

# Interdipendenza tra fattori terapeutici: metacognizione e alleanza terapeutica a confronto

SARA CITRO

*Dipartimento di Psicologia, Università degli studi Milano-Bicocca, Italia*

## Riassunto

Numerosi autori suggeriscono che all'interno del processo psicoterapeutico sia possibile identificare un legame bidirezionale tra l'abilità metacognitiva del paziente e la qualità della relazione terapeutica: la metacognizione sarebbe favorita dall'instaurarsi di una relazione positiva e paritetica con il clinico e, allo stesso tempo, deficit metacognitivi sarebbero in grado di influenzare la qualità di tale rapporto. Il legame tra queste dimensioni, tuttavia, non è stato ancora studiato in modo approfondito dalla ricerca in psicoterapia. Il presente lavoro ha quindi provato ad indagare a livello empirico l'esistenza effettiva di una interdipendenza tra la qualità della relazione terapeutica, analizzata attraverso i costrutti di alleanza terapeutica e interventi tecnici proposti dal clinico, e la metacognizione del paziente.

I trascritti *verbatim* di 96 colloqui clinici, relativi a un campione di studenti universitari nelle fasi iniziali della psicoterapia, sono stati codificati mediante tre strumenti: la *Scala di Valutazione della Metacognizione* (SVaM; Carcione et al., 2010), la *Collaborative Interactions Scale* (CIS; Colli & Lingiardi, 2009) e la *Psychodynamic Interventions Rating Scale* (PIRS; Cooper & Bond, 1992).

I risultati ottenuti dalle analisi statistiche sembrano indicare che la qualità dell'alleanza terapeutica e la tipologia di interventi intrapresi dal clinico tendono a mostrare caratteristiche differenti a seconda del livello metacognitivo dei pazienti; nel contempo, i dati sembrano suggerire che, in base alla qualità dell'alleanza e alla tipologia di interventi, il livello metacognitivo dei pazienti tende ad essere più o meno elevato. Tali evidenze sembrerebbero suggerire la presenza di una interdipendenza tra le variabili esaminate, pertanto in futuro potrebbe essere utile condurre ulteriori studi empirici su questa tematica.

**Parole chiave:** metacognizione, alleanza terapeutica, interventi terapeutici, interdipendenza, processo psicoterapeutico.

## Abstract

Several authors suggest that, within the psychotherapeutic process, it is possible to identify a bidirectional link between the patient's metacognitive skills and the quality of the therapeutic relationship: metacognition might be favored by a positive and equal relationship with the clinician and, at the same time, metacognitive deficits might influence the quality of that relationship. The link between these dimensions, however, has not yet been studied in depth by psychotherapy research. Therefore the present work has tried to investigate the real existence of an interdependence between the quality of the therapeutic relationship, analyzed through the constructs of the therapeutic alliance and the therapist's interventions, and the patient's metacognition.

The *verbatim* transcripts of 96 clinical interviews, related to a sample of university students in the early stages of psychotherapy, were coded using three instruments: the *Scala di Valutazione della Metacognizione* (SVaM; Carcione et al., 2010), the *Collaborative Interactions Scale* (CIS ; Colli & Lingiardi, 2009) and *Psychodynamic Interventions Rating Scale* (PIRS; Cooper & Bond, 1992).

The statistical analysis revealed that the quality of the therapeutic alliance and the type of therapist's interventions tend to exhibit different characteristics depending on the metacognitive level of the patients; at the same time, data analysis showed that the metacognitive level of the patients tends to be more or less high according to the quality of alliance and the type of intervention. These findings seem to suggest the existence of an interdependence between the examined variables, therefore it might be useful to undertake further empirical studies on this topic in the future.

**Keywords:** metacognition, therapeutic alliance, therapeutic interventions, interdependence, psychotherapeutic process.

## Introduzione

Negli ultimi decenni, con l'affermarsi del *modello relazionale* (Greenberg & Mitchell, 1983), il modo di concepire la relazione che intercorre tra paziente e terapeuta ha subito profonde trasformazioni. Nell'ambito della teoria della clinica il processo terapeutico è stato riletto secondo una prospettiva *intersoggettiva*, in quanto viene considerato un "campo psicologico specifico" costituito dall'intersezione delle peculiari soggettività di paziente e terapeuta (Benjamin, 1988; Stolorow, Brandschaft & Atwood, 1987). Si tende infatti a pensare che tutto ciò che avviene all'interno del dialogo clinico sia inevitabilmente co-costruito da entrambi i partecipanti alla relazione, che attraverso differenti caratteristiche e storie personali si influenzano in modo continuo e vicendevole (Lingiardi & De Bei, 2005). Pertanto, durante il lavoro psicoterapeutico con i pazienti, terapeuti e analisti di differenti approcci teorici sono concordi nel sottolineare l'importanza della dimensione curativa veicolata dalla relazione terapeutica che si instaura tra clinico e paziente (Lingiardi et al., 2011).

Parallelamente, nel campo della ricerca empirica, ha acquisito particolare rilevanza lo studio del costruito di *alleanza terapeutica*. Una delle definizioni più condivise di alleanza è quella proposta da Bordin (1979), secondo cui essa costituirebbe un prerequisito per il cambiamento in ogni forma di psicoterapia, a prescindere dall'ambito teorico di appartenenza. Tale visione *panteorica* dell'alleanza ha trovato riscontro in diverse ricerche empiriche che hanno messo in luce come essa sia un fattore *comune e trasversale* ai diversi modelli di trattamento, in grado di spiegare una parte significativa della loro efficacia (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske & Davis, 2000; Lingiardi, 2002).

Nel corso degli anni, tuttavia, da fattore singolo in grado di spiegare da solo l'*outcome* delle terapie, l'alleanza è stata riconsiderata come un *mezzo terapeutico*, attraverso il quale altre variabili del processo operano nel corso della terapia, rendendola così efficace (De Bei, Colli & Lingiardi, 2007). L'alleanza non è quindi più considerata e studiata come fattore aspecifico e generico, ma si ritiene che la sua qualità finale sia dovuta all'interazione tra numerose variabili che chiamano in causa sia paziente che terapeuta (Safran & Muran, 2000).

Una di queste variabili è stata individuata nel livello metacognitivo del paziente. Il concetto di *metacognizione* è stato approfondito negli ultimi decenni da differenti filoni teorici, che hanno coniato diverse terminologie per identificarlo, come *teoria della mente* (Premack & Woodruff, 1978), *mentalizzazione* o *funzione riflessiva* (Fonagy et al., 1991). In questo lavoro si fa principalmente riferimento alla definizione proposta recentemente in ambito cognitivista da Carcione e colleghi (2006), secondo cui la metacognizione costituirebbe la capacità di ragionare sulla propria ed altrui esperienza in termini di stati mentali (come pensieri, emozioni o desideri), e di utilizzare questa capacità per fronteggiare la propria sofferenza psicologica.

In uno schema generale circa l'interazione tra paziente e terapeuta proposto da Lingiardi, Tanzilli e Colli (2008; Figura I), è stato messo in luce come il diverso livello metacognitivo del paziente può avere un effetto sullo sviluppo dell'alleanza terapeutica, la cui presenza, a sua volta, può contribuire a rendere più o meno efficaci gli interventi tecnici compiuti dal clinico. In un'ottica circolare gli autori evidenziano come gli interventi terapeutici possano avere, a loro volta, un'influenza sul mantenimento di una buona alleanza tra clinico e paziente, e come quest'ultima, infine, può influenzare le capacità metacognitive del paziente. Dallo schema sembrerebbe, dunque, che la variabile relativa alla metacognizione del paziente sia legata da un rapporto di influenza *bidirezionale* con la variabile relativa all'alleanza terapeutica, e, in modo più indiretto, a quella inerente gli interventi tecnici proposti dal clinico.

L'obiettivo di questo lavoro è stato quindi di verificare a livello empirico l'effettiva esistenza di un rapporto di interdipendenza reciproca tra le variabili del processo psicoterapeutico appena evidenziate.

Più nello specifico, per quanto riguarda il legame metacognizione/alleanza, l'ipotesi era di trovare un'associazione tra i più bassi livelli metacognitivi del paziente e i momenti di rottura dell'alleanza terapeutica; al contrario, ci si attendeva che maggiori livelli metacognitivi fossero associati a un maggior quantitativo di comunicazioni volte a favorire una buona alleanza terapeutica. Alcuni autori hanno infatti messo in luce che la presenza nel paziente di basse abilità metacognitive tende ad inficiare la qualità del rapporto con il clinico; al contrario, alte capacità metacognitive tendono a

facilitare il crearsi di un'alleanza terapeutica positiva (Carcione & Semerari, 2006; Popolo et al., 2010; Semerari, 1999; 2010). Inoltre, l'influenza tra le variabili sembra essere di tipo bidirezionale, in quanto è stato evidenziato che la presenza di una solida alleanza terapeutica tende a supportare il manifestarsi delle più alte capacità metacognitive dei pazienti, mentre i momenti di rottura dell'alleanza sembrano favorire cadute in tali abilità (Dimaggio et al., 2010; Liotti et al., 2008; Semerari, 1999; 2010).

Per ciò che concerne il legame metacognizione/interventi, invece, la letteratura risulta più discordante. Da un lato, alcuni autori sostengono che sono gli interventi supportivi, piuttosto che quelli interpretativi, ad essere maggiormente utili nel favorire la metacognizione dei pazienti: gli interventi centrati sugli stati mentali che emergono nel qui e ora della relazione terapeutica, e che trasmettono comprensione, validazione e supporto nei confronti dei vissuti del paziente, favorirebbero lo sviluppo di maggiori capacità metacognitive (Bateman & Fonagy, 2004; Liotti, 2011; Semerari, 1999; 2010); al contrario, l'uso di interpretazioni non sarebbe utile all'incremento della metacognizione, ma potrebbe addirittura confondere il paziente (Wallin, 2007). Altri autori (Kernberg et al., 2008; Levy et al., 2006), diversamente, attribuiscono alle tecniche interpretative un ruolo chiave all'interno del lavoro sulle capacità metacognitive dei pazienti, ritenendole maggiormente utili rispetto agli interventi di tipo supportivo. In questa ricerca si è andati quindi ad osservare quali particolari tipologie di interventi tecnici risultavano maggiormente associate alle più elevate abilità metacognitive dei pazienti.

## Metodo

### Campione

Il materiale utilizzato è composto da 96 colloqui clinici, audioregistrati e trascritti *verbatim*, provenienti dal Centro di *Counselling* dell'Università di Padova.

I colloqui si riferiscono a un campione di 24 soggetti, che ai tempi della raccolta dati presentavano le seguenti caratteristiche: 17 femmine e 7 maschi, età compresa tra i 20 e i 29 anni (media=24.06; ds=2.5), nazionalità e lingua italiana,

*status* economico medio-alto, studenti universitari. Non è stata effettuata una diagnosi conclamata dei soggetti, ma tutti mostravano un funzionamento di livello medio-alto; attraverso un breve colloquio effettuato all'inizio del progetto di ricerca, sono stati infatti esclusi dal campione i soggetti con eventuali anamnesi di precedenti ospedalizzazioni psichiatriche. Per ogni paziente si avevano a disposizione 4 colloqui, per un totale quindi di 96 colloqui, appartenenti alla prima *tranche* del percorso psicoterapeutico di stampo psicodinamico. Secondo le abituali procedure di *assessment* applicate dal Centro, ciascun soggetto è stato informato circa gli esiti del processo diagnostico durante la fase di restituzione dei risultati.

Il gruppo di clinici partecipanti allo studio, invece, era costituito da 12 specializzandi (8 femmine e 4 maschi), di età compresa tra i 28 e i 35 anni, che stavano frequentando l'ultimo anno della Scuola di specializzazione del Ciclo di Vita presso l'Università di Padova.

Tutti i partecipanti, sulla base del consenso informato, hanno acconsentito a mettere a disposizione i loro dati per eventuali ricerche successive.

### Strumenti

In un precedente lavoro i 96 trascritti dei colloqui sono stati codificati attraverso la *Collaborative Interactions Scale* (CIS; Colli & Lingardi, 2009) e la *Psychodynamic Interventions Rating Scale* (PIRS; Cooper & Bond, 1992). In questa ricerca i colloqui sono stati invece codificati con la *Scala di Valutazione della Metacognizione* (SVaM; Carcione et al., 2010).

La CIS è uno strumento che misura i processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica, in cui l'unità di valutazione è costituita dalle singole unità verbali del trascritto, rispettivamente di paziente e terapeuta. Lo strumento è composto in totale da 46 item, organizzati secondo due scale principali: una relativa alle comunicazioni del paziente (CIS-P), contenente 24 item, e una dedicata alle comunicazioni del terapeuta (CIS-T), composta da 22 item. La CIS-P prevede la classificazione delle comunicazioni del paziente in *marker di rottura diretti* (DRM), *marker di rottura indiretti* (IRM) e *processi collaborativi* (CP). La CIS-T classifica invece le comunicazioni del clinico in *interventi positivi* (PI) e in *interventi negativi* (NI).

La PIRS permette la categorizzazione delle comunicazioni del clinico in diverse tipologie di tecniche di intervento. È costituita da 10 item, suddivisi in due categorie principali: *interventi interpretativi* ed *interventi non interpretativi/supportivi*.

La SVaM (Tabella I) è una scala che valuta il funzionamento metacognitivo del soggetto, composta da 20 item suddivisi in tre sezioni: *autoriflessività*, *comprensione della mente altrui* e *mastery*. Le tre sezioni prevedono al loro interno un'ulteriore ripartizione in gruppi di item che si riferiscono a specifiche sottofunzioni metacognitive: *requisiti basilici*, *monitoraggio*, *differenziazione*, *integrazione*, *decentramento* e *strategie metacognitive di I, II e III livello*. Viene esaminato un terzo di trascritto alla volta, e ad ogni sottofunzione si attribuisce un punteggio attraverso una scala di tipo Likert da 1 a 5, a seconda del livello di articolazione con cui la persona esprime la funzione metacognitiva in questione.

### Procedura

Nella ricerca precedente i 96 trascritti dei colloqui sono stati siglati secondo le categorie previste dalla CIS e dalla PIRS. Per ogni paziente sono state inoltre calcolate le frequenze % di ciascun item nominale codificato all'interno dei colloqui. In questo lavoro preliminare si è osservata una netta prevalenza degli item relativi agli *interventi positivi* del terapeuta (99,59%) rispetto agli *interventi negativi* (0,41%), e dei *processi collaborativi* del paziente (93,81%) rispetto ai *marker di rottura diretti e indiretti* (6,19%). Si è inoltre rilevata una maggioranza di tecniche *supportive* (98,81%) rispetto alla categoria di interventi di tipo *interpretativo* (1,19%).

Su questo materiale è stata successivamente applicata la SVaM, con lo scopo di identificare, all'interno di questo clima perlopiù supportivo e di tipo collaborativo, quali fossero i livelli metacognitivi dei pazienti e la loro eventuale modifica nel tempo.

### Analisi dei dati

L'analisi dei dati ha previsto una preliminare analisi descrittiva delle codifiche ottenute con la SVaM, in modo da selezionare gli item della scala da utilizzare nelle fasi successive.

In secondo luogo sono state condotte delle analisi di ANOVA a misure ripetute sugli item

selezionati, per osservare l'eventuale presenza di differenze nel livello metacognitivo dei pazienti legate al fattore tempo (prime 4 sedute).

Infine, attraverso una serie di confronti t-test campioni indipendenti, si è indagato il legame tra la qualità dell'alleanza terapeutica e la tipologia di tecniche di intervento del clinico in relazione ai differenti livelli metacognitivi dei pazienti. Come *variabili oggetto del test* sono state utilizzate le frequenze % degli item di CIS e PIRS presenti all'interno dei colloqui; come *variabili di raggruppamento* sono stati invece introdotti gli item della SVaM precedentemente selezionati con punto di divisione 2: poiché si è osservato che i punteggi attribuiti agli item erano compresi all'interno di un range che variava da  $\approx 1$  a  $\approx 3$  (rispetto alla scala Likert 1-5 prevista dal manuale), è stata scelta una soglia di divisione tra i gruppi pari a 2 in quanto valore intermedio rispetto ai punteggi osservati; attualmente in letteratura non sono stati ancora indicati i valori precisi con cui differenziare tra livelli metacognitivi normativi e patologici (Popolo et al., 2010), pertanto il punteggio-soglia 2 è stato selezionato in modo arbitrario ai fini di questa ricerca.

### Risultati

Le analisi descrittive preliminari hanno permesso di selezionare soltanto 9 item dei 20 totali della SVaM. Sono stati infatti esclusi gli item UM5, UM7, M2, M3, M4, M5, M6, M7 e M8 in quanto presentavano numerosi valori mancanti, e l'item RB poiché mostrava una media molto vicina al valore massimo della scala ( $M=4,98$ ), con una deviazione standard molto ridotta ( $ds=0,11$ ). Il 95,8% dei punteggi di RB sono infatti risultati pari a 5. Inoltre, è stato escluso l'item M1, in quanto l'unico valido tra quelli appartenenti alle strategie di *mastery*. Gli item utilizzati all'interno delle successive analisi sono quindi stati i seguenti: UM1, UM2, UM3, UM4, UM6, UOM1, UOM2, UOM3 e D.

Per ciascuno dei 9 item selezionati, è stata applicata un'ANOVA a misure ripetute sui punteggi ottenuti dai pazienti nel corso dei 4 colloqui, con lo scopo di osservare se il livello metacognitivo mostrava differenze significative con il procedere delle sedute di psicoterapia. Dai risultati è emerso che nessuno degli item analizzati mostrava delle

differenze a livello significativo nel corso del tempo (assumendo  $\alpha=.05$ ).

Poiché non sono emerse differenze rilevanti legate al tempo, è stato calcolato, rispettivamente per ogni paziente, il valore medio di ciascun item all'interno dei 4 colloqui. Sono state pertanto create le variabili UM1\_M, UM2\_M, UM3\_M, UM4\_M, UM6\_M, UOM1\_M, UOM2\_M, UOM3\_M e D\_M, che sono state utilizzate nelle analisi condotte da qui in avanti al posto delle variabili di partenza.

Per indagare l'eventuale presenza di un legame di interdipendenza reciproca tra metacognizione dei pazienti e le variabili relative all'alleanza terapeutica e agli interventi tecnici, sono stati invece effettuati 9 confronti t-test campioni indipendenti. Come *variabili di raggruppamento* sono stati inseriti rispettivamente i 9 item della SVaM sopra elencati, con punto di divisione pari a 2. Come *variabili oggetto del test* sono state inserite le frequenze % di ogni item di CIS e PIRS, ovvero la frequenza degli item rispetto al totale di unità verbali presenti nei 4 colloqui di ciascun paziente (in quanto l'ANOVA a misure ripetute svolta in precedenza non aveva evidenziato differenze significative legate al tempo). Nella Tabella II sono riportati i risultati ritenuti maggiormente interessanti ai fini della ricerca.

Per quanto riguarda il legame metacognizione/alleanza del paziente (SVaM/CIS-P), è emerso che i livelli metacognitivi più alti ( $\geq 2$ ) erano associati a frequenze maggiori di alcuni *processi collaborativi*, ovvero quelli in cui i pazienti parlavano dei loro sentimenti e/o pensieri (CP2), e quelli in cui esponevano il significato degli eventi connettendo tra loro i diversi aspetti della realtà (CP3). Anche se in modo non statisticamente significativo, inoltre, frequenze maggiori dei *marker di rottura* dell'alleanza dei pazienti (RM\_Tutti) erano associate ai livelli metacognitivi più bassi ( $< 2$ ) in tutte le 9 analisi effettuate.

Per ciò che concerne il legame metacognizione/alleanza del clinico (SVaM/CIS-T), i livelli metacognitivi più alti ( $\geq 2$ ) erano associati a frequenze maggiori di alcuni *interventi positivi*: quelli volti a fornire un sostegno empatico (PI6), a fornire un feedback degli stati d'animo del paziente (PI2), ad esplorare differenti stati d'animo del paziente (PI3), a condurre una chiarificazione (PI7), e a compiere un'interpretazione (PI12); al contrario, gli interventi positivi neutri del terapeuta (PI) si associavano ai più bassi livelli metacognitivi dei

pazienti ( $< 2$ ). In modo analogo a sopra, inoltre, in tutte le analisi si è osservato che frequenze maggiori degli *interventi negativi* (N\_Tutti) del terapeuta si associavano ai livelli metacognitivi più bassi dei pazienti ( $< 2$ ), seppur in modo non consistente dal punto di vista statistico.

Infine, relativamente al legame metacognizione/interventi tecnici (SVaM/PIRS), i livelli metacognitivi più alti ( $\geq 2$ ) sono risultati associati a frequenze maggiori di alcuni *interventi supportivi* del clinico, mentre non sono state rilevate associazioni con gli item riguardanti gli *interventi interpretativi*. In particolare, sono emerse relazioni con gli item in cui il clinico spiega il valore e le ragioni della terapia e incoraggia gli interventi del paziente in cui dice ciò che gli passa per la mente (CACK), in cui commenta persone o eventi che non sono direttamente legati al paziente, oppure esprime personali opinioni o affermazioni (ASS), e quelli in cui comunica che ciò che è stato appena detto dal paziente è stato compreso, mediante locuzioni non lessicali (WES). Al contrario, l'intervento della domanda (Q) è risultato associato ai più bassi livelli metacognitivi dei pazienti ( $< 2$ ).

## Discussione

In questo lavoro si è provato ad analizzare, a livello microanalitico e con una metodologia multistrumentale, la possibile esistenza all'interno del processo psicoterapeutico di un legame di interdipendenza reciproca tra la metacognizione del paziente e le variabili riguardanti l'alleanza terapeutica e gli interventi tecnici del clinico.

In primo luogo sono state effettuate delle analisi statistiche sui dati relativi alla metacognizione dei pazienti, e successivamente sono stati incrociati i dati inerenti ai tre costrutti esaminati, in modo da studiare la natura del loro legame.

Le statistiche descrittive effettuate sulle codifiche SVaM hanno permesso di selezionare gli item metacognitivi da utilizzare nelle analisi successive: in particolare 9 sui 20 totali della scala.

Si è provato poi ad osservare se vi erano delle differenze significative nel livello metacognitivo dei pazienti legate al trascorrere del tempo (prime 4 sedute): le analisi di ANOVA a misure ripetute effettuate sui 9 item della SVaM (precedentemente selezionati) non hanno mostrato risultati

significativi. Risulta infatti poco probabile che in soli 4 colloqui il livello metacognitivo dei pazienti aumenti in modo incisivo; inoltre, trattandosi di colloqui appartenenti alla prima *tranche* della terapia, è possibile che il focus delle sedute verta principalmente sulla costruzione di una relazione positiva tra paziente e terapeuta, e sull'accordo rispetto agli obiettivi da porsi in merito al percorso da intraprendere. Infine, a differenza di quanto avviene all'interno delle sedute di ambito cognitivista, il clinico a orientamento psicodinamico solitamente non si pone come obiettivo esplicito l'innalzamento delle funzioni metacognitive dei pazienti.

I 9 t-test campioni indipendenti effettuati sulle codifiche ottenute dalla somministrazione di CIS, PIRS e SVaM hanno invece permesso di osservare in che modo i tre costrutti misurati potrebbero essere legati tra loro. Le analisi hanno messo in luce la presenza di differenze significative tra i due gruppi di pazienti, diversificati per livello metacognitivo alto ( $\geq 2$ ) o basso ( $< 2$ ), rispetto alla frequenza % degli item di CIS e PIRS presenti nei loro colloqui. La rilevazione di tali differenze significative potrebbe far supporre l'effettiva esistenza di un legame tra il livello metacognitivo del paziente e la qualità della relazione terapeutica instaurata, misurata in particolare nei termini di alleanza terapeutica e interventi tecnici. Inoltre, poiché le analisi statistiche utilizzate non sono in grado di indicare anche la direzionalità del legame rilevato tra le variabili, tale legame potrebbe essere interpretato secondo un'ottica *bidirezionale*, in linea con quanto sostenuto in letteratura (Lingiardi, Tanzilli e Colli, 2008): a fronte di livelli metacognitivi bassi/alti dei pazienti l'alleanza terapeutica e la tipologia di interventi tendono ad assumere caratteristiche differenti; nello stesso tempo, in base alla qualità dell'alleanza terapeutica e alla tipologia di interventi, il livello metacognitivo dei pazienti tende ad essere più o meno elevato.

Più nello specifico, rispetto al legame metacognizione/alleanza del paziente (SVaM/CIS-P), alcuni autori hanno messo in luce che pazienti con maggiori deficit metacognitivi tendono ad entrare in relazione con il clinico sperimentando maggiori difficoltà relazionali, e viceversa (Popolo et al., 2010). Pazienti con basse capacità di identificazione dei propri pensieri e delle proprie emozioni (UM1, UM2, UM3) tendono al ritiro dalle

relazioni, sperimentando durante la psicoterapia frequenti momenti di distacco nei confronti del clinico (*ibidem*). Nel caso ad esempio di pazienti alessitimici, l'incapacità di identificare le proprie emozioni li porta a rimanere distanti dal terapeuta, instaurando di conseguenza un'alleanza debole con quest'ultimo (Ogrodniczuk et al., 2005). Ancora, pazienti che manifestano difficoltà nell'integrazione dei propri stati mentali (UM6) tendono a sviluppare relazioni caotiche e ipercoinvolgenti sia nella vita quotidiana che all'interno della relazione terapeutica, rendendo quindi difficoltoso l'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica (Popolo et al., 2010). Come affermano Lingiardi e Colli (2010), pertanto, sembra che alla base dello sviluppo di una buona alleanza nei confronti del clinico si collochi "la capacità del paziente di riflettere sulle proprie operazioni messe in atto nella relazione con il terapeuta" (p.49), ovvero la sua abilità metacognitiva. In accordo con la letteratura, nella presente ricerca è stato evidenziato che i pazienti più abili nel ragionare in termini metacognitivi sulla propria esperienza tendono a manifestare un maggior numero di *processi collaborativi* nei confronti del clinico, quindi una tendenza maggiore ad allearsi con quest'ultimo.

A proposito del rapporto metacognizione/alleanza del clinico (SVaM/CIS-T), invece, sembrerebbe che i terapeuti siano più predisposti ad entrare in relazione con i pazienti tanto più essi si dimostrano in contatto con le loro esperienze interne (Safran & Muran, 2000). Ad esempio, di fronte ai cosiddetti "pazienti difficili" che mostrano gravi deficit metacognitivi, i clinici tendono a mettere in atto interventi che incidono negativamente sulla qualità della relazione terapeutica (Popolo et al., 2010). Pazienti con difficoltà a ragionare in termini metacognitivi sulla propria esperienza tendono infatti a generare nel clinico una rappresentazione "opaca" della loro mente, poiché sono in grado di produrre soltanto descrizioni vaghe e stereotipate dei loro comportamenti. Nel lavoro con pazienti incapaci di integrare all'interno di un discorso coerente i propri vissuti (UM6), ad esempio, i clinici tendono a provare un senso di confusione, trovandosi a dover ragionare su un quadro di insieme poco chiaro, in cui è difficile cogliere le gerarchie di rilevanza tra i diversi elementi mentali e contestuali (Carcione et al., 2006). In linea con le indicazioni provenienti

dalla letteratura, i risultati di questo lavoro sembrano suggerire che i terapeuti sono più propensi ad effettuare *interventi positivi* che favoriscono l'alleanza con il paziente, tanto più quest'ultimo si dimostra capace di elaborare metacognitivamente i propri vissuti.

In un'ottica circolare, dai dati ottenuti si potrebbe inoltre inferire che per favorire la metacognizione sia necessario un clima di alleanza positiva, sia da parte del clinico che del paziente. Come sostenuto da Liotti e colleghi (2008), l'attivazione del sistema motivazionale cooperativo durante il dialogo clinico sarebbe in grado di favorire l'espressione delle più alte capacità metacognitive del paziente; poiché il concetto di alleanza terapeutica sembra coincidere con il concetto di attivazione del sistema motivazionale cooperativo (Manaresi et al., 2008), gli autori suggeriscono che sia proprio l'instaurarsi di un clima di alleanza terapeutica positiva e paritetica a promuovere l'incremento della metacognizione del paziente. Prunetti e Liotti (2008) ritengono infatti che "l'intero ambito di riflessione e di ricerca sull'alleanza terapeutica come veicolo principe del cambiamento psicoterapeutico potrebbe corrispondere alla visione teorica che considera l'attivazione del sistema motivazionale cooperativo come il fondamento stesso dell'uso efficace e dello sviluppo delle capacità metacognitive dei pazienti" (p.97).

Rispetto all'alleanza del terapeuta (CIS-T), inoltre, i risultati hanno indicato che non tutti gli interventi volti a creare un clima positivo con il paziente sono altrettanto efficaci nel sostenere la sua metacognizione: più che interventi positivi neutri (PI), che rimangono ad un livello superficiale del discorso, pare siano favorevoli interventi che si focalizzano in modo mirato sugli stati interni del paziente (PI2, PI3, PI6, PI7 e PI12). Tale evidenza sembra essere in linea con il pensiero di Bateman e Fonagy (2004), che pongono grande importanza alla capacità di mentalizzazione del terapeuta stesso, che dovrebbe focalizzarsi sugli stati mentali che emergono nel *qui e ora* della relazione, in modo da condurre il paziente gradualmente a fare lo stesso. In modo simile a un genitore in grado di condurre il proprio figlio dalla modalità dell'equivalenza psichica alla modalità riflessiva, gli autori ritengono infatti che durante il dialogo clinico il terapeuta dovrebbe essere capace di fornire al paziente un

feedback che lo aiuti ad individuare correttamente gli stati affettivi e i pensieri che lo accompagnano. In modo analogo, Semerari (2010) suggerisce che il terapeuta dovrebbe compiere "operazioni metacognitive euristiche" sugli stati mentali del paziente, e condividerli con esso, per aiutarlo a sviluppare una più elevata competenza metacognitiva. In accordo con questa prospettiva, nella presente ricerca è emerso che gli *interventi positivi* che si associavano ai livelli metacognitivi più alti erano quelli volti a rinarrare in termini di stati mentali le esperienze interiori dei pazienti, e non gli interventi positivi neutri in cui i clinici, pur cercando di creare un'alleanza positiva con i pazienti, si limitavano a trattare argomenti di conversazione generici (come ad esempio il risultato di un esame universitario, il tempo atmosferico, ecc.), che non riguardavano i pensieri e le emozioni alla base dei vissuti dei pazienti.

Seppur in modo non statisticamente significativo, si è inoltre osservato che frequenze maggiori dei *marker di rottura* del paziente e degli *interventi negativi* del terapeuta si associavano ai livelli metacognitivi più bassi dei pazienti. Questo dato sembra confermare l'idea teorica secondo cui i deficit metacognitivi del paziente costituirebbero una minaccia alla stabilità dell'alleanza terapeutica (Carcione & Semerari, 2006), e, nello stesso tempo, che i momenti di rottura dell'alleanza comprometterebbero le capacità metacognitive del paziente (Dimaggio et al., 2010; Liotti, 2011). Come fa notare Semerari (1999), laddove sono presenti deficit metacognitivi del paziente "è assolutamente normale attendersi che alcuni aspetti dell'alleanza terapeutica siano cronicamente problematici" (p. 92); l'autore sostiene infatti che le rotture dell'alleanza coincidano con i momenti di più basso funzionamento metacognitivo del paziente. Riprendendo la definizione tripartita di alleanza sviluppata da Bordin (1979), ritiene che i deficit metacognitivi possano andare a compromettere sia l'accordo tra clinico e paziente rispetto agli scopi e ai compiti della psicoterapia, sia la qualità del legame che li unisce (Semerari, 1999). Inoltre, una relazione terapeutica negativa sembrerebbe in grado di peggiorare la metacognizione del paziente, in quanto se "sente che il terapeuta è ostile o imbarazzato, smette di pensare con successo ai propri stati mentali, inizia a temere la critica, l'invasione e, nel pensare a come proteggersi da esse, si ritira e perde

il contatto con emozioni e memorie dolorose” (Dimaggio et al., 2010, p. 288). Come fanno notare Lingiardi e Colli (2010), infatti, alcuni *interventi negativi* del terapeuta che compongono la CIS-T sono concettualmente equivalenti agli interventi del terapeuta che secondo Allen, Fonagy e Bateman (2008) comprometterebbero la mentalizzazione del paziente: ad esempio, quelli in cui il clinico intellettualizza, non concentrandosi sull’esperienza concreta del paziente, o in cui esprime concetti difficilmente comprensibili e poco chiari per il paziente. Nonostante i risultati ottenuti non siano consistenti dal punto di vista statistico, sembrano comunque indicare che le rotture dell’alleanza terapeutica tendono ad associarsi ai più bassi livelli metacognitivi del paziente (<2), così come suggerito sul piano teorico.

Per quanto riguarda, infine, il legame metacognizione/interventi tecnici (SVaM/PIRS), i livelli metacognitivi più alti ( $\geq 2$ ) sono risultati associati a frequenze maggiori di alcuni *interventi supportivi* (CACK, ASS e WES); l’intervento della domanda (Q) è stato invece l’unico ad essere associato ai più bassi livelli metacognitivi (<2). Si potrebbe ipotizzare che i terapeuti, a fronte di basse capacità metacognitive dei pazienti, tendano a porre più domande al fine di raccogliere informazioni sugli stati emotivi, sui dettagli della vita e sulle relazioni dei pazienti (Q), proprio per colmare la mancanza di tali informazioni causata dai loro deficit metacognitivi. Diversamente, in relazione a maggiori livelli di metacognizione sembra che i clinici siano maggiormente predisposti a mettere in atto *interventi supportivi* mirati a far sentire i pazienti accolti, compresi e non giudicati (CACK, ASS e WES).

In una prospettiva *bidirezionale*, i dati potrebbero inoltre suggerire che grazie a tali *interventi supportivi* i pazienti si mostrano maggiormente capaci di riflettere metacognitivamente sulla loro esperienza. Questo dato sembra essere in accordo con quanto suggeriscono alcuni autori, secondo cui per favorire la metacognizione sarebbero maggiormente necessari interventi che trasmettono comprensione, validazione e supporto, piuttosto che interventi interpretativi (Bateman & Fonagy, 2004). Gli autori che hanno ideato la SVaM precisano, in effetti, che la metacognizione non coincide con particolari momenti di *insight*, raggiungibili attraverso l’uso di tecniche interpretative, ma consiste in una funzione

sempre attiva, utilizzata costantemente a livelli più o meno complessi per regolare il comportamento quotidiano (Carcione et al., 2006). Semerari (2010) suggerisce che per promuovere la metacognizione del paziente siano utili interventi di validazione dei suoi vissuti, poiché essi creano “un contesto di sicurezza in cui il paziente può riflettere metacognitivamente sull’esperienza, con meno timore di suscitare errore o rifiuto in sé stesso o nel terapeuta” (p. 320).

Tuttavia, avendo rilevato anche delle associazioni tra livelli metacognitivi del paziente e l’item PI12 della CIS-T (“il terapeuta compie un intervento di interpretazione”), è interessante notare come possa invece esistere un legame tra metacognizione del paziente e interventi interpretativi del clinico, quando essi vengono effettuati all’interno di un clima di alleanza positiva. Va sottolineato, infatti, che la CIS e la PIRS, pur utilizzando lo stesso termine “interpretazione” (rispettivamente negli item PI12 e I\_Tutti), in realtà vanno a cogliere aspetti diversi degli interventi del terapeuta: la PIRS si limita alla categorizzazione degli interventi tecnici del clinico, riferendosi soltanto all’aspetto pragmatico, ovvero all’azione comunicativa espressa attraverso l’enunciato, senza dare importanza alla forma; la CIS, invece, oltre ad identificare in termini tecnici il tipo di intervento effettuato dal clinico, con “intervento di interpretazione” si riferisce alle tecniche interpretative che risultano facilitanti e utili per il paziente, il quale mostra di collaborare maggiormente con il clinico elaborando più approfonditamente la propria esperienza. I dati potrebbero pertanto indicare che le tecniche interpretative sono in grado di sollecitare livelli di metacognizione più alti nei pazienti nel momento in cui esse sono inserite in un contesto di buona alleanza tra clinico e paziente. Alcune ricerche in psicoterapia, infatti, hanno messo in luce che una buona relazione terapeutica si colloca come prerequisito necessario per permettere a interventi interpretativi di essere efficaci (Gaston et al., 1988). Questo dato sembra dunque andare maggiormente nella direzione proposta da Kernberg e colleghi (2008), che considerano l’interpretazione una tecnica fondamentale per integrare il mondo rappresentazionale scisso del paziente, ed accrescere di conseguenza la sua capacità di mentalizzare sulla propria esperienza.

In un'ottica circolare, inoltre, si potrebbe inferire che tanto più i pazienti sono abili nel ragionare metacognitivamente sulla loro esperienza, tanto più i terapeuti sono portati ad effettuare tecniche maggiormente complesse e invasive come quelle interpretative.

In conclusione, i risultati di questa ricerca potrebbero indicare la presenza effettiva di un rapporto di interdipendenza reciproca tra le variabili del processo terapeutico esaminate. Come sostengono De Bei, Colli & Lingiardi (2007), attualmente la ricerca in psicoterapia cerca di “decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla” (p.53), poiché da un punto di vista clinico risulta importante andare ad esaminare le diverse variabili che entrano in gioco ed influenzano la conduzione della terapia, rendendola più o meno efficace. Questo lavoro, in linea con tale prospettiva, ha tentato di decostruire il processo psicoterapeutico, focalizzandosi sul ruolo ricoperto dal livello metacognitivo del paziente all'interno della dinamica relazionale instaurata con il terapeuta.

Dai risultati delle analisi sembrerebbe che la variabile relativa alla metacognizione del paziente rivesta una particolare utilità clinica, poiché capace di incidere sulla qualità dell'alleanza terapeutica e sulla tipologia di interventi messi in atto dal clinico, che, a loro volta, sembrerebbero giocare un ruolo nel produrre differenze nelle capacità metacognitive mostrate dai pazienti.

In accordo con Semerari (1999, p. 21), i dati potrebbero appoggiare l'idea che “la metacognizione si caratterizza come una forma di conoscenza che si acquisisce all'interno delle relazioni, influenzandone a sua volta la qualità”. Secondo l'autore, infatti, “creare un contesto relazionale di sicurezza in cui poter riflettere sulla propria esperienza, favorire un processo di *mirroring* e confronto tra stati mentali propri e stati mentali dell'altro in un clima paritetico, permetterebbe un miglioramento della metacognizione” (Semerari, 2010, p. 320). Un contesto relazionale simile è presente proprio nel momento in cui tra paziente e clinico si instaura una buona alleanza terapeutica, caratterizzata da un susseguirsi di *processi collaborativi* di uno e di *interventi positivi* dell'altro.

Come sostengono Safran e Muran (2000), la qualità dell'alleanza terapeutica è considerabile il prodotto finale di una “complessa, interdipendente e fluttuante matrice” costituita dalle peculiari

soggettività dei due partecipanti alla relazione: il livello metacognitivo del paziente sembrerebbe quindi costituire una delle variabili che danno luogo a tale “matrice”, in grado di contribuire significativamente alla qualità finale dell'alleanza terapeutica.

Inoltre, in accordo con Lingiardi e Colli (2010), si può affermare che il legame tra alleanza e metacognizione “non può essere ridotto a una dinamica unidirezionale (la funzione riflessiva influenza l'alleanza)”, ma è da considerarsi *bidirezionale*, in quanto la metacognizione “è strettamente connessa alla qualità della relazione terapeutica, alla possibilità che il paziente si senta contenuto e che il terapeuta possa fungere da base sicura” (pp. 50-51).

Allo stato attuale, tuttavia, nel campo della ricerca in psicoterapia non sono stati ancora condotti studi volti ad indagare a livello microanalitico l'interdipendenza tra la metacognizione e le variabili relative all'alleanza e agli interventi. Le uniche evidenze provengono dal “Gruppo per lo studio delle motivazioni interpersonali in psicoterapia” condotto da Liotti e colleghi, che ha messo in luce un legame tra il livello metacognitivo del paziente e l'attivazione del sistema motivazionale cooperativo, che coincide concettualmente con il costrutto di alleanza terapeutica. In futuro sarebbe pertanto interessante provare a verificare ulteriormente la presenza a livello empirico di un'associazione tra livello metacognitivo, interventi, e alleanza terapeutica, in modo da colmare il *gap* presente allo stato attuale tra concettualizzazioni teorico-cliniche sull'argomento e studi volti a dimostrarne l'esistenza in termini oggettivi.

Inoltre, sarebbe interessante provare ad analizzare una fase della psicoterapia diversa da quella iniziale, per osservare in che modo il livello metacognitivo dei pazienti incida sulla qualità della relazione quando questa risulta soggetta a più frequenti rotture. Un aspetto di debolezza di questo lavoro risiede nel fatto che i trascritti esaminati presentano una sproporzione notevole in termini di collaborazione tra paziente e terapeuta (rispetto ai momenti di rottura) e di supporto del terapeuta (rispetto al numero di tecniche interpretative impiegate), la quale potrebbe aver influenzato l'andamento delle analisi statistiche. Nella fase iniziale della terapia paziente e terapeuta sono

evidentemente impegnati nella costruzione di una relazione collaborativa, mentre con il proseguire del percorso terapeutico ci si aspetterebbe un aumento delle rotture dell'alleanza (Golden & Robbins, 1990; Patton et al., 1997; Stiles et al., 2004), pertanto sarebbe ancor più interessante andare ad osservare l'andamento metacognitivo del paziente durante tali situazioni conflittuali.

Un ulteriore limite di questa ricerca, infine, si riferisce al criterio utilizzato per la suddivisione dei pazienti nei due gruppi rispetto al livello metacognitivo mostrato, in quanto è stato utilizzato un punteggio-soglia pari a 2 deciso in modo arbitrario all'interno di questo lavoro. Gli autori che hanno creato la SVaM non hanno ancora individuato i valori precisi con cui differenziare tra livelli metacognitivi normativi e patologici (Popolo et al., 2010), e quindi il punteggio-soglia è stato selezionato a seconda della distribuzione dei punteggi presenti in questa ricerca. Tuttavia, se si fosse selezionata una soglia differente, le analisi statistiche avrebbero potuto far emergere dei risultati diversi.

In definitiva, nonostante attraverso questa ricerca empirica siano stati portati alla luce degli interessanti risultati, che sembrano andare nella direzione delle attuali ipotesi teorico-cliniche sull'argomento, sarebbe utile in futuro provare a condurre altre ricerche in grado di superare i limiti insiti in questo lavoro, e di approfondire ulteriormente in che modo le variabili del processo terapeutico esaminate, influenzandosi vicendevolmente, contribuiscono all'effettiva efficacia del lavoro psicoterapeutico con i pazienti.

## Bibliografia

- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press (tr. it. Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006).
- Benjamin, J. (1988). *The bonds of love: psychoanalysis, feminism, and the problem of nomination*. New York: Pantheon Books (tr. it. Legami d'amore, i rapporti di potere nelle relazioni amorose. Torino: Rosenberg & Sellier, 1991).
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Carcione, A., Dimaggio, G., Conti, L., Fiore, D., Nicolò, G. & Semerari, A. (2010). *Metacognition Assessment Scale (MAS) V.4.0-Manual*. Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma. Manoscritto non pubblicato (per gentile concessione dell'autore)
- Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M. & Semerari, A. (2006). *Scala di Valutazione della Metacognizione (S.Va.M.) V.3.0-Manuale*. Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma. Manoscritto non pubblicato (per gentile concessione dell'autore).
- Carcione, A. & Semerari, A. (2006). Valutare il funzionamento metacognitivo in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 343-367). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Colli A. & Lingiardi, V. (2009). The Collaborative Interactions Scale: a new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 19(6), 718-734.
- Cooper, M. & Bond, S. (1992). *Psychodynamic Interventions Rating Scale*. Manoscritto non pubblicato.
- De Bei, F., Colli, A. & Lingiardi, V. (2007). Decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla. *Rivista di Psicologia Clinica Online*, 1, 50-69.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Nicolò, G., Fiore, D. & Procacci, M. (2010). Migliorare la comprensione degli stati mentali nel disturbo inibito-coartato di personalità usando la Terapia metacognitiva interpersonale. Tr. it. in G. Dimaggio & P. H. Lysaker (a cura di), *Metacognizione e psicopatologia. Valutazione e trattamento* (pp. 285-308). Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Fonagy, P., Steele, H., Morgan, G.S., Steele, M., Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Gaston, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. & Gagnon, R. (1988). Alliance, technique and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.
- Golden, B. & Robbins, S. (1990). The working alliance within time-limited therapy: A case analysis. *Professional Psychology: Theory, Research, and Practice*, 21, 476-481.
- Greenberg, J. & Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press (tr. it. Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica. Bologna: Il Mulino, 1986).

- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). *The alliance*. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Kernberg, O. F., Diamond, D., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2008). Mentalizzazione e attaccamento nella psicoterapia focalizzata sul transfert con i pazienti borderline. Tr. it. in E. L. Jurist, A. Slade & S. Bergner (a cura di), *Da mente a mente. Infant research, neuroscienze e psicoanalisi* (pp. 165-198). Milano: Raffaello Cortina Editore, 2010.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H. & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62 481-501.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., Amadei, G., Caviglia G. & De Bei, F. (2011) (a cura di) *La svolta relazionale. Itinerari italiani*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V. & Colli, A. (2010). L'alleanza terapeutica nella terapia psicodinamica. *Psicobiettivo*, 1, 32-58.
- Lingiardi, V. & De Bei, F. (2005). Rotture nell'alleanza: Una lettura sistemico-diadica. *Infanzia e Adolescenza*, 4 (2), 81-100.
- Lingiardi, V., Tanzilli, A. & Colli, A. (2008). Interventi del terapeuta e interazioni collaborative: alcune riflessioni sui processi di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica. *Setting*, 25, 29-51.
- Liotti, G. (2011). Il paradigma relazionale nel cognitivismo clinico. In V. Lingiardi, G. Amadei, G. Caviglia & F. De Bei (a cura di), *La svolta relazionale* (pp.123-137). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., Cortina, M. & Dazzi, N. (2008). Intersoggettività e sistemi motivazionali: una prospettiva evolucionista e neojacksoniana. In G. Liotti & F. Monticelli (a cura di), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico* (pp. 25-42). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Manaresi, F., Cotugno, A., Onofri, A. & Tombolini, L. (2008). Le forme della mentalizzazione nei contesti interpersonali: uno studio sui rapporti fra sistemi motivazionali e funzioni metacognitive. In G. Liotti & F. Monticelli (a cura di), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico* (pp. 65-81). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E. & Joyce, A. S. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role might the therapist play?. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 206-213.
- Patton, M. J., Kivlighan, D. M. & Multon, K. D. (1997). The Missouri Psychoanalytic Research Project: Relation of changes in counseling process to client outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 44 (2), 189-208.
- Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., Fiore, D., Nicolò, G., Conti, L., Pedone, R., Procacci, M., D'Angerio, S. & Dimaggio, G. (2010). Le disfunzioni metacognitive nei disturbi di personalità: Una review delle ricerche del III Centro di Psicoterapia Cognitiva. *Research in Psychotherapy*, 2 (13), 217-240.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526.
- Prunetti, E. & Liotti, G. (2008). Effetti sulla metacognizione della costruzione di un dialogo collaborativo: analisi di una seduta di psicoterapia. In G. Liotti & F. Monticelli (a cura di), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico* (pp. 83-98). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press (tr. it. Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica. Roma-Bari: Laterza, 2003).
- Semerari, A. (1999) (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina: Milano.
- Semerari, A. (2010). L'impatto delle disfunzioni metacognitive nei disturbi di personalità sulla relazione terapeutica e sulla tecnica del colloquio. In G. Dimaggio & P. H. Lysaker (a cura di), *Metacognizione e psicopatologia. Valutazione e trattamento* (pp. 309-326). Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, E. G., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Anne Rees, A. & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped?. *Journal of Counseling Psychology*, 51 (1), 81-92.
- Stolorow, R., Brandchaft, B & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Northvale, NJ: Aronson.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press (tr. it. Psicoterapia e teoria dell'attaccamento. Bologna: Il Mulino, 2009).

Figura I. Circolarità dell'interazione paziente-terapeuta (adattato da Lingiardi, Tanzilli & Colli, 2008).

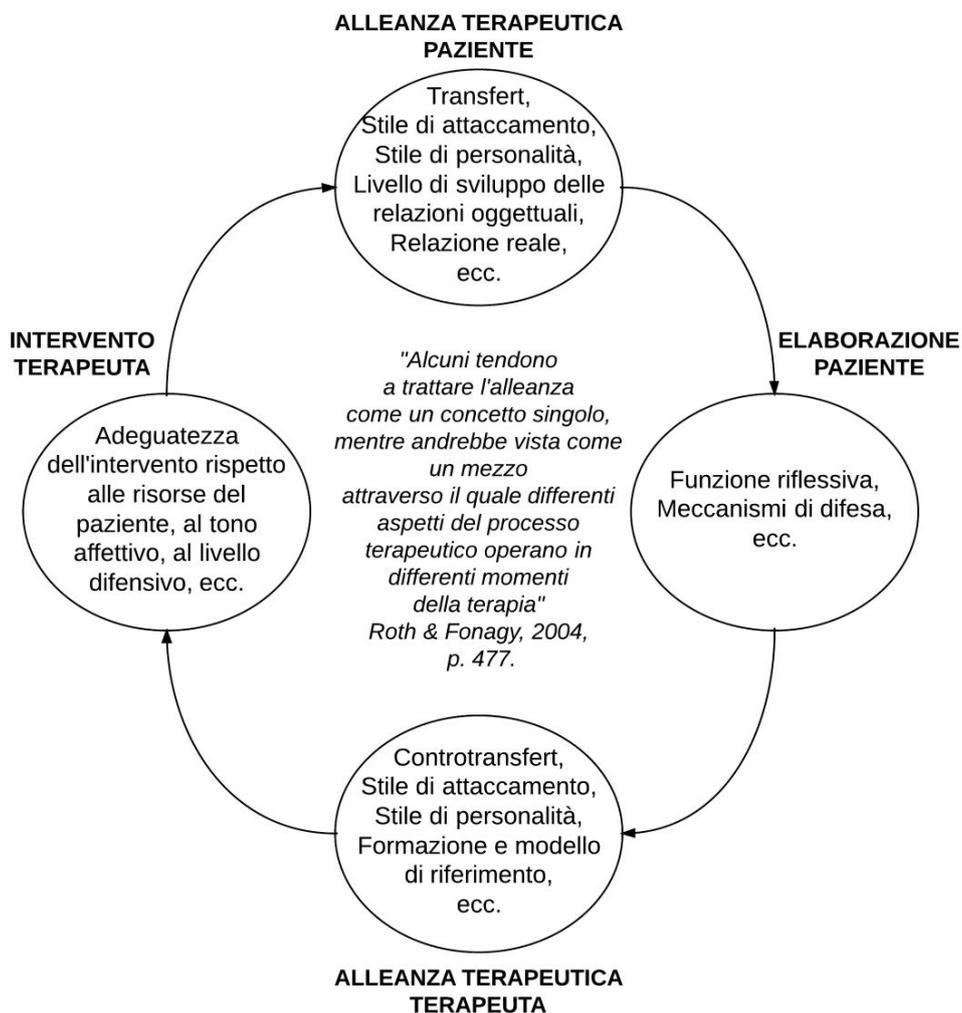


Tabella I. Scala di Valutazione della Metacognizione (SVaM; Carcione et al., 2010).

<b>AUTORIFLESSIVITA'</b>	
REQUISITI BASICI	<b>RB</b> Il soggetto riconosce di possedere funzioni mentali e si rappresenta come una persona che pensa e prova sentimenti in maniera autonoma.
MONITORAGGIO	<b>UM1 IDENTIFICAZIONE COGNITIVA</b> Il soggetto è in grado di definire e distinguere le proprie operazioni cognitive.
	<b>UM2 IDENTIFICAZIONE EMOTIVA</b> Il soggetto è in grado di definire e distinguere i propri stati emotivi.
	<b>UM3 RELAZIONE TRA VARIABILI</b> Il soggetto riconosce che una propria condotta può essere determinata da una specifica modalità di funzionamento cognitivo e/o emotivo e/o riconosce l'influenza di variabili sociali e/o relazionali e/o relative al contesto sul proprio funzionamento cognitivo e/o emotivo sulla propria condotta.
DIFFERENZIAMENTO	<b>UM4</b> Il soggetto riconosce la propria rappresentazione di sé e/o del mondo come soggettiva e/o fallibile e/o che la propria opinione è mutata o mutabile (inclusa l'abilità di distanziarsi criticamente dalle proprie opinioni).
	<b>UM5</b> Il soggetto riconosce la natura rappresentazionale del pensiero e riconosce il potere limitato di aspettative, pensieri e desideri rispetto alla realtà esterna.
INTEGRAZIONE	<b>UM6</b> Il soggetto riesce, con una narrazione coerente, a descrivere le caratteristiche di un proprio stato mentale e la sua evoluzione nel corso del tempo, cogliendo nessi e relazioni causali, caratterizzandone gli elementi cognitivi e emotivi.
	<b>UM7</b> Il soggetto riesce a descrivere le caratteristiche cognitive e/o emotive di propri differenti stati mentali, integrando le molteplicità (anche contraddittorie) delle rappresentazioni in una narrazione coerente.
<b>COMPRESIONE DELLA MENTE ALTRUI</b>	
MONITORAGGIO	<b>UOM1 IDENTIFICAZIONE COGNITIVA</b> Il soggetto è in grado di definire e distinguere le operazioni cognitive altrui.
	<b>UOM2 IDENTIFICAZIONE EMOTIVA</b> Il soggetto è in grado di definire e distinguere i diversi stati emotivi altrui.
	<b>UOM3 RELAZIONE TRA VARIABILI</b> Il soggetto pone in relazione le componenti degli stati mentali altrui, ed utilizza il comportamento manifesto dell'altro per operare inferenze plausibili sui suoi stati mentali.
DECENTRAMENTO	<b>D</b> Il soggetto è in grado di descrivere lo stato mentale altrui fornendo ipotesi indipendenti dall'identità con il proprio funzionamento mentale e dal suo coinvolgimento nella relazione.

<b>MASTERY</b>	
REQUISITI BASICI	<b>M1</b> Il soggetto discute della propria condotta e dei propri stati e processi mentali non come semplici dati di fatto, ma in termini di compiti da eseguire e di problemi da risolvere, formulando in modo plausibile i termini del problema.
STRATEGIE I LIVELLO	<b>M2</b> Il soggetto cerca di agire direttamente sullo stato problematico modificando lo stato generale dell'organismo.
	<b>M3</b> Il soggetto evita le condizioni di insorgenza dello stato problematico e/o utilizza il contesto relazionale come supporto.
STRATEGIE II LIVELLO	<b>M4</b> Il soggetto affronta il problema imponendosi o inibendosi volontariamente un comportamento.
	<b>M5</b> Il soggetto affronta il problema regolando volontariamente l'assetto mentale.
STRATEGIE III LIVELLO	<b>M6</b> Il soggetto affronta il problema operando sulle valutazioni e le credenze che ne sono alla base e/o utilizzando le conoscenze complessive sul proprio funzionamento mentale.
	<b>M7</b> Il soggetto affronta la dimensione interpersonale del problema utilizzando le proprie conoscenze generali sul funzionamento mentale altrui.
	<b>M8</b> Il soggetto affronta il problema accettando i propri limiti nel padroneggiare se stesso e nell'influire sugli eventi.

Tabella II. Risultati t-test campioni indipendenti

Variabile di raggruppamento	Variabile oggetto del test	Gruppi	Media	Test t di uguaglianza delle medie		
				t	Gradi di libertà	Sig.
UM1_M	PI6	UM1_M<2	1,72	2.13	22	.044*
		UM1_M≥2	3,74			
	PI12	UM1_M<2	0	2.92	16	.010*
		UM1_M≥2	0,61			
	CP3	UM1_M<2	0,07	2.97	16,91	.009*
		UM1_M≥2	1,38			
	RM_Tutti	UM1_M<2	16,06	-1.05	6,59	.331
		UM1_M≥2	7,78			
	N_Tutti	UM1_M<2	1,19	-0.582	6,24	.581
		UM1_M≥2	0,54			
UM2_M	Q	UM2_M<2	50,02	-2.38	22	.026*
		UM2_M≥2	38,06			
	CACK	UM2_M<2	5,11	2.30	22	.031*
		UM2_M≥2	11			
	RM_Tutti	UM2_M<2	12,38	-1.01	22	.323
		UM2_M≥2	7,14			
	N_Tutti	UM2_M<2	1,05	-1.14	22	.265
		UM2_M≥2	0,28			
UM3_M	PI	UM3_M<2	61,21	-3.06	22	.006*
		UM3_M≥2	35,93			
	PI2	UM3_M<2	7,83	2.92	22	.008*
		UM3_M≥2	14,11			
	PI3	UM3_M<2	15,82	2.50	22	.020*
		UM3_M≥2	24,46			
	PI6	UM3_M<2	2,04	2.74	22	.012*
		UM3_M≥2	4,28			
	PI7	UM3_M<2	7,86	2.09	22	.048*
		UM3_M≥2	14,96			
	PI12	UM3_M<2	0,11	2.22	12,91	.045*
		UM3_M≥2	0,75			
	Q	UM3_M<2	52,23	-3.11	22	.005*
		UM3_M≥2	37,85			
	CP2	UM3_M<2	12,81	2.62	22	.016*
		UM3_M≥2	21,47			
	CP3	UM3_M<2	0,27	2.44	13,41	.029*
		UM3_M≥2	1,72			
RM_Tutti	UM3_M<2	11,74	-0.59	13,15	.562	
	UM3_M≥2	8,65				
N_Tutti	UM3_M<2	1,01	-0.82	11,72	.430	
	UM3_M≥2	0,46				

UM4_M	Q	UM4_M<2	51,84	-2.57	22	.018*
		UM4_M≥2	39,29			
	ASS	UM4_M<2	12,15	2.12	22	.045*
		UM4_M≥2	18,91			
	RM_Tutti	UM4_M<2	13,12	-0.98	12,01	.345
		UM4_M≥2	7,73			
N_Tutti	UM4_M<2	1,16	-1.11	10,54	.291	
	UM4_M≥2	0,37				
UM6_M	PI6	UM6_M<2	2,08	-2.34	22	.029*
		UM6_M≥2	4,06			
	RM_Tutti	UM6_M<2	11,85	-0.69	22	.495
		UM6_M≥2	8,80			
	N_Tutti	UM6_M<2	0,98	-0.58	22	.565
		UM6_M≥2	0,51			
UOM1_M	Q	UOM1_M<2	50,85	-2.60	22	.016*
		UOM1_M≥2	38,17			
	RM_Tutti	UOM1_M<2	11,54	-0.60	15,64	.556
		UOM1_M≥2	8,60			
	N_Tutti	UOM1_M<2	0,98	-0.82	22	.422
		UOM1_M≥2	0,43			
UOM2_M	RM_Tutti	UOM2_M<2	11,47	-0.83	20	.416
		UOM2_M≥2	6,30			
	N_Tutti	UOM2_M<2	0,89	-0.67	20	.511
		UOM2_M≥2	0,35			
UOM3_M	PI2	UOM3_M<2	8,80	2.25	22	.035*
		UOM3_M≥2	14,01			
	Q	UOM3_M<2	50,83	-2.90	22	.008*
		UOM3_M≥2	36,93			
	RM_Tutti	UOM3_M<2	10,72	-0,24	22	.813
		UOM3_M≥2	9,46			
	N_Tutti	UOM3_M<2	0,91	-0,64	22	.530
		UOM3_M≥2	0,47			
D_M	WES	D_M<2	2,45	2.09	22	.049*
		D_M≥2	3,72			
	RM_Tutti	D_M<2	12,25	-1,53	19,85	.143
		D_M≥2	6,09			
	N_Tutti	D_M<2	0,96	-0,98	22	.338
		D_M≥2	0,27			

\* t-test significativo assumendo  $\alpha=.05$

PI6=il terapeuta fornisce un sostegno empatico al paziente; PI12=il terapeuta compie un intervento di interpretazione; CP3=il paziente parla del significato degli eventi o connette i diversi aspetti della realtà; RM\_Tutti=marker di rottura dell'alleanza diretti e indiretti; N\_Tutti=interventi negativi; Q=il terapeuta si informa sugli stati emotivi, sui dettagli della vita e sulle relazioni del paziente; CACK=segnali del terapeuta che comunicano che ciò che è appena stato detto dal paziente è stato compreso mediante locuzioni non lessicali; PI=intervento neutro; PI2=il terapeuta esplora differenti stati d'animo del paziente; PI3=il terapeuta fornisce un feedback al paziente degli stati d'animo che gli sta comunicando; PI7=il terapeuta compie un intervento di chiarificazione; CP2=il paziente parla dei suoi sentimenti e/o pensieri, rendendo chiara l'intensità o la qualità degli stessi; ASS=commenti del terapeuta che si riferiscono alle persone o agli eventi che non sono direttamente legati al paziente; WES=interventi che spiegano il valore e le ragioni della terapia e incoraggiano gli interventi in cui il paziente dice ciò che gli passa per la mente.