

## IL CONTRIBUTO DELLE RICERCHE DEL III CENTRO DI PSICOTERAPIA COGNITIVA ALLA COMPrensIONE DELLE PATOLOGIE DELLA PERSONALITÀ

Antonio Semerari

III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC)

### **Corrispondenza**

E-mail: [semerari@terzocentro.it](mailto:semerari@terzocentro.it)

### **Riassunto**

Le ricerche condotte dal III Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma nell'ambito delle scuole di terapia cognitiva APC, SPC e SICC hanno fornito prove convincenti che un disturbo nella capacità di comprendere gli stati mentali e di riflettere su di essi (metacognizione) costituisce un importante fattore delle patologie della personalità. Dalle ricerche emergono dati che indicano che la metacognizione è una abilità complessa e composta da specifiche sottofunzioni e che danni in particolari sottofunzioni metacognitive orientano in modo diverso la patologia dei Disturbi di Personalità. In questo lavoro si ripercorrono i diversi momenti di questa ricerca distinguendoli in costruzione delle ipotesi, di costruzione degli strumenti e controllo delle ipotesi.

**Parole chiave:** Disturbi di Personalità, metacognizione, mentalizzazione

### III CENTRO DI PSICOTERAPIA COGNITIVA CONTRIBUTION TO THE UNDERSTANDING OF PERSONALITY PATHOLOGIES

### **Abstract**

The researches conducted by the III Centro di Psicoterapia Cognitiva in Rome in the range of the cognitive therapy schools (APC, SPC, SICC) produce convincing proofs that an impairment in understanding mental states and in reflecting on them (i.e. metacognition) is an important factor in personality pathologies. Researches data highlight that metacognition is a complex ability, that is made of different sub functions and that impairments in specific metacognitive sub functions orient the pathology of Personality Disorders in a different way. In this work the different moments of our research are retraced, distinguishing between hypothesis construction, instruments construction and hypothesis verification.

**Key words:** Personality Disorders, metacognition, mentalization

### **Introduzione**

Sotto molti punti di vista il contributo che descriverò in queste pagine si colloca ad un

SOTTOMESSO GENNAIO 2018, ACCETTATO GIUGNO 2018

livello più modesto rispetto agli altri contenuti in questo volume di *Cognitivismo Clinico* che discutono questioni riguardanti i fondamenti stessi della psicoterapia (Reda in questo volume), o temi centrali per la psicopatologia come quella del conflitto (Mancini in questo volume), o che presentano modelli completi di importanti disturbi (Farina in questo volume).

Il contributo che presento si limita ad un problema specifico; il ruolo dei disturbi di una particolare funzione mentale, la metacognizione, nella psicopatologia dei Disturbi di Personalità (DP). Questo problema è stato l'oggetto di un lungo lavoro di riflessione teorica, clinica e di ricerca da parte dei colleghi del III Centro di Psicoterapia Cognitiva e mio di cui mi limiterò a descrivere l'aspetto di ricerca.

Lo sviluppo di questo lavoro può essere descritto in tre componenti: la costruzione delle ipotesi, la costruzione e la validazione degli strumenti e il controllo delle ipotesi. Si tratta di componenti non di fasi, in quanto questi diversi aspetti si sono continuamente intrecciati e sovrapposti nel corso del tempo.

Da un punto di vista cronologico il nostro interesse per la metacognizione risale all'inizio degli anni '90. All'epoca Antonino Carcione, Giancarlo Dimaggio, Maurizio Falcone, Giuseppe Nicolò, Gianluca Pandolfi e Michele Procacci erano miei allievi sia al corso di specializzazione in psichiatria all'Università Cattolica di Roma, sia in un Training di Psicoterapia Cognitiva. Avevo spiegato loro che per comprendere i processi della relazione terapeutica dovevano considerare un complesso lavoro cognitivo che il paziente compie sulla mente e sulla persona del terapeuta. Secondo questa concezione, sulla base dei suoi schemi, dei suoi scopi e delle sue aspettative, il paziente testa il terapeuta per valutarne la disposizione personale verso di lui, la competenza e l'affidabilità. Se questi test hanno successo egli comincia a considerare il terapeuta una fonte autorevole di informazioni sui propri processi mentali. A questo punto egli cerca di costruirsi un'idea, un modello, di ciò che il terapeuta ha in mente rispetto al proprio funzionamento mentale. In altre parole, attribuisce al terapeuta un modello di sé e usa questo modello per comprendere e regolare i propri processi psicologici (Semerari 1991).

I miei allievi obiettarono che, mentre con alcuni pazienti questa descrizione dei processi cognitivi nella relazione terapeutica sembrava funzionare perfettamente, con altri, i pazienti con disturbi di personalità, le cose apparivano più complicate. Presi molto sul serio le loro osservazioni e li invitai a registrare e trascrivere le loro sedute con questi pazienti per studiare insieme le ragioni delle loro difficoltà. Com'è ovvio eravamo influenzati dallo spirito del periodo. Questo spirito era segnato da un crescente interesse per lo studio della capacità umana di rappresentarsi la mente e di spiegarsi il comportamento manifesto in termini di stati mentali sottostanti. Per questo motivo indirizzammo l'attenzione verso questo tipo di funzioni. Ci apparve presto chiaro che buona parte delle difficoltà relazionali con questi pazienti era legata non solo alla presenza di schemi interpersonali particolarmente maligni ma anche all'impossibilità e alla difficoltà di correggere e modulare gli effetti di questi schemi attraverso la comprensione della mente. Trovandoci in ambito cognitivo e influenzati da autori neo-piagetani (Flavell 1979) chiamavamo la generale capacità di comprendere e riflettere sugli stati mentali propri ed altrui "metacognizione". Ignoravamo che in quel momento Fonagy (Fonagy e Target 1996) stava lavorando alla stessa ipotesi di considerare una bassa capacità di comprendere la mente alla base della patologia borderline (vedi Fonagy e Target 1996) usando una diversa terminologia, dove la funzione che noi chiamavamo metacognizione veniva definita, forse più correttamente, funzione riflessiva e, più tardi, mentalizzazione. Inoltre di lì a poco Adrian Wells (vedi Wells 2000) avrebbe usato lo stesso termine "metacognizione" con accezioni diverse dalle nostre. Tutto questo ci avrebbe costretto successivamente in molti lavori ad un faticoso, noioso e sostanzialmente inutile

lavoro di precisazione terminologica. Comunque in quel periodo ottenemmo un finanziamento di ricerca del ministero della salute che utilizzammo per creare una banca dati di centinaia di sedute audio-registrate e trascritte. Lo studio qualitativo di questo materiale ci permise di formulare le due ipotesi che sono state alla base del nostro lavoro di ricerca sui DP:

- 1) La patologia della personalità è condizionata, si mantiene e si stabilizza per le difficoltà che hanno questi soggetti nel comprendere gli stati mentali propri ed altrui (difficoltà metacognitiva);
- 2) La metacognizione è una funzione complessa composta da diverse sottofunzioni e le sottofunzioni possono essere danneggiate in modo selettivo in soggetti diversi. A seconda di quali sono le funzioni danneggiate, il quadro clinico cambia.

In sostanza avevamo un'ipotesi generale secondo cui una bassa metacognizione è un fattore globale della patologia della personalità e un'ipotesi della specificità secondo cui danni in precise sottofunzioni orientavano la sintomatologia manifesta in modi diversi. Il modello clinico generale che derivammo da questa teoria venne riassunto nel primo lavoro collettivo del III Centro "Psicoterapia Cognitiva del Paziente grave" (Semerari 1999).

## La Scala di Valutazione della Metacognizione (SVAM)

A questo punto occorre mettere a punto degli strumenti. La "Scala della funzione riflessiva" di Fonagy (Fonagy et al. 1998) pubblicata in quell'arco di tempo non sembrava adatta perché considerava la funzione riflessiva (l'analogo della nostra metacognizione) come una grandezza unidimensionale che non teneva conto delle sfaccettature della metacognizione. Costruimmo così la "Scala per la Valutazione della Metacognizione" (SVAM, MAS con l'acronimo in inglese) che apparve nella letteratura internazionale solo nel 2003 (Semerari et al. 2003). La SVAM divideva la metacognizione in domini: autoriflessività, comprensione della mente altrui e padroneggiamento. Ciascun dominio è a sua volta suddiviso in sottofunzioni. L'autoriflessività comprende il monitoraggio che include la capacità di riconoscere i pensieri e le emozioni che compongono un proprio stato mentale, di riconoscere le relazioni tra pensieri ed emozioni e la capacità di spiegare in termini mentali le cause e le motivazioni del proprio comportamento; la differenziazione, ovvero quella capacità di distinguere tra mondo interiore e realtà esterna che ci fa differenziare tra fantasia e realtà e ci permette una distanza critica dei nostri stessi pensieri; e l'integrazione ovvero la capacità di riflettere sulle variazioni dei propri stati mentali in modo da prevedere il loro andamento nel tempo, stabilire gerarchie di rilevanza che diano coerenza alle scelte e formulare narrazioni di sé che generino un senso di stabilità e continuità nel tempo.

La comprensione della mente altrui includeva il monitoraggio, in questo caso la capacità di riconoscere le espressioni emotive nell'altro, l'integrazione ovvero la capacità di fornire descrizioni coerenti e plausibili dei processi mentali degli altri e, soprattutto, il decentramento, la capacità di comprendere che gli altri guardano al mondo da una prospettiva diversa dalla nostra per cui il decentramento consiste nel saper cogliere la prospettiva dell'altro indipendentemente dalla relazione che ha con noi e senza dovergli necessariamente attribuire i nostri valori e i nostri criteri di giudizio. Il terzo dominio, il padroneggiamento, descrive una serie di strategie di regolazione degli stati mentali distinte sulla base della complessità metacognitiva richiesta.

La SVAM ebbe un discreto successo ed è stata utilizzata in forma più o meno modificata da diversi gruppi di ricerca.

## L'Ipotesi della specificità del malfunzionamento metacognitivo

Una volta costruito lo strumento, logica avrebbe voluto che si controllasse per prima l'ipotesi generale, quella secondo cui la patologia della personalità è condizionata da disturbi della metacognizione. Nei fatti le condizioni di lavoro di allora non permettevano di affrontare quest'impresa. Ancora non eravamo riusciti ad organizzarci per una raccolta sistematica dei dati, per cui ci mancavano i grandi numeri, l'unica condizione che avrebbe permesso una valutazione sensata di quest'ipotesi. La stessa SVAM, pensata per essere applicata ai trascritti di sedute richiedeva troppo tempo per permettere di mettere insieme un numero di casi sufficientemente numeroso. Ci vorranno anni di riorganizzazione interna e di revisione degli strumenti per raggiungere questo obiettivo. In quella fase il lavoro di ricerca si concentrò essenzialmente sulla seconda ipotesi, quella della specificità dei profili del disturbo metacognitivo. Una serie di ricerca su casi singoli (Carcione et al. 2007; Carcione et al. 2011; Dimaggio et al. 2005; Dimaggio et al. 2007; Semerari et al. 2005) mostravano l'esistenza in pazienti diversi di specifici profili di malfunzionamento metacognitivo come tale malfunzionamento andasse riducendosi nel corso del primo anno di terapia.

L'argomento centrale alla base di questo approccio venne riassunto in un articolo apparso nel 2007 (Semerari et al. 2007). La metacognizione, ci chiedevamo, può essere considerata un'abilità misurabile in modo unidimensionale come la capacità di correre, dove, data la lunghezza di un tracciato e misurato il tempo, è possibile dire che A è più veloce di B che è più veloce di C, etc.? oppure va considerata un'abilità multidimensionale, più simile al gioco del tennis dove la capacità complessiva nasce dall'integrazione di sottoabilità diverse come la potenza del colpo, la precisione del rovescio, etc.? A nostro avviso, il fatto che diversi casi mostrassero profili diversi di malfunzionamento metacognitivo, ovvero alcuni erano danneggiati, ad esempio, in monitoraggio e decentramento, altri in differenziazione e integrazione, falsificava l'ipotesi di un'unica dimensione, e, di conseguenza, sosteneva l'ipotesi del gioco del tennis, ovvero di un'abilità multifattoriale con aree diverse di compromissione. Naturalmente una cosa è dimostrare che esistono profili specifici di malfunzionamento, un'altra è dire quali sono questi profili e in quale tipo di disturbo si presentano. Nei libri scritti in quel periodo (Dimaggio e Semerari 2003; Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolò e Procacci 2007) descrivevamo cinque categorie diagnostiche di disturbi di personalità (evitante, dipendente, borderline, paranoide e narcisista) attribuendo loro specifici profili di malfunzionamento metacognitivo. Quest'idea, che a ogni disturbo di personalità corrisponda un danno in precise sottofunzioni è stata successivamente modificata e corretta (Carcione, Nicolò e Semerari 2016) sulla base di considerazioni che discuteremo tra poco.

Nel frattempo cresceva il numero di colleghi impegnati nel lavoro del centro e il numero di pazienti che vi afferivano. L'esigenza di uno strumento più agile, da potersi applicare a grandi numeri, portò all'elaborazione di un'intervista semistrutturata, l'Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVAM, MAI con l'acronimo in inglese), (Semerari et al. 2012). Una difficile separazione da alcuni colleghi che avevano grandemente contribuito al lavoro di ricerca portò ad una complessiva riorganizzazione di lavoro del III Centro (vedi Carcione, Nicolò e Semerari 2016). In questa riorganizzazione generale migliorò la raccolta sistematica dei dati clinici attraverso numerosi strumenti di valutazione. La banca dati così raccolta ci ha permesso di controllare la prima ipotesi, quella di un danno metacognitivo alla base dei disturbi di personalità e di precisare la seconda relativa alla specificità del malfunzionamento.

## Il controllo dell'ipotesi generale

Per comprendere lo sviluppo di queste ricerche occorre considerare il dibattito che, nel frattempo, si era sviluppato su due questioni cruciali per la comprensione della patologia delle personalità.

La prima di queste questioni, nel sollevare la quale noi stessi abbiamo dato un piccolo contributo (Dimaggio et al. 2013), si riferisce al fatto che la gravità clinica di un disturbo di personalità non dipende dalla diagnosi categoriale ma dalla gravità della compromissione generale del funzionamento della personalità stessa. Ma cosa vuol dire compromissione generale della personalità? Col DSM 5 (APA 2013) sono stati introdotti nella sezione III del manuale dei criteri indipendenti per valutare tale compromissione, ma in epoca DSM IV (APA 2000) essa veniva calcolata sommando il numero dei criteri di disturbo di personalità che complessivamente venivano soddisfatti. Così un paziente supponiamo con 12 criteri risulta più grave di un paziente con 8 criteri, anche se il secondo soddisfa una diagnosi categoriale e il primo presenta criteri sparsi in varie diagnosi senza soddisfarne alcuna. Sulla base di queste misure si è potuto dimostrare che, gli aspetti clinici rilevanti, come prognosi, sintomi, alestitimia, problemi interpersonali, capacità di lavoro, qualità della vita, sono legati alla gravità generale piuttosto che alle categorie diagnostiche (vedi ad esempio Crawford et al. 2011; Dimaggio et al. 2013; Hopwood et al. 2011).

Questi dati già di per sé ridimensionavano l'importanza clinica della diagnosi categoriale. Ma essi vanno letti all'interno di una seconda questione che mette in discussione il concetto stesso di categoria nosografica per ciò che attiene ai DP, quella dell'altissima comorbilità tra i diversi disturbi. Nei fatti oltre il 60% dei pazienti che riceve la diagnosi di un DP soddisfa la diagnosi per almeno un altro DP (Zimmerman et al. 2005). Nel campione del III Centro, per esempio, meno del 30% dei pazienti con DP soddisfa un'unica categoria diagnostica. Ciò significa che, nella pratica clinica, un terapeuta si trova molto più spesso ad affrontare patologie di personalità complesse che casi, per così dire, da manuale. Tutto ciò ha compromesso la credibilità della diagnosi categoriali che non sono in grado di differenziare i DP tra loro né di trasmettere informazioni sulla gravità clinica del caso. Dall'altra parte il tentativo di sostituire le nosografie categoriali con una nosografia radicalmente dimensionale è stato criticato e giudicato troppo astratto per fornire al clinico indicazioni utili per la comprensione del paziente (Shelder et al. 2010).

Com'è noto il risultato di stallo si riflette nel compromesso del DSM 5 (APA 2013) dove convivono due diverse nosografie dei DP, l'una che riprende le categorie della precedente edizione e l'altra che propone un approccio prevalentemente dimensionale pur conservando la possibilità di diagnosticare 6 categorie. Forse l'unico punto della nuova nosografia che trova concordi gli esperti del settore e la nuova definizione di disturbo di personalità contenuta nella sezione III del DSM 5 che passa da "pattern stabile" ad "alterazioni della funzione del sé e delle relazioni interpersonali". Sulla base di quanto sono compromesse queste funzioni è possibile definire la gravità generale della patologia della personalità indipendentemente dalle diagnosi categoriali o dai tratti dimensionali.

È da notare che questa definizione di gravità permette anche di spiegare la frequente comorbilità dei DP. Più compromesse sono le funzioni del sé e delle relazioni, ovvero maggiore è la patologia generale della personalità, più diventa probabile ricevere la diagnosi per più Disturbi di Personalità. Da queste considerazioni deriva una domanda cruciale per lo sviluppo delle ricerche future: quali sono i fattori che determinano la compromissione delle funzioni del sé e della relazione o, in altre parole, quali sono i fattori alla base della patologia generale

della personalità? Rispetto a questa domanda la nostra ipotesi generale afferma che i disturbi metacognitivi costituiscono uno di questi fattori. Dal punto di vista teorico, quest'affermazione è quasi intuitiva. Una buona conoscenza dei nostri processi mentali è ciò che ci permette di elaborare una visione integrata di noi stessi, di conoscere i nostri scopi e la loro gerarchia di rilevanza in modo da darci una direzione nella vita. Allo stesso modo la comprensione degli stati mentali altrui ci permette di regolare in modo efficace i nostri processi interpersonali. Tuttavia non è detto che teorie convincenti superino la prova del controllo empirico.

## La metacognizione come fattore della generale patologia della personalità

Le ricerche che descriveremo di seguito possono essere inquadrare come una serie di tentativi di falsificare l'ipotesi che la metacognizione sia un fattore alla base della generale patologia della personalità. In questo tentativo assumiamo che se quest'ipotesi supera le prove di falsificazione cui viene sottoposta può essere, almeno provvisoriamente, accettata per vera.

La più potente falsificazione dell'ipotesi consiste nel dimostrare che nei DP la metacognizione non è peggiore che nei disturbi di stato, ad esempio nei disturbi di ansia o nella depressione. Se infatti la metacognizione è un fattore alla base della patologia generale della personalità, il minimo che possiamo aspettarci è che essa differenzi tra i DP e quelli che, in epoca DSM IV, si chiamavano disturbi di Asse I. Abbiamo così confrontato un campione di 200 pazienti con DP con un campione misto di pazienti che presentavano disturbi di ansia, depressione e disturbi del comportamento Alimentare senza DP. In effetti i pazienti con DP mostrano una metacognizione significativamente peggiore dei pazienti senza DP in tutte le aree della metacognizione. Tuttavia questo risultato non era completo. I pazienti con DP presentavano anche una sintomatologia acuta più grave dei non DP. Si poneva allora la questione se la differenza nella metacognizione potesse essere attribuita a fattori di stato ovvero alla gravità dei sintomi acuti, o fosse effettivamente legato alla patologia della personalità. Abbiamo così controllato l'effetto dei sintomi acuti. In effetti le differenze nella metacognizione diminuivano, mostrando un certo effetto di stato, tuttavia le differenze rimanevano significative per tutte le aree della metacognizione con la sola eccezione del monitoraggio. La conclusione è che i DP hanno una metacognizione significativamente peggiore dei disturbi sintomatici e tale differenza si mantiene anche dopo aver controllato gli effetti della sintomatologia acuta (Semerari et al. 2014)

L'ipotesi generale permette una seconda previsione. Se il malfunzionamento metacognitivo è un fattore della patologia generale della personalità, dobbiamo attenderci che peggiore è tale funzionamento, più grave dovrebbe risultare la patologia della personalità, ovvero maggiore dovrebbe essere il numero di criteri soddisfatti. Se tale previsione risultasse falsa, l'intera ipotesi generale verrebbe ad essere falsificata. Di conseguenza utilizzando una procedura messa a punto da Hopwood e coll. (2011) abbiamo, in un campione di oltre 200 soggetti con DP, separato la gravità generale degli stili specifici, in modo da poter valutare ciò che attiene alla gravità della personalità in generale e ciò che attiene a particolari stili (Semerari et al. 2014). Come previsto abbiamo trovato una forte correlazione tra bassa metacognizione in tutte le sottofunzioni e gravità generale. Le correlazioni con la bassa metacognizione risultavano inoltre più forti con la gravità generale che con i singoli stili, fornendo un'ulteriore indicazione che i disturbi metacognitivi sono, in primo luogo, un fattore di patologia della personalità e, in misura minore, un fattore legato a stili o categorie.

Tuttavia alcuni stili di personalità presentavano correlazioni significative con malfunzionamenti in specifiche sottofunzioni metacognitive. Ad esempio il ritiro sociale, caratteristica dei disturbi

evitante e schizoide, correlava con un basso monitoraggio, lo stile instabile, tipico del disturbo borderline, correlava con bassa integrazione e bassa differenziazione, lo stile bizzarro, che caratterizza i disturbi schizotipico e paranoide, correlava con bassa differenziazione e basso decentramento. Vedremo più avanti come questi dati in parte ridimensionano e in parte confermano l'ipotesi iniziale della specificità.

Inoltre, se la bassa metacognizione è un fattore generale della patologia della personalità, essa dovrebbe differenziare tra DP e disturbi sintomatici di stato che presentano una sintomatologia simile. Questo problema si è posto in particolare riguardo al rapporto tra Disturbo Evitante di Personalità (DEP) e Disturbo di Ansia Sociale (AS). Secondo un'ipotesi dominante, i due disturbi appartenerebbero alla stessa dimensione diagnostica e ciò che li distinguerebbe sarebbe la gravità dei sintomi (Reich et al. 2009). A quest'ipotesi che abbiamo definito ipotesi del continuum della gravità, abbiamo opposto l'ipotesi della specificità del disturbo di personalità, secondo cui la differenza tra DEP e AS andrebbe ascritta a danni in aspetti che definiscono il funzionamento della personalità. In particolare abbiamo confrontato quattro gruppi di pazienti: il primo con DEP, il secondo con DEP e AS, il terzo con AS ed il quarto con DP non evitanti e senza AS, per gravità di sintomi, metacognizione e funzionamento sociale (Pellecchia et al. 2017)). Se l'ipotesi della specificità del DP è vera, ci aspettiamo che:

- 1) I pazienti con DEP abbiano metacognizione e funzionamento sociale simili agli altri DP e significativamente peggiori dei pazienti con sola AS.
- 2) L'appartenenza ai gruppi con DEP è predetta dalla bassa metacognizione e dalle difficoltà interpersonali e meno dalla gravità dei sintomi. All'inverso, se è vera l'ipotesi del continuum della gravità sintomatologica, il maggior predittore di appartenenza al gruppo DEP dovrebbe essere la gravità dei sintomi.

I nostri risultati sono andati tutti nella direzione della specificità del DP: non solo i gruppi DEP, DEP+AS, e DP avevano metacognizione e funzionamento sociale analoghi e significativamente peggiori del gruppo con sola AS ma la metacognizione risultava il maggior predittore di diagnosi DEP, seguito dalla mancanza di socievolezza. Le implicazioni di questi risultati indicano che il DEP rappresenta un disturbo grave dove sono compromesse le capacità di base della relazione ovvero di accedere ad esperienze di condivisione grazie alla comprensione dei processi mentali propri ed altrui (Colle et al. 2017). Inoltre il fatto che la metacognizione sia il fattore discriminante tra disturbi d'ansia e di personalità con sintomi simili costituisce un'ulteriore prova che una bassa metacognizione sia un fattore generale della patologia della personalità. Un'ulteriore previsione che si può trarre dall'ipotesi generale riguarda gli effetti del trattamento. Se la bassa metacognizione è un fattore generale della patologia della personalità, un miglioramento delle funzioni dovrebbe essere legato ad una diminuzione dei criteri soddisfatti. Per controllare quest'ipotesi abbiamo misurato metacognizione, criteri dei disturbi di personalità, sintomi, funzionamento interpersonale e funzionamento sociale all'inizio e dopo un anno di psicoterapia in un campione di circa 300 soggetti con DP (Carcione et al. submitted). Al termine dell'anno di trattamento questi soggetti mostravano un miglioramento significativo in tutte le aree. Il miglioramento metacognitivo in particolare presentava un significativo legame con il cambiamento di tutte le altre misure. Tuttavia il legame più forte era con il miglioramento della patologia generale della personalità, evidenziato dalla riduzione del numero di criteri soddisfatti. Nel complesso ci sembra di aver sottoposto a robusti tentativi di falsificazione l'ipotesi che i disturbi della metacognizione siano un fattore alla base della patologia generale della personalità e che quest'ipotesi ha, fino ad oggi, superato brillantemente le prove.

## La revisione dell'ipotesi della specificità

Cosa resta, allora, dell'ipotesi della specificità? Certamente, nella sua forma più dura che prevedeva un profilo metacognitivo specifico per disturbi di personalità essa non può essere accettata. Non può essere accettata in primo luogo per l'inconsistenza stessa delle categorie dei disturbi di personalità col loro sovrapporsi e modificarsi (Clark 2007). Tuttavia se non la diagnosi categoriale almeno alcuni modi di estrinsecarsi della patologia del sé e delle relazioni può essere influenzato dal fatto che alcune sottofunzioni metacognitive siano, in alcuni soggetti, danneggiate più di altre. Come abbiamo visto, la metacognizione presenta in primo luogo un legame con la gravità generale e solo in misura minore alcuni malfunzionamenti di specifiche sottofunzioni correlano con stili specifici. Quest'ultimo dato tuttavia ci suggerisce che, se da un lato il malfunzionamento metacognitivo è, in primo luogo un fattore della generale patologia della personalità, un più accentuato malfunzionamento in alcune sottofunzioni può contribuire ed orientare in un senso o nell'altro l'espressione manifesta di tale patologia.

Per testare quest'ultima ipotesi occorre, però, tenere sotto controllo alcuni potenziali fattori confondenti che, in ultima analisi sono riconducibili alla gravità generale. Supponiamo che un soggetto soddisfi tre diagnosi categoriali di DP. Quale sarà il profilo di malfunzionamento metacognitivo atteso? Una somma dei profili attribuiti a ciascuna categoria? O piuttosto il profilo della diagnosi principale? O può variare da caso a caso? Dato che quest'evenienza è più probabile di quella di un caso con un'unica diagnosi di DP, nella pratica clinica la specificità dei profili riguarderà solo una parte dei casi che ci è dato di incontrare.

Inoltre avere più diagnosi di DP significa avere un maggior numero di criteri soddisfatti, ovvero una maggiore gravità generale. Come abbiamo visto al crescere della gravità generale corrisponde un complessivo malfunzionamento in tutte le funzioni metacognitive, in modo da oscurare l'effetto che il danno in funzioni specifiche può avere su particolari aspetti della psicopatologia.

In due ricerche abbiamo tentato di tenere sotto controllo questi fattori confondenti nel modo seguente. Nella prima ricerca (Semerari et al. 2015) abbiamo confrontato la metacognizione di un campione di pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (DBP) con quella di pazienti con DP non borderline. Per evitare l'effetto di sovrapposizioni diagnostiche abbiamo escluso dal gruppo di controllo dei non borderline tutti i soggetti che avevano più di due criteri borderline. Abbiamo inoltre controllato l'effetto della gravità generale (valutato anche in questo caso col numero complessivo dei criteri soddisfatti) della personalità e dei sintomi acuti. In questo modo riteniamo di aver messo in luce il malfunzionamento metacognitivo maggiormente legato agli aspetti borderline della patologia della personalità. Il risultato è stato che i soggetti con DBP mostravano una peggiore integrazione e una peggiore differenziazione rispetto ai DP non borderline.

In una seconda ricerca (Moroni et al. 2016) abbiamo seguito la stessa procedura per confrontare la metacognizione di un gruppo di soggetti evitanti con un gruppo di DP non evitanti. In questo caso i soggetti con DEP presentavano un debole ma significativo peggior funzionamento nel monitoraggio e nel decentramento.

Riassumendo il nostro contributo di ricerca alla comprensione dei DP risulta nell'aver fornito prove consistenti che i disturbi della metacognizione costituiscono un fattore importante della patologia generale della personalità e nell'aver fornito indizi interessanti sul fatto che danni in specifiche sottofunzioni metacognitive contribuiscono ad orientare la psicopatologia manifesta di tali disturbi.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition-Text revision. American Psychological Association. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. American Psychiatric Publishing. Washington, DC.
- Carcione A, Dimaggio G, Fiore D, Nicolò G, Procacci M, Semerari A e Pedone R (2008). An intensive case analysis of client metacognition in a good-outcome psychotherapy: Lisa's case. *Psychotherapy Research* 18, 6, 667-76.
- Carcione A, Nicolò G, Pedone R, Popolo R, Conti LM, Fiore D, Procacci M, Semerari A e Dimaggio G (2011). Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy. *Psychiatry Research* 190, 1, 60-71.
- Carcione A, Nicolò G e Semerari A (2016). *Curare i Casi Complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Editori Laterza, Roma.
- Carcione A, Riccardi I, Bilotta E, Leone L, Pedone R, Colle L, Conti L, Fiore D, Nicolò G, Pellecchia G, Procacci M, Semerari A (submitted). Metacognition as predictor of improvements in personality disorders.
- Clark LA (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology* 58, 227-258.
- Colle L, Pellecchia G, Moroni F, Carcione A, Nicolò G, Semerari A e Procacci M (2017). Levels of Social Sharing and Clinical Implications for Severe Social Withdrawal in Patients with Personality Disorders. *Frontiers in Psychiatry* 4, 8, 263.
- Crawford MJ, Koldobsky N, Mulder R e Tyrer P (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders* 25, 3, 321-30.
- Dimaggio G, Carcione A, Nicolò G, Conti LM, Fiore D, Pedone R, Popolo R, Procacci M e Semerari A (2009). Impaired decentration in personality disorder: a series of single cases analysis with the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 16, 5, 450-462.
- Dimaggio G, Procacci M, Nicolò G, Popolo R, Semerari A, Carcione A e 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, 5, pp. 386-401.
- Dimaggio G, Carcione A, Nicolò G, Lysaker PH, d'Angerio S, Conti LM e Semerari A (2013). Differences between axes depend on where you set the bar: associations among symptoms, interpersonal relationship and alexithymia with number of personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders* 27, 371-382.
- Dimaggio G e Semerari A (a cura di) (2003). *I Disturbi di Personalità Modelli e Trattamento – Stati Mentali, Metarappresentazione, Cicli Interpersonali*. Editori Laterza, Roma-Bari.
- Dimaggio G, Semerari A, Carcione A, Nicolò G e Procacci M (2007). *Psychotherapy of Personality Disorders: Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*. Routledge, London.
- Farina B e Liotti G (in questo numero).
- Flavell JH (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist* 34, 10, 906-911.
- Fonagy P e Target M (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis* 2, 217-233.
- Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH e Morey LC (2011). Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders* 25, 305-320.
- Lorenzini R, Semerari A e Mancini F (in questo numero)
- Moroni F, Procacci M, Pellecchia G, Semerari A, Nicolò G, Carcione A, Pedone R e Colle L (2016). Mindreading Dysfunction in Avoidant Personality Disorder Compared With Other Personality Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 204, 10, 752-757.
- Pellecchia G, Moroni F, Colle L, Semerari A, Carcione A, Fera T, Fiore D, Nicolò G, Pedone R e Procacci M (2018). Avoidant Personality Disorder and Social Phobia: does mindreading make the difference.

- Comprehensive Psychiatry* 80, 163-169.
- Reda M (in questo numero).
- Reich J (2009). Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Current Psychiatry Reports* 11, 89-93.
- Semerari A (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Carocci, Roma.
- Semerari A (cura di) (1999). *Terapia cognitiva del paziente grave: metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G e Procacci M (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 10, 238-261.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Pedone R e Procacci M (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 19, 609-710.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G e Procacci M (2007). Understanding minds: different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research* 17, 106-119.
- Semerari A, Colle L, Pellecchia G, Buccione I, Carcione A, Dimaggio G e Pedone R (2014). Metacognitive dysfunctions in personality disorders: Correlations with disorder severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders* 28, 751-766.
- Semerari A, Colle L, Pellecchia G, Carcione A, Conti LM, Fiore D e Pedone R (2015). Personality Disorders and Mindreading: Specific Impairments in Patients With Borderline Personality Disorder Compared to Other PDs. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203, 8, 626-631.
- Semerari A, Cucchi M, Dimaggio G, Cavadini D, Carcione A, Bottelli V, Nicolò G, Pedone R, Siccardi T, d'Angerio S, Ronchi P, Maffei C e Smeraldi E (2012). The development of the Metacognition Assessment Interview: Instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. *Psychiatry Research* 200, 890-895.
- Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, Michels R e Westen D (2010). Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry* 167, 9, 1026-1028.
- Wells A (2000). *Emotional Disorders and Metacognition. Innovative Cognitive Therapy*. John Wiley & Sons Ltd., London.
- Zimmerman M, Rothschild L e Chelminski I (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 162, 10, 1911-1918.