della VI “patologia” (SCL-90R) sulle diverse VD “stili di attaccamento” (ASQ) e “metacognizione” (SVaM V 4.0).

In una seconda fase i dati ottenuti per tutto il campione sono stati sottoposti ad un’analisi bivariata e si è inoltre studiata la correlazione tra ASQ e SVaM (V 4.0) escludendo la sintomatologia.

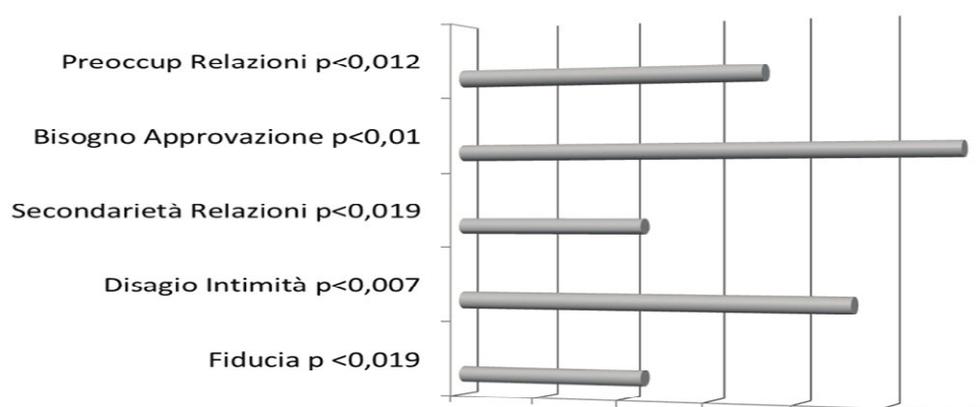
Risultati

Le analisi statistiche hanno permesso di evidenziare alcune correlazioni significative. I risultati ottenuti vengono di seguito presentati attraverso diversi grafici ai fini di agevolarne la

comprensione in maniera chiara e sintetica.

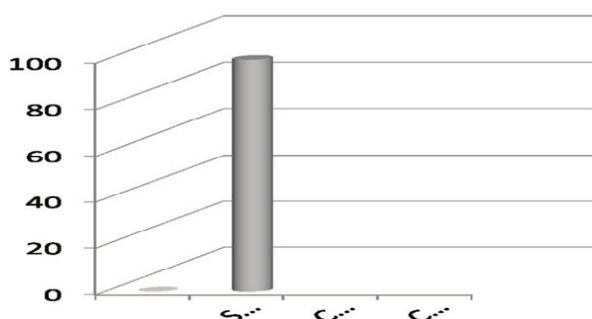
Abbiamo utilizzato le dimensioni della SCL-90R riportando le correlazioni significative ottenute sia con le scale della ASQ che con le abilità metacognitive definite dalla SVaM (V 4.0), questo ci permette di evidenziare in maniera efficace le significatività ottenute.

Tabella 1. Sensibilità interpersonale



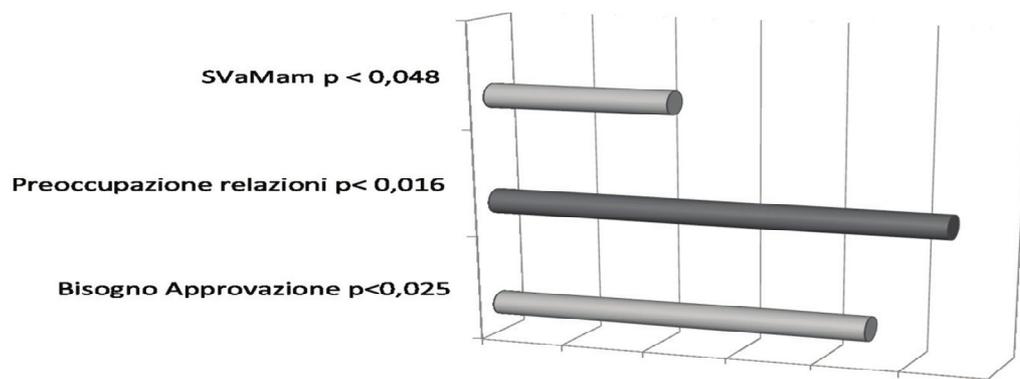
- Scala IS: i soggetti con sintomatologia positiva, mostrano una minore fiducia nelle relazioni di attaccamento come evidenziato da tutte le scale dell'ASQ (ASQF p < .019, ASQI p < .007, ASQR p < .019, ASQA p < .001, ASQP p < .012); non si evidenziano invece correlazioni significative tra le misure della SVaM (V 4.0) e tali soggetti.

Tabella 2. Ossessione-compulsione



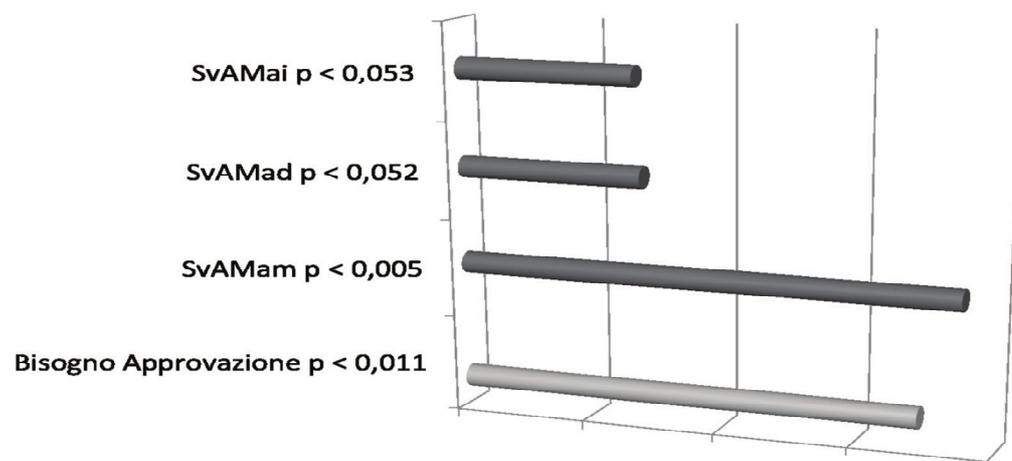
- Scala OC: si evidenziano, per i soggetti patologici, punteggi relativi alla scala ASQI significativamente più elevati rispetto ai soggetti appartenenti al campione non patologico (ASQI p < .026).

Tabella 3. Depressione



- Scala DEP: i soggetti con sintomatologia depressiva presentano una configurazione dello stile di attaccamento di tipo ansioso più marcata e la funzione di monitoraggio/autoriflessività risulta maggiormente attivata rispetto ai soggetti non depressi (ASQA p < .025, ASQP p < .016).

Tabella 4. Ansia



- Scala ANX: i soggetti con sintomatologia ansiosa evidenziano punteggi significativamente maggiori nella sottoscala "Bisogno di Approvazione" dello strumento ASQ (p < .011). La funzione metacognitiva di autoriflessività risulta maggiormente ingaggiata in tutte le sottoscale rispetto ai soggetti non patologici (SVAMAM p < .005, SVAMAD p < .052, SVAMAI p < .053).

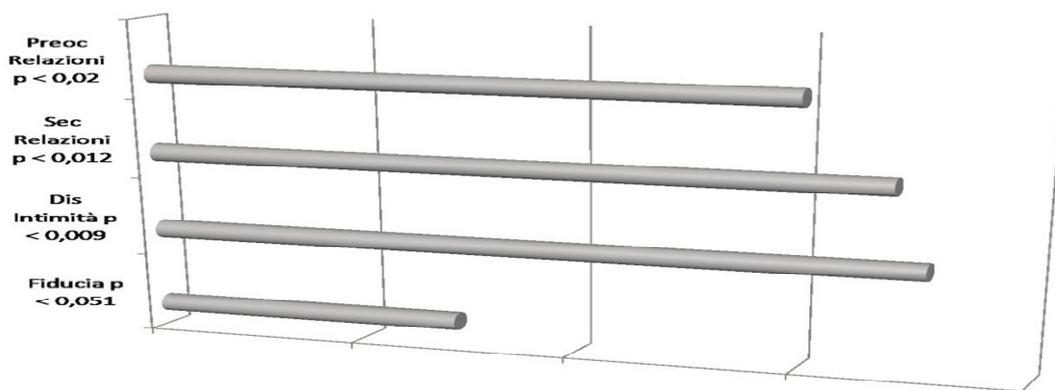


Tabella 5. Ostilità

- **Scala HOS:** permette di evidenziare che i soggetti con punteggi elevati in questa scala mostrano una significativa differenza nella scala “Fiducia” dell’ASQ rispetto ai soggetti con punteggi inferiori a 60 ($p > .051$). Inoltre differenze significative di punteggio nella direzione dell’insicurezza si evidenziano nella scala ASQI ($p < .009$), ASQR ($p < .012$), ASQP ($p < .020$).

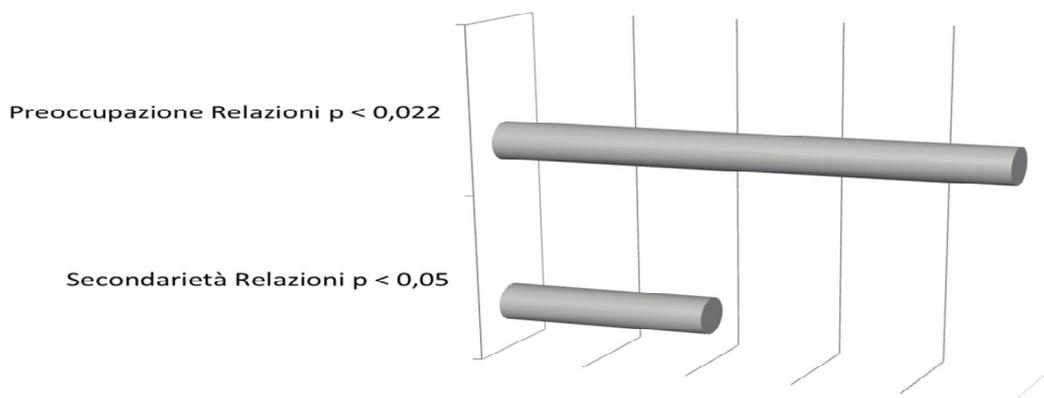
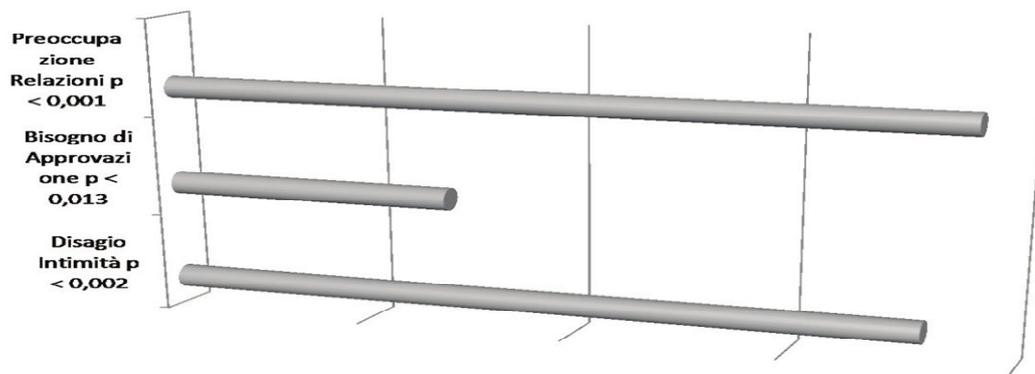


Tabella 6. Ideazione paranoide

- **Scala PAR:** per i soggetti con sintomatologia paranoica, si evidenzia una differenza significativa alle scale “Secondarietà delle Relazioni” e “Preoccupazione delle Relazioni”, rispettivamente con $p < .050$ e $p < .022$.

Tabella 7. Psicoticismo



- Scala PSY: i soggetti con punteggi elevati evidenziano significative differenze nella direzione dell'insicurezza, in particolare nelle scale “Disagio per l'Intimità” ($p < .002$), “Bisogno di Approvazione” ($p < .013$) e “Preoccupazione delle Relazioni” ($p < .001$).

L'analisi bivariata condotta in una fase successiva ha sostanzialmente confermato questi risultati evidenziando inoltre una correlazione significativa ($p < 0,03$) tra la scala “Secondarietà delle relazioni”(ASQR) e la scala “Autoriflessività/Monitoraggio” (SVAMAM).

Conclusioni

I risultati della ricerca sui rapporti tra attaccamento, dimensioni patologiche e funzioni metacognitive sono sicuramente promettenti tali da far sottolineare alcune osservazioni e suggerimenti per la ricerca futura.

L'integrazione teorica ed empirica della teoria dell'attaccamento con lo sviluppo delle funzioni metacognitive è relativamente recente. Alcune ricerche indicano che la sensibilizzazione e la formazione dei genitori in strategie metacognitive influisce sullo sviluppo delle stesse (Carr et al. 1989, Moss & Strayer 1990), ma non esistono ancora studi in letteratura che hanno esaminato il ruolo della sicurezza dell'attaccamento nello sviluppo metacognitivo.

I risultati da noi ottenuti evidenziano :

- a) Una tendenza ad una maggiore insicurezza nelle relazioni di attaccamento nei soggetti con punteggi elevati nelle singole dimensioni rilevate dalla SCL-90R, nello specifico pressoché tutte le suddette dimensioni correlano in maniera altamente significativa alle scale della ASQ, questo dato che viene inoltre confortato dalle precedenti ricerche condotte in quest'ambito (Shaver e Cassidy 1999).
- b) I soggetti con sintomatologia depressiva presentano una configurazione più marcata dello stile di attaccamento di tipo ansioso, inoltre risulta positivamente ingaggiata la funzione metacognitiva monitoraggio/autoriflessività rispetto ai soggetti non depressi (SVAMAM $p < 0,048$).
- c) I soggetti con sintomatologia ansiosa evidenziano punteggi significativamente maggiori nella sottoscala “Bisogno di Approvazione” dello strumento ASQ ($p < .011$). La funzione

metacognitiva di autoriflessività risulta maggiormente ingaggiata nelle sottoscale Monitoraggio, Differenziazione ed Integrazione rispetto ai soggetti non patologici (SVAMAM $p < .005$, SVAMAD $p < .052$, SVAMAI $p < .053$).

- d) Una correlazione lineare negativa e significativa ($p < 0,036$; $r = - 0,385$) tra la ASQR (preoccupazione delle relazioni) e la sottoscala metacognitiva della Differenziazione.

Alla luce di queste conclusioni si sottolinea come il presente lavoro ponga le basi per lo sviluppo di ulteriori ricerche finalizzate ad indagare il rapporto tra specifiche configurazioni dello stile di attaccamento ed attivazione di specifiche funzioni metacognitive.

Bibliografia

- Baron-Cohen S, Leslie A, Frith U (1985). Does the autistic child have a “theory of mind?”. *Cognition* 21, 37-46.
- Bartholomew K (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 147-178.
- Bowlby J (1969). *Attachment and Loss*, Vol. 1. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. I. Bollati Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby J (1973). *Attachment and Loss*, Vol. 2. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. II. Bollati Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. Tavistock Book, Londra. Tr. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1984.
- Bowlby J (1980). *Attachment and Loss*, Vol. 3. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. III. Bollati Boringhieri, Torino 1983.
- Bowlby J (1988). *A secur base*. Tavistock Book, Londra. Tr. it. *Una base sicura*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- Camaioni L (1995). *La teoria della mente. Origini, sviluppo e patologia*. Laterza, Roma-Bari.
- Carcione A, Falcone M, Magnolfi G, Manaresi F (1997). La funzione metacognitiva in psicoterapia. Scala di valutazione della metacognizione (S.Va.M.). *Psicoterapia* 9, 91-107.
- Carcione A, Falcone M (1999). Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicoterapia. In Semerari A (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Carcione A, Dimaggio G, Fiore D, Nicolò G, Procacci M, Semerari A, Pedone R (2008). An intensive analysis of client metacognition in a good-outcome psychotherapy: Lisa’s case. *Psychotherapy Research* 18, 6, 667–676.
- Carcione A, Semerari A, Nicolò G, Pedone R, Popolo R, Conti L, Fiore D, Procacci M, Dimaggio G (2010). Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy. *Psychiatry Research*. Manuscript submitted for publication.
- Carr M, Kurtz B E, Schneider W, Turner L A Borkowski J G (1989). Strategy acquisition and transfer among German and American children: Environmental influences on metacognitive development. *Developmental Psychology* 25, 765-771
- Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press, New York. Tr. it. *Manuale dell’attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2010.
- Cornoldi C (1995). *Metacognizione e apprendimento*. Il Mulino, Bologna.
- Derogatis LR (1983). *SCL-90 R: Administration, scoring and procedures - Manual II* (2^a ed.). Clinical

- Psychometric Research, Baltimore.
- Dimaggio G, Procacci M, Nicolò G, Popolo R, Semerari A, Carcione A, Lysaker PH (2007). Poor Metacognition in Narcissistic and Avoidant Personality Disorders: Four Psychotherapy Patients Analysed Using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 14, 386-401.
- Dimaggio G, Semerari A (2003). *I Disturbi di Personalità. Modelli e Trattamento*. Laterza, Roma-Bari.
- Dimaggio G, Semerari A (a cura di) (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Laterza, Roma-Bari.
- Feeney JA, Noller P, Hanrahan M (1994). *Assessing adult attachment*. In Sperling MB, Berman WH (a cura di), *Attachment in adult: clinical and development perspective*. Guilford Press, New York.
- Flavell JH (1976). Metacognition aspects of problem solving. In: Resnick L (a cura di) *The nature of intelligence*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Flavell JH (1981). Cognitive monitoring. In Dickson WP (a cura di) *Children's oral communication skills*. Academic Press, New York.
- Flavell JH, Friedrichs AG, Hoyt JD (1970). Developmental changes in memorization processes. *Cognitive Psychology* 1, 324-340.
- Flavell JH, Miller PH, Miller SA (1993). *Cognitive Development* (4th Edition). Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. *Psicologia dello sviluppo cognitivo*. Tr. it. Il Mulino, Bologna 1996.
- Fonagy P (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis* 72, 639-656.
- Fonagy P (1993). The predictive specificity of Mary Main's Adult Attachment Interview: implications for psychodynamic theories of normal and pathological emotional development. Relazione presentata alla conferenza *John Bowlby Attachment Theory: Historical, Clinical and Social Significance*. Toronto, 20-23 ottobre 1993.
- Fonagy P (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states. In Gldberg S, Muiz R e Kerr J (a cura di) *Attachment theory: social developmental and clinical perspectives*. Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Fonagy P (1996). Attaccamento sicuro e insicuro. *Kos* 129, 26-32.
- Fonagy P, Target M (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis* 77, 217-233.
- Fossati A, Feeney JA, Grazioli F, Borroni S, Acquarno E, Maffei C (2007). Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan. In Barone L, Del Corno F *La valutazione dell'attaccamento adulto: i questionari somministrati*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Frith CD (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*, Erlbaum, Hillsdale. Tr. it. *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Harris PL (1989). *Children and emotion: The development of psychological understanding*. Blackwell, Oxford. Tr. it. *Il bambino e le emozioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991.
- Hazan C, Shaver PR (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 3, 511-524.
- Karmiloff-Smith A (1995). *Beyond Modularity: A Developmental Perspective on Cognitive Science*. MIT Press, Cambridge MA. Tr. it. *Oltre la mente modulare. Una prospettiva evolutiva sulla scienza cognitiva*. Il Mulino, Bologna 1997.
- Leslie AM (1987). Pretense and representation: the origins of "theory of mind". *Psychological Review* 94, 412-426.
- Leslie AM (1995). Alcune implicazioni della finzione per i meccanismi sottostanti alla teoria della mente nel bambino. In Camaioni L (a cura di) *La teoria della mente. Origini, sviluppo, patologia*. Laterza,

Roma-Bari.

- Main M (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment. Findings and directions for future research. In Parkes CM, Stevenson-Hinde J e Marris P (a cura di) *Attachment across the life cycle*. Routledge, New York.
- Main M, Hesse E (1992). Attaccamento disorganizzato e disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati nei genitori. In Ammaniti M, Stern D (a cura di) *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Roma-Bari.
- Main M, Solomon J (1995). Procedures for identifying infants as disorganized-disoriented during Ainsworth Strange Situation. In Greenberg MT, Cicchetti D e Cummings EM (a cura di) *Attachment in the Preschool Years*. Chicago University Press, Chicago.
- Moss E, Strayer F F (1990). Interactive problem-solving of gifted and non gifted preschoolers with their mothers. *The International Journal of Behavioral Development* 13, 177-197.
- Premack D, Woodruff G (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *The behavioral and Brain Science* 4, 515-526.
- Rachman S, Shafran R (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 6, 80-85.
- Semerari A (1999). *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G, Procacci M, Alleva G (2003). How to evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, 238-261.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Pedone R, Procacci M (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 19, 6, 690-710.
- Semerari A (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Laterza, Roma.
- Teasdale J D (1999). Metacognition, Mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 6, 146-155.
- Weiss R (1982). Attachment in adult life. In Parkes CM, Stevenson Hinde J (a cura di) *The place of attachment in human behaviour*. Tavistock, London.