

PROCESSI METACOGNITIVI E DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: STUDIO DI UN CASO SINGOLO ATTRAVERSO LA S.Va.M.

Giorgio Caviglia*, Francesca Scafuto, Raffaella Perrella*, Antonio Semerari°

*Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli Studi di Napoli

°III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Riassunto

Oggetto: La nostra ricerca si propone di studiare la relazione che intercorre tra il costrutto della metacognizione e il disturbo borderline di personalità (DBP).

Metodo: Nel nostro studio viene valutato l'andamento della metacognizione -in particolare, la scala dell'*autoriflessività*- in una paziente con diagnosi di DBP, nel corso di una psicoterapia cognitivo-comportamentale, durata 6 anni, della quale vengono esaminate 8 sedute (2 iniziali, 4 centrali, 2 finali). Lo strumento utilizzato è la S.Va.M. (Scala di Valutazione della Metacognizione di Carcione et al. 1997).

Risultati: Lo studio rileva un iniziale deficit metacognitivo nella "differenziazione" e nell'"integrazione", entrambe sottofunzioni modulari dell'*autoriflessività*. Il loro andamento è risultato indipendente dall'andamento delle altre sottofunzioni. Alla fine della terapia si è rilevato l'incremento di diverse sottofunzioni caratterizzanti l'*autoriflessività*.

Discussione: I risultati non disconfermano l'ipotesi di uno specifico deficit della "differenziazione" nel DBP (responsabile degli spunti deliranti), nonché di un deficit nell'"integrazione" delle rappresentazioni mentali (che spiegherebbe, invece, gli stati dissociativi e le idealizzazioni/svalutazioni emergenti nella dinamica relazionale). La rilevazione empirica di un trend positivo di tali funzioni -inizialmente deficitarie- durante il corso della psicoterapia, viene interpretata come un indice significativo del cambiamento e quindi -indirettamente- dell'efficacia della psicoterapia stessa.

Parole chiave: *metacognizione, disturbo borderline, caso singolo*

METACOGNITIVE PROCESSES AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A SINGLE CASE STUDY USING METACOGNITION ASSESSMENT SCALE (M.A.S.)

Summary

Object: The purpose of our research is to study the correlation between metacognition and borderline personality disorder (BPD).

Method: The metacognitive trend - particularly, the "self-reflectivity scale" (S.Va.M.) - has been estimated through a single-case analysis of a patient who had been diagnosed with BPD. We studied a sample of 8 sessions (2 first, 4 middle, 2 last) out of a 6-year cognitive-behavioral psychotherapy, using the S.Va.M. (Scale to Value the Metacognition) created by the group of research of the 3rd Center of Cognitive Psychotherapy of Rome (Carcione et al. 1997).

Results: The graphic observation displays an initial metacognitive failure, particularly, in the “differentiation” and the “integration” of the Scale. In fact, their trend proved to be independent from the constant and positive trend of the other shared functions. The latest interesting result achieved by the end of the psychotherapy, concerns the improvement of the unsuccessful shared functions pertaining to “autoreflexivity”.

Discussions: The results not refute the hypothesis of a specific failure in the “differentiation” of the BPD (responsible for the delusions) as well as a failure in the “integration” of mental representations (which would explain, instead, the dissociative states and/or the idealization and contempt within interpersonal relationships of BPD). The empirical data exhibits a positive trend of such functions -initially insufficient- during the psychotherapy, which could be interpreted as a significant index of the change, and therefore, of the efficacy of the psychotherapy itself.

Key words: *metacognition, borderline disorder, single case*

Introduzione

La capacità di rappresentarsi gli stati mentali propri ed altrui, cioè di possedere una teoria della mente, in base alla quale riuscire a prevedere e a spiegare il comportamento manifesto dell'altro, costituisce un elemento cardine nella gestione delle relazioni interpersonali, nella risoluzione dei problemi della vita quotidiana, nella pianificazione e nel monitoraggio dei propri processi cognitivi (Semerari 1999). Questi elementi si riferiscono al costrutto di “funzione metacognitiva”, la quale opera in un ambito di consapevolezza ed è costantemente attiva, svolgendo un ruolo cruciale nel conseguimento di un'adeguata regolazione affettiva. La metacognizione sarebbe, in definitiva, l'attività che ci “rende liberi di pensare i nostri pensieri senza essere pensati da essi” (Semerari 1999) e ci consente di far fronte, di conseguenza, a stati di sofferenza psichica. Da tale definizione si intuisce l'importanza di tale funzione nell'elaborazione di esperienze spiacevoli e/o traumatiche (Main et al. 1985) e dunque la risonanza del concetto, non solo nella teoria cognitivo-comportamentale, ma anche in quella dell'attaccamento (soprattutto, in riferimento ai costrutti di “monitoraggio metacognitivo”, di Mary Main, e di “funzione riflessiva del sé”, di Peter Fonagy).

Secondo gli studi e le ipotesi della Main, la metacognizione -misurata attraverso la Adult Attachment Interview- è rappresentata soprattutto dal monitoraggio del proprio “stato mentale”, permettendo: 1. la distinzione tra apparenza e realtà; 2. la diversità dei modi di vedere, di menti diverse dalla nostra; 3. la possibilità di cambiamento di prospettiva rappresentazionale degli eventi, in se stessi, nel tempo (Main e Goldwyn 1998). Secondo questa versione, la metacognizione è un fenomeno soprattutto “intrapersonale” e di monitoraggio.

Per Fonagy e Target (2001) un buon funzionamento metacognitivo nei *caregivers* permetterebbe l'interruzione della trasmissione intergenerazionale dei modelli operativi interni (M.O.I.) disfunzionali di attaccamento; cioè i MOI appresi dai genitori, dai loro genitori, non verrebbero riproposti automaticamente nella relazione con i propri figli, se sono stati “rivisitati” alla luce della riflessione metacognitiva. La “funzione riflessiva” permetterebbe, infatti, di rappresentarsi (oltre se stessi, naturalmente) anche il proprio figlio come dotato di stati intenzionali, credenze e desideri; atteggiamento mentale che porta ad essere più attenti alle sue richieste ed alla sua personalità; anche se le proprie esperienze di accudimento non sono state ottimali o positive. Ecco, dunque, la sua funzione “protettiva”, rispetto ad una psicopatologia futura, nella prole. Secondo questa altra versione, il fenomeno della metacognizione è visto soprattutto nei suoi aspetti “interpersonali” e di sviluppo.

Sempre secondo la Teoria dell'Attaccamento -nella sua versione più "clinica", oltre che esplicativa dello sviluppo normale-, rappresentazioni di sé e dell'altro multiple e contraddittorie, caratteristiche del disturbo borderline di personalità (DBP), sarebbero alla base del grave deficit metacognitivo, tipico del disturbo; queste, unite all'impulsività e alla disregolazione emotiva, renderebbero ragione dei tratti caratteristici del DBP (Liotti 2001; Caviglia 2003). Inoltre, in questa tipologia di pazienti e, in generale, in quelli in cui vi è un grave fallimento metacognitivo, la psicoterapia -come è intuibile- è molto più difficoltosa. Questo non solo per la grande confusione che il paziente opera, fra mondo reale e vissuti personali, ma anche, particolarmente, per la difficoltà di instaurare l'alleanza terapeutica; difficoltà dovuta alle immagini interne spesso minacciose, che nel rapporto terapeutico fanno vivere al paziente drammatiche oscillazioni fra un rapporto positivo idealizzante e un rapporto negativo estremamente minaccioso. Per tutti questi motivi, è così frequente il *drop-out* di questi pazienti.

Il nostro studio si inserisce nel filone di ricerca che si propone di individuare un rapporto di interconnessione tra fallimento metacognitivo e disturbo borderline di personalità, allo scopo di portare un contributo verso la formulazione di possibili indici di validazione dell'efficacia delle psicoterapie con queste patologie.

L'utilizzo della S.Va.M. -lo strumento di cui ci avvarremo nella nostra ricerca- ha già condotto a risultati interessanti, che passeremo brevemente in rassegna. In una ricerca (Conti e Bosco 2000) su un paziente con disturbo narcisistico di personalità (DNP), è stata riscontrata una correlazione tra "conoscenza condivisa terapeutica" (ossia la conoscenza che il paziente dichiara esplicitamente di condividere con il terapeuta) e un alto livello di funzionamento metacognitivo. In un altro studio (Dimaggio et al. 2000a), sempre su un paziente con DNP, sono stati valutati i cambiamenti metacognitivi, in particolare dell'*autoriflessività* (cfr. dopo, in Metodo), rispetto ai cambiamenti degli stati problematici (misurati con la "Griglia degli Stati Problematici"- GPS). Una ricerca simile è stata condotta su un paziente con disturbo evitante di personalità (DEP), in cui sono state riscontrate: prevalenza del senso di non appartenenza, efficacia personale negativa, emozioni di paura e di ansia, deficit metacognitivi nelle sottofunzioni "caratterizzazione" e "relazione tra variabili" (cfr. dopo, in Metodo) dell'*autoriflessività* (Procacci et al. 2000; Dimaggio et al. 2000). Gli stessi deficit metacognitivi si sarebbero ravvisati anche nel DNP, nell'ambito di uno studio condotto nel 2001, sempre dall'equipe di ricerca del III Centro di Roma (Semerari et al. 2001).

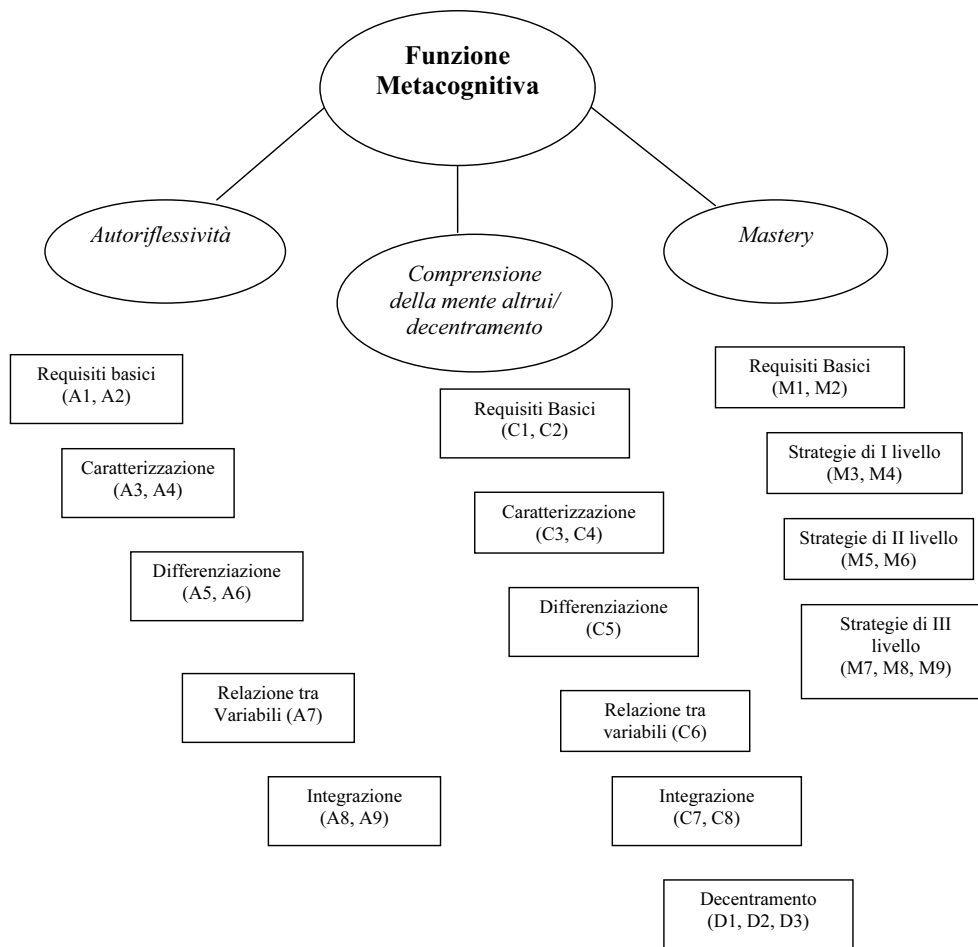
È a quest'ultimo studio che si rifanno le nostre ipotesi di ricerca, in quanto dal confronto tra due pazienti -uno con DNP, e uno con DBP- sono emersi due profili metacognitivi molto diversi. Il paziente con DNP presentava un deficit prevalente nel *monitoraggio metacognitivo*, che starebbe ad indicare un qualche fallimento -anche se secondario- dell'"integrazione"; il paziente con DBP presentava, invece, un deficit primario specificamente nelle sottofunzioni "differenziazione" e "integrazione" (definite dalle sigle A5, A6, A8, A9; cfr., dopo, nel Metodo), e non nelle altre sottofunzioni; si rilevava, inoltre, indipendenza tra le diverse sottofunzioni. Per quanto concerne l'evoluzione metacognitiva nel corso della psicoterapia (di cui gli autori hanno esaminato un campione di 8 sedute), la "differenziazione" migliorava in modo costante, a differenza dell'"integrazione", che seguiva un andamento oscillante.

Metodo

Prima di illustrare le ipotesi di ricerca che sono servite come griglia di lettura dei nostri dati, dal momento che il nostro è uno studio descrittivo sul *single case*, ci soffermeremo a parlare dello strumento di ricerca da noi utilizzato: la S.Va.M. Questo perché le nostre ipotesi sono state for-

multate considerando la definizione modularistica della metacognizione, alla base della Scala di Valutazione della Metacognizione (la S.Va.M., appunto, di Carcione et al. 1997) ideata ed elaborata dal III Gruppo di Ricerca in Psicoterapia Cognitiva di Roma. Il costrutto risulta suddiviso in

Figura 1. Schema delle sottofunzioni Metacognitive



tre sottofunzioni: l'*autoriflessività*; la *comprensione della mente altrui/decentramento*; la *mastery*. Ognuna di esse è suddivisa, a sua volta, in ulteriori categorie (Cfr. Figura 1).

Il modularismo consente di ricavare profili di deficit metacognitivi specifici nei diversi disturbi, o in un disturbo complesso come quello borderline, o tra diverse famiglie dello stesso

disturbo; nonché di valutare separatamente l'andamento delle singole funzioni nel corso di una psicoterapia. Illustreremo, in questo studio pilota, solo la prima sottofunzione, in quanto è quella che subisce un deficit considerevole nei soggetti borderline. L'*autoriflessività* (ossia la capacità del soggetto di rappresentarsi eventi mentali e di compiere operazioni cognitive euristiche sul proprio funzionamento mentale) comprende nove categorie nominali, con valore dicotomico (il successo o il fallimento delle sottofunzioni viene indicato, rispettivamente, con "sì" o con "no").

Illustriamo brevemente le 9 sottofunzioni dell'*autoriflessività*: A_1 e A_2 indicano i "requisiti basilici", ossia la capacità di riconoscere i propri stati mentali come autonomi, ma in interazione con le altre menti; A_3 e A_4 definiscono la "caratterizzazione", ossia la capacità di discriminare tra loro le componenti cognitive ed emotive dei propri stati interni; A_5 e A_6 si riferiscono alla "differenziazione" tra le rappresentazioni mentali e la realtà esterna; A_7 indica la funzione di costruire una "relazioni tra variabili" ideative, relazionali e affettive, al fine di spiegare le motivazioni del proprio comportamento; A_8 e A_9 infine, designano la capacità di operare un' "integrazione" -in una visione narrativa coerente- di diverse modalità, talora addirittura contraddittorie, di funzionamento cognitivo ed emotivo. Il deficit rappresentato da questa ultima sottofunzione corrisponde, in parte, a ciò che la psicologia dinamica definisce come meccanismo di scissione.

Avvalendoci dell'operazionalizzazione del costrutto della metacognizione presente nella S.Va.M. ed in virtù dei risultati delle ricerche suesposte, prendiamo in considerazione un caso clinico; un soggetto di sesso femminile di 23 anni, la cui diagnosi è di Disturbo Borderline di Personalità, che ha effettuato una psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale, di cui abbiamo esaminato 8 sedute -registrate e poi trascritte- dal 1996 al 2001.

I punteggi sono stati dati da un giudice che aveva seguito un training specifico per l'apprendimento del metodo. Il giudice non conosceva il reale ordine temporale di svolgimento delle sedute che siglava. Il 30% delle sedute selezionate, sono state comunque siglate da due giudici, uno dei quali molto esperto. L'accordo dei due giudici riguardo a queste sedute, è risultato molto elevato.

Come ipotesi di ricerca postuliamo l'esistenza di un deficit maggiore nelle sottofunzioni della "differenziazione" e dell' "integrazione" dell'*autoriflessività*, rispetto alle sottofunzioni della "caratterizzazione" e della "relazione tra variabili". Ci aspettiamo, inoltre, un incremento delle sottofunzioni deficitarie nelle sedute finali della terapia, poiché ipotizziamo che il cambiamento di queste sottofunzioni sia lento, ma costante nel tempo.

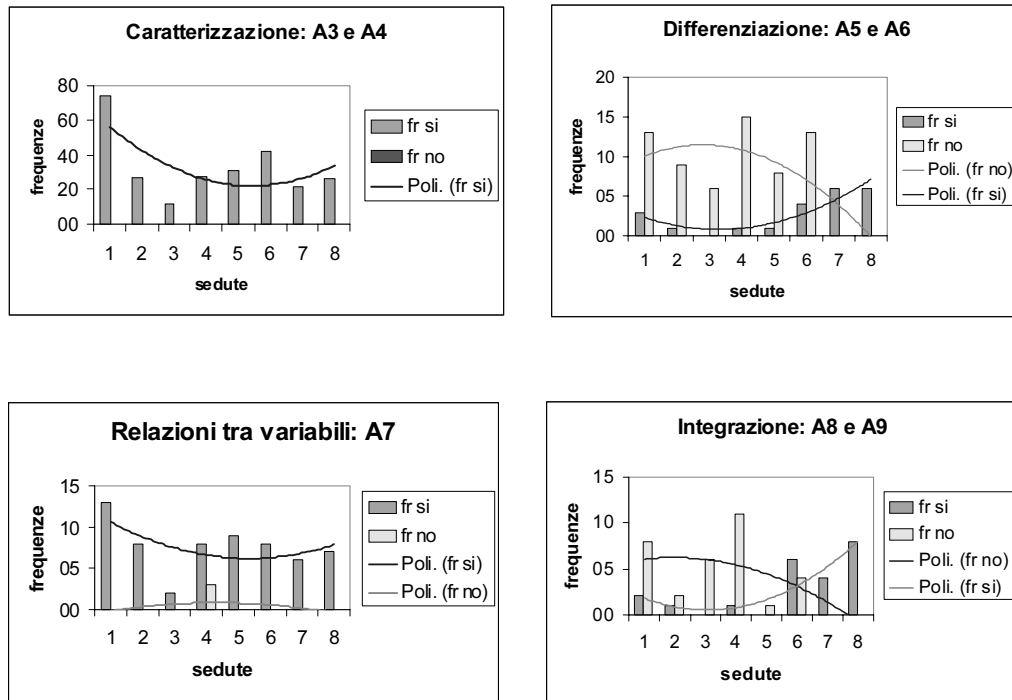
Risultati

La fase di raccolta dei dati ha contemplato la siglatura, che è stata eseguita tenendo conto delle norme e delle procedure illustrate dagli autori nel manuale della S.Va.M. (Carcione et al. 2000). L'analisi descrittiva dei dati permette di elaborare i seguenti grafici.

L'analisi descrittiva si basa sul conteggio delle frequenze dei successi (indicate con fr. "sì") e dei fallimenti (indicate con fr. "no") relative alle sottofunzioni esaminate. Nella figura 2, è possibile osservare sull'asse delle ascisse le 8 sedute esaminate, appartenenti ai vari anni della terapia ("1" e "2" nel 1996; "3" e "4" nel 1998; "5" e "6" nel 1999, ed infine "7" e "8" nel 2001). Sull'asse delle ordinate si può osservare la frequenza assoluta delle diverse sottofunzioni; per ottenere la frequenza di ognuna di esse si sommano gli item che le costituiscono. La "caratterizzazione" segue un andamento positivo, costante nel tempo, non disconfermando l'ipotesi di partenza.

Nella "differenziazione" il numero dei fallimenti (indicati con "fr. no") prevale sui successi (indicati con "fr. sì") fino alla seduta "6" (relativa all'anno 1999). Nell'ultimo anno della terapia (sedute "7" e "8") si osserva un netto miglioramento.

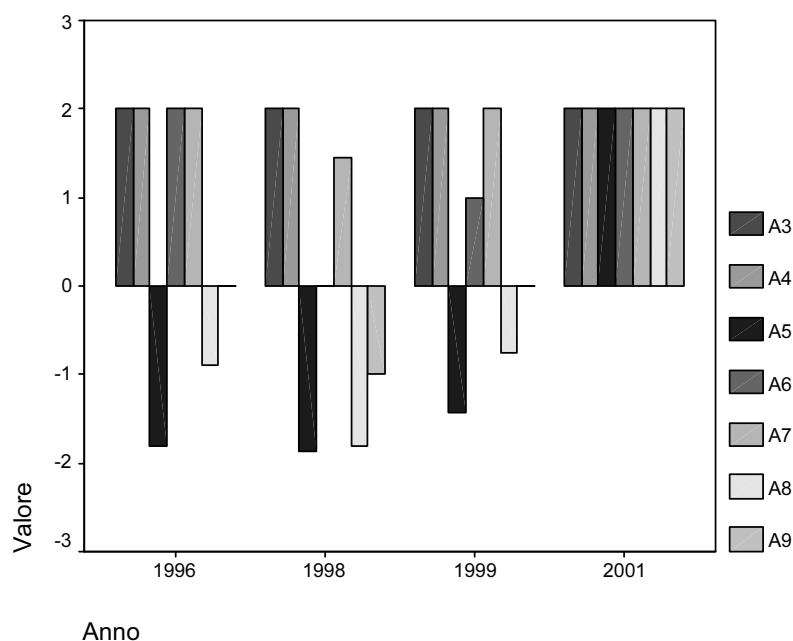
Figura 2: Grafici frequenze assolute



La “relazione tra variabili” assume valori negativi solo nella seduta “4” (nel 1998), mentre l’andamento positivo prevale, in generale. L’ “integrazione” è la funzione che si rileva di meno (attivandosi al massimo 12 volte), sia nei successi che nei fallimenti. Il motivo si può attribuire alla complessità di tale funzione, la cui siglatura richiede l’analisi di più unità di testo (si sigla solo l’ultima unità esaminata). La funzione cresce nel tempo fino a che, dalla seduta “6” (nel 1999), il numero dei successi inizia a superare quello dei fallimenti, e la funzione si mantiene costantemente presente, in quantità elevata, negli ultimi anni di psicoterapia.

Il grafico della Figura 3 consente di visualizzare e confrontare l’andamento di ogni sottofunzione negli anni di terapia. Per ovviare al problema dei valori mancanti, e per distinguere le mancate attivazioni delle funzioni dai fallimenti delle stesse, le frequenze sono state ponderate attraverso la formula: $fr\ si - fr\ no / fr\ tot$. In questo modo, il range del punteggio va da -2 (completo fallimento) a +2 (completo successo), avendo considerato due sedute consecutive per ogni anno. Collochiamo, quindi, in ascisse gli anni di terapia e in ordinata il valore ponderato delle diverse sottocategorie. E’ possibile osservare che quasi tutte le funzioni -il riconoscimento dei limiti del pensiero (A_6), la “relazione tra variabili” (A_7) e l’ “integrazione” (A_8 e A_9)- hanno una caduta nel 1998, per poi assumere valori crescenti nelle ultime sedute.

Figura 3: Grafico frequenze ponderate



La “caratterizzazione” (A_3 e A_4) si rileva in modo positivo e costante in tutti gli anni di terapia. Nei primi anni della terapia, la funzione maggiormente deficitaria è la reversibilità del pensiero (A_5), che assume valori positivi solo nel 2001. Dal grafico risultano chiari, in generale, un numero maggiore di fallimenti nella “differenziazione” (A_5 e A_6) e nell’ “integrazione” (A_8 e A_9), rispetto alla “caratterizzazione” (A_3 e A_4) e alla “relazione tra variabili” (A_7), ed un miglioramento progressivo e globale -nel tempo- delle sottofunzioni deficitarie; questi risultati non disconfermano le nostre ipotesi di ricerca.

Discussione

Il nostro studio ha descritto l’andamento dell’*autoriflessività* in una paziente con DBP, rilevato durante una psicoterapia cognitivo-comportamentale: è stato rilevato un andamento positivo per le sottofunzioni che all’inizio della terapia apparivano deficitarie. Anche l’ “integrazione”, che nello studio di Semerari et al. (2001) seguiva un andamento oscillatorio, nel nostro studio migliora decisamente. Questo risultato può essere considerato come un indice descrittivo dell’efficacia della psicoterapia in questione, anche se non disponiamo di un numero di casi sufficienti,

né di un controllo sulle variabili intervenienti, che ci possa far inferire una validità interna, nonché l'esistenza di un nesso causale. Tuttavia, la rivalutazione e l'importanza della ricerca *single case*, sta acquistando sempre più rilevanza nelle pubblicazioni scientifiche più recenti di valutazione dell'efficacia delle psicoterapie (Lingiardi, Fontana 2003).

Le 8 sedute (2 iniziali, 4 centrali e 2 finali), sono state campionate seguendo un criterio di consecutività. Prendere, infatti, due sedute consecutive per ogni anno, diminuiva la probabilità di incorrere in un errore casuale, cioè che i cambiamenti rilevati fossero associati ad un evento casuale.

Risulta particolarmente interessante l'accentuato fallimento (maggiore anche rispetto all'inizio della psicoterapia) nel '98, nelle sedute denominate "3" e "4", di molte sottofunzioni (esclusa la "caratterizzazione"). Questi ripetuti e gravi fallimenti metacognitivi sono legati all'andamento del transfert, dell'alleanza terapeutica ed alle tematiche affrontate (come risulta, andando a riprendere le sedute registrate e confrontandone i contenuti emotivi, tematici e transferali affrontati, con le cadute nelle sottofunzioni).

Sono possibili due letture di questo andamento metacognitivo. Una, più psicodinamica, che vede nella caduta della funzione metacognitiva un'emersione di tematiche angosciose e regressive, necessarie ed utili, ad un certo punto della psicoterapia. Anche nelle psicoterapie ad orientamento psicodinamico, infatti, nel momento in cui l'alleanza ed il rapporto terapeutico si sono rinforzati, l'analisi delle difese e la regressione del paziente comportano un periodo di "peggioramento" soggettivo ed oggettivo del soggetto. Un'altra, di matrice bowlbiana, che vede nella riorganizzazione dei M.O.I. -relativa alla nuova "base sicura" che si sta sperimentando- un momento di confusione e disorientamento. Inoltre, sempre seguendo questo filone teorico, esperienze traumatiche riattivate nel transfert sono sempre fonte di disorganizzazione e fanno, quindi, abbassare la metacognizione.

Emergerebbe, così, il nodo del rapporto tra metacognizione e relazione terapeutica, nonché il nesso tra deficit metacognitivi e relazione di attaccamento, anche nel contesto psicoterapeutico. Un'interessante linea futura di ricerca, ci sembra potrebbe essere quella -vista l'estrema funzionalità di dividere la funzione metacognitiva secondo questo approccio modulare- di studiare specifici deficit metacognitivi selettivi, e correlarli con momenti di alleanza terapeutica molto positiva, o rottura della stessa. Immaginando che alcuni di essi migliorino specificatamente, o peggiorino, o resistano al cambiamento (positivo o negativo) più degli altri.

In conclusione, l'interpretazione dei risultati sembra non disconfermare il nesso tra il DBP e: 1. il deficit di "differenziazione" tra le rappresentazioni mentali e la realtà (clinicamente evidenziabile negli spunti o nelle ideazioni deliranti, caratteristici del DBP); 2. il deficit di "integrazione" tra rappresentazioni mentali (che sono invece alla base degli stati dissociativi e/o delle idealizzazioni/svalutazioni, emergenti nella dinamica relazionale dell'individuo affetto dal Disturbo Borderline).

Bibliografia

- 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., Dimaggio G., Falcone M., Nicolò G., Procacci M., Semerari A. (2000). *Scala di valutazione della metacognizione (S.Va.M.), manuale per la siglatura 2.1.* Dattiloscritto non pubblicato.
- Caviglia G. (2003). *Attaccamento e psicopatologia*. Carocci, Roma.

Processi metacognitivi e disturbo borderline di personalità

- Conti L., Bosco F. (2000). Analisi di una seduta psicoterapeutica: l'indice di condivisione e la S.Va.M. a confronto. *Abstract del X Congresso Sitcc*, 18 Nov. 2000, consultabile sul sito www.conor.it.
- Dimaggio G., Carcione A., Falcone M., Nicolò G., Pontalti I., Procacci M., Semerari A. (2000). Rilevare il cambiamento terapeutico attraverso l'analisi di stati problematici, metacognitivi e relazione terapeutica. *Abstract del X Congresso Sitcc*, 18 Nov. 2000, consultabile sul sito www.conor.it.
- Dimaggio G., Carcione A., Falcone M., Nicolò G., Pontalti I., Procacci M., Semerari A. (2000a). Perché il narcisismo è un disturbo stabile? Un modello di mantenimento della psicopatologia. *Abstract del X Congresso Sitcc*, 18 Nov. 2000, consultabile sul sito www.conor.it.
- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lingiardi V., Fontana A. (2003). La ricerca single-case: valutazione e obiettivi. *Ricerca in Psicoterapia* 6 (3), 117-134.
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evolutionista*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Main M., Goldwyn R. (1998). *Adult Attachment Scoring and Classification Systems. Version 6.3*. Dattiloscritto non pubblicato, U. C. Berkeley.
- Main M., Kaplan N., Cassidy J. (1985). La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il livello rappresentazionale. Tr. it. in C. Riva Crugnola (a cura di) (1993). *Lo sviluppo affettivo del bambino. Tra psicoanalisi e psicologia evolutiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Procacci M., Popolo R., Vinci G., Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Falcone M., Nicolò G., Pontalti I., Alleva G. (2000). Stati mentali e funzioni metacognitive nel disturbo evitante di personalità: studio di un caso singolo. *Ricerca in Psicoterapia* 3 (1), 66-89.
- Semerari A. (a cura di) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Semerari A., Carcione A., Falcone M., Nicolò G. (2001). È possibile osservare diversi profili metacognitivi in diversi disturbi di personalità? Come misurare la funzione metacognitiva in psicoterapia. *Sistemi intelligenti* 13 (1), 189-208.

Autore per la corrispondenza: Prof. Giorgio Caviglia, Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli Studi di Napoli, via Vivaldi, 43 - 81100 - Caserta – Tel. 0823 274781; e-mail giorgio.caviglia@unina2.it