

UNA LETTURA EVOLUZIONISTICA E CLINICA DEL RAPPORTO TRA SISTEMI MOTIVAZIONALI E FUNZIONI METACOGNITIVE

Maurizio Falcone¹

¹ Centro Maieutica Salerno, Italia

Corrispondenza

E-mail: maurfalk@gmail.com

Riassunto

Diverse ricerche hanno evidenziato, negli ultimi anni, una stretta interazione tra Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI) e Funzioni Metacognitive (FMC), ponendo l'accento su un loro ruolo centrale nella strutturazione e nel mantenimento dei disturbi psichici, sia nel migliorare l'efficacia degli interventi terapeutici nel contesto di una relazione terapeutica cooperativa.

L'articolo propone, in un'ottica evolutivista e clinica, un modello interpretativo delle interconnessioni e dei loro effetti e il ruolo centrale regolativo delle Funzioni Metacognitive, sia in condizioni non patologiche sia in quelle psicopatologiche, evidenziando come il Sistema Motivazionale Cooperativo consenta l'ottimale espressione delle diverse Funzioni Metacognitive.

Parole chiave: sistemi motivazionali interpersonali, funzioni metacognitive, alleanza terapeutica, terapia metacognitiva interpersonale

AN EVOLUTIONARY AND CLINICAL READING OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MOTIVATIONAL SYSTEMS AND METACOGNITIVE FUNCTIONS

Abstract

Several studies have highlighted, in recent years, a close interaction between Interpersonal Motivational Systems (IMS) and Metacognitive Functions (FMC), emphasizing their central role in the structuring and maintenance of mental disorders, both in improving the effectiveness of therapeutic interventions in the context of a cooperative therapeutic relationship.

The article proposes, in an evolutionary and clinical perspective, an interpretative model of interconnections and their effects and the central regulatory role of Metacognitive Functions, both in non-pathological and psychopathological conditions, highlighting how the Cooperative Motivational System allows the optimal expression of the different Metacognitive Functions.

Key words: interpersonal motivational systems, metacognitive functions, therapeutic alliance, interpersonal metacognitive therapy

Negli ultimi 10-15 anni si è assistito ad una vera e propria rivoluzione nel Cognitivismo Clinico, nell'ambito delle teorie della mente, della teoria della clinica e della teoria e prassi della

DOI: 10.36131/COGNCL20250210

RICEVUTO IL 12 FEBBRAIO 2025, ACCETTATO IL 17 DICEMBRE 2025

cura (Semerari, 2022)

Non tanto per ciò che concerne i filoni della cosiddetta terza ondata (ad esempio Act, Sensorimotor, Mindfulness, che sono fondamentalmente un insieme di procedure protocollizzate) ma soprattutto per quanto riguarda la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) che va a declinarsi poi in diverse modalità, in base agli autori di riferimento (Carcione et al., 2016; Dimaggio et al., 2024; Falcone, 2020; Liotti et al., 2017; Monticelli, 2023; Quattrini et al., 2024; Salvatore G 2023; Semerari, 2022)

Con sfumature e diverse accentuazioni delle diverse componenti (motivazionali, metacognitive, interpersonali), i nuclei essenziali della TMI sono costituiti dalla centralità della relazione interpersonale della diade paziente/terapeuta, che può assumere diverse caratteristiche e stili, descritti dal modello dei Sistemi Interpersonali Motivazionali, in stretta interconnessione con le funzioni metacognitive che assumono un ruolo regolativo in senso positivo o negativo/patogenetico.

Ma cosa rappresentano realmente e a cosa servono le funzioni metacognitive, al di là delle definizioni, che hanno una valenza fondamentalmente descrittiva e operativa (Carcione&Falcone, 1999; Carcione et al., 2016; Falcone, 2020) ?

È corretto, dal punto di vista epistemologico e clinico, parlare di “disfunzioni” o “calo” delle funzioni metacognitive in particolari condizioni cliniche o relazionali?

E in che rapporto si correlano con i Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti&Monticelli, 2008; Liotti et al., 2017; Monticelli, 2023)?

In particolare perché, come evidenziato da recenti ricerche (Farina et al., 2023; Monticelli et al., 2025) il Sistema Cooperativo è quello che garantisce le migliori funzionalità metacognitive?

In primo luogo, prima di presentare alcune ipotesi di risposte a questi quesiti, appare opportuna una sintetica descrizione dei Sistemi Motivazionali Interpersonali e delle Funzioni Metacognitive

I Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI)

Si definiscono Sistemi Motivazionali Interpersonali quelle predisposizioni innate a specifiche forme di relazione interpersonale, che seguono specifiche regole e organizzano le diverse emozioni in sequenze tipiche, orientate al raggiungimento di una specifica meta o scopo di valore evolutivista ed esistenziale (Liotti & Monticelli, 2008).

Si possono distinguere diversi Sistemi Motivazionali (Lichtenberg, 1995; Liotti & Farina, 2011; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017; Liotti & Monticelli, 2008) :

SM dell'Attaccamento: la meta o scopo è la ricerca di cura e vicinanza protettiva. Il raggiungimento della meta viene segnalata da emozioni come la gioia, il sentimento di conforto ricevuto, la sicurezza.

Quando la meta è ostacolata o non raggiunta, i segnali emotivi tipici sono la paura, la rabbia, la tristezza “attaccamentale”, il distacco emozionale.

SM dell'Accudimento: è il sistema complementare a quello dell'attaccamento e in questo caso la meta è l'offerta di cura.

La tenerezza protettiva, il senso di amore genitoriale, la gioia, sono i segnali emotivi di raggiungimento della meta.

Segnali di ostacolo al raggiungimento della meta, sono la colpa di tipo cosiddetto “interpersonale”, che si attiva quando si arreca un danno all'altro per un aiuto inefficace o omissivo, o la sollecitudine ansiosa.

SM Sessuale: la meta è la ricerca di un partner per l'accoppiamento, la formazione di una coppia sessuale e la riproduzione. Il desiderio e il piacere erotico segnalano l'avvicinamento o il raggiungimento della meta; il pudore eccessivo, la gelosia, la paura del rifiuto sono i segnali emotivi di ostacolo alla meta.

SM Agonistico o di Rango: definisce il rango di Dominanza-Sottomissione, in relazione a qualunque tipo o forma di risorsa limitata da acquisire. L'attivazione di questo Sistema si collega a una emozione di rabbia da sfida "agonistica".

Il raggiungimento della meta di Dominanza è segnalato da emozioni di orgoglio, sentimenti di superiorità e potenza, disprezzo per l'avversario. I segnali emotivi di resa ("subroutine di resa", nel linguaggio etologico) sono la vergogna, l'umiliazione, la tristezza (da sconfitta), la paura, l'invidia.

SM Cooperativo: orientato al conseguimento di un obiettivo tramite la collaborazione, condivisione e alleanza di due o più membri di un gruppo. Le emozioni di meta raggiunta sono l'empatia, la lealtà reciproca, la fiducia.

Le emozioni che segnalano gli ostacoli alla meta sono la sfiducia, il risentimento, il senso di isolamento.

Sono stati descritti anche altri Sistemi Motivazionali quali il Sistema Ludico e quello Affiliativo, che secondo alcuni Autori (Liotti & Monticelli, 2008) potrebbero essere articolazioni del Sistema Cooperativo.

Le emozioni, dunque, e i loro correlati somatici e comportamentali, si possono meglio definire e inquadrare in relazione agli specifici Sistemi Motivazionali nei quali si attivano.

Ad esempio la Paura, nel sistema di "Attaccamento", si manifesta come paura "da separazione" che attiva una serie di comportamenti di ricerca di vicinanza protettiva da parte della figura alla quale si richiede Accudimento.

Nel sistema di "Rango sociale" invece, la Paura avrà la funzione di definizione del rango sociale e indurrà a comportamenti tipici di resa.

Allo stesso modo possiamo differenziare una collera-rabbia all'interno del sistema dell'Attaccamento diversa dalla rabbia del Rango sociale.

La prima attiverà comportamenti e segnali di "protesta" da separazione, la seconda atteggiamenti di attacco e aggressivi, anche codificati, al fine di ristabilire o ridefinire il rango di Dominanza.

La Vergogna è una emozione ascrivibile al Sistema di Rango, la Tristezza è un segnale di perdita affettiva all'interno del sistema dell'Attaccamento, e di sconfitta e resa nel Sistema Agonistico.

In questa impostazione, le emozioni hanno un preciso valore evolutivo e processuale: sono precisamente un insieme di segni e manifestazioni somatiche che segnalano al soggetto e all'altro membro, in quale stato e stadio della relazione si trovano in quel momento.

Si può utilizzare una metafora per spiegare questa dinamica.

Possiamo immaginare ogni sistema motivazionale come un viaggio in treno, dove la tratta, ad esempio, Roma-Milano, è uno dei Sistemi (poniamo l'Attaccamento), la stazione iniziale è la condizione di bisogno di cura o protezione dal pericolo, con l'emozione di Paura che segnala il bisogno e che fa partire il Sistema, e la stazione di arrivo è il senso di sicurezza e conforto che segnala il buon esito finale, cioè il raggiungimento dello Scopo.

Le stazioni intermedie sono rappresentate da tutte quelle emozioni che, come si descriveva in precedenza, segnalano un ostacolo, un rallentamento e/o una deviazione dalla meta (ad esempio, nel caso del Sistema-tratta ferroviaria dell'Attaccamento, la paura, la rabbia, la tristezza).

Un Sistema Motivazionale, pur essendo costituito evolutivisticamente per arrivare alla meta finale, può avere rallentamenti o blocchi temporanei o addirittura permanenti.

Cosa accade allora se il Sistema si ferma cronicamente in una “stazione intermedia“, ad esempio, per un paziente, una condizione cronica e permanente di paura e percezione di non aiutabilità?

Affronterò in seguito la questione, ma adesso mi preme sottolineare la centralità, così ricca di implicazioni conoscitive e cliniche, della individuazione delle emozioni come segnali relazionali e come marker di “tappe” dei percorsi e processi dei Sistemi Motivazionali.

I Sistemi Motivazionali Interpersonali sono dunque le vie (Sistemi), evolutivisticamente predisposte, che conducono l'essere umano a sviluppare e a raggiungere il senso e gli scopi (Motivazioni) dell'esistenza, nella continua relazione con gli altri (Intersoggettività)

Le Funzioni Metacognitive (FMC):

Definiamo in generale la Metacognizione come l'insieme delle abilità mentali che ci permettono di riconoscere e comprendere i propri e altrui stati mentali, di riflettere ed effettuare operazioni mentali su di essi, al fine anche di risolvere problemi di natura psicologica e di regolare e padroneggiare la sofferenza mentale (Carcione & Falcone, 1999; Falcone, 2020).

Questo insieme di capacità costituiscono le cosiddette “Funzioni” Metacognitive, per distinguerle dai “Contenuti” Metacognitivi che fondamentalmente sono le idee e convinzioni sui propri pensieri, emozioni e processi mentali.

Le Funzioni Metacognitive (FMC) si possono classificare in diverse sottofunzioni denominate (Semerari, 2000; Falcone, 2020):

1. Caratterizzazione (o Monitoraggio): riconoscimento e denominazione delle emozioni e pensieri propri
2. Comprensione della Mente Altrui: riconoscimento e denominazione delle emozioni e pensieri altrui
3. Differenziazione: capacità di tenere distinti piani diversi della lettura della realtà interna ed esterna: opinioni, giudizi, fantasie, desideri, aspettative
4. Decentramento: capacità di porsi dal punto di vista dell'altro in maniera non egocentrica e di non riferire a se stessi comportamenti, pensieri, emozioni manifestati dagli altri
5. Padroneggiamento (Mastery): strategie di coping, di diverso livello, in base a efficacia e complessità, per risolvere problemi e sofferenze di natura emotiva e relazionale
6. Integrazione: capacità di percepire un senso di unitarietà della propria identità, al di là delle diverse esplicazioni del sé nei diversi contesti e relazioni e nel variare del tempo.

In base a queste definizioni, tuttavia, è presumibile che vengano incluse come appartenenti alla stessa dimensione “metacognitiva”, funzioni troppo diverse e non omologabili, con conseguenze epistemologiche (Falcone, 2019) e cliniche importanti, come verrà rilevato in seguito.

Il loro riconoscimento e attivazione comporterebbe, secondo i modelli teorici di riferimento (Carcione et al., 2016; Dimaggio et al., 2013; Dimaggio et al., 2024; Falcone, 2020; Bateman & Fonagy, 2004, 2006) effetti sulle emozioni, sugli schemi di significato, sulla regolazione del sé in rapporto all'altro, sulla risoluzione di problemi psicologici, sul raggiungimento di mete esistenziali.

L'ipotesi che propongo è che le Funzioni Metacognitive, appunto per le caratteristiche sopra

citare, siano le specifiche funzioni mentali in nostra dotazione, e che si incrementano e modificano continuamente nel corso dello sviluppo evolutivo, precipuamente deputate a regolare, gestire e guidare le diverse tappe in cui si snodano i percorsi relazionali incanalati secondo i diversi assetti Motivazionali-Interpersonali, per permettere che arrivino al termine dello scopo evolutivistico relazionale per il quale si sono attivati (es, ottenere soccorso e protezione nell'Attaccamento, fornire la giusta cura nell'Accudimento, accedere alla risorsa in palio nell'Agonistico, etc).

Quindi fondamentalmente, con modalità e funzionalità diverse, si possono considerare come un insieme di coping mentali, di strategie complesse, di modelli operativi, che si attivano, generalmente in automatico, con la funzione di "guidare" il Sistema Motivazionale al raggiungimento degli specifici scopi relazionali e/o di risolvere i problemi determinati dai blocchi in cui uno specifico Sistema Motivazionale incorre, transitoriamente o cronicamente.

In condizioni di modulazioni interpersonali per così dire fluide e non problematiche, noi non ci chiediamo se stiamo dando il giusto nome alle emozioni, o se nel considerare i nostri bisogni, ci rappresentiamo anche quelli dell'altro, o se la strategia che stiamo attuando è adeguata ed efficace, ma procediamo spediti verso le mete interpersonali.

In questa ideale condizione, i due membri della coppia si muovono in sincronia e le emozioni di sollievo, gioia, fierezza, ci segnalano che lo scopo è raggiunto, cioè che il Sistema è arrivato alla "stazione finale" e si disattiva perché ha terminato la tratta.

Ma cosa succede quando il Sistema si ferma cronicamente in una "stazione intermedia" e non riesce a progredire?

Cioè quando un paziente è, ad esempio, in un continuo stato di paura, teme di svenire e di non poter essere soccorso se si trova in un luogo affollato, e di conseguenza evita di uscire oppure cerca di assicurarsi la presenza costante di un accompagnatore?

Ricordiamo che quando si parla di Sistema intendiamo sempre una condizione interpersonale orientata a scopi di valore evolutivistico, e l'altro può essere concretamente presente nella relazione o interiorizzato in un dialogo interno spesso automatico e inconsapevole (Liotti, 2001; Liotti&Monticelli, 2008; Liotti et al., 2017).

Nelle situazioni di blocco cronico di un SMI è prevalentemente questa relazione motivazionale interiorizzata a mantenere la staticità e ricorsività del Sistema (Liotti et al., 2017; Monticelli, 2023)

Perché, in questo caso, le funzioni automatiche metacognitive di guida del Sistema, non funzionano, non riescono a condurre fuori la persona da quell'empatte e a guidarlo alla meta finale positiva?

Le teorie (Carcione et al., 2016; Dimaggio et al., 2013; Dimaggio et al., 2024; Bateman & Fonagy, 2004, 2006, Salvatore, 2023) postulano che ci siano delle "disfunzioni" delle funzioni metacognitive e che siano queste a spiegare i blocchi.

Ad esempio, se un paziente attua una strategia di Mastery di I livello (evitamento, dipendenza dall'accompagnatore, uso di farmaci) crea un fattore di mantenimento del problema o del disturbo.

Se valuta il suo stato come irrisolvibile e le sue emozioni e pensieri negativi come una descrizione oggettiva e immodificabile della situazione (la cosiddetta disfunzione della Differenziazione), precipita in una condizione di impotenza e passività che rende cronico e ricorsivo il disturbo.

Inoltre, quando si è nel pieno di una fase acuta sintomatologica, anche sapere che una emozione o un pensiero o un comportamento sono sbagliati ("so che non devo avere paura di attraversare un tunnel", "toccare quell'oggetto non mi contamina", "so che non è vera fame desiderare la

Nutella dopo una cena pesante”) non ha alcun effetto risolutivo perché, in questi casi, questo sapere non è una rappresentazione metacognitiva, né ha alcun effetto di cambiamento.

Questo articolo intende proporre una lettura diversa di queste funzionalità metacognitive.

Parlare di “disfunzione” che interferisce con le adeguate capacità di espressione e regolazione, implica che in condizioni normali le funzioni metacognitive funzionino al loro meglio e che se si “guastano” creano problemi.

Ma questa sorta di funzionamento “normale/anormale” non si accorda adeguatamente con la dinamica processuale dei Sistemi Motivazionali descritta in precedenza e con la descrizione delle emozioni come marker dell’andamento delle specifiche modalità motivazionali relazionali.

Appare essere più esplicitativa invece una interpretazione che preveda che a ogni tappa di un determinato SMI corrispondano non solo specifiche emozioni, comportamenti, stati somatici e schemi di significato, ma anche specifiche modalità di funzionamento metacognitivo, che svolgono funzioni “necessarie” commisurate a quella determinata tappa o stato.

Un paziente, ad esempio, si sente sopraffatto dalla paura di trovarsi in spazi aperti e teme di non poter essere soccorso se si sentisse male o di non potersi allontanare dal luogo considerato insicuro; un altro teme di essere contaminato per aver toccato un certo oggetto; un altro ancora teme che il suo sentirsi inadeguato o non meritevole sarebbe facilmente smascherabile se si esponesse in una situazione sociale o lavorativa; gli esempi clinici potrebbero essere innumerevoli.

Sono tutte situazioni per le quali individuare e descrivere possibili cause esula dal campo di trattazione di questo articolo, qui si può solo sottolineare che sono correlabili, in prima istanza, a tutte le diverse modalità di rapporto del bambino con i genitori e con altre figure fondamentali nel corso dello sviluppo, e ad esperienze di vita e/o traumatiche (Cassidy& Shaver, 1999; Bowlby, 1989; Farina&Liotti, 2011; Liotti, 2011; Fisher, 2021; Van der Kolk, 2015; Young et al., 2018).

Di fatto quando c’è un disagio o un vero e proprio disturbo psichico, osserviamo che quel paziente è intrappolato in una o poche emozioni critiche, la paura, l’ansia, la colpa, la vergogna, la rabbia o il disgusto e così via, ognuna delle quali espressione di definiti SMI, e correlate a peculiari manifestazioni somatiche, modalità relazionali, specifici pensieri e schemi di significato, configurazioni che si possono definire Stati Mentali (Falcone, 2020).

Questa “trappola” consiste proprio nel non riuscire a gestire e superare l’intensità e pervasività di emozioni, pensieri, comportamenti, pur essendo disfunzionali e fonte di dolore psichico, tanto più che le strategie messe in atto non fanno altro che peggiorare o rinforzare i problemi (il cosiddetto paradosso nevrotico, Mancini 2024) spesso creando altri sintomi e problemi, e con le funzioni metacognitive che sembrano “fallire” nella loro funzione di modulare le emozioni e di gestire e superare i blocchi.

Alla luce di quanto abbiamo descritto relativamente alla processualità dei Sistemi Motivazionali e alle emozioni come marker di “ostacoli alla meta”, possiamo ipotizzare che se un Sistema Motivazionale, ad es l’Attaccamento, si blocca su una emozione, la Paura, e quindi non raggiunge la meta del Conforto e Protezione ricevuti, oppure se il SM Agonistico si blocca sulla Tristezza, segnale di Resa permanente, allora questa condizione esistenziale, fonte di sofferenza, diventa essa stessa la meta su cui vanno ad agire le funzioni metacognitive del paziente, per tentare di gestire o di attenuare quelle specifiche problematiche di quella particolare sua fase di vita.

La condizione di sofferenza diventa lo scopo da risolvere, la meta da raggiungere, essendo il Sistema bloccato in quella ricorsività.

E di conseguenza, ciò che in una lettura clinica appare essere una disfunzione, e causa o fattore di mantenimento di un disturbo, può essere considerato invece come un “tentativo di

soluzione”.

Questa chiave di interpretazione fa esplicito riferimento alla psicologia e psichiatria evoluzionistica (Farina&Liotti, 2018; Nesse, 2015, 2020, 2023; Del Giudice, 2018, 2021).

In generale, l’approccio evoluzionistico suggerisce che molti disturbi mentali potrebbero derivare da una regolazione modificata di meccanismi adattativi (Nesse, 2020)

La comprensione dell’attaccamento e delle strategie riproduttive, ha evidenziato come anche schemi di attaccamento apparentemente disfunzionali possano essere strategie adattative in ambienti difficili (Nesse, 2020).

Proprio per questo possiamo meglio inquadrare le FMC lungo un continuum , quindi con caratteristiche dimensionali, piuttosto che indicarle come funzionali/ disfunzionali.

Allora come si moduleranno le FMC in tutte le situazioni di blocco dei Sistemi Motivazionali per svolgere una funzione adattiva per quella situazione vitale “intrappolata”?

Propongo allora una ridefinizione di quelle che vengono considerate “disfunzioni” metacognitive

La funzione della “Mastery” in condizioni psicopatologiche

Se un paziente, in uno degli esempi illustrati prima, è intrappolato nella paura perché non ha mai sperimentato , con le figure di Attaccamento e nelle sue relazioni fondamentali, la possibilità di essere accompagnato nel superamento dello stato di disagio fino a una condizione di conforto, protezione e sollievo, considererà la Paura come l’emozione che definisce la sua condizione esistenziale, a volte proprio l’identità (alcuni pazienti dicono di sé “ io sono il Panico”) e come la meta in sé da eliminare o ridurre o prevenire.

E quale strategia migliore se non evitare ciò che provoca paura (il tunnel , la piazza, il contesto sociale , l’esame etc) ?

Per quel soggetto lo scopo urgente e finale è quello di eliminare la paura, e l’evitamento di fatto è tra i metodi migliori

Quindi, ciò che alla luce di un parametro ideale di funzionamento metacognitivo di Mastery di secondo o terzo livello appare come disfunzionale, in realtà è assolutamente funzionale per lo scopo prefisso.

Così come lo sono tutte le strategie e i comportamenti che silenziano o annullano ogni emozione che per quel soggetto è dolorosa o non tollerabile, sia essa la Colpa, o la Rabbia, la Tristezza, la Gelosia, l’Invidia.

L’abuso di alcol e sostanze, la compulsione al gioco, la bulimia, gli atti autolesivi , la fuga o l’attacco, il rituale ossessivo, il rimuginio, il ritiro sociale o passivo aggressivo, in quest’ottica sono le uniche modalità a disposizione della persona per sopravvivere a una condizione esistenziale, “motivazionale-interpersonale“ cronicamente bloccata e senza apparente via di uscita.

Naturalmente sappiamo che queste modalità non fanno altro che mantenere il problema, anzi aggravarlo fino a partecipare alla costituzione e strutturazione del disturbo psichiatrico.

Ma queste manifestazioni non sono la malattia da curare ma , come sottolineato prima, sono “tentativi di soluzione del problema” che tuttavia non solo non lo risolvono, ma si rivelano patogeni perché non aiutano il soggetto a rimettere in movimento il suo sistema di vita per dare risposta e senso ai suoi bisogni fondamentali di valore esistenziale, relazionale e affettivo. L’unico effetto è solo di rendere meno doloroso l’abisso da cui il paziente non riesce a tirarsi fuori.

Allora il lavoro terapeutico, tra i vari obiettivi, dovrà anche focalizzarsi sul rendere “metacognitivamente” consapevole il paziente della inefficacia e patogenicità di questi tentativi di soluzione e di aiutarlo a trovare strategie realmente efficaci e di “movimento giusto” verso le mete adeguate.

A questo punto può ritornare utile la metafora del treno e delle stazioni; per inciso Vittorio Sgarbi, parlando della sua depressione, dice che “è come un treno che si è fermato a una stazione sconosciuta” (intervista a Robinson la Repubblica, 09/03/25).

Immaginiamo questa situazione:

Una persona è diretta a Roma e pregusta già la visita ai Musei Vaticani con la sua bella guida, ma il treno si blocca per un guasto elettrico in una zona sperduta e non c'è alcuna possibilità né di scendere né di prendere un mezzo sostitutivo.

Passano le ore, arriva la notte, non ci sono informazioni di se e quando il treno ripartirà e il nostro protagonista è preso dai morsi della fame ma non ha con sé né cibo né denaro contante per acquistarlo.

Con elevata probabilità, nel momento del massimo sconforto e fame, cederà ben volentieri la sua guida a colui che gli darà in cambio un panino con una profumata mortadella.

In quel momento di grave disagio per lui, nulla contano le descrizioni sull'arte sacra o sulla perfezione apollinea delle statue, alimento dello spirito e dell'intelletto, il suo unico e necessario scopo in quella condizione, nel treno fermo nella notte, è quello di placare la fame, e quel panino è la sua salvezza.

In relazione alla visita ai Musei Vaticani, la vendita della guida appare essere un comportamento disfunzionale (una “disfunzione metacognitiva”), diventa invece un comportamento assolutamente funzionale, rispetto allo scopo di acquistare il panino, per gestire l'hic et nunc.

La funzione della “Caratterizzazione” in condizioni psicopatologiche

Osserviamo spesso casi, nello sviluppo evolutivo di un bambino, nei quali i suoi bisogni fondamentali, come quello di essere confortato affettivamente o protetto, costantemente e ripetitivamente non vengano riconosciuti o soddisfatti dai genitori ma indirizzati verso la sola attenzione e cura di aspetti materiali.

Il classico esempio del bambino che piange perché si sente trascurato ed escluso e il genitore che gli dice: “fai i capricci perché hai fame, mangia la merendina”.

Il bambino nella reiterazione del non riconoscimento di una sua particolare emozione e bisogno imparerà ad associare un nome sbagliato a quelle sue istanze o a non riconoscere e a dare il nome giusto a quella emozione (che è esattamente ciò che definisce la funzione della Caratterizzazione) anche perché probabilmente il genitore stesso non è in grado di farlo.

Così anche in questo caso, il Sistema Motivazionale, in questo esempio l'Attaccamento, si blocca in una condizione emotiva cronica che non giunge alla meta finale del Conforto ricevuto, e il modo appreso è quello di percepire e riconoscere solo gli stati e i “sintomi” somatici delle emozioni.

Se il bambino non sperimenta l'esperienza di sollievo e superamento della emozione dolorosa, apprenderà a considerarla come un dolore del corpo e l'emozione allora rimarrà “senza nome”.

Di conseguenza imparerà anche a lenirla con strategie orientate solo sul livello somatico: mangiare, agire sulle funzioni intestinali, prendere farmaci antidolorifici, fare accertamenti diagnostici per capire la causa delle sofferenze “fisiche”.

Utilizzando, come si rileva da questi esempi, strategie di Mastery considerate “disfunzionali”

ma che, come descritto prima, sono perfettamente adeguate allo scopo essenziale di risolvere il problema.

Questo per sottolineare che nelle situazioni reali e cliniche le Funzioni Metacognitive si attivano e funzionano come un sistema complesso e coerente in relazione alla condizione (motivazionale interpersonale) che ha innescato la loro attivazione.

La funzione della “Comprensione della mente altrui” in condizioni psicopatologiche

Un genitore che non aiuta un figlio a riconoscere e a dare un nome alle emozioni, e che a sua volta può essere alessitimico, può diventare indecifrabile per la mente del figlio.

Inoltre, sono ampiamente descritti in letteratura gli effetti confusivi e dissociativi sul bambino delle diverse interazioni attaccamentali, nelle diverse modalità di stile insicuro e disorganizzato (Cassidy&Shaver, 1999; Farina&Liotti, 2011).

In queste condizioni, il genitore è imprevedibile agli occhi del bambino che in una prima fase è in stato di allarme perché non può sapere se, come e quando riceverà accudimento da parte del genitore.

Progressivamente, il figlio apprende a non fare più riferimento alla figura di Attaccamento per proteggersi dalla imprevedibilità che lo esporrebbe a sofferenza e alla non soddisfazione dei suoi bisogni affettivi e di cura.

Anche in questo caso osserviamo che il Sistema Motivazionale si blocca in una condizione cronicamente statica.

La disattivazione della capacità di leggere la mente altrui diventa così la modalità funzionale per non esporsi alla imprevedibilità e quindi alla scommessa di provare a capire e decidere se il genitore questa volta sarà responsivo alle richieste di accudimento.

Di nuovo una funzione metacognitiva deve adattarsi, piegarsi alla esigenza di protezione e sopravvivenza.

Modalità efficace in questa condizione, che ha la conseguenza però di rendere in generale difficilmente decifrabili le menti altrui, che diventano opache alla comprensione del soggetto.

La funzione della “Differenziazione” in condizioni psicopatologiche

In letteratura (Carcione et al., 2016; Dimaggio et al., 2013; Dimaggio et al., 2024; Falcone, 2020) le cosiddette “disfunzioni” di questa funzione sono correlate a severe manifestazioni di svariati disturbi psichiatrici, dalle fobie al disturbo di panico, disturbo ossessivo, dismorfofobia, fino a quadri dissociativi e psicotici.

In certe condizioni di blocco cronico e prolungato di un Sistema Motivazionale, il soggetto può percepire uno stato di impotenza e di impossibilità a trovare una via di uscita o di riattivazione.

Questa situazione è segnalata dalla costante manifestazione di emozioni quali paura, tristezza, rabbia impotente, colpa, vergogna, in base allo specifico SMI implicato, che rimangono sempre attive, non si risolvono mai appunto perché il Sistema non riesce a progredire verso le mete valide, e si correla inoltre a tematiche di sconfitta, fallimento, impotenza, perdita, abbandono, esclusione sociale, rifiuto subito, timore di subire giudizi negativi e così via.

Se le strategie descritte in precedenza (evitamento, dipendenza, non riconoscimento delle emozioni dolorose e così via) non risultano efficaci a gestire la “stazione” bloccata, si può ipotizzare che il soggetto possa scivolare verso una condizione di Resa, articolata in una modalità Egoriferita

di lettura della realtà interiore e ambientale, nella quale le capacità di distinguere i piani di realtà e fantasia, l'immaginare, il sognare ad occhi aperti si appiattiscono su un solo piano: la realtà diventa univoca e con una sola interpretazione.

“Io sono fatto così e basta”, “il mondo funziona in questo modo”, “comanda il destino e non c'è alcuna possibilità di cambiare il corso della vita”, sono alcune delle tipiche frasi e pensieri di coloro che manifestano “disfunzioni” della Differenziazione.

Anche in questo caso, la funzione metacognitiva assolve il compito di proteggere l'individuo dalla condizione di blocco.

Meglio “sapere”, cioè essere certi di una sconfitta definitiva, di una impotenza assoluta, di un abbandono senza ritorno, di notizia sicuramente sarà negativa, piuttosto che stare in allarme in attesa di un possibile esito diverso.

L'accettazione in resa, la sottomissione cioè a un destino scritto e a una realtà immutabile e immutabile, ha l'effetto di placare tutte le emozioni dolorose: la realtà è negativa, io sono fallito e incapace, non c'è più alcuna altra sorpresa negativa da scoprire e subire, c'è solo da adattarsi a quel livello certo e stabile.

Ecco che in questo caso, la funzione di Differenziazione permette di adattarsi e rendere accettabile il blocco motivazionale ed esistenziale.

Di nuovo però poi rileviamo che nel proteggere il soggetto e preservarlo da ulteriori sofferenze, e nello svolgere una funzione fondamentale per la sopravvivenza, questa funzione non dispiega più tutte le sue possibilità che rendono ricca e libera la mente.

E di conseguenza la strutturazione in questa modalità può costituire uno dei principali fattori patogenetici di mantenimento dei disturbi psichici.

La funzione del “Decentramento” in condizioni psicopatologiche

Anche con il Decentramento, possiamo osservare gli stessi processi di Accettazione in resa in modalità Egocentrica descritti per la Differenziazione, ma applicati alla lettura della Mente altrui.

Se in chiave protettiva e adattiva, una strategia può essere quella di considerare “opaca” la mente dell'altro, invece in casi di temuto reale pericolo e aspettative di subire danni e attacchi, sulla scorta di memorie di reiterate esperienze traumatiche (Farina&Liotti, 2011) esperite dal soggetto, allora ancora più efficace risulta, per prevenire e difendersi, essere “certi” in anticipo delle intenzioni dell'altro.

E come essere “sicuri” di non sbagliare nell'attribuire emozioni, intenzioni, scopi all'altro?

Leggendo nell'altro le nostre stesse emozioni, intenzioni, scopi, ma orientati contro di noi, oppure percependo i segnali comunicativi e relazionali dell'altro, soprattutto i più ambigui e indefiniti, come certamente pericolosi per noi, per essere certi appunto di non sbagliare e quindi di non soccombere.

Di nuovo osserviamo che una funzione che gioca un ruolo fondamentale nelle interazioni e comunicazioni sociali, si piega a un compito di prevenzione del rischio di attacchi, quindi risulta efficace per la sopravvivenza, ma inficia la qualità delle abilità sociali e relazionali, diventando un fattore patogenetico e di mantenimento di disturbi che vanno dall'Ansia Sociale al Disturbo Evitante di Personalità, fino ad arrivare al Disturbo Paranoide.

Va oltre i limiti di questo articolo la trattazione delle funzioni di Integrazione, in condizioni psicopatologiche, in quanto sono troppo ampie e articolate e collegate a fattori traumatici complessi (Farina&Liotti, 2011).

Alla luce del supporto teorico e delle ipotesi precedentemente formulate, si può ora tentare di

formulare una ipotesi sul perché il Sistema Motivazionale Cooperativo incrementi e garantisca il migliore funzionamento metacognitivo (Farina et al., 2023; Monticelli et al., 2018; Monticelli et al., 2025).

In primo luogo si può considerare che il SM Cooperativo, a differenza degli altri, non ha una “meta finale “ (così come descritta relativamente agli altri SMI) perché lo scopo stabile è il mantenimento della cooperazione, nella continua sintonizzazione reciproca tra i partecipanti (Tomasello, 2009/2010; Tomasello, M., & Gonzalez-Cabrera, 2017).

Se l’assetto relazionale slitta invece, ad esempio, verso una richiesta di accudimento o una competizione in dominanza, di fatto attivandosi questo nuovo SMI con le sue specifiche mete, il SM Cooperativo viene meno.

Per monitorare e regolare la continua sintonizzazione della Cooperazione risultano quindi necessarie funzioni metacognitive quali la comprensione della propria mente e della mente dell’altro (per avere chiari i propri e altrui bisogni e obiettivi), il porsi dal punto di vista dell’altro (con la flessibilità di fuoriuscire dal proprio egocentrismo), saper individuare le strategie più idonee, avere una visione integrata degli stati mentali propri e altrui.

La Cooperazione richiede queste Funzioni Metacognitive espresse in tali piene e articolate modalità.

Sulla base della predisposizione innata alla Intersoggettività, che alcuni autori definiscono “Sistema Motivazionale Intersoggettivo” , o “matrice intersoggettiva” (Ammanniti&Gallese, 2014; Salvatore, 2023; Stern, 2005) si può ipotizzare che quando due esseri umani interagiscono in uno scambio comunicativo e operativo vicendevole, essa prenda la forma del Sistema Cooperativo che può articolarsi a sua volta anche nelle modalità di Appartenenza, Condivisione, Affiliazione, Gioco (Liotti&Monticelli, 2008; Liotti et al., 2017; Lichteneberg,1989).

L’Intersoggettività, nella modalità del sistema Cooperativo di condivisione, si può considerare l’assetto basico di interazione, che lascia spazio ad altre modalità interpersonali, quando c’è una motivazione essenziale da soddisfare (Attaccamento, Agonismo, Sessualità etc) in una data circostanza, oppure, come abbiamo visto, in maniera stabile quando un SMI è cronicamente e disfunzionalmente sempre attivo.

Tomasello (2008/2009) descrive un Modello “cooperativo” della comunicazione umana perché rientra tra le attività cooperative ed è una manifestazione del “cooperativismo estremo “ degli esseri umani.

L’intenzionalità condivisa e l’azione cooperativa costituiscono l’“infrastruttura cooperativa” alla base della comunicazione umana e nei bambini, cooperazione e comunicazione somatica e linguistica, si rinforzano vicendevolmente.

Quindi la comunicazione e il linguaggio, segni sociali cooperativi, che sono tra i principali strumenti anche del lavoro psicoterapeutico, saranno tanto più efficaci se attivi in un contesto “cooperativo“.

Tornando a un ambito più strettamente clinico, se la relazione slitta verso ad es l’agonismo, le funzioni metacognitive si orienteranno al nuovo scopo, quindi osserveremo una focalizzazione di ciascuno dei membri della diade, sui propri obiettivi, con validazione e assolutizzazione dei propri assunti e schemi, l’interpretazione dei segnali emotivi dell’altro solo nell’ottica dei personali obiettivi e/o come potenziale ostacolo al loro raggiungimento, la disattivazione della rappresentazione integrata di sé e dell’altro, perché ai fini dello scopo agonistico, risulta inutile, dispendiosa se non addirittura ostacolante una troppo articolata e sfaccettata rappresentazione della mente dell’altro.

E questo naturalmente vale per lo slittamento verso tutti gli altri Sistemi.

Di nuovo quindi osserviamo che ciò che abitualmente viene definito come una “disfunzione

“ o “calo” delle funzioni metacognitive, in questa ottica è una modalità funzionale adeguata al raggiungimento e regolazione dello scopo “parziale” o “intermedio” del SMI che si è attivato al posto di quello Cooperativo, e che di fatto lo rendono non operativo.

Tutte le condizioni invece che riportano la relazione nel “binario” della Cooperazione implicano che le funzioni metacognitive si riarticolino di nuovo su quegli assetti funzionali precedentemente descritti (Comprensione della mente propria e altrui, Decentramento, Differenziazione e così via).

Nelle descrizioni delle Terapie Metacognitive Interpersonali (Carcione et al., 2016; Colle et al., 2020; Dimaggio et al., 2013; Dimaggio et al., 2024) questi passaggi vengono definiti “incrementi” o “decrementi” delle funzioni metacognitive.

In quest’ottica invece sono articolazioni delle FMC adeguate agli scopi dello specifico Sistema Motivazionale o di un suo scopo intermedio.

Perciò il Sistema Cooperativo garantisce la migliore funzionalità metacognitiva perché laddove è attivo tale Sistema, le FMC funzionano in modalità Comprensione, Differenziazione, Decentramento.

Laddove è attivo ad esempio il SM Attaccamento, le FMC “necessariamente” e congruamente, saranno in modalità: focalizzazione assoluta sulla emozione dolorosa o pericolosa, oppure in riconoscimento solo dei segnali somatici, in assolutizzazione del pericolo per fronteggiare al massimo tutte le variabili, cioè orientate solo a risolvere o eliminare o evitare la fonte di pericolo.

E si comprende allora più pienamente perché, come evidenziato in diverse ricerche, reviews e protocolli terapeutici (Carcione et al., 2016; Dimaggio et al., 2013; Dimaggio et al., 2024; Farina et al., 2023; Monticelli et al., 2025; Wiltshire, T. J et al., 2020) in psicoterapia sia fondamentale mantenere la relazione, per quanto è possibile, nell’assetto Cooperativo, perché è l’assetto in cui le FMC del paziente e del terapeuta, in sincronia, funzionano nella pienezza delle loro articolazioni.

L’alleanza “cooperativa” terapeutica dunque è una condizione necessaria per un efficace lavoro terapeutico, ma naturalmente non sufficiente, perché poi il contesto di adeguata espressione metacognitiva, garantita dall’assetto motivazionale cooperativo, permetterà l’applicazione efficace di tutti i necessari interventi psicoterapeutici che le linee guida, il peculiare approccio scientifico del terapeuta, il tipo di Disturbo o Sindrome e le specifiche caratteristiche personali del paziente, suggeriranno e indicheranno, nel corso dello sviluppo della terapia.

L’assetto Cooperativo/Metacognitivo non genera in sé il cambiamento terapeutico ma crea le condizioni affinché si possa avviare questo cambiamento.

E per lo stesso motivo quando la relazione scivola dai binari della Cooperazione, verso ad es il Sistema Agonistico, trascinando paziente e terapeuta in un ciclo interpersonale disfunzionale che li imprigiona e mantiene il SMI in quella modalità, le FMC correlate a quel nuovo contesto, inficeranno la possibilità di un efficace lavoro terapeutico (Colle et al., 2020).

A quel punto è necessaria, da parte del terapeuta, la disattivazione di questo assetto SMI disfunzionale e la riattivazione di quello Cooperativo.

Operazione complessa, soprattutto quando il terapeuta è implicato nel ciclo interpersonale negativo, possibile tramite le cosiddette operazioni di “Disciplina Interiore” (Semerari, 2000, 2022).

Esse consistono fondamentalmente nella capacità da parte del terapeuta di riconoscere di avere una problematicità “metacognitiva”, perché è stato trascinato in un SMI per lui disfunzionale, e la successiva messa in atto di una serie di tecniche e strategie per recuperare le proprie funzionalità metacognitive al fine di riparare la rottura della alleanza e superare il ciclo interpersonale negativo per riorientarsi verso la Cooperazione.

Riavviare in modo giusto il SMI Cooperativo, riattiva sia le FMC del terapeuta che quelle del paziente e ripristina la giusta regolazione della relazione terapeutica.

In conclusione, il modello evolucionistico clinico presentato in questo articolo, individua una stretta interazione tra Sistemi Motivazionali Interpersonali e Funzioni Metacognitive, in una dinamica che si dispiega secondo specifiche modalità nelle diverse tappe della interazione relazionale.

Questa chiave di lettura sembra fornire una descrizione più articolata sia del mondo interno e interpersonale del paziente che delle modalità di espressione della relazione terapeutica, e può aprire nuove prospettive e linee di ricerca per la comprensione dei fattori eziopatogenetici dei disturbi psichici e della efficacia degli interventi terapeutici.

Bibliografia

- Ammanniti, M., & Gallese, V. (2014). *La nascita dell'intersoggettività: Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Raffaello Cortina Editore.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura: Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento* (trad. it. di M. Magnino). Raffaello Cortina Editore. (Original work published 1988)
- Carcione, A., & Falcone, M. (1999). Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicoterapia. In A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: Metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina Editore.
- Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2016). *Curare i casi complessi*. Laterza.
- Carcione, A., Riccardi, I., Bilotta, E., Leone, L., Pedone, R., Conti, L., Colle, L., Fiore, D., Nicolò, G., Pellecchia, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2019). Metacognition as a predictor of improvements in personality disorders. *Frontiers in Psychology, 10*, 170. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00170>
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press. (Trad. it.: *Manuale dell'attaccamento*. Fioriti Editore, 2002).
- Colle, L., Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A., & Chiavarino, C. (2020). *Do competitive contexts affect mindreading performance? Frontiers in Psychology, 11*, 1284. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01284>
- Del Giudice, M. (2018). *Evolutionary psychopathology: A unified approach*. Oxford University Press.
- Del Giudice, M., & Haltigan, J. D. (2023). An integrative evolutionary framework for psychopathology. *Development and Psychopathology, 35*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0954579421000870>
- Dimaggio, G., Centonze, A., Ottavi, P., & Popolo, R. (2024). *Relazione terapeutica e tecniche esperienziali: Terapia metacognitiva interpersonale*. Raffaello Cortina Editore.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore.
- Falcone, M. (2019). I riferimenti epistemologici del cognitivismo clinico. *Telos, 1*.
- Falcone, M. (2020). *La mappa degli stati mentali*. FrancoAngeli.
- Farina, B., & Liotti, G. (2018). La svolta relazionale in psicoterapia cognitiva: Origini e prospettive della psicoterapia cognitivo-evolucionista. *Cognitivismo Clinico, 15*(1), 6–21.
- Farina, B., Liotti, M., Imperatori, C., Tombolini, L., Gasperini, E., Mallozzi, P., Russo, M., Simoncini Malucelli, G., & Monticelli, F. (2023). Cooperation within the therapeutic relationship improves metacognitive functioning: Preliminary findings. Research in Psychotherapy: Psychopathology, *Process and Outcome, 26*(3), 712. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.712>
- Fisher, J. (2021). *La frammentazione del sé: Approccio psico-corporeo al trattamento del trauma* (trad. it. di M. Fumagalli). Raffaello Cortina Editore. (Original work published 2017)
- Lichtenberg, J. D. (1995). *Motivazione e psicoanalisi* (trad. it. di G. Pappagallo). Raffaello Cortina Editore. (Original work published 1989)
- Liotti, G. (2001). *La dimensione interpersonale della coscienza: Contributi alla psicologia evolucionistica e alla psicoterapia*. Bollati Boringhieri.

- 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*. Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., Fassone, G., & Monticelli, F. (a cura di). (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina Editore.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2024). *I paradossi della psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore.
- Monticelli, F., Imperatori, C., Carcione, A., Pedone, R., & Farina, B. (2018). Cooperation in psychotherapy increases metacognitive abilities: A single-case study. *Rivista di Psichiatria*, 53(6), 336–340. <https://doi.org/10.1708/3084.30768>
- Monticelli, F. (2023). *Le parole tra noi*. Raffaello Cortina Editore.
- Monticelli, F., Massullo, C., Carcione, A., Tombolini, L., Guerra, F., Liotti, M., Monticelli, C., Gasperini, E., Russo, M., Novaretto, S., La Vista, L., Mallozzi, P., Imperatori, C., Del Brutto, C., & Farina, B. (2025). Differentiating self-disclosure interventions from self-involving interventions based on the assessment of the short-term therapeutic effects: Preliminary results. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 28(1), 800. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2025.800>
- Nesse, R. M. (2015). Evolutionary psychology and mental health. In D. M. Buss (Ed.), *The handbook of evolutionary psychology* (2nd ed., Vol. 2, pp. 903–927). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470939376.ch32>
- Nesse, R. M. (2020). *Buone ragioni per stare male: La nuova frontiera della psichiatria evolutivista* (trad. it. di L. Sosio). Bollati Boringhieri. (Original work published 2019)
- Nesse, R. M. (2023). Evolutionary psychiatry: Foundations, progress and challenges. *World Psychiatry*, 22(2), 177–202. <https://doi.org/10.1002/wps.21106>
- Pedone, R., Barbarulo, A. M., Colle, L., Semerari, A., & Grimaldi, P. (2021). Metacognition mediates the relationship between maladaptive personality traits and levels of personality functioning: A general investigation on a nonclinical sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(5), 353–361. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001304>
- Quattrini, G., Carcione, A., Lanfredi, M., Nicolò, G., Pedrini, L., Corbo, D., Magni, L. R., Geviti, A., Ferrari, C., Gasparotti, R., Semerari, A., Pievani, M., & Rossi, R. (2025). Effect of metacognitive interpersonal therapy on brain structural connectivity in borderline personality disorder: Results from the CLIMAMITHE randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 369, 1145–1152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.107>
- Salvatore, G. (2023). *La vergogna del terapeuta: Da nucleo di sofferenza a fattore di cura*. Raffaello Cortina Editore.
- Semerari, A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Laterza.
- Semerari, A. (2022). *La relazione terapeutica: Storia, teoria e problemi*. Laterza.
- Stern, D. N. (2005). *Il momento presente: In psicoterapia e nella vita quotidiana* (trad. it. di D. Sarracino). Raffaello Cortina Editore. (Original work published 2004)
- Tomasello, M. (2009). *Le origini della comunicazione umana*. Raffaello Cortina Editore. (Original work published 2008)
- Tomasello, M. (2010). *Altruisti nati: Perché cooperiamo fin da piccoli* (trad. it. di G. Gatti). Raffaello Cortina Editore. (Original work published 2009)
- Tomasello, M., & Gonzalez-Cabrera, I. (2017). The role of ontogeny in the evolution of human cooperation. *Human Nature*, 28(3), 274–288. <https://doi.org/10.1007/s12110-017-9291-1>
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nella guarigione dal trauma* (S. Esposito, Trad.). Raffaello Cortina Editore. (Original work published 2014).
- Wiltshire, T. J., Philipsen, J. S., Trasmundi, S. B., Jensen, T. W., & Steffensen, S. V. (2020). Interpersonal coordination dynamics in psychotherapy: A systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 752–773. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10106-3>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2018). *Schema therapy: Guida alla terapia integrata per i disturbi di personalità* (A. Liotta, Trad.; 2a ed.). Giovanni Fioriti Editore. (Original work published 2003).