

DISFUNZIONI METACOGNITIVE NEL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: UNO STUDIO DI CASO SINGOLO

M. Russo, S. d'Angerio, A. Carcione, G. Dimaggio

Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Riassunto

Introduzione: La metacognizione permette di comprendere il funzionamento mentale proprio e altrui, favorendo così una migliore regolazione degli stati di sofferenza psicologica e degli scambi interpersonali. Nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), le ricerche sulla metacognizione sono poche e mancano studi su caso singolo volti ad investigare questo aspetto. Pertanto l'obiettivo della nostra ricerca è quello di esaminare la metacognizione di una paziente con disturbo alimentare, descrivendone l'andamento nel corso del primo anno di una terapia cognitivo-comportamentale.

Metodo: ci siamo avvalsi di un disegno di ricerca su caso singolo; sono state audioregistrate e trascritte 20 sedute di una paziente di 22 anni con diagnosi di Bulimia nervosa. I trascritti sono stati analizzati mediante la Scala di Valutazione della Metacognizione - SVaM.

Risultati: nella paziente esaminata risulta maggiormente compromessa la capacità di differenziare tra le proprie rappresentazioni interne e la realtà esterna, mentre il monitoraggio appare adeguato.

Conclusioni: Il presente lavoro rappresenta un primo studio pilota in un campo di ricerca ancora in gran parte inesplorato. L'approfondimento di questo campo di indagine può migliorare la comprensione della patologia alimentare e fornire indicazioni importanti sul piano del trattamento.

Parole chiave: bulimia nervosa, metacognizione, studio di caso singolo.

METACOGNITION AND EATING DISORDERS: A SINGLE CASE STUDY

Abstract

Introduction: Metacognition allows to understand and regulate own and others mental functioning. Individuals can use information about mental states to solve interpersonal problems and cope personal suffering. There are few single case studies analyzing the role of metacognition in eating disorders. The present paper is a process research on individual cases: the objective consisted in the identification, assessment and evolution of metacognition during a cognitive-oriented psychotherapy.

Method: An analysis was performed of the clinical case of a 22 year old female patient diagnosed with Bulimia Nervosa according to the criteria set forth by the DSM IV. The first 20 sessions were recorded on tape and transcribed. The text was assessed with the Metacognitive Assessment Scale [MAS].

Results: The authors found that patient was better at describing her own mind rather than understanding the mind of the others. Furthermore, the most severe impairment was in using metacognition to understand the difference between her own thoughts and external reality (metacognitive ability of differentiation).

Conclusion: Limitations and implications of these findings are discussed.. It is suggested that future

clinical practice should incorporate metacognition as a potential element in the assessment and treatment of eating disorders.

Keywords: bulimia nervosa, metacognition, single case research.

Introduzione

Evidenze empiriche crescenti dimostrano come la capacità di ragionare in termini di stati mentali, come per esempio la capacità di comprendere i propri stati emotivi e quelli degli altri, di riconoscere le proprie idee come soggettive e ipotetiche, o di intuire correttamente le intenzioni degli altri, sia compromessa in una varietà di disturbi (Bruner 1990; Semerari et al. 2003). Ad esempio nei disturbi di personalità (DP) la metacognizione sembra essere danneggiata in vari modi: alcuni pazienti appaiono incapaci di descrivere le cause delle proprie emozioni – un aspetto dell'alessitimia – (Dimaggio et al 2007; Vanheule 2008), di integrare diverse rappresentazioni di sé e dell'altro o di distinguere tra fantasia e realtà (Semerari 2000; Dimaggio e Semerari 2003). Nel presente lavoro cercheremo di comprendere il funzionamento metacognitivo nei Disturbi del comportamento alimentare partendo da un'analisi della letteratura esistente, e illustrando i risultati preliminari di uno studio su caso singolo. Sottolineamo subito come le ricerche empiriche relative a questo argomento siano piuttosto scarse, e gran parte degli studiosi che si sono occupati di DCA ha analizzato un costrutto teorico in parte affine a quello della metacognizione, ma non completamente sovrapponibile; parliamo del costrutto dell'alessitimia, ovvero la difficoltà ad identificare, comprendere ed esprimere le proprie emozioni (Taylor et al. 1997).

Prima di presentare una rassegna sulla letteratura esistente, ci sembra opportuno chiarire meglio cosa si intenda con il termine metacognizione. Vari argomenti teorici ed evidenze empiriche nel campo della psicoterapia, della psicopatologia, delle scienze cognitive e delle neuroscienze (Semerari et al. 2005; Semerari et al. 2007) suggeriscono che la metacognizione sia costituita da un set eterogeneo di sottofunzioni, relativamente indipendenti l'una dall'altra; una cosa è monitorare e riconoscere le proprie emozioni e i propri pensieri, un'altra è riflettere su di essi in modo integrato, un'altra ancora è utilizzare attivamente tale conoscenza per regolare stati di sofferenza psicologica. Quindi a seconda della specifica disfunzione presente variano sintomi, funzionamento sociale, problemi interpersonali e difficoltà nel trattamento. Sulla base di quanto detto, illustriamo brevemente la nostra proposta di suddivisione delle funzioni metacognitive che si articola attraverso sottofunzioni distinte denominate:

- 1) *Monitoraggio*: si riferisce alla capacità di distinguere, riconoscere e definire i proprio stati interni (emozioni, cognizioni, intenzioni) (Identificazione) e alla capacità di stabilire relazioni tra variabili mentali descrivendo cause e motivazioni del proprio comportamento (Relazione tra le variabili).
- 2) *Differenziazione*: si riferisce alla capacità di distinguere tra diverse classi (tipi) di rappresentazioni (sogni, fantasie, ipotesi, credenze) e tra rappresentazione e realtà. Una buona capacità di differenziazione consente anche di descrivere gli stati mentali e le azioni altrui a prescindere dal proprio punto di vista o coinvolgimento nella relazione in modo plausibile e chiaro, senza ricorrere a stereotipi o luoghi comuni (Decentramento).
- 3) *Integrazione*: è la capacità di costruire rappresentazioni di sé e dell'altro coerenti, mantenendo un senso di continuità al variare dei contesti interpersonali. Inoltre attraverso la funzione integrativa è possibile comprendere le transizioni tra stati mentali diversi e stabi-

lire gerarchie di rilevanza rispetto ad obiettivi personali.

- 4) *Mastery*: è la capacità di operare sui propri stati mentali per attuare strategie di intervento (a diversi livelli di complessità e mentalizzazione) volte alla regolazione e risoluzione di stati di sofferenza psicologica, nonché di problemi interpersonali.

Il presente lavoro si articola in due parti: una prima parte in cui presentiamo una breve rassegna della letteratura sui disturbi del comportamento alimentare (DCA), evidenziando come, al di là delle differenti terminologie utilizzate, sia possibile trovare delle analogie tra costrutti teorici affini. Quindi, nella seconda parte, descriveremo l'andamento della metacognizione in una paziente con disturbo bulimico in comorbidità con un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP). La terapia, di orientamento cognitivo-comportamentale, si è interrotta dopo 8 mesi con un drop-out. In accordo con quanto emerso dalla letteratura sui DCA e i DP, ci aspettiamo di trovare malfunzionamenti metacognitivi nell'area del monitoraggio, della differenziazione/decentramento e della mastery (1° Ipotesi). Inoltre, coerentemente con l'idea che la metacognizione migliori nelle terapie di successo mentre resti invariata o peggiori in quelle a esito negativo, ci aspettiamo un'assenza di trend verso il miglioramento nelle funzioni metacognitive durante il trattamento (2° Ipotesi).

Disfunzioni metacognitive nei DCA

Disfunzioni dell'abilità di ragionare in termini di stati mentali appaiono in una varietà di studi e usando diversi strumenti di misura. Il problema forse più studiato è il linguaggio impoverito per le emozioni e la scarsa consapevolezza delle cause che le evocano, denominata *alessitimia* (Taylor et al. 1997). L'*alessitimia*, intesa come capacità di identificare, comunicare e comprendere le cause dei propri stati emotivi presenta forti corrispondenze con la funzione metacognitiva del *monitoraggio* (Semerari 2000). L'utilizzo della TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale 20) in pazienti affette da DCA ha confermato la presenza di disturbi *alessitimici* in queste pazienti (Schmidt et al. 1993; Casper 1990).

Anche il disturbo *dismorfofobico* presente in pazienti con DCA può essere letto come una difficoltà nel comprendere in modo adeguato gli stati mentali: queste pazienti infatti attribuiscono agli altri l'idea che il loro corpo sia sgradevole o deforme in assenza di segnali sufficienti ad indicare che gli altri abbiano tale percezione (Ruffolo et al. 2006), mostrando così un *mindreading* severamente distorto. In via speculativa è possibile ipotizzare che le distorsioni nell'immagine corporea siano mantenute da malfunzionamenti metacognitivi nell'area della *differenziazione*, ovvero nella capacità di distinguere tra rappresentazione e realtà e di riconoscere la soggettività del proprio pensiero. Esse sono convinte di essere grasse (*fantasia*) in presenza di un riscontro oggettivo (peso effettivo) che contrasta drammaticamente con la loro credenza.

I DCA sono caratterizzati da problemi anche nella regolazione degli affetti, ovvero nella capacità di usare il ragionamento in termini mentalistici al fine di regolare scelte, modulare emozioni negative o pervenire alla soluzione di problemi (*Mastery*). Un indice di questo è la presenza di forti affetti negativi, probabilmente mal regolati, prima delle abbuffate piuttosto che prima dei pasti normali (Telch e Stice 1998; Davis e Marsch 1986).

1) *Alessitimia e Monitoraggio*

La letteratura sui DCA evidenzia chiaramente aspetti di malfunzionamento metacognitivo nell'ambito dei processi di identificazione emotiva. H. Bruch (1973) è stata la prima ad aver

evidenziato nelle anoressiche un'incapacità nel processo di identificazione e descrizione delle emozioni, parlando di *"Interpretazione errata di stimoli interiori ed incapacità di affidarsi ai sentimenti per guidare il comportamento"*. Successivamente Garner e Dalle Grave (1999) hanno descritto il deficit di autoconsapevolezza emotiva nelle anoressiche come una *"Difficoltà nell'etichettare e nell'esprimere le emozioni, accompagnata da un conflitto tra come ci si dovrebbe sentire e come realmente ci si sente"*. A sostegno di queste prime osservazioni cliniche, la ricerca empirica più recente dimostra come i tassi di comorbidità tra DCA e Alessitimia, misurata attraverso la TAS-20 (Toronto, Alexthymia Scale, 1985) siano compresi tra il 40% e il 63%. Alcuni studi comparativi hanno riscontrato livelli di alessitimia maggiori in pazienti con Anoressia Restrittiva rispetto a pazienti bulimici (Schmidt et al. 1993): nei primi vi sarebbe una maggiore difficoltà nell'espressione dei sentimenti agli altri (Casper, 1990) e una maggiore compromissione dei processi immaginativi (Troop et al. 1995).

Studi longitudinali sembrano dimostrare come nelle pazienti con Bulimia nervosa e Anoressia Nervosa restrittiva, l'Alessitimia persista anche dopo una significativa riduzione della sintomatologia alimentare (De Groot et al. 1995; Casper 1990), rinforzando così l'ipotesi che l'alessitimia possa costituire un tratto stabile nella personalità di queste pazienti, relativamente indipendente dagli aspetti di sintomatologia alimentare. A conferma di quanto detto, alcuni studi correlazionali evidenziano chiaramente come l'alessitimia sia associata ad alcune caratteristiche psicologiche del DCA, primariamente al senso di inadeguatezza e all'insicurezza sociale, ma non ai comportamenti e agli atteggiamenti legati alla sintomatologia alimentare (Bulimia, Impulso alla magrezza, Insoddisfazione per il corpo). Le scale Inadeguatezza e Insicurezza sociale colgono aspetti importanti della regolazione affettiva, rispettivamente: la riluttanza a formare relazioni intime e a comunicare i propri sentimenti agli altri, e la difficoltà esperita nel rispondere adeguatamente alle proprie sensazioni emotive e ad altri aspetti dell'esperienza di sé.

2) Dismorfofobia e Differenziazione/Decentramento

I disturbi del comportamento alimentare hanno una forte interazione con le distorsioni dell'immagine corporea: nel DSM-IV (1994) la dismorfofobia è considerata un "criterio diagnostico" dell'anoressia nervosa. Con il termine dismorfofobia si fa riferimento ad *"una sensazione soggettiva di deformità o di difetto fisico, per la quale il paziente ritiene di essere notato dagli altri, nonostante il suo aspetto rientri nei limiti della norma"*.

Molte persone sono insoddisfatte del loro aspetto fisico, e ovviamente questo di per sé non rappresenta un sintomo di interesse psichiatrico. La semplice insoddisfazione per il proprio aspetto, diviene patologica quando i pazienti dismorfofobici ritengono che gli altri siano consapevoli della loro deformità (idee di riferimento), e questo può determinare problematiche nel funzionamento sociale (condotte di evitamento, ritiro sociale).

Diversi studiosi (Phillips e Kaye 2007) hanno cercato di stabilire se alla base delle distorsioni dell'immagine corporea presenti nei DCA vi sia o meno un'ideazione delirante. Assumendo una prospettiva dimensionale, è possibile considerare le varianti deliranti e non deliranti della dismorfofobia come espressioni sintomatologiche di uno stesso disturbo che si distribuiscono lungo un continuum che va da condizioni di maggior insight psicologico a condizioni di scarso insight; il pensiero ossessivo attraversa l'intero spettro.

In via speculativa è possibile ipotizzare che le distorsioni nell'immagine corporea siano mantenute da malfunzionamenti metacognitivi nell'area della differenziazione-decentramento. Differenziare permette non solo di assumere una distanza critica dai propri pensieri, ma anche di compiere operazioni di decentramento cogliendo le differenze tra il funzionamento mentale proprio e altrui: e.g. *Avevo paura di incontrare altre persone perché immaginavo che vedendomi*

gonfia pensassero che sono una persona che non sa gestire la sua vita. Come dimostrato dagli studi sui deliri in pz schizofrenici o dagli studi sui disturbi di Personalità (specialmente il Disturbo Paranoide di personalità), questi individui mostrano gravi difficoltà nel formare rappresentazioni complesse della mente degli altri, tendono ad assumere una prospettiva egocentrica e a costruire rappresentazioni rigide e irrealistiche della mente dell'altro, non riuscendo a decodificare correttamente i segnali comunicativi provenienti dagli altri per confermare o meno le loro idee.

3) *Autovalutazione negativa, senso di autoefficacia e Mastery*

Nelle pazienti con DCA la bassa stima di sé, la tendenza a valutare negativamente sia le proprie capacità che i propri comportamenti conduce a giudicare se stessi principalmente sulla base della forma e del peso corporeo. Le pazienti ritengono che si stimeranno di più, e quindi soffriranno di meno, se riusciranno ad essere più magre (Vitousek e Manke 1994).

Dal punto di vista clinico osserviamo che, laddove prevalgano credenze autovalutative di tipo negativo, il soggetto presenta timori legati non tanto a valutazioni di pericolo esterno, quanto piuttosto ad autovalutazioni di incapacità di poter far fronte (*coping*) *materialmente e/o emozionalmente* alle situazioni temute (Mineka e Thomas 1999). Soprattutto nel secondo caso (timore di non poter reggere emozionalmente alla situazione temuta), si tratta di credenze di tipo squisitamente metacognitivo: il soggetto non teme un evento in sé, ma piuttosto di non essere in grado di controllare il proprio comportamento e le proprie emozioni, di non produrre le risposte comportamentali giuste e di lasciar trapelare con troppa evidenza emozioni di ansia, paura, vergogna oppure convinzioni personali di inferiorità, inadeguatezza, ecc.

Sulla base di quanto detto finora, l'autovalutazione negativa è il rovescio del senso di autoefficacia definito come la convinzione di essere in grado di produrre risposte comportamentali efficaci di fronte ai problemi, di poter affrontare la paura e le altre emozioni negative stimulate da una situazione problematica, di poter affrontare e gestire emozionalmente un fallimento e infine di concepire scopi alternativi, soggettivamente significativi e gratificanti. Anche nella definizione di autoefficacia troviamo una forte componente metacognitiva: infatti secondo Mineka e Thomas (1999) il senso di autoefficacia è soprattutto una percezione di poter controllare la propria risposta emozionale e comportamentale in una situazione problematica, piuttosto che una generica convinzione di essere all'altezza. Tutto ciò è coerente con le osservazioni cliniche della Bruch (1973) secondo cui una delle caratteristiche principali delle ragazze anoressiche, sarebbe proprio un *senso di inefficacia paralizzante*. Usando un'altra terminologia, si potrebbe dire che uno dei tratti distintivi delle pz con DCA sia la presenza di difficoltà nell'area della *Mastery*, definita come la capacità di trattare i problemi in termini psicologici, di formularli adeguatamente e di mettere in atto strategie adeguate per la loro soluzione o per fronteggiare la sofferenza psicologica che deriva da essi. L'incapacità di compiere tali operazioni renderebbe la mente di queste pazienti impotente e/o disregolata. Secondo tale prospettiva, le abbuffate alimentari rappresentano situazioni di forte disregolazione emotiva, in cui predomina un senso pervasivo di impotenza e di perdita di controllo.

Metodologia

Presentazione del caso

In questo studio ci siamo avvalsi di un disegno di ricerca sul caso singolo, poiché sulla base di quanto emerso in letteratura riteniamo che tale modalità di ricerca, rispetto a trail controllati

randomizzati, consenta di fare analisi più dettagliate dei cambiamenti prodotti durante la terapia, favorendo anche la formulazione di nuove ipotesi di ricerca (Lysaker et al. 2007).

A tal fine sono state audioregistrate e trascritte (previa sottoscrizione di consenso informato) 20 sedute di una psicoterapia individuale di una paziente con DCA. Al momento della terapia la paziente, 22 anni, viveva in casa con il padre affidatario, svolgeva un lavoro impiegatizio e non aveva relazioni sentimentali in corso. Il suo BMI era di 22,6 (normopeso), in passato ha raggiunto livelli al di sotto della norma (BMI=16,4 sottopeso). L'esordio del DCA è collocabile intorno ai 15 anni con alternanza di fasi bulimiche ed anoressiche. La paziente presentava in asse I, una diagnosi di Bulimia nervosa senza condotte di eliminazione, con alternanza di fasi anoressiche e fasi bulimiche (AN/BN diagnosi lifetime); in asse II, una diagnosi di Disturbo Ossessivo-compulsivo di personalità. L'outcome del trattamento non è stato positivo; sebbene la sintomatologia alimentare sia migliorata (riduzione delle abbuffate), i problemi interpersonali della paziente sono rimasti, come ad esempio la tendenza ad isolarsi nei periodi di crisi alimentare, la difficoltà ad esprimere il proprio disaccordo o a formulare richieste di aiuto. In una fase di ricaduta sintomatologica, dopo circa 30 sedute, la paziente ha deciso di interrompere la terapia.

La terapia di stampo cognitivo-comportamentale (CBT standard) (Fairburn, Cooper e Shafran 2003) ha avuto una durata di 8 mesi, con una frequenza delle sedute pari ad una volta a settimana (totale delle sedute=28). Il trattamento della BN, secondo la CBT di Fairburn, è stato sviluppato nell'ottica di erodere gradualmente i fattori implicati nel mantenimento della malattia attraverso tre strategie generali: normalizzare il comportamento alimentare della paziente; ridurre l'importanza che la paziente affida al peso e alle forme corporee per valutare se stessa; modificare alcune distorsioni cognitive generali come il perfezionismo, il pensiero dicotomico e la valutazione negativa di sé. La terapia pertanto si è orientata verso la modificazione dei comportamenti disfunzionali e delle cognizioni legate al corpo e al cibo, mentre non sono stati sufficientemente considerati gli schemi di funzionamento interpersonale e le funzioni metacognitive sono state scarsamente sollecitate.

Al momento della terapia, il terapeuta aveva 32 anni, un anno di esperienza clinica, e una formazione di tipo prevalentemente cognitivo-comportamentale.

Strumenti di indagine

Oltre al colloquio clinico, sono stati utilizzati alcuni strumenti testologici utili all'inquadramento diagnostico tra cui:

- SCID-II: si tratta di un'intervista semistrutturata per la valutazione diagnostica dei disturbi di personalità dell'asse II secondo i criteri previsti dal DSM-IV.
- EDI.2: (Eating Disorder Inventory): questionario self-report, costituito da 64 items suddivisi in 8 sub-scale. Valuta sia aspetti inerenti la sintomatologia alimentare, sia tratti psicologici comunemente associati ai DCA.
- TAS (Toronto Alexithymia Scale): questionario self-report con una struttura a tre fattori tra cui: difficoltà nell'identificare le emozioni e le sensazioni somatiche associate (DIF); difficoltà nel comunicare agli altri le proprie emozioni (DCF); pensiero orientato esternamente (EOT)
- SCL-90-R: inventario autodescrittivo di sintomi in grado di fornire una valutazione complessiva dello stato psicopatologico del paziente e per fornire un indice riassuntivo dei livelli di sintomatologia e di sofferenza psicologica.

La metacognizione è stata valutata tramite la Scala di Valutazione della Metacognizione (S.Va.M.) (Carcione et al. 1997; Semerari e Dimaggio 2003). La struttura generale della S.Va.M. comprende tre sezioni: *Autoriflessività*, *Comprensione della mente altrui* e *Mastery*. Ciascuna sezione comprende sottofunzioni distinte, rispetto alle quali è possibile valutare separatamente sia i successi che i fallimenti.

La scala dell'*Autoriflessività* (*Understanding one's own mind* – **UM**) valuta la capacità degli individui di riflettere sui propri stati mentali e comprende le seguenti sotto-funzioni:

a) **Monitoraggio**: si riferisce alla capacità di identificare e definire le componenti di uno stato mentale in termini di pensieri, desideri, emozioni (Identificazione) e di comprenderne i nessi causali (e.g. *perché mi sento arrabbiato*) (Relazione tra variabili).

b) **Differenziazione**: si riferisce alla capacità di cogliere la differenza esistente tra diversi tipi di rappresentazioni (e.g. sogni, fantasie, credenze e ipotesi) e tra rappresentazione e realtà. Inoltre si riferisce anche alla capacità di cogliere la natura ipotetica e soggettiva del proprio pensiero (Fonagy & Target 1996; Rachman e Shafran 1999).

c) **Integrazione**: si riferisce alla capacità di riflettere su differenti stati mentali e di descriverli in modo completo e coerente, all'interno di una narrazione che tenga conto di come tali stati mentali possano evolvere e modificarsi nel tempo.

La scala *Comprensione della mente altrui* (*Understanding others' mind* - **UOM**) valuta la capacità di elaborare una rappresentazione degli stati mentali altrui, ed include anche la capacità di descrivere gli altri come persone con una prospettiva mentale diversa dalla propria; comprende le seguenti sotto-funzioni:

α) **Monitoraggio**: comprende identificazione e relazione tra variabili relativamente alla comprensione della mente altrui.

β) **Decentramento**: valuta la capacità di descrivere il funzionamento mentale dell'altro formulando ipotesi indipendenti dalla propria prospettiva mentale e dal proprio coinvolgimento nella relazione.

La scala della *Mastery* (**M**) comprende funzioni atte ad investigare la capacità di definire i problemi in termini psicologici, di formularli adeguatamente e di mettere in atto strategie adeguate per la loro soluzione o per fronteggiare la sofferenza psicologica che deriva da essi. L'incapacità di compiere tali operazioni rende la mente impotente o disregolata. Le strategie di mastery possono essere suddivise in quattro categorie a seconda della complessità delle operazioni metacognitive coinvolte:

a) **Requisiti basilici**: si riferisce alla capacità di descrivere i problemi in termini psicologici e di avere un atteggiamento orientato alla soluzione attiva dei problemi.

b) **Strategie di primo livello**: implicano una modificazione dello stato mentale intervenendo sull'organismo, evitamenti, ricorso al supporto interpersonale.

c) **Strategie di secondo livello**: comprendono autoinibizione di una condotta, distrazione volontaria

d) **Strategie di terzo livello**: comprendono la critica razionale a credenze disfunzionali, uso delle conoscenze sugli stati mentali altrui per risolvere problemi interpersonali, accettazione matura dei limiti personali.

Le sedute audioregistrate sono state siglate con la S.Va.M da tre giudici indipendenti, addestrati all'uso dello strumento. Le unità di testo analizzate dai giudici sono costituite da ogni intervento del paziente compreso tra due interventi del terapeuta; l'unità viene analizzata e vengono siglati successi (punteggio di 1= si) e fallimenti (punteggio di 0 = no) del paziente in

relazione a ciascuna funzione. Per esempio, quando all'interno di un'unità di testo il paziente ragiona correttamente circa il funzionamento mentale degli altri, il siglatore registra un successo; diversamente, se il paziente cerca di descrivere il comportamento degli altri ma fallisce (e.g. è incapace di descrivere perché gli altri provano una determinata emozione), il siglatore registra un fallimento. Se non c'è alcun chiaro tentativo di usare la metacognizione, allora non viene assegnato alcun punteggio. È bene precisare che la S.V.a.M non misura in modo assoluto la presenza o assenza di un'abilità, bensì valuta l'uso adeguato o non adeguato di una funzione all'interno di un determinato scambio conversazionale. Terminata la siglatura di ciascuna seduta, i siglatori sommano indipendentemente successi e fallimenti per ciascuna delle sottofunzioni misurate dalla scala. Il livello di concordanza raggiunto dai tre valutatori è stato calcolato attraverso il coefficiente W di Kendall, una statistica non parametrica solitamente utilizzata con variabili dicotomiche. Il valore ottenuto ($W=0,898$) è ampiamente soddisfacente.

Risultati

Come mostrato in tabella 1, per prima cosa sono stati analizzati i punteggi totali e quelli relativi alle diverse funzioni esaminate. Sommando successi e fallimenti nelle diverse funzioni (UM, UOM, M), abbiamo ottenuto 721 (70%) successi contro 308 (30%) fallimenti. Se separiamo le abilità autoriflessive (somma dei punteggi UM e UOM) dalle capacità di mastery (M),

Tabella 1. Distribuzione delle funzioni metacognitive durante la terapia

Sessioni	UM			UOM			M		
	successi	fallimenti	totale	successi	fallimenti	totale	successi	fallimenti	totale
1	11,0	21,0	32	3,0	3,0	6	3,0	11,0	14
2	50,0	54,0	94	8,0	2,0	10	3,0	17,0	20
3	23,0	25,0	48	3,0	0,0	3	18,0	9,0	27
4	24,0	18,0	42	7,0	1,0	8	3,0	12,0	15
5	36,0	2,0	38	14,0	0,0	14	8,0	3,0	11
6	22,0	12,0	34	14,0	1,0	15	11,0	6,0	17
7	12,0	11,0	23,0	6,0	0,0	6	12,0	3,0	15
8	12,0	3,0	15,0	5,0	0,0	5	2,0	0,0	2
9	13,0	2,0	15,0	3,0	1,0	4	6,0	0,0	6
10	27,0	0,0	27,0	8,0	1,0	9	6,0	0,0	6
11	11,0	5,0	16,0	12,0	2,0	14	1,0	0,0	1
12	20,0	4,0	24,0	6,0	0,0	6	5,0	1,0	6
13	26,0	6,0	32,0	9,0	2,0	11	0,0	0,0	0
14	26,0	10,0	36,0	15,0	1,0	16	0,0	4,0	4
15	35,0	10,0	45,0	8,0	2,0	10	3,0	6,0	9
16	15,0	11,0	26,0	14,0	5,0	19	0,0	0,0	0
17	2,0	6,0	8,0	1,0	0,0	1	0,0	1,0	1
18	25,0	2,0	27,0	20,0	2,0	22	0,0	0,0	0
19	32,0	7,0	39,0	26,0	0,0	26	6,0	1,0	7
20	23,0	1,0	24,0	5,0	0,0	5	2,0	1,0	3
Tot	445	210	655	187	23	210	89	75	164
%	68%	32%	100,00%	89,00%	11%	100,00%	54%	46%	100,00%

otteniamo 632 (72%) successi contro 233 (27%) fallimenti, mentre per la mastery 89 (54%) successi contro 75 (46 %) fallimenti.

Analizzando le tre aree singolarmente, nell'autoriflessività (UM), i successi (n=445; 68%) sono molto più alti dei fallimenti (n=210; 32%) durante tutta la terapia. Per quanto riguarda la comprensione della mente altrui (UOM), ci sono meno occorrenze di questa funzione nel corso della terapia rispetto all'autoriflessività, ma anche qui osserviamo una predominanza di successi (n=187;89%) rispetto ai fallimenti (n=23; 11%). Infine anche per quanto riguarda la Mastery (M), le occorrenze sono poche: diversamente dalle altre funzioni, qui la percentuale dei successi (n=89; 54%) è di poco superiore a quella dei fallimenti (n=75;46%). Dalla seduta 1 alla seduta 4, ci sono più fallimenti che successi, con un'inversione di tendenza abbastanza stabile (incremento dei successi e diminuzione dei fallimenti) dalla seduta 5. Complessivamente comunque la mastery appare come l'area più problematica con una percentuale dei fallimenti molto vicina a quella dei successi (46% vs. 54%).

Discussione

L'applicazione della SVaM ha permesso di valutare quantitativamente la presenza dei successi e dei fallimenti nelle diverse sotto-funzioni metacognitive, calcolandone la percentuale di rilevazione e osservandone l'andamento nel corso della terapia. È opportuno sottolineare che in assenza di un criterio normativo, quando parliamo di fallimenti non possiamo stabilire con esattezza fino a che punto la funzione sia danneggiata; verosimilmente possiamo pensare che la presenza di un discreto numero di fallimenti possa essere un indicatore clinico rilevante.

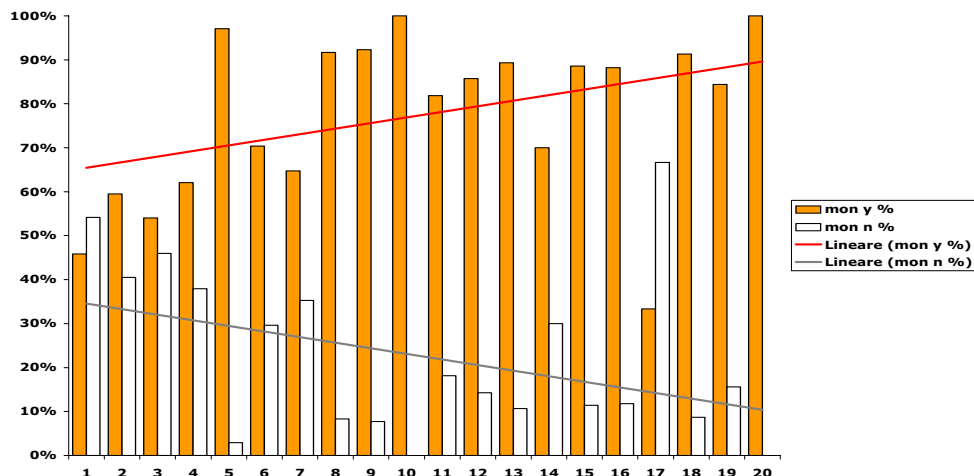
Rispetto alle ipotesi iniziali, è importante sottolineare come la scarsa sollecitazione delle funzioni metacognitive da parte del terapeuta non abbia favorito l'utilizzo di tali funzioni da parte del paziente; pertanto lo scarso numero di occorrenze siglate per alcune sottofunzioni (in special modo per l'integrazione, il decentramento e la mastery) è tale da non consentire la verifica delle ipotesi iniziali. Nella discussione dei risultati ci siamo dunque limitati ad osservare un trend generale di funzionamento metacognitivo, evidenziando quelle che possono essere le linee di tendenza più evidenti.

Di seguito riportiamo alcuni grafici, specifici per sotto-funzione, in cui si evidenzia l'andamento delle sottofunzioni nel corso della terapia. Pertanto ricordiamo come all'interno dell'area Comprensione della propria Mente (UM) siano comprese le sottofunzioni: Monitoraggio, Differenziazione e Integrazione. Nell'area Comprensione della mente altrui (UOM) sono comprese le sottofunzioni: Monitoraggio e Decentramento. Infine nell'area della Mastery sono comprese le sottofunzioni: Requisiti basilici, Mastery di I, II e III livello.

A differenza di quanto emerso in letteratura (De Groot et al 1995; Casper 1990) e di quanto ipotizzato inizialmente, la paziente esaminata mostra un buon funzionamento nell'area del monitoraggio emotivo, ovvero nell'identificazione dei propri contenuti mentali e nella comprensione dei nessi esistenti tra emozioni ed eventi esterni (fig.1). Sin dall'inizio della terapia la paziente fornisce quasi sempre descrizioni accurate dei propri stati mentali, sia di quelli positivi che di quelli negativi, e appare consapevole circa le condizioni favorevoli all'insorgenza di determinate emozioni.

L'asse *x* indica il numero delle sedute, l'asse *y* i valori dei successi e dei fallimenti nel monitoraggio, siglati in ogni seduta. Le colonne arancioni indicano il totale dei successi, le colonne bianche indicano il totale dei fallimenti. La linea arancione e la linea grigia indicano rispettivamente l'andamento dei successi e l'andamento dei fallimenti.

Figura 1. Scala SVaM: Monitoraggio



Nella figura 2 si considera l'andamento della funzione Differenziazione. In particolare si nota come il numero dei fallimenti sia superiore nelle fasi iniziali rispetto al numero dei successi, con un'inversione dei rapporti fallimenti/successi nelle ultime sedute. In altre parole questi dati sembrano evidenziare come, in una fase iniziale della terapia, la paziente faccia difficoltà a distinguere tra le proprie rappresentazioni interne (e.g. percezioni dismorfofobiche: *mi sento gonfia*) e la realtà esterna. Verso la fine della terapia si assiste ad un viraggio nell'andamento della funzione con una predominanza dei successi sui fallimenti. A titolo esemplificativo riportiamo una breve stralcio di seduta nel quale sono stati siglati fallimenti nelle funzioni della differenziazione e del decentramento:

T: *cosa ha pensato quando le hanno detto che era ingrassata?*

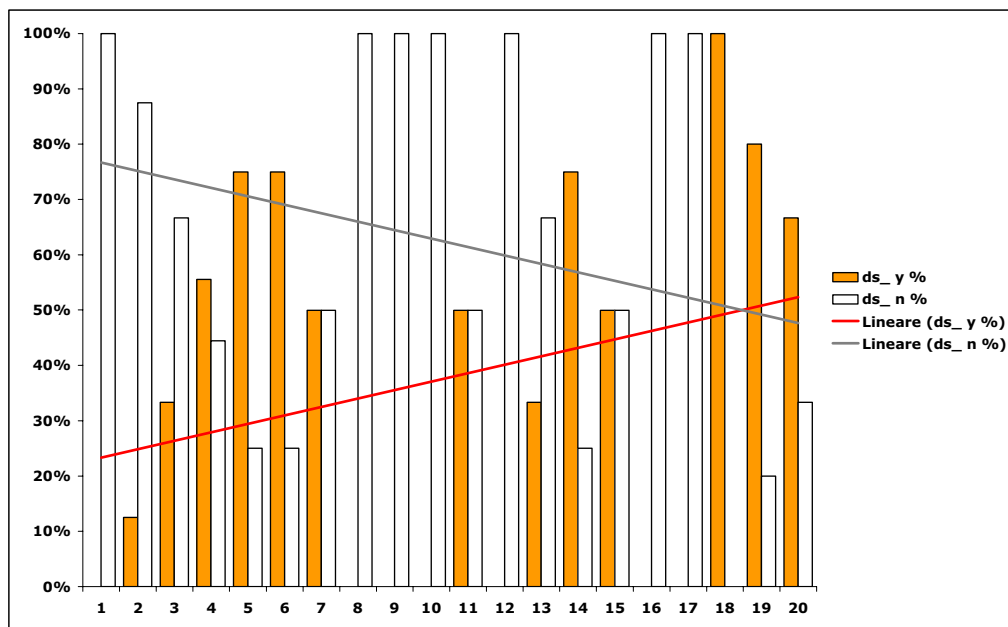
P: *...sono andata a lavarmi le mani nel bagno del ristorante e mi sono vista alla specchio e mi vedevo gonfia e brutta (differenziazione)...inoltre credevo che anche gli altri avessero notato il fatto che ero ingrassata e quindi per me il fatto che loro mi vedessero grassa voleva dire che mi vedevano brutta (decentramento)...*

In questo brano si vede chiaramente come la paziente non riesca ad assumere una distanza critica dalle proprie percezioni dismorfofobiche, e attribuisca agli altri una tendenza a giudicarla negativamente sulla base di un criterio estetico.

L'asse x indica il numero delle sedute, l'asse y i valori dei successi e dei fallimenti nella differenziazione, siglati in ogni seduta. Le colonne arancioni indicano il totale dei successi, le colonne bianche indicano il totale dei fallimenti. La linea arancione e la linea grigia indicano rispettivamente l'andamento dei successi e l'andamento dei fallimenti.

Per quanto riguarda la funzione Integrazione (Fig. 3), le frequenze di rilevazione sono piuttosto basse, a dimostrazione del fatto che tale funzione è stata poco utilizzata dalla paziente e scarsamente sollecitata dal terapeuta. Tuttavia, basandoci su questi primi dati, osserviamo nel corso della terapia una diminuzione nei fallimenti integrativi, e un aumento dei successi. Dal-

Figura 2. Scala SVaM: Differenziazione



l'analisi dei trascritti sembra essere migliorata soprattutto la capacità di integrare immagini scisse di sé e dell'altro in una rappresentazione coerente e unitaria (punto di vista sovraordinato).

Esempio di fallimento integrativo:

T: fino ad un certo periodo è riuscita a mantenere una dieta restrittiva, dopo di che ha iniziato ad avere delle abbuffate. Che spiegazione si dà?

P: perché piano piano era come se avessi degli scivoloni...prima cedeva ogni tanto, poi ne avevo bisogno più spesso. È diventata una dipendenza. Finché non riesci più a gestirlo, diventava tipo "domani sto in riga, solo acqua", in modo da arginare l'effetto di oggi. Poi però ad un certo punto arrivo che non riesco a fare questa dieta restrittiva, e quindi parte l'abbuffata e rimando la dieta a domani...finisce che ogni giorno è un'abbuffata più volte al giorno.

Non è chiaro in questo passaggio come la paziente transiti da una condizione di controllo ad una condizione di perdita di controllo che la porta ad avere sempre più crisi bulimiche. Nella descrizione dello scenario mentale la paziente non riesce a unificare elementi conflittuali della propria esperienza; manca un dialogo interno grazie al quale sia possibile mantenere un senso di continuità al mutare dei contesti e degli aspetti di sé che affiorano (Bruner 1990; Dimaggio e Semerari 2003).

Di seguito riportiamo uno stralcio tratto dall'ultima seduta, dove si vede un miglioramento nella funzione integrativa e nella mastery:

P: ...Adesso quando magari sto male, e mi viene da reagire come magari reagisco in genere, abbuffandomi e così via... mi viene da fermarmi e pensare e dico "va beh lo sto facendo perché... le conseguenze" e riesco a non abbuffarmi. Però penso adesso di essere arrivata ad un

punto in cui ho capito come funziono, e basta. E sono io che scelgo (Mastery di 3° livello). Io non penso di avere due personalità, piuttosto penso di avere due scelte davanti a me, posso fare in un modo o in un altro. Cioè, so che in tutti e due i casi ci sono dei pro e dei contro (Integrazione).

T: cioè quali sono le due scelte?

P: se vuoi essere una persona che vivi o se vuoi essere una persona che si lascia vivere.

Cioè, secondo me è così

T: quando dice una persona che si lascia vivere cosa intende esattamente? Una persona che si lascia andare e perde un po' il controllo?

P: Non penso che si tratti tanto di perdere il controllo o... quanto proprio di lasciarsi scorrere la vita addosso, ogni giorno, non avere progetti, non avere scopi da inseguire...

T: quindi da una parte c'è una condizione in cui sente di non avere scopi motivanti e dall'altra c'è una vita dove lei programma, dove lei...

P: dove sono serena perchè uno sa che ha un progetto, sa cosa deve fare... è chiaro che quello richiede una certa disciplina, ma come tutte le cose. E così, dall'altra parte invece non so, non avere chiara la realtà. Cioè come se io avessi i miei progetti, so le cose che mi piacciono e che mi piacerebbe fare e sono molto determinata su questo, nel senso che so bene cosa mi piace e cosa non mi piace. Però invece ho come la sensazione che in realtà io non sono ancora sicura di quello che voglio fare nella vita. E questo si un po' mi spaventa perchè si... cioè, quando mi metto come una macchina dico "ok, questo è il mio progetto, voglio fare questo..." però è come se ad un certo punto mi fermassi e mi chiedo "ma è veramente questo quello che

Figura 3. SVaM: Integrazione

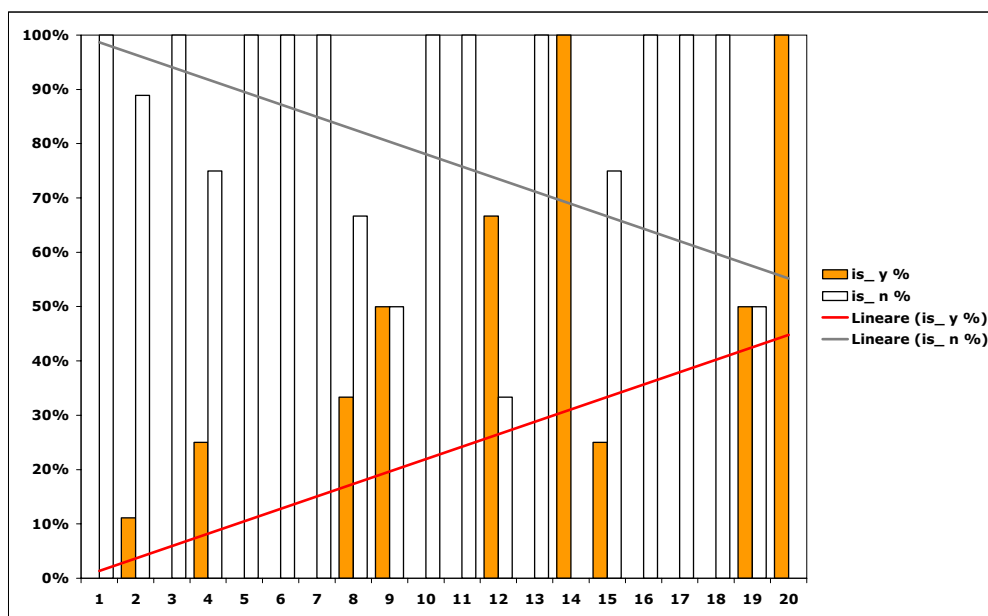
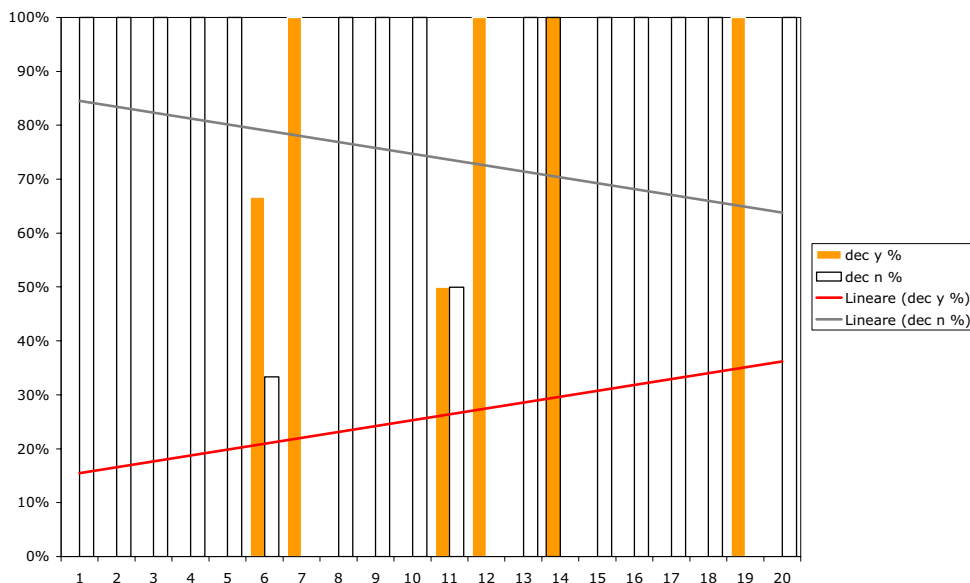


Figura 4. SVaM: Decentramento



voglio?” ... Non so in realtà è come se io a volte avessi messo da parte i miei sogni e avessi contattato su altri più raggiungibili, meno...però non rispetto me, ma rispetto le persone che mi stanno accanto...non so come se io facessi le cose non per me...non so, per dirle se io adesso non avessi nessuno a cui rendere conto, cioè dovessi fare quello che realmente voglio senza render conto a nessuno... sembra poi un sogno da bambina. Ma in realtà io volevo entrare nel mondo della moda (Identificazione). Non so, da quando io ero bambina, dal ginnasio non so il mio sogno era questo. Però non ho mai avuto il coraggio di ammetterlo a nessuno. Cioè, qualche volta con mio padre scherzando... però ho visto che anche lui poi ...era contrario all'idea...(Integrazione)

Si vede chiaramente come la paziente, aumentando il monitoraggio sugli scopi personali, sia più consapevole di ciò che realmente desidera; inoltre riesce a dare una spiegazione più coerente di come transiti da stati di abulia a stati caratterizzati da una maggiore progettualità, stabilendo un nesso con l'aderenza agli scopi personali.

L'asse x indica il numero delle sedute, l'asse y i valori dei successi e dei fallimenti nell'integrazione, siglati in ogni seduta. Le colonne arancioni indicano il totale dei successi, le colonne bianche indicano il totale dei fallimenti. La linea arancione e la linea grigia indicano rispettivamente l'andamento dei successi e l'andamento dei fallimenti.

La funzione Decentramento (Fig.4), scarsamente attivata nel corso delle sedute, come dimostra il basso numero di occorrenze, appare deficitaria nel corso delle prime sedute. Successivamente si nota un lieve miglioramento della funzione, con un aumento dei successi ed una diminuzione dei fallimenti.

Esempio di fallimento nel decentramento:

P: Avevo paura di incontrare altre persone perché immaginavo che vedendomi gonfia pensassero che sono una persona che non sa gestire la sua vita... sono io che mi sento male... sento come un corpo non mio... Cioè al di là di tutto, di quello che mi succede io vorrei essere capace di fare... cioè, perchè tutte le persone, lei, le mie colleghe, tu le vedi adesso, e dopo tre anni sono sempre uguali fisicamente. E perchè io no?...si capita raramente che vedi una persona molto dimagrita o molto ingrassata. Ogni anno io invece ho queste oscillazioni così forti. Cioè, uno che mi vede non sa mai come sarò la prossima volta...

La paziente attribuisce agli altri l'idea che vedendola ingrassata possano giudicarla negativamente; è evidente la difficoltà a considerare ipotesi alternative e ad assumere una prospettiva decentrata nella lettura della mente dell'altro.

Per quanto riguarda la Mastery i dati a disposizione indicano come questa funzione sia poco attivata nelle narrazioni della paziente, confermando così una sua difficoltà ad elaborare strategie di coping e ad assumere un atteggiamento attivo verso la risoluzione dei problemi.

In presenza di una sintomatologia bulimica acuta (fase iniziale della terapia), si registrano soprattutto fallimenti nella mastery di I livello: in tal senso l'abbuffata può essere considerata come una strategia disfunzionale di regolazione emozionale (*mentre mangio non penso più*). La fig.6 rappresenta la somma delle strategie di 2° e 3° livello basate rispettivamente sulla regolazione volontaria dell'attenzione cosciente (2° livello) e sulla critica consapevole delle proprie convinzioni e credenze (3° livello). Nel loro insieme questi dati potrebbero suggerire che la paziente, per gestire i propri stati problematici, ricorra principalmente a strategie comportamentali che

Figura 5. Mastery: Requisiti basici

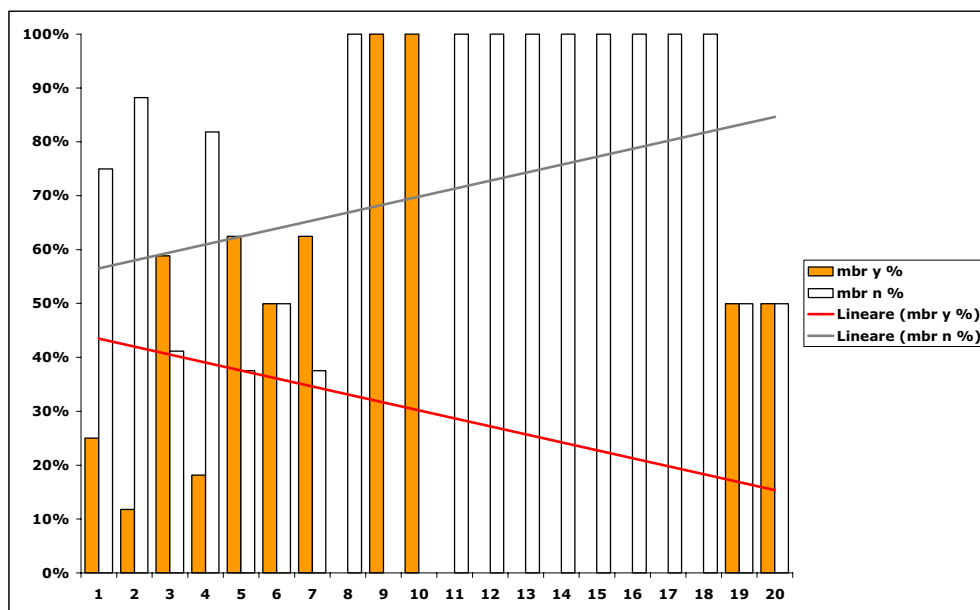
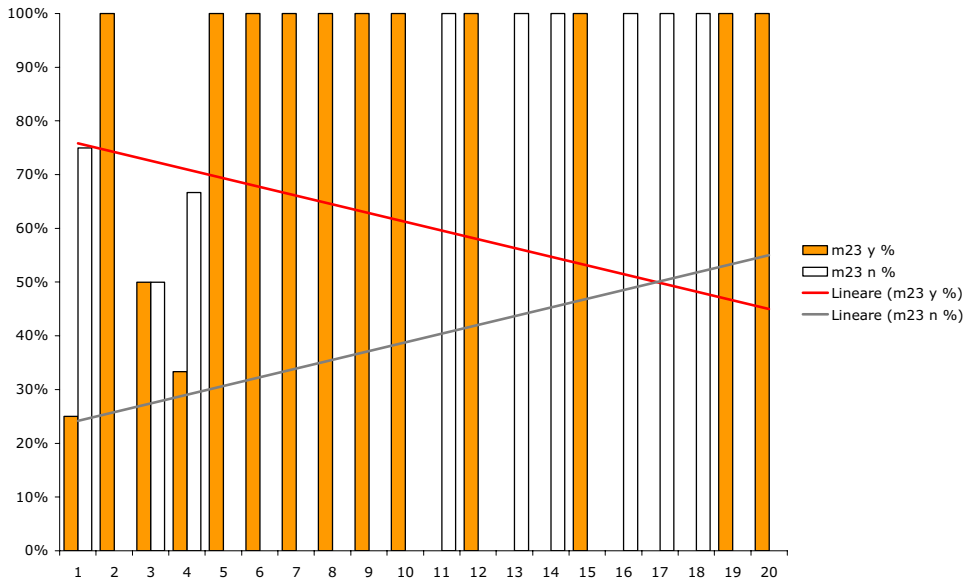


Figura 6. Mastery: Strategie di II e III livello



richiedono un basso impegno riflessivo. Nel brano che riportiamo si osserva chiaramente la difficoltà della paziente ad assumere un atteggiamento attivo nella regolazione dei propri stati di sofferenza:

P: si diventa come una cosa che, non so la leggevo anche sul libro (“Come vincere le abbuffate” di Fairburn) mi ritrovavo in parecchie descrizioni e...il fatto di non avere con le grandi abbuffate il senso di controllo, cioè come se ti sfugge il controllo, non riesci più a controllarti, è questo che mi capita non...cioè in quel momento è come se diventi un automa e non riesci neanche più, cioè alcune volte mi metto a ragionare, mi fermo un attimo e riesco a ritardare un po’ questa cosa, però ci sono alcuni momenti in cui no, forse era stata una giornata piena di delusioni e quindi...non ce la facevo più...

T: Cosa provava in quel momento a livello emotivo?

P: ho cominciato a pensare chissà quando uscirò finalmente da questo problema (si riferisce alla bulimia)...ecco ora non trovo più i vestiti e non potrò più uscire di casa...e poi il solito sono brutta, grassa...

Conclusioni

La ricerca fornisce dati preliminari circa il funzionamento metacognitivo in una paziente con DCA. Il dato più evidente è rappresentato dal funzionamento adeguato nel monitoraggio e dal malfunzionamento nella funzione della differenziazione. Per le altre sottofunzioni registra-

mo uno scarso numero di occorrenze, imputabile principalmente all'orientamento terapeutico seguito (CBT standard): il focus dell'intervento è stato infatti più centrato sull'analisi delle condotte sintomatiche, che non sulla sollecitazione delle funzioni metacognitive. Pertanto la scarsità di dati non consente di confermare o meno le ipotesi iniziali circa il funzionamento metacognitivo della paziente.

In via speculativa, possiamo ipotizzare che un danno a carico della funzione differenziazione porti la paziente a non cogliere la soggettività del proprio pensiero e delle proprie previsioni: la paziente fa difficoltà a distinguere tra le proprie rappresentazioni interne (e.g. percezioni dismorfobiche dopo un pasto normale: *mi sento gonfia e grassa*) e la realtà esterna, interpretando l'incremento ponderale come la prova della propria inadeguatezza e incapacità nel perseguire scopi personali (nel caso della paziente lo scopo perseguito è quello di avere un corpo snello e perfetto). L'incapacità ad assumere una distanza critica da queste credenze disfunzionali aumenta il senso di inadeguatezza, non accettazione e rifiuto da parte degli altri. Rispetto al decentramento, si osserva una lettura fortemente egocentrica della mente dell'altro: *siccome io mi giudico negativamente per il fatto di ingrassare, immagino che anche gli altri vedendomi grassa mi giudichino una persona debole, incapace di gestire la mia vita*. Il grado di convinzione e di generalizzazione di questa idea rendono conto di quanto sia rigido e pervasivo lo schema sottostante: Sè Inadeguato e Altro giudicante. Sembra che la paziente, per assicurarsi la vicinanza e la protezione dell'altro, si sforzi di aderire alle aspettative degli altri, rinunciando così alla soddisfazione di scopi personali. Laddove queste aspettative non sono espresse, la paziente si sforza di controllare l'unica variabile su cui può esercitare un controllo effettivo, cioè il suo aspetto fisico: *“gli altri mi amano a patto che io mi conformi alle loro aspettative, sia sempre carina, gentile, e impeccabile sul piano fisico”*. A livello terapeutico, un lavoro più incentrato sull'analisi e modificazione di queste convinzioni patogene, anche attraverso l'esplorazione di pattern comportamentali e relazionali diversi, avrebbe potuto promuovere un miglioramento sia della differenziazione che del decentramento.

Per quanto riguarda l'integrazione, abbiamo pochi dati per poter fare delle inferenze: laddove viene siglata, notiamo un trend di miglioramento nel corso della terapia. In particolare sembra che con il diminuire delle crisi bulimiche la paziente, recuperando una sensazione di controllo e di autoefficacia, riesca a riflettere e a dare un senso alle proprie esperienze; in particolare, la paziente riesce a fornire una prima spiegazione integrativa di come transiti da periodi caratterizzati da uno stato di abulia e da una sensazione soggettiva di degrado, disfacimento e disordine (fasi bulimiche) a periodi caratterizzati da un senso di maggiore autoefficacia nel perseguire scopi significativi (fasi di dieta restrittiva o di alimentazione più regolare). La paziente riconosce infatti come la tendenza a conformarsi alle aspettative degli altri, per garantirsi il loro appoggio e la loro protezione, la porti a rinunciare ai propri scopi personali, vivendo così momenti di vuoto e di profonda devitalizzazione, che favoriscono l'innescò di una nuova fase bulimica.

Infine per quanto riguarda la mastery, i dati disponibili sono anche in questo caso pochi e dunque difficilmente interpretabili. Sembrerebbe esservi una difficoltà, soprattutto all'inizio della terapia, a rappresentarsi i propri stati di sofferenza come problemi psicologici da risolvere. Predomina un senso di impotenza e inefficacia. In questo senso l'abbuffata, agendo direttamente sulla modificazione dello stato somatico, diventa la strategia comportamentale utilizzata per alleviare le tensioni emotive.

Nell'insieme il quadro clinico che emerge è quello di un circolo vizioso autopertpetuatosi tra deficit di differenziazione/decentramento, idee di non adeguatezza personale, di inefficacia e di giudizio negativo, perdita e abbandono da parte degli altri. La previsione di un abbandono da parte dell'altro favorisce l'innescò di una modalità di coping perfezionistica, in cui l'idea di un

corpo perfetto e l'adesione alle aspettative degli altri garantiscono la paziente dal rischio di un eventuale rifiuto.

Infine una breve considerazione di ordine metodologico: gran parte delle ricerche citate si basano sull'utilizzo di strumenti self-report che, come ben noto, presentano limiti relativi a una possibile non coincidenza tra le risposte fornite dal soggetto e le effettive capacità indagate. Mancano purtroppo studi sulle narrazioni spontanee delle pazienti, come è stato fatto ad esempio nel caso dei Disturbi di Personalità attraverso l'analisi dei trascritti di seduta (Dimaggio e Semerari 2003). Uno dei maggiori vantaggi degli studi qualitativi è che consentono di cogliere la soggettività del paziente (impressioni, idee, emozioni) senza inquadrarla forzatamente in schemi precostituiti (gli items dei test). Pertanto l'originalità del presente lavoro, non è solo quella di provare ad unificare all'interno di un unico costrutto teorico (la metacognizione) aspetti separati della psicopatologia alimentare, ma anche quello di utilizzare una metodica di indagine (l'analisi dei trascritti di seduta) tesa a far emergere maggiormente la soggettività del paziente.

Lo studio della relazione tra metacognizione e disturbi alimentari è solo all'inizio, tuttavia mostra interessanti prospettive per la pratica clinica aprendo l'intervento su aree ancora poco esplorate.

Bibliografia

- Bruch H (1973). *Eating disorders*. New York, Basic Books
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Tr. it. *La ricerca del significato*. Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Carcione A, Falcone M, Magnolfi G, Manaresi F (1997). La funzione metacognitiva in psicoterapia: Scala di Valutazione della Metacognizione (SvaM). *Psicoterapia* 9, 91-107.
- Casper RC (1990). Personality features of woman with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 52, 156-170.
- Davis MS e Marsh L (1986). Self-love, self-control and alexithymia: Narcissistic features of two bulimic adolescents. *American Journal of Psychotherapy*. 15, 224-23.
- De Groot JM, Rodin G e Olmsted MP (1995). Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*. 36, 53-60.
- Dimaggio G e Semerari A, (2003). *I disturbi di Personalità. Modelli di trattamento*. Editori Laterza, Roma.
- Dimaggio G, Procacci M, Nicolò G, Popolo R, Semerari A, Carcione A, Lysaker P H (2007). Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorder: Four psychotherapy patients analyzed using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 14, 386-401.
- Fonagy P e Target M (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*. 77, 217-233.
- Garner e Dalle Grave (1999). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press: Verona.
- Lysaker P H, Dimaggio G, Buck K D, Carcione A, Nicolò G (2007). Metacognition and the sense of self within narrative of schizophrenia: Association with multiple domains of neurocognition. *Schizophrenia Research*. 93, 278-287.
- Mineka S. e Thomas C (1999). Mechanisms of change in exposure therapy for anxiety disorders. In Dalglish T e Power M. *Handbook of Cognition and Emotion*. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
- Phillips KA e Kaye WH (2007). *The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder*. CNS Spectr. 2007 May.

- Rachman S e Shafran R (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 6, 80-85.
- Ruffolo JS, Philips KA, Menard W, Fay C e Weisberg RB (2006). Comorbidity of bodydysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body imagedisturbance. *Intenational Journal of eating disorders*. Jan 39, 1 ,11-9.
- Schmidt U, Jiwany A, Treasure J (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 34, 54-8.
- Semerari A (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Editori Laterza, Roma
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Pedone R, e Procacci M (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 690-710.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, e Procacci M (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*. 17, 106-119.
- Taylor GJ, Bagby RM e Parker JDA (1997). *I disturbi della regolazione affettiva*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Telch CF e Stice E (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorders: prevalence rates from a non-treatment seeking sample. *Journal of consulting and clinical Psyghology*. 66 ,5, 768-76.
- Vanheule S (2008). Challenges for alexithymia research: A commentary on “The construct of alexithymia: Associations with defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 332-337.
- Vitousek K & Manke F (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*. 103, 137-47.