

L'INTERVISTA PER LA VALUTAZIONE DELLA METACOGNIZIONE (IVaM): DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO

Antonio Semerari*, Stefania d'Angerio*, Raffaele Popolo*, Michele Cucchi^o, Paolo Ronchi^o,
Cesare Maffei[^], Giancarlo Dimaggio*, Giuseppe Nicolò*, Antonino Carcione*

* III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

^o Unità funzionale di Psichiatria Generale, Dipartimento di Neuroscienze cliniche, San Raffaele, Milano

[^] Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Vita-Salute, San Raffaele, Milano.

Riassunto

La Metacognizione permette di comprendere e regolare il funzionamento mentale proprio e altrui. Per metacognizione, noi intendiamo, l'insieme di abilità che consentono di: a) attribuire e riconoscere stati mentali a sé ed agli altri, a partire da espressioni facciali, stati somatici, comportamenti e azioni; b) riflettere e ragionare sugli stati mentali; c) utilizzare le informazioni sugli stati mentali per decidere, risolvere problemi psicologici e interpersonali e padroneggiare la sofferenza soggettiva. Numerose ricerche hanno indagato il ruolo della metacognizione in diversi disturbi psichici (psicosi, disturbi di personalità) evidenziando come malfunzionamenti in queste abilità giochino un ruolo importante nel mantenimento della patologia. È importante allora poter disporre di uno strumento utile per la valutazione di queste funzioni.

Il gruppo di ricerca del Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva aveva già elaborato la Scala per la Valutazione della Metacognizione (SVaM) applicabile ai trascritti di seduta; lo strumento è risultato molto utile per valutare le disfunzioni metacognitive negli studi di processo. Ci è sembrato utile disporre di uno strumento più rapido, che individuasse i problemi in queste capacità all'inizio del trattamento. Per questo è stata elaborata l'intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM), un'intervista semistrutturata che analizza le abilità che costituiscono il funzionamento metacognitivo: monitoraggio, integrazione, differenziazione e decentramento.

In questo lavoro presenteremo lo strumento che al momento è in corso di validazione.

Parole Chiave: Metacognizione, Valutazione, Intervista semi-strutturata.

THE METACOGNITION ASSESSMENT INTERVIEW (MAI): DESCRIPTION OF THE TOOL

Abstract

Metacognition allows to understand and regulate own and others mental functioning. For metacognition we refer to the set of ability that allow to: a) attribute and recognize mental states to oneself and to the others, beginning from facial expressions, somatic states, behaviours and actions; b) reflect and reason on mental states; c) use information about mental states to decide, solve psychological and interpersonal

Intervista per la valutazione della metacognizione

problems and cope personal suffering. Several research studied the role of metacognition in different psychic diseases (psychosis, personality disorders); they show that metacognitive malfunctions have an important role in the maintenance of the pathology. Then it is important to have an useful tool for the evaluation of these functions.

The group of research of the Third Center of Cognitive Psychotherapy already elaborated the Metacognition Assessment Scale (MAS) applicable to the transcribes of session; this tool has been useful to appraise the metacognitive dysfunctions in the process studies. There has seemed useful to have a more rapid tool, that characterizes the problems in these abilities at the beginning of the treatment. For this reason we elaborated the interview for the Metacognitive Assessment Interview (MAI), a semistructured interview that analyzes the metacognitive abilities: monitoring, integration, differentiation and decentration.

In this article we present the tool that is in course of validation.

Keywords: Metacognition, Assessment, Semi-structured interview.

Introduzione

Con il termine di metacognizione, nell'accezione da noi usata, intendiamo l'insieme di abilità di riflettere sugli stati mentali che consentono di: a) attribuire e riconoscere stati mentali a sé ed agli altri, a partire da espressioni facciali, stati somatici, comportamenti e azioni; b) riflettere e ragionare sugli stati mentali; c) utilizzare le informazioni sugli stati mentali per decidere, risolvere problemi o conflitti psicologici e interpersonali e padroneggiare la sofferenza soggettiva. Tale costrutto è quasi sinonimo di termini come mentalizzazione (Bateman e Fonagy 2004), teoria della mente (Premack e Woodruff 1978), lettura della mente (*mindreading*, Vogeley et al. 2001; Gallagher et al. 2000) o social cognition (Adolphs 2001) e comprende concetti come "attitudine ad attribuire intenzioni" (*intentional stance*, Dennett 1987), "riconoscimento di agentività" (Blair et al. 2002) o Alessitimia (Taylor et al. 1997; Vanheule 2008).

Negli ultimi decenni numerose ricerche hanno indagato il ruolo del funzionamento metacognitivo in diversi disturbi psichici, quali l'autismo (Baron-Cohen 2000; Leekman e Perner 1991; Frith e Happè 1994; Frith e Frith 1999; Hill e Frith 2003), la sindrome di Asperger (Frith e de Vignemont 2005), la schizofrenia (Harrington et al. 2005; Lysaker et al. 2005; Pickup e Frith, 2001; Brüne 2003; 2005; Corcoran 2000), quadri neurologici gravi come quelli da danneggiamento del lobo frontale, oppure nell'Alzheimer o in altre forme di demenza (Rowe et al. 2001; Stuss et al. 2001; Cuerva et al. 2001; Gregory et al. 2002; Snowden et al. 2003; Starkstein e Garau 2003).

Più recentemente gli studi sugli aspetti metacognitivi sono stati estesi ai disturbi dell'umore (Carcione et al. 2008; Kerr et al. 2003; Inoue et al. 2004), e ai disturbi di personalità (Bateman e Fonagy 2004; Sicotte e Stemberger 1999; Richell et al. 2003; Dimaggio et al. 2007; Levy et al. 2006; Guttman e Laporte 2002; Semerari et al. 2005). Le evidenze empiriche sembrano mostrare come problemi nella capacità di ragionare in termini di stati mentali siano parte costitutiva di alcune patologie psichiatriche adulte, come la schizofrenia (Brüne 2005) e giochino un ruolo importante nel mantenimento della patologia (Semerari 1999). La presenza di malfunzionamenti metacognitivi può favorire l'instaurarsi di ostacoli al trattamento (Dimaggio e Semerari 2003); ad esempio, una scarsa capacità nel riconoscimento delle proprie emozioni e delle loro cause e la difficoltà nel comunicare gli affetti agli altri hanno un impatto negativo sull'outcome probabilmente perché mediano la costruzione di un'alleanza terapeutica negativa (Ogrodniczuk et al. 2005). La scarsa metacognizione è associata poi ai sintomi (Lysaker et al. 2005; Harrington

et al. 2005) o ad un peggior funzionamento lavorativo e sociale nei pazienti (Brüne et al. 2007). Numerosi studi hanno evidenziato come il miglioramento clinico, soprattutto in pazienti con disturbi di personalità e trattati secondo approcci focalizzati sul ragionar in termini di stati mentali (Levy et al. 2006; Semerari et al. 2007), si accompagna ad un aumento della metacognizione (o mentalizzazione), mentre al contrario in terapie a poor outcome questo non avviene. Il miglioramento metacognitivo sembra più rapido nelle fasi iniziali della terapia dei disturbi di personalità per poi procedere con maggiore lentezza (Dimaggio et al. 2008); tale miglioramento sembra essere invece molto lento nella terapia della schizofrenia (Lysaker et al. 2005, 2007).

Dalle recenti ricerche neuroscientifiche emerge l'evidenza che la metacognizione è costituita da diverse abilità in parte distinte, relativamente indipendenti ma collegate tra di loro (Frith e Frith 1999; Ruby e Decety 2003; Saxe et al. 2004; Vogeley et al. 2001; Mitchell et al. 2006). Sono state individuate nell'uomo, ad esempio, aree cerebrali più specializzate nel ragionamento sui propri stati interni e sulla decodifica della mente di altri percepiti come simili al sé ed altre aree che si attivano selettivamente per comprendere la mente di altri percepiti come diversi da sé. La lettura della mente dell'altro e quella del sé è basata sull'attivazione di aree cerebrali comuni, il che spiega come per attribuire stati mentali agli altri possiamo usare il sé come modello (Gallese e Goldman 1998); ma per correggere le attribuzioni fatte all'altro, ad esempio l'attribuzione di un eccesso di similarità al sé o l'idea che l'altro sappia di noi più di quanto è veramente, abbiamo bisogno di processi cognitivi che sono svincolati dalle aree di mentalizzazione precedentemente chiamate in causa (Saxe 2005). Questa ipotesi è supportata da ricerche cliniche condotte in particolare nell'ambito dei disturbi di personalità (Dimaggio et al. in press; Semerari et al. 2003; Prunetti et al. 2008). La *metacognizione* sussume allora sia le capacità di *identificare* gli stati mentali e di *ragionare* su di essi che le funzioni di *regolazione e monitoraggio*; si configura come una rete complessa di funzioni e processi interattivi indispensabili per un buon funzionamento psicologico ed adattamento sociale (Borkowski 1985, 1990). I processi metacognitivi devono essere distinti dalle convinzioni o credenze metacognitive (Cornoldi 1995; Brown 1987; Butler e Winne 1995; Flavell 1987; Torgeson 1994): le funzioni metacognitive sono abilità che ci consentono di comprendere i fenomeni mentali e di operare su di essi (Carcione et al. 1997); tali abilità consentono la costruzione di credenze metacognitive in base alle quali vengono interpretati e valutati i contenuti e i processi mentali (Wells e Purdon 1999).

Alla luce della recente letteratura riteniamo quindi che valutare precocemente e rapidamente quali aspetti della metacognizione siano alterati – se lo sono – nei pazienti, potrebbe permettere di conoscere più in dettaglio elementi di psicopatologia che risultano determinanti nel predire funzionamento psicologico, sociale, problemi nel trattamento ed esito del trattamento stesso; ad oggi infatti, la conoscenza di come aspetti specifici della metacognizione siano danneggiati in modo specifico e come siano correlati a specifici malfunzionamenti, è ancora allo stato iniziale. Da ciò nasce la necessità di misurare tale dimensione dell'attività mentale, e quindi di costruire strumenti sensibili a tale scopo. In questo articolo presenteremo uno strumento di valutazione della metacognizione elaborato presso il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma, l'Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM). Si tratta di un'intervista semistrutturata, che ha lo scopo di sollecitare nell'intervistato la capacità di riflettere su elementi della propria autobiografia, quindi l'abilità di ragionamento in termini di stati mentali in modo efficace ed appropriato al contesto. Illustreremo di seguito il rationale che ha ispirato lo sviluppo dell'IVaM e presenteremo quindi lo strumento nelle singole parti che lo costituiscono.

Gli strumenti di valutazione della metacognizione

Gli strumenti elaborati per valutare la metacognizione possono essere distinti in due gruppi principali: questionari autosomministrati e prove di teoria della mente. I questionari, rispetto agli altri strumenti di valutazione, hanno il vantaggio della rapidità di somministrazione e quello di permettere di ridurre al minimo le possibili influenze da parte dell'operatore. I questionari più utilizzati in questo ambito sono stati sviluppati all'interno dello stesso paradigma teorico (Wells 1997; 1999; 2005); tra questi segnaliamo il Meta-Cognition Questionnaire - MCQ (Cartwright-Hatton e Wells 1997) che indaga le credenze dell'individuo circa le proprie convinzioni associate ai processi di elaborazione cognitiva e il Thought Control Questionnaire - TCQ (Wells e Davies 1994) che misura la tendenza dell'individuo ad usare alcune strategie metacognitive per controllare pensieri fonte di sofferenza soggettiva.

Tali strumenti presentano però aspetti che ne limitano il campo di utilizzo così come la sensibilità della valutazione. Non forniscono indicazioni circa il funzionamento metacognitivo del soggetto, su quelle capacità che consentono di ragionare sui propri ed altrui stati mentali in sé. Si tratta infatti di questionari costruiti con lo scopo di identificare esclusivamente i contenuti metacognitivi, ovvero le convinzioni che la persona ha relativamente ai propri pensieri e abilità personali di coping, e non le abilità che consentono la loro costruzione. Trattandosi poi di questionari autosomministrati, la valutazione viene effettuata sulle risposte del soggetto; ma nell'ambito specifico del funzionamento metacognitivo la loro attendibilità deve essere considerata con cura. Per poter rispondere è necessario infatti avere una comprensione dello scopo specifico della domanda, un accesso chiaro alle proprie rappresentazioni, l'abilità di costruire una rappresentazione nuova che integri in modo fluido i propri contenuti con quelli della domanda; tali abilità, che sono strettamente metacognitive, non necessariamente sono funzionanti in una persona, e non sempre alla stessa maniera nelle diverse situazioni o di fronte a diversi contenuti. I questionari sulla metacognizione si pongono allora l'obiettivo di indagare una funzione, anche se negli aspetti di contenuti, trascurando che questa viene chiamata in causa anche nel momento della risposta. È il caso ad esempio della Toronto Alexithymia Scale – TAS (Taylor et al. 1997), scala di autovalutazione a 20 item elaborata per la valutazione dell'alestitimia: tale strumento va ad indagare le difficoltà della persona a identificare ed esprimere i propri sentimenti, ovvero funzioni prettamente metacognitive; ma presume, per poter rispondere, il corretto funzionamento delle stesse funzioni che vengono valutate, ovvero di accesso agli stati interni.

Anche il contesto d'indagine rappresenta un limite della valutazione della metacognizione effettuata con i questionari; questi vengono infatti compilati in condizioni differenti rispetto a quelle reali problematiche, in un contesto certamente più rassicurante ed emotivamente meno stimolante per il paziente: nella realtà l'attivazione emotiva può compromettere invece le abilità di ragionamento della persona, tanto più in presenza di un disagio psicologico o mentre la persona ragiona su eventi conflittuali o dolorosi che lo hanno visto interagire con figure emotivamente rilevanti (Bateman e Fonagy 2004). L'attivazione di uno stato emotivo in determinati contesti si accompagna all'emergere di specifiche convinzioni metacognitive, questo per l'interazione tra funzionamento cognitivo, metacognitivo ed emozioni; è difficile allora generalizzare i risultati dei questionari senza metterli in relazione con il funzionamento metacognitivo nelle situazioni reali.

Molte ricerche hanno utilizzato come strumento di valutazione della metacognizione test o prove che valutano la capacità dell'individuo di cogliere come gli altri possono avere delle convinzioni differenti dalle proprie (Dennett 1987). Si tratta di strumenti che fanno riferimento al modello concettuale di Teoria della Mente, e includono diverse prove, da quelle di falsa credenza

(Perner e Wimmer 1985), a prove che vanno a valutare ad esempio l'abilità di comprensione della metafora o dell'ironia. Si tratta di diversi modelli sperimentali, alcuni dei quali valutano la capacità di riconoscere parole che rimandano a stati mentali, oppure test di immaginazione, etc. In ambito di ricerca le prove più utilizzate sono quelle di falsa credenza, dove vengono presentate ad esempio storie figurate oppure brevi storie scritte. Si distinguono in prove di primo ordine (che valutano la capacità di fare inferenze sullo stato mentale di una persona) e di secondo ordine (che valutano gli stati mentali che il soggetto attribuisce agli altri).

Anche in questo caso la modalità di esecuzione "in laboratorio" delle prove, in un luogo controllato come quello di uno studio, rappresenta un limite metodologico in quanto non permette di inserire nella valutazione complessiva la dimensione relazionale e contestuale, che invece interferisce nelle abilità metacognitive della persona (Lysaker et al. 2005).

Riassumendo, diversi ricercatori hanno cercato di approntare strategie di valutazione della metacognizione, confrontandosi però con le difficoltà proprie dell'oggetto d'indagine (Brown 1987; Ellis et al. 1989; Harris 1986; Jacobs e Paris 1987). Ad esempio, i report verbali delle proprie conoscenze metacognitive hanno spesso dei limiti in quanto le persone possono avere difficoltà ad esprimere a parole i propri contenuti, che invece possiamo intuire dal loro comportamento. Ellis, Deschler e Schumaker (1989) osservarono che le conoscenze metacognitive espresse verbalmente non avevano automaticamente corrispondenza con una modalità di funzionamento corrispondente. Queste considerazioni devono comunque essere tenute in considerazione anche quando si ricorre all'uso di altri strumenti, dai questionari alle interviste.

L'Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM)

Il background teorico

Nei nostri studi precedenti, al fine di valutare il funzionamento metacognitivo dei pazienti in trattamento, abbiamo elaborato la Scala di Valutazione della Metacognizione- SVaM (Carcione et al. 1997; Semerari et al. 2003), che valuta l'andamento della metacognizione a partire dalle verbalizzazioni del paziente espresse nel corso di sedute di psicoterapia. L'ipotesi di partenza era quella che la metacognizione non fosse una funzione unica ma costituita da diverse attività eterogenee e distinte (Carcione et al. 2001; Semerari et al. 2003).

La SVaM identifica tre aree della metacognizione. La prima è quella dell'*Autoriflessività*, che valuta la capacità del soggetto di rappresentare il proprio funzionamento mentale; abbiamo poi l'area della *Comprensione della mente altrui* e del *Decentramento*: per *Comprensione della mente altrui* intendiamo la capacità del soggetto di rappresentare eventi mentali e di compiere operazioni cognitive euristiche sul funzionamento mentale altrui; il *Decentramento* esprime la prospettiva da cui si esercita la lettura degli stati mentali altrui (egocentrata o meno). La *Mastery* rappresenta l'abilità di utilizzare le proprie rappresentazioni e gli stati mentali per affrontare stati mentali problematici e risolvere problemi psicologici o sociali.

Nelle prime due aree possiamo poi individuare altre sottofunzioni, caratterizzate da un grado crescente di complessità. La prima è il *Monitoraggio*, ovvero la capacità di identificare e definire le proprie operazioni cognitive ed i propri stati emotivi, nonché di ipotizzare relazioni di casualità tra variabili interne ed esterne. Abbiamo poi la *Differenziazione*, che consiste nella capacità di riconoscere la natura rappresentazionale del pensiero, distinguendo tra realtà interna ed esterna, e di assumere una distanza critica dalle proprie ipotesi; quindi l'*Integrazione*, che consente di ricostruire uno stato mentale o di integrare diversi stati mentali tra loro in modo

coerente.

La SVaM si è mostrata efficace in studi di processo per valutare in modo intensivo il funzionamento metacognitivo dei pazienti in trattamento psicoterapeutico all'interno di protocolli di ricerca single case. Ha mostrato però dei limiti, in particolare economici, che ne riducono le potenzialità di applicazione; risultata infatti costosa in quanto richiede la registrazione e la trascrizione integrale di ogni seduta; richiede inoltre molto tempo per la siglatura di ciascun trascritto che deve essere effettuata da valutatori esperti. Abbiamo quindi elaborato questo strumento, che aspira ad essere più agile e in grado di consentire la valutazione della metacognizione all'assessment e nel corso del trattamento attraverso ripetute misure; uno strumento quindi più adeguato a studi di esito, in quanto permette di valutare un più ampio numero di persone rilevandone una fotografia attendibile del proprio funzionamento metacognitivo. Tale strumento, sotto forma di una breve intervista semistrutturata, sollecita nell'intervistato la capacità di ragionare in termini di stati mentali, valutando in questo modo le sue abilità metacognitive.

Le interviste semistrutturate mantengono alcuni vantaggi delle interviste strutturate (per es. la standardizzazione dei risultati), limitando la variabilità nella conduzione dell'intervista, ma permettendo al tempo stesso di valutare le funzioni adattando le domande al soggetto: è così possibile eseguire una valutazione attendibile del costrutto in esame, limitando al minimo l'influsso delle variabili esterne. Le interviste consentono di valutare in modo estensivo un campione di pazienti ampio; possono essere usate anche per monitorare in modo intensivo i cambiamenti (terapia-dipendenti) di funzionamento di un soggetto nel corso del trattamento terapeutico, attraverso la somministrazione a tempi diversi dell'intervista stessa.

L'Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM)

Lo strumento

L'IVaM è uno strumento che consente di raccogliere dati qualitativi circa le abilità che costituiscono il funzionamento metacognitivo: monitoraggio, integrazione, differenziazione e decentramento. Essa prevede una lista di domande che l'intervistatore deve obbligatoriamente seguire; è possibile comunque indagare ulteriormente il contenuto della narrazione spontanea del soggetto attraverso domande ulteriori, a discrezione dell'intervistatore, che il manuale specifica per tipologia e modalità di esecuzione.

L'intervista si svolge in cinque fasi distinte: nella prima si fornisce uno *stimolo iniziale*, al fine di sollecitare la produzione di una narrativa; fanno seguito *quattro sezioni*, ciascuna composta da domande specifiche per elicitare/valutare una determinata funzione metacognitiva. La fase dello *stimolo iniziale* sollecita attivamente le abilità metacognitive dell'intervistato, attraverso la richiesta della narrazione di un episodio di vita del soggetto, che fungerà da argomento "core" per tutte le valutazioni successive. Si chiede al paziente di raccontare un episodio accaduto negli ultimi sei mesi, che sia stato per lui causa di malessere psicologico; a partire dal testo ottenuto, l'intervistatore effettuerà l'indagine successiva sulle singole funzioni. Si è ritenuto opportuno utilizzare come arco di tempo i sei mesi precedenti alla somministrazione per due ordini di motivi: si tratta di un tempo abbastanza breve che rende più probabile la possibilità di rievocare in modo dettagliato il ricordo dell'episodio in cui siano chiari eventuali correlati affettivi; rappresenta al tempo stesso un periodo sufficientemente lungo per poter apprezzare dei cambiamenti nel corso di un trattamento psicoterapeutico, nel caso di una seconda

somministrazione dell'intervista. In questo modo, è possibile realizzare confronti tra i risultati ottenuti alla prima valutazione e poi nelle successive, facendo attenzione che i soggetti non raccontino lo stesso episodio quando effettuano il retest.

Le *quattro serie di domande* sono formulate ciascuna al fine di sollecitare una specifica abilità metacognitiva. Nello specifico, abbiamo deciso di centrare la nostra attenzione sulle abilità della persona di leggere e compiere operazioni euristiche sui propri ed altrui pensieri, funzioni metacognitive necessarie per assumere una posizione di problem solver nelle situazioni problematiche; non abbiamo quindi considerato l'area della Mastery, comprendendo questa strategie di coping a maggiore o minore impegno metacognitivo. La prima sezione riguarda il *Monitoraggio* ed è composta da 9 domande volte a valutare la capacità del soggetto di monitorare le emozioni e i pensieri che costituiscono i propri stati mentali. La seconda sezione, relativa alla *Differenziazione*, prevede 13 domande finalizzate a valutare quanto l'intervistato sia capace di distinguere le proprie fantasie dalla realtà, quanto la persona è capace di ritenere opinabile e discutibile il proprio punto di vista. La terza sezione è quella dell'*Integrazione*, ed è costituita da 8 domande che hanno l'obiettivo di indurre l'intervistato a riflettere sulle transizioni tra stati mentali, sulle somiglianze e differenze tra stati e sulle regole che governano le transizioni. La quarta ed ultima sezione riguarda il *Decentramento*; vengono somministrate 8 domande volte a sollecitare il paziente a descrivere gli stati mentali dell'altro indipendentemente dalle proprie credenze o convinzioni.

Il carattere strutturato dell'intervista prevede che ci siano *domande predefinite*, che vanno poste all'intervistato così come sono state pensate dagli autori dell'intervista. Può accadere che il soggetto non riesca immediatamente a comprendere la domanda a livello linguistico o concettuale: è possibile allora ripetere la domanda o riformularla in modo da chiarirne il senso (*intervento di chiarificazione*). Se alle domande il soggetto non fornisce risposte soddisfacenti, l'intervistatore può fornire un massimo di due aiuti, dopo i quali passa alla domanda successiva. Gli *aiuti* sono posti sottoforma di domande volte ad elicitarle e facilitare l'esplorazione della funzione metacognitiva in esame. Può essere utile precisare la distinzione tra chiarificazioni e aiuti. Se ad esempio il soggetto risponde alla domanda "*cosa ha provato?*" con un pensiero, può non aver colto che la domanda andava a sollecitare l'emozione provata nell'episodio narrato; allora l'intervistatore lo preciserà con un intervento di chiarificazione, specificando ad esempio "*cosa ha provato a livello emotivo?*". Differente è se il soggetto anche dopo questo intervento non riesce ad identificare l'emozione sperimentata e risponde con un pensiero; l'intervistatore dovrà allora aiutare il soggetto facendo esempi di come sia fatta una data emozione in termini di sensazioni ("*l'emozione che ha sperimentato era caratterizzata da quali sensazioni?*"). In questo caso si tratta di interventi di aiuto, in quanto vanno a sollecitare l'uso della funzione metacognitiva in esame (in questo caso del monitoraggio) e non a specificare la domanda precedentemente effettuata.

La valutazione delle risposte viene eseguita attribuendo a ciascuna di esse un determinato punteggio che esprime il grado di funzionamento dell'abilità metacognitiva in esame; i punteggi relativi alle diverse domande all'interno di ciascuna funzione vengono quindi sommati per avere una valutazione complessiva della funzione; si calcolerà quindi un punteggio globale, che rappresenterà la misura finale della metacognizione del soggetto. Per l'attribuzione dei punteggi ci si avvale dell'uso di una griglia randomizzata (vedi di seguito), costituita da alcuni principali descrittori specifici per ciascuna funzione. L'intervistatore assegna un punteggio alla funzione scelto su una scala Likert a 5 punti: la funzione può essere totalmente deficitaria (attribuzione di punteggio 1) oppure usata dal paziente sempre correttamente (attribuzione di punteggio 5).

L'attribuzione dei punteggi va riferita al funzionamento metacognitivo messo in atto mentre

vive l'episodio, non mentre lo racconta. Nell'attribuzione dei punteggi va tenuto in considerazione che, sebbene ogni domanda miri ad indagare l'uso di una specifica funzione, è possibile che, nel rispondere, il soggetto utilizzi spontaneamente altre funzioni non esplicitamente sollecitate dalla serie di domande considerata (ad esempio, il soggetto può utilizzare il monitoraggio, soffermandosi a descrivere le componenti dello stato interno, in risposta a domande invece volte a sollecitare l'uso della funzione dell'integrazione). Per questo motivo ed al fine di non perdere informazioni utili ad avere una visione globale del funzionamento del soggetto, la valutazione delle funzioni dovrà tenere conto non solo delle risposte date alle specifiche domande, ma anche di quanto il soggetto stesso utilizza ogni singola funzione nel corso dell'intera intervista; per fare questo, l'intervistatore può tenere conto, ad esempio, della tendenza spontanea del soggetto ad utilizzare una determinata funzione o, al contrario, degli sforzi che ha dovuto compiere per ottenere le risposte relative ad essa.

La somministrazione dell'IVaM, per essere affidabile, richiede che gli intervistatori abbiano una buona esperienza clinica e conoscenza del costruito teorico della metacognizione; richiede inoltre che si siano sottoposti ad un apposito training specifico di apprendimento dello strumento, questo per la complessità dell'indagine e per la struttura articolata dell'intervista.

Adesso, riprendendo anche alcune definizioni già espresse, passiamo a descrivere le quattro sezioni che costituiscono l'intervista; ciascuna indaga il funzionamento di una specifica abilità metacognitiva, e prevede una serie di domande volte ad elicitarne la funzione stessa; la valutazione viene effettuata secondo degli indicatori che consentono di definire il buon funzionamento dell'abilità metacognitiva. In questa sede saranno esposti i criteri generali di siglatura, e si rimanda per un approfondimento allo specifico manuale approntato per il siglatore; per una maggiore chiarezza espositiva, in ogni sezione sarà presentato un esempio esplicativo della modalità di somministrazione delle domande relative alla singola sezione.

Monitoraggio

Il Monitoraggio esprime la duplice capacità del soggetto di identificare, riconoscere e definire le diverse componenti di un proprio stato mentale (emozioni e pensieri), e quella di stabilire una relazione tra tali componenti interne ed eventi ambientali o relazionali descrivendo cause e motivazioni del comportamento.

Per poter valutare il funzionamento del Monitoraggio, l'intervistatore fa riferimento alla propria impressione di quanto le risposte fornite dal soggetto siano in grado di offrire un quadro chiaro dell'episodio narrato e quindi della mente del paziente. In altri termini, un buon funzionamento del monitoraggio prevede che siano comprensibili le intenzioni, i pensieri, le emozioni del soggetto in esame; nell'ambito della narrazione gli eventi interni hanno rapporti comprensibili tra loro, mostrano un filo di coerenza che li lega agli avvenimenti esterni.

Un buon monitoraggio comporta che il soggetto, nel rispondere alle domande, si sia posto nella posizione di osservatore dei propri stati mentali, fornendo ad esempio indicazioni sul proprio stile rappresentativo (*"immaginato"*, *"mi vedevo davanti"*, *"mi dicevo"*, *"mi ripetevo nella testa"*, ecc.); un altro indicatore di buon monitoraggio è l'identificazione dei nessi causali tra componenti mentali (*"ero preoccupato perché pensavo che..."*) o di nessi causali tra stati mentali e comportamento (*"l'ho chiamato perché avevo paura che stesse pensando di lasciarmi"*).

Sono, invece, indicatori di cattivo monitoraggio tutti gli elementi che fanno riferimento alla difficoltà di accesso agli stati interni così come di descriverli: le descrizioni puramente comportamentali degli eventi; le descrizioni generali e teorizzanti sul proprio modo di comportarsi;

il ricorso a descrizioni di sensazioni fisiche invece che emotive; il riportare discorsi e opinioni dette o ascoltate da altri a proposito dei propri processi psicologici invece che riferire ciò che si è pensato o provato; il ricorso a metafore vaghe. Un ulteriore indicatore di una difficoltà nell'uso della funzione del monitoraggio potrebbe essere costituito da una scarsa abilità del soggetto nel definire l'episodio iniziale; di questo va tenuto conto nell'assegnazione del punteggio.

Esempio di valutazione del Monitoraggio

Episodio: Il soggetto richiede una cartella clinica all'ospedale dove è stato curato e si accorge che questa non era stata compilata dal medico, che si affretta a compilarla sotto sua richiesta

I. Cosa ha provato. Quali emozioni?

S. Mi sono sentito considerato meno di un essere umano, mi sono sentito senza dignità

I. Sì, ma dal punto di vista emotivo cosa ha provato?

S. Rabbia prima, soddisfazione poi

I. Quale era la causa di queste emozioni?

S. La rabbia è derivata dalla considerazione che il malato psichiatrico viene spesso trattato con sufficienza per come si comporta, perché parla male, è lento è tonto. La soddisfazione è derivata dal fatto che ora si è creato un problema al livello istituzionale.

I. Quali erano i suoi pensieri?

S. I miei pensieri erano tanti, pensavo a come mi comportavo, nel campo minato in cui ero, vista anche l'ostilità che mi avevano mostrato. Pensavo a come mi comportavo, a controllarmi ad essere il più equilibrato possibile. Pensavo a ciò che era successo, a tutto quel tempo che ho perso, al fatto che sono stato assente tutto quel tempo..... Pensavo a quello che ho vissuto e come adesso, in questi giorni qualcosa è cambiato

I. Mi ha riportato un serie di pensieri, ma quale era quello prevalente, quello a cui pensava di più, più forte degli altri?

S. Devo controllare come mi sto comportando

I. Che collegamento c'è fra l'emozione di rabbia che ha provato e il pensiero Devo controllare come mi sto comportando?

S. La rabbia è associata al modo con cui vengono trattati in quel contesto i pazienti depressi, i malati di mente ed io stesso

I. Sì ma che collegamento c'è con il pensiero Devo controllare come mi sto comportando?

S. Non so

I. Cosa ha fatto?

S. Purtroppo quando sono tornato a casa non sono riuscito, avevo da fare, ma sono rimasto molto scosso, non sono riuscito a fare quasi nulla, a fare quello che mi ero proposto di fare, a concentrarmi, a leggere, ero molto turbato, pensavo a cosa avrei fatto oggi, se sarei tornato in Ospedale o se avrei lasciato tutto andare, a quali erano le mie motivazioni, le motivazioni per cui mi ero imbattuto in questa battaglia. Ho fatto ginnastica

I. Che cosa l'ha spinto ad agire così?

S. Non lo so è stato istintivo, non so

S. Quale era il suo obiettivo?

S. Il mio obiettivo?

I. Rispetto al suo comportamento,

S. Cosa avrei voluto fare in quel momento?

I. Sì

S. Difficile dirlo, io avevo delle piccole cosette da fare, avrei voluto leggere, ma non sono

Intervista per la valutazione della metacognizione

riuscito a farlo

I. Cosa desiderava?

S. Desideravo non essere così vulnerabile emotivamente

I. Cosa temeva?

S. Temevo che mi sfuggisse il tempo, perché il tempo può sfuggire sia per l'assenza, sia perché si è troppo coinvolti nelle emozioni che ci rendono a volte pazzi, non farsi sfuggire il tempo....

Differenziazione

La Differenziazione rappresenta la capacità dell'individuo di distinguere le proprie rappresentazioni dalla realtà; è l'abilità che consente all'individuo di rendersi conto che le proprie descrizioni delle persone e dei fatti sono in parte influenzate dalla propria lettura degli eventi. Attraverso tale funzione metacognitiva, il soggetto riesce a mettere in discussione il punto di vista personale, riconoscendo che le proprie rappresentazioni di sé e del mondo sono soggettive e fallibili.

In questa accezione, possiamo intendere la Differenziazione come la capacità di discriminare tra diverse classi di rappresentazioni (immaginazione, valutazione, previsione, etc.), così come tra rappresentazione e realtà. Le domande che vengono poste nel corso dell'intervista al fine di elicitarne questa funzione possono riguardare inferenze effettuate sui contenuti emersi nella valutazione sia del monitoraggio che del decentramento.

Nella valutazione l'intervistatore deve considerare quanto le risposte fornite dal soggetto siano in grado di offrire un quadro chiaro della sua capacità di differenziare tra realtà e rappresentazioni di essa. Indicatori di una buona Differenziazione sono: la flessibilità nelle opinioni e nella visione delle cose; la capacità di modificare i propri stati mentali in relazione allo scambio comunicativo con gli altri ed al modificarsi dell'informazione a propria disposizione sui fatti. Esempi di una buona differenziazione possono essere i seguenti: "Avevo paura di rimanere sola. Ci credevo al 50%"; "In quel momento ho capito che non stava succedendo nulla, era solo la paura di essere abbandonata, ma non stava succedendo". Al contrario, una Differenziazione malfunzionante si esprime nell'impermeabilità degli stati mentali della persona allo scambio comunicativo ed informativo, per cui essi risultano rigidi o si modificano in base a criteri e modi idiosincratici o bizzarri. Un esempio di cattiva differenziazione può essere: "Pensavo che mi stavano facendo un torto. Ci credevo 100 e non consideravo altre possibilità".

Può succedere che il soggetto sia in grado di utilizzare la funzione della differenziazione al momento dell'intervista, ma non durante l'episodio narrato: "Poi penso che, se veramente fossi matta come in quei 5 minuti in cui sto male, non riuscirei ad affrontarlo come lo affronto adesso...forse esagero in quei momenti"; "Ora la situazione la vedo comunque negativa, ma meno tragica". L'intervistatore potrà allora tener conto di queste osservazioni per la valutazione complessiva della funzione.

Esempio di valutazione della Differenziazione

T: Nella situazione che mi ha descritto, ha detto di aver pensato di non guarire più, di non riuscire a calmarsi, di impazzire, di non riuscire a controllare la situazione...è questo il pensiero che ha avuto.

P: Sì.

T: Quanto ci credeva soggettivamente in quel momento e quanto considerava altre possibilità?

P: Ci credevo 100. In quel momento ci credevo veramente 100.

T: Che era proprio così?

P: Sì.

T: Ha preso in considerazione altre ipotesi?

P: Anche il disturbo fisico lo associavo veramente allo stato d'animo. Non mi è venuto neanche in mente che potessi avere qualcosa di fisico, di grave...proprio lo associavo proprio alla mente, alla testa, all'ansia, al mio stato di agitazione.

T: Invece, ripensandoci ora, c'è qualcosa che ha modificato nel suo punto di vista?

P: Modificato...se ci penso in questi cinque minuti che sto relativamente bene...mi rendo conto che forse non era così tragica come l'ho vista in quel momento; però, sono ancora convinta che sia un problema grave per me. Lo ridimensiono: non è 100, sarà 90...però lo penso ancora.

T: Invece, rispetto ad un punto di vista diverso che in questi cinque minuti ha...cioè, non è così tragico...che cosa l'ha portata a mutarlo, quindi ad avere una prospettiva un po' diversa?

P: Perché mi rendo conto che, se veramente quello che penso...cioè se veramente fossi matta o avessi un problema grave come lo penso in quel minuto, non avrei neanche la capacità di affrontarlo in questo modo, cioè...secondo me non lo riconoscerei neanche, non lo penserei proprio, lo sarei e basta...cioè, se veramente avessi un problema grave...riconosco di avere un problema però, se veramente fosse grave come lo penso in quei cinque minuti, in quei momenti, penso che non riuscirei ad affrontarlo come lo affronto adesso. Cioè, se io adesso riesco a farci una battuta in questi cinque minuti...ed in quel momento no...evidentemente è perché esagero in quel momento, è esagerato quel momento. Non è costante e non è quello che penso.

T: E in quel momento quanto si sentiva confusa o quanto lucida?

P: No. Confusa completamente.

T: Me lo può spiegare un po' meglio?

P: Confusa perché non riuscivo a spiegarmi fino a dove arrivava il malessere fisico e fino a dove quello psicologico; non riuscivo a capire cosa potessi fare. Mi sentivo veramente che stavo impazzendo e che perdevo il controllo di me. Ecco...una costante quando ho paura c'è, che è la paura di perdere il controllo di me... Soprattutto perché non sapevo proprio come rapportarmi alla situazione.

T: In questo momento sente questa confusione...mentre ne parla?

P: Minore...nel senso che è una confusione che riesco a gestire...nel senso che riesco ad essere razionale. Però, sì. Sento di essere confusa: che non capisco tanto che cosa faccio, perché lo faccio

Integrazione

L'Integrazione è la capacità di riflettere su stati e contenuti mentali, l'abilità di integrarli tra loro e i molteplici elementi che li costituiscono. L'Integrazione si esprime funzionalmente in due modalità fondamentali: consente di avere una visione integrata di un proprio stato mentale così come di un proprio processo mentale rispetto a sequenze temporali. Ritroviamo quest'ultima capacità nell'organizzazione di narrazioni coerenti nel proprio sviluppo temporale dei diversi stati mentali del soggetto.

La funzione di integrazione assolve dunque i seguenti compiti fondamentali:

Intervista per la valutazione della metacognizione

- stabilire gerarchie di rilevanza nell'ambito della narrazione dello scenario mentale descritto;
- fare chiarezza nella relazione tra le componenti dello stato mentale descritto;
- esprimere con chiarezza i differenti ruoli all'interno dello scenario interpersonale descritto.

La capacità d'integrare implica l'abilità di comprendere i nessi tra elementi dei propri stati mentali e comportamenti, tra i propri stati mentali e i contesti ambientali e relazionali, e la possibilità di notare le variazioni dei propri stati mentali in relazione alle esperienze, sapendo generalizzare sulle proprie "abitudini" di pensiero-comportamento.

Questa abilità consente al soggetto di riconoscere che una propria condotta può essere determinata da una specifica modalità di funzionamento cognitivo e/o emotivo, di riconoscere l'influenza di variabili sociali-relazionali-contestuali sul proprio funzionamento cognitivo-emotivo o sulla propria condotta comportamentale. Quando la funzione viene esplicitata efficacemente l'intervistatore ha l'impressione di avere una rappresentazione chiara delle cause e sequenze temporali degli stati interni e della condotta del paziente; il soggetto è in grado rendere queste informazioni in una narrazione coerente, confrontando differenti proprie modalità di funzionamento cognitivo ed emotivo.

Per la valutazione di tale funzione occorre tenere presente l'impressione dell'intervistatore di essere in grado di cogliere la coerenza e la gerarchia di rilevanza dei contenuti mentali del paziente; indici di una buona integrazione sono: la capacità del soggetto di fornire una descrizione dei propri stati mentali che risulti coerente e chiara; la capacità di cogliere i nessi esistenti tra le componenti (emozioni, pensieri, comportamenti) di un determinato stato o tra stati diversi; la capacità di descrivere le transizioni tra stati mentali diversi ed i fattori che sottostanno ad esse. Alcuni esempi di buona integrazione possono essere i seguenti: *"Quando P. mi ha lasciata ho pianto, l'ho supplicato di non andarsene e minacciato di fargli del male...perché ero avevo paura di non farcela; quando mi ha lasciata A. ero tranquilla e non ho fatto niente perché stavo bene anche senza di lui"; "Ero arrabbiato perché meritavo io l'aumento...ma mi sono tranquillizzato quando ho capito che per me c'erano altre prospettive"*.

Al contrario, una cattiva integrazione rende caotiche, confuse e contraddittorie le descrizioni degli stati mentali. All'interno della narrazione il quadro di insieme appare confuso, è possibile cogliere frammenti dello stato mentale del paziente ma i collegamenti tra loro si mostrano oscuri e senza una gerarchia di rilevanza. Esempi di cattiva integrazione possono essere i seguenti: *"Ero angosciata, però quando mi ha detto che stavano per trasferirsi...porca miseria...non avete pensato a me, mi fanno una rabbia tremenda!"; "È malata e so che ha bisogno di me...non mi costa niente, anzi mi fa piacere accudirla, fare le cose che lei non può fare, perché è la persona più importante per me... certe volte, però, è una prigioniera perché mi toglie la libertà...la odio"*.

Esempio di valutazione dell'Integrazione

Episodio: La signora si è trovata per un periodo a vivere a casa della figlia per dei lavori di ristrutturazione. Una mattina ha chiesto al filippino di dare una pulita al letto, poco dopo non le ha preparato la colazione, e quando ha chiesto spiegazioni, lui mi le ha detto che lei non centrava niente in questa casa. Ha discusso con lui. Poi è venuta la figlia che non ha preso le sue difese, ma ha detto "Ecco ora mi crei problemi". Quindi è andata via ed è ritornata a casa sua

I. In quel momento ha avuto la reazione di prendersi ed andarsene, ha sperimentato emozioni di avvilito e sconforto e ha pensato che era sola davanti ad un problema come al solito.

Antonio Semerari et al.

S. Mi è venuto anche in mente se ero brava come educatrice, diciamo come madre

I. Le capita spesso di sentirsi, di fare o di provare cose di questo genere. Le capita spesso di sentirsi come in quel momento lì?

S. Mi capita

I. Le è mai capitato di reagire con emozioni e pensieri diversi a circostanze simili a quelle che ha descritto?

S. l'unico pensiero che mi viene in mente è il confronto con una persona per vedere dove ho sbagliato

I. Sì, ma rispetto a quel momento si è sentita avvilita e sconsolata, ha pensato che era di nuovo sola di fronte alle situazioni e poi ha preso ed è andata al lavoro

S. sì

I. È capitato che ha provato le stesse cose, ma ha reagito in maniera diversa

S. Io reagisco che vado via, che devo sparire, vado via, sto male, e devo prendere la prima amica di turno e parlarne

I. le è mai capitato di provare quelle cose e reagire in maniera diversa

S. Sì io lì non ho reagito come dovevo reagire, come era opportuno reagire, perché non ero a casa mia, perché loro se ne potevano andare e il bambino poteva rimanere senza tata. In altri momenti anche nel passato avrei reagito alzando la voce anche io

I. Si ricorda un episodio in cui ha reagito così

S. Io mi ricordo che quando ero più giovane, reagivo molto, ricordo un tizio che mi ha sputato sul finestrino, io mi sono messo a rincorrerlo, anche attraversando un divieto di accesso, dovevo farlo cadere con la moto, perché non poteva permettersi di fare una cosa del genere. Quindi reazioni aggressive ce le ho avute. Ora lascio andare, prima ero più calda

I. Perché prima reagiva in maniera più aggressiva ed ora invece se ne va?

S. non ritengo carino reagire in quel modo. Non mi piace, mi metto allo stesso livello di quello che provoca la situazione. Ora ho una reazione più educata, sono indifferente

I. Quindi a volte reagisce con indifferenza e a volte in modo più aggressivo, come mai a volte reagisce nel primo modo e a volte nel secondo

S. Oggi reagisco in modo indifferente

I. Succede che non reagisce né con aggressività, né con l'indifferenza di fronte a situazioni in cui subisce un'ingiustizia?

S. la cosa principale è che potrei reagire mettendomi allo stesso livello della persona che provoca o che ho provocato. Il momento di rabbia ti viene è normale. Ma poi vado via. Per un periodo sparisco, poi piano piano mi passa questo rancore e cerco interloquire, se la persona è di famiglia. Se l'interlocutore rimane sulle sue posizioni basta. Ma non porto rancore.

I. Le viene in mente un suo tipico modo di reagire che sia differente dall'indifferenza?

S. Con aggressività

I. Sì, ma sembra un modo passato che lei non si riconosce più

S. Non so rispondere, potrei dire stupidaggini. Io dimentico così tanto che dimentico cosa avviene. Sabato mia figlia quando l'ho sentita, avevo in testa la frase non mi creare altri problemi. Ti creo problemi solo perché voglio vedere mio nipote, quando mi ha detto di nuovo questa frase anche se era il suo compleanno ho riattaccato.

I. Cosa ha provato

S. Mi sono difesa, sono stata male. Ho pensato alla casa che dovevo finire ai problemi di mia madre a tutti i pesi che ho sulle spalle, Mi sono sentita male. Devo fare tante cose e non posso stare vicino a mia figlia, perché i tempi sono questi

I. si è sentita come con il filippino

S. Non lo so se è lo stesso modo, non mi sento bene, a volte mi sento un aliena a questo mondo

Decentramento

Questa sotto-funzione metacognitiva è intesa come la capacità di:

- descrivere la psicologia degli altri in modo plausibile (coerente di per sé e possibile realisticamente), verosimile (realisticamente possibile rispetto al contesto in cui questa valutazione viene fatta, rispetto sia alla situazione sia alla tipologia del soggetto descritto), senza il ricorso a stereotipie o luoghi comuni;
- fare inferenze plausibili sugli stati mentali degli altri, ponendosi dalla loro prospettiva: permette di comprendere che gli altri agiscono in base a scopi, credenze, valori, criteri di rilevanza che possono essere diversi dai nostri e indipendenti dalla relazione che hanno con noi; l'intervistato è in grado di comprendere che gli stessi eventi possono avere per gli altri un significato ed una rilevanza diversa da quella che hanno per il soggetto stesso;
- valutare e comprendere i processi psicologici degli altri, indipendentemente dalla relazione che hanno con noi.

Indice di un buon decentramento sono: la capacità di fare inferenze plausibili sugli stati mentali degli altri, ponendosi dalla loro prospettiva; la capacità di capire che gli altri agiscono in base a scopi, credenze, valori e criteri di rilevanza, che possono essere diversi da quelli del soggetto e indipendenti dalla relazione che hanno con lui. Esempi di buon decentramento potrebbero essere i seguenti: *“A differenza di me è rimasta tranquilla”*; *“Mio fratello si è arrabbiato con me, ma so che era nervoso per il lavoro”*; *“Mia madre era in ansia e, quando sta così, pensa di dover risolvere sempre i problemi di tutti...questa cosa le si è attivata anche in quel momento con me”*.

Al contrario, un cattivo decentramento implica l'utilizzo di credenze, valutazioni e valori personali per comprendere e per spiegare le esperienze altrui. Esempi di cattivo decentramento si evidenziano ogniqualvolta il soggetto si esprime con frasi del tipo *“nessuno mi capisce”* o *“tutti mi trattano male”*, mettendo in luce il ricorso a stereotipie e generalizzazioni che non colgono la specificità della mente dell'altro. Talvolta può risultare complesso comprendere se il paziente stia riportando i contenuti che ritiene siano presenti nella mente dell'altro o se, nel descriverli, sta partendo da una propria personale prospettiva; ad esempio, frasi come *“si è arrabbiato, era molto agitato...perché poi in fondo lui è come me”* permettono di cogliere che il paziente individua le emozioni dell'altro ma, di fatto, le riporta a sé.

Esempio di valutazione del Decentramento

Episodio: il paziente si rifiuta di andare a cena fuori con il gruppo di un corso che frequentava a causa della sua timidezza e imbarazzo.

I: *Tra queste persone che le hanno proposto di uscire a cena c'era qualcuno che conosceva meglio?*

S: *Non le conosco molto bene...c'è un ragazzo che mi sembra un po' più tranquillo con il quale ho scambiato qualche parola, una persona anche abbastanza timida.*

Antonio Semerari et al.

- I: *Vorrei che per un attimo cercasse di mettersi dal punto di vista di questo ragazzo: secondo lei cosa ha pensato quel ragazzo durante l'episodio in cui lei ha rifiutato quell'invito?*
S: *Non so cosa ha pensato...lui è come me... "ecco un altro come me"*
I: *Quindi anche lui ha pensato "ecco un altro come me"?*
S: *Sì.*
I: *Secondo lei perché ha fatto questo tipo di pensieri?*
S: *Perché...a parte che siamo coetanei, penso che per il modo di porci abbiamo capito di essere entrambi timidi, quindi era abbastanza scontato che pensasse in questo modo.*
I: *che cosa le ha dato l'idea?*
S: *Penso il fatto che anche lui ha rifiutato l'invito.*
I: *Secondo lei come ha vissuto emotivamente quell'episodio?*
S: *A volte penso...che abbiamo perso un'altra occasione per farci avanti.*
I: *Ma che emozioni pensa abbia provato?*
S: *Quello che le ho appena detto.*
I: *secondo lei perché ha provato ciò?*
S: *perché secondo me nelle persone timide c'è sempre questa voglia repressa di far parte di qualcosa che però...forse con la timidezza innata...penso sia questo.*
I: *Che cosa le ha fatto pensare che lui abbia provato ciò?*
S: *Perché lo ho visto in un paio di occasioni e comunque penso che...non mi sembra abbia trovato una scusa convincente per non andare alla cena.*
I: *per come ha avuto la possibilità di conoscerlo lei, è tipico di questa persona pensare e sentire in questo modo?*
S: *tipico non posso dirlo perché lo ho conosciuto poco, per come lo ho conosciuto potrei dire di sì.*
I: *secondo lei perché ha questo modo tipico di pensare e sentire?*
S: *Forse anche lui è timido...penso per questo.*
I: *Lei si è mai sentito come lui*
S: *Si sempre*

Conclusioni

Il presente lavoro è di natura preliminare; esso è volto a descrivere il background teorico sottostante alla costruzione di un nuovo strumento di valutazione della metacognizione tramite un'intervista semi-strutturata e nel presentare in generale la relativa modalità di applicazione. Gli step successivi prevedono l'analisi della validità di contenuto e di struttura di questo strumento psicometrico; questa è la fase al momento in corso del protocollo di ricerca, insieme alla verifica e valutazione della maneggevolezza e della completezza dello stesso, così come della concordanza tra i siglatori.

Sarà inoltre interessante in fasi successive poter confrontare i risultati ottenuti dalla somministrazione dell'intervista IVaM ai profili metacognitivi risultanti dall'applicazione della SVaM ai trascritti di seduta; riteniamo infatti che le osservazioni emergenti possano essere sovrapponibili, sia per il background teorico comune, sia per l'attenzione metodologica volta a ricreare in "laboratorio" delle condizioni quanto più vicine a quelle della realtà quotidiana. Tutto questo alla luce di una diversità formale dell'output degli strumenti: a fronte di una dinamicità del profilo metacognitivo proposto dalla SVaM che descrive un andamento dell'efficacia delle diverse funzioni metacognitive, l'IVaM propone un quadro nel "qui ed ora" delle stesse.

Bibliografia

- Adolphs R (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology* 11, 231-239.
- Baron-Cohen S (2000). Theory of mind and autism: A fifteen year review. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. Cohen (Eds.). *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience* (pp. 3–20). Oxford: Oxford University Press.
- Bateman A & Fonagy P (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford University Press, Oxford.
- Blair RJR, Frith U, Smith N, Abell F, Cipolotti L (2002). Fractionation of visual memory: agency detection and its impairment in autism. *Neuropsychologia* 40, 108-118.
- Borkowski JG (1985). Sings of intelligence: Strategy generalization and metacognition. In Yussen, S.R. (a cura di) *The Growth of Reflection in Children*. Academic Press, New York
- Borkowski JG, Carr M, Rellinger E (1990). Self-regulated cognition: interdependence of metacognition, attributions, and self-esteem. In Jones BF, Idol L. (a cura di) *Dimension of thinking and cognitive instruction*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Brown A (1987). Metacognition, executive control, self regulation and other more mysterious mechanisms. In Winert FE, Kluwe RH (a cura di) *Metacognition, motivation and understanding*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Brüne M (2003). Social cognition and behaviour in schizophrenia. In Brüne M, Ribbert H and Schiefenovel W eds. *The Social Brain. Evolution and Pathology*. Chichester. U.K. : Wiley and Sons, 277-313.
- Brüne M (2005). Theory of mind in schizophrenia: A review of the literature *Schizophrenia Bulletin* 31, 21-42.
- Brüne M, Abdel-Hamid M, Lehmkämpfer C, Sonntag C (2007). Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: what predicts poor social competence in schizophrenia best? *Schizophrenia Research* May, 92(1-3), 151-159.
- Butler DL & Winne PH (1995). Feedback and self-regulated learning: A theoretical synthesis *Review of Educational Research* 65, 245-281.
- Carcione A, Falcone M, Magnolfi G et al. (1997). La funzione metacognitiva in psicoterapia: Scala di Valutazione della Metacognizione (S.Va.M). *Psicoterapia* 3, 91–107.
- Carcione A, Dimaggio G, Fiore D, Nicolò G, Procacci M, Semerari A, Pedone R (2008). An intensive case analysis of client metacognition in a good-outcome psychotherapy: Lisa's case. *Psychotherapy Research*, 18, 6, 667-676.
- Cartwright-Hatton S & Wells A (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders* 11, 279-296.
- Corcoran R (2000). Theory of mind in other clinical conditions: Is a selective “theory of mind” deficit exclusive to autism? In Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H and Cohen DJ, eds. *Understanding Other Minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience*. Oxford, UK: Oxford University Press, 391-421.
- Cornoldi C (1995). *Metacognizione e apprendimento*. Il Mulino, Bologna.
- Cuerva AG, Sabe L, Kuzis G, Tiberti C, Dorrego F, Starkstein SE (2001). Theory of mind and pragmatic abilities in dementia. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology* 14,153–158.
- Dennett DC (1987). *The intentional stance*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Dimaggio G & Semerari A (a cura di) (2003). *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarepresentazione, cicli interpersonali*. Editori Laterza, Bari.
- Dimaggio G, Semerari A, Carcione A, Nicolò G, Procacci M (2007). *Psychotherapy of Personality Disorder: Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*. London: Routledge.
- Dimaggio G, Lysaker PH, Carcione A, Nicolò G, Procacci M (2008). Know yourself and you shall know

- the other... to a certain extent: Multiple paths of influence of self-reflection on mindreading. *Consciousness and Cognition*, 17, 3, 778-789.
- Dimaggio G, Carcione A, Conti ML, Nicolò G, Fiore D, Pedone R, Popolo R, Procacci M, Semerari A (in press). Impaired decentration in Personality Disorder: An analysis with the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Ellis ES, Deshler DD, Schumaker JB (1989). Teaching adolescents with learning disabilities to generate and use task-specific strategies. *Journal of Learning Disabilities* 22, 108-119.
- Flavell JH (1987). Speculations about the nature and development of metacognition. In FE Weinert & RH Kluwe (Eds.), *Metacognition, motivation, and understanding* (pp. 21-29). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Frith CD & Frith U (1999). Interacting minds-A biological basis. *Science* 286 (5445), 1692-1695.
- Frith U & Happè F (1994). Autism: beyond "theory of mind". *Cognition* 50, 115-132.
- Frith U & de Vignemont F (2005). Egocentrism, allocentrism and Asperger syndrome. *Consciousness and Cognition* 14, 719-738.
- Gallagher HL, Happeà F, Brunswick N, Fletcher PC, Frith U, Frith CD (2000). Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of 'theory of mind' in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia* 38, 11-21.
- Gallese V & Goldman A (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences* 12, 493-501.
- Gregory C, Lough S, Stone V, Erzinclioglu S, Martin L, Baron-Cohen S, Hodges JR (2002). Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: Theoretical and practical implications. *Brain* 125, 752-764.
- Guttman HA & Laporte L (2002). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process* 39, 345-358.
- Harrington L, Siegert RJ, McClure J (2005). Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry* 10 (4), 249-286.
- Harris KR (1986). The effects of cognitive behavior modification on private speech and task performance during problem solving among learning disabled and normally achieving children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 14, 63-67.
- Hill E & Frith U (2003). Understanding autism: insights from mind and brain. *Philosophical Transactions: Biological Sciences* 358(1430), 281-289.
- Inoue Y, Tonooka Y, Yamada K, Kanba S (2004). Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. *Journal of Affective Disorders* Nov 1, 82(3), 403-409.
- Jacobs JE & Paris SG (1987). Children's metacognition about reading: Issues in definition, measurement, and instruction. *Educational Psychologist* 22, 255-278.
- Kerr N, Dunbar Rim, Bentall R (2003). Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders* 73, 253-259.
- Leekman S & Perner J (1991). Does the autistic child have a metarepresentational deficit? *Cognition* 40, 203-218.
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74, 1027-1040.
- Lysaker PH, Carcione A, Dimaggio G, Johannesen JK, Nicolò G, Procacci M, Semerari A (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112(1), 64-71.
- Lysaker PH, Dimaggio G, Buck KD, Carcione A, Nicolò G (2007). Metacognition and the sense of self within narratives of schizophrenia: Associations with multiple domains of neurocognition.

Intervista per la valutazione della metacognizione

- Schizophrenia Research*, 93, 278-287.
- Mitchell JP, Macrae CN, Banaji MR (2006). Dissociable medial prefrontal contributions to judgments of similar and dissimilar others. *Neuron* May 18, 50(4), 655-663.
- Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Piper WE (2005). Strategies for reducing patient-initiated termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 57-70.
- Perner J & Wimmer H (1985). 'John thinks that Mary thinks.': Attribution of second-order beliefs by 5-10 year old children. *Journal of Experimental Child Psychology* 39, 437-471.
- Pickup G & Frith C (2001). Theory of mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity. *Psychological Medicine* 31, 207-220.
- Premack D & Woodruff G (1978). Does the chimpanzee have a "theory of mind"? *Behavioral and Brain Sciences* 4, 515-526.
- Richell RA, Mitchell DGV, Newman C, Leonard A, Baron-Cohen S, Blair RJR (2003). Theory of mind and psychopathy: Can psychopathic individuals read the 'language of the eyes'? *Neuropsychologia* 41, 523-526.
- Rowe AD, Bullock PR, Polkey CE, Morris RG (2001). "Theory of mind" impairments and their relationship to executive functioning following frontal lobe excisions. *Brain* 124 (3), 600-616.
- Ruby P & Decety J (2003). What you believe versus what you think they believe: A neuroimaging study of conceptual perspective-taking. *European Journal of Neuroscience* 17, 2475-2480.
- Saxe R, Carey S, Kanwisher N (2004). Understanding other minds: linking developmental psychology and functional neuroimaging. *Annual Review of Psychology* 55, 87-124.
- Saxe R (2005). Against simulation: the argument from error. *Trends in Cognitive Science* Apr, 9(4), 174-179
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G, Procacci M, Alleva G (2003). How to evaluate metacognitive function in psychotherapy? The Metacognition assessment scale its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, 238-261.
- Semerari A, Dimaggio G, Nicolò G, Pedone R, Procacci M, Carcione A (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 690-710.
- Semerari A, Dimaggio G, Nicolò G, Procacci M, Carcione A (2007). Understanding minds, different functions and different disorders? The contribution of psychotherapeutic research. *Psychotherapy Research*, 17, 106-119.
- Sicotte C & Stemberger RMT (1999). Do Children with PDDNOS Have a Theory of Mind? *Journal of Autism and Developmental Disorders* 29 (3), 225-233.
- Snowden JS, Gibbons ZC, Blackshaw A, Doubleday E, Thompson J, Craufurd D, Foster J, Happe' F, Neary D (2003). Social cognition in frontotemporal dementia and Huntington's disease. *Neuropsychologia* 41, 688-701.
- Starkstein S & Garau L (2003). Awareness and theory of mind in dementia. In Brüne M, Ribbert H and Schiefenhover W, eds. *The Social Brain. Evolution and Pathology*. Chichester, U.K.: Wiley and Sons, 419-431.
- Stuss DT, Gallup GG, Alexander MP (2001). The frontal lobes are necessary for 'theory of mind'. *Brain* 124, 279-286
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Torgeson J (1994). Issues in the assessment of executive function: An information processing perspective. In G. R. Lyon (Ed.), *Frames of reference in the assessment of learning disabilities: New views on measurement issues*. (143-162). Toronto: Brooks.
- Vanheule S (2008). Challenges for alexithymia research: a commentary on "The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms". *Journal of Clinical Psychology* Vol. 64, 3, 332-337

Antonio Semerari et al.

- Vogeley K, Bussfeld P, Newen A, Herrmann S, Happe F, Falkai P, Maier W, Shah NJ, Fink GR, Zilles K (2001). Mind Reading: Neural Mechanisms of Theory of Mind and Self-Perspective. *Neuroimage* 14, 170-181.
- Wells A & Davies M (1994). The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy* 32, 871-878.
- Wells A & Purdon C (1999). Metacognition and Cognitive- Behaviour Therapy: A Special Issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 6, 71-72.
- Wells A (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester. UK: Wiley.
- Wells A (1999). A Metacognitive Model and Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 6, 86-95.
- Wells A (2005). The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research* 29, 107-121.
- Wells A (2005). Worry, intrusive thoughts, and generalized anxiety disorder. The Metacognitive Theory and Treatment. In D Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical practice. Theory, research, and treatment* (119-144). New York: Guilford Press.

Corrispondenza: Dott. Antonio Semerari, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Via Ravenna 9/c Roma, Italia. E-mail: terzocentro@iol.it.