



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di Laurea Magistrale

**Studio italiano di validazione preliminare del Perseverative Thinking
Questionnaire (PTQ)**

(Italian preliminary validation study of the Perseverative Thinking Questionnaire)

Relatore

Prof. Giulio Vidotto

Correlatrice

Dott.ssa Anna Panzeri

Laureando: Fabrizio Visconti

Matricola: 2020924

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

INDICE

CAPITOLO 1	6
IL PENSIERO RIPETITIVO NEGATIVO: UN INQUADRAMENTO GENERALE	6
1.1 L'approccio cognitivo comportamentale	6
<i>1.1.1 I limiti della concettualizzazione cognitivo comportamentale</i>	7
1.2 La ridefinizione della funzione cognitiva	8
1.3 L'approccio metacognitivo	9
1.4 La <i>Dialectical Behavioral Therapy</i>	11
1.5 Rimuginio e Autoregolazione	12
1.6 <i>Self-Discrepancy</i> e Autoregolazione	14
1.7 La natura del pensiero ripetitivo negativo	15
1.8 Rimuginio e disturbi mentali	16
1.9 Tassonomia delle metacognizioni	17
1.10 Metacredenze, attaccamento e regolazione cognitiva	18
1.11 I modelli clinici di regolazione cognitiva	23
<i>1.11.1 Il modello del processo duale</i>	24
<i>1.11.2 La Self-Regulatory Executive Function Theory</i>	26

1.12 Manifestazioni e ripercussioni cliniche del pensiero ripetitivo negativo	31
<i>1.12.1 Rimuginio ansioso</i>	31
<i>1.12.2 Ruminazione depressiva</i>	34
<i>1.12.3 Ruminazione rabbiosa</i>	37
<i>1.12.4 Rimuginio desiderante</i>	40
 CAPITOLO 2	43
 LE PRINCIPALI SCALE DI MISURAZIONE	43
 2.1 Penn State Worry Questionnaire	43
 2.2 Generalized Anxiety Disorder-7	45
 2.3 Worry Domains Questionnaire	46
 2.4 Ruminative Response Scale	47
 2.5 Anger Rumination Scale	49
 2.6 Desire Thinking Questionnaire	51
 2.7 Metacognition Questionnaire	52
 2.8 Meta-Worry Questionnaire	54
 2.9 Positive Beliefs about Rumination Scale	55
 2.10 Negative Beliefs about Rumination Scale	56
 2.11 Metacognitions about Desire Thinking Questionnaire	57

2.12 Perseverative Thinking Questionnaire	58
CAPITOLO 3	61
LA STRUTTURA E I RISULTATI DELLA RICERCA	61
3.1 Metodo.....	61
<i>3.1.1 Partecipanti.....</i>	61
<i>3.1.2 Strumenti autosomministrati</i>	64
<i>3.1.3 Analisi statistiche</i>	65
3.2 Risultati	66
<i>3.2.1 Struttura fattoriale del PTQ.....</i>	68
<i>3.2.2 Struttura fattoriale di PSWQ-10 e GAD-7.....</i>	72
<i>3.2.3 Validità convergente.....</i>	78
<i>3.2.4 Differenze di genere</i>	79
CAPITOLO 4.....	83
DISCUSSIONE E PROSPETTIVE FUTURE	83
4.1 Obiettivo dell’elaborato	83
4.2 Commento dei risultati.....	83
<i>4.2.1 Validità convergente.....</i>	85
<i>4.2.2 Differenze di genere</i>	86
4.3 Discussione dei risultati alla luce della letteratura.....	87

4.4 Implicazioni dei risultati: una svolta processuale	88
<i>4.4.1 Le ripercussioni cliniche.....</i>	<i>89</i>
4.5 I limiti	92
4.6 I punti di forza.....	92
4.7 Prospettive future.....	93
4.8 Conclusione	94
BIBLIOGRAFIA	95

Abstract

Introduzione: Il pensiero ripetitivo negativo (*repetitive negative thinking*, RNT) è un fattore sottostante a molte condizioni di sofferenza psicologica e, ancora, gioca un ruolo chiave nei disturbi di tipo ansioso e depressivo. Il *Perseverative Thinking Questionnaire* (PTQ) è uno strumento *self-report* che operazionalizza il RNT quale variabile transdiagnostica il cui impatto è indipendente dal contenuto cui si riferisce. A tal proposito, il presente lavoro di ricerca ha come obiettivo la validazione preliminare di una versione italiana di tale questionario.

Metodi: I dati del presente studio sono stati raccolti tramite l'autosomministrazione online del PTQ ad un campione italiano. Per rispondere all'obiettivo di ricerca è stata utilizzata la tecnica dell'analisi fattoriale confermativa (CFA) e, dopo aver analizzato i relativi indici di adattamento, sono state analizzate le correlazioni tra PTQ, GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder-7*) e PSWQ-10 (*Penn State Worry Questionnaire-10*).

Risultati: I risultati osservati supportano: (a) una struttura gerarchica a tre fattori per la versione italiana del PTQ e la sostanziale unidimensionalità del GAD-7 e PSWQ-10; (b) l'adeguatezza degli indici di intercorrelazione e affidabilità riferiti ai tre strumenti.

Discussione: La validazione italiana del PTQ, seppur in via preliminare, consente di misurare il RNT nella popolazione italiana. Ciò dal momento che: (a) la validità fattoriale e la consistenza interna del PTQ mostrano valori adeguati; (b) vi è una significativa convergenza tra PTQ, GAD-7 e PSWQ-10. Pertanto, i risultati così ottenuti argomentano a favore dell'utilità degli strumenti nell'approfondire un fattore transdiagnostico e trasversale alla sofferenza emotiva: il pensiero ripetitivo negativo.

CAPITOLO 1

Il pensiero ripetitivo negativo: un inquadramento generale

1.1 L'approccio cognitivo comportamentale

A partire dalla pubblicazione del primo studio clinico randomizzato (*randomized controlled trial*, RCT) che documentò l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale (*cognitive behavioral therapy*, CBT) per il trattamento della depressione (Rush et al., 1977), si delineò un vero e proprio cambio di paradigma nel panorama scientifico internazionale. Infatti, ad imporsi in modo rivoluzionario fu l'idea per la quale la sofferenza psicologica potesse essere spiegata, nonché efficacemente risolta, analizzando la fenomenologia del pensiero cosciente piuttosto che quella di forze o pulsioni inconse. Dunque, contrariamente a quanto tipicamente sostenuto dalla tradizione psicoanalitica più ortodossa, i disturbi mentali iniziarono a essere intesi quali frutto di distorsioni cognitive, sintomi di un funzionamento mentale errato. A titolo esemplificativo, è opportuno citare la celebre e fortunata concettualizzazione della triade cognitiva della depressione. Secondo quest'ultima, infatti, il principale fattore eziopatogenetico che causa e mantiene il funzionamento depressivo è costituito da pensieri negativi su di sé, sugli altri e sul mondo (A. Beck, 1970).

Nonostante numerose prove di efficacia abbiano permesso di consolidare ed estendere la validità del protocollo cognitivo comportamentale anche per ulteriori patologie, ad esempio per il disturbo di panico (Clark, 1986), la fobia sociale (Clark & Wells, 1995) e il disturbo da stress post-traumatico (Ehlers & Clark, 2000), ciò non è bastato per dirimere una fondamentale e annosa questione teorica, cioè qual è o quali sono i meccanismi che argomentano l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale.

1.1.1 I limiti della concettualizzazione cognitivo comportamentale

Alcuni autori hanno osservato che esistono delle correlazioni tra modificazioni cognitive e diminuzione della sofferenza emotiva (Burns & Spangler, 2001), pur mettendo in evidenza che gli atteggiamenti disfunzionali (e.g., stile di *achievement* orientato al perfezionismo, tendenza ad attribuire a sé stessi la colpa dei propri fallimenti, dipendenza dall'approvazione sociale, ecc.) non sono causalmente connessi all'ansia e alla depressione. Risposte più convincenti potrebbero provenire, invece, da un importante perfezionamento del modello teorico della CBT standard (Beck, 1984), proposto da Wells e Matthews (2014, p.28, p. 267-268). Gli autori, infatti, per superare i limiti di tale cornice teorica propongono una fondamentale distinzione tra conoscenza dichiarativa e procedurale. La prima si riferisce ad un insieme di conoscenze che: (a) sono accessibili a livello cosciente; (b) si presentano spesso in forma proposizionale; (c) variano in funzione di caratteristiche individuali e situazionali; (d) possono contenere informazioni rilevanti e stabili su di sé, configurandosi similmente alle credenze di base descritte da Beck. Le conoscenze procedurali, invece, descrivono un gruppo di piani o strategie non facilmente accessibili a livello cosciente, data la loro automatizzazione. Tali operazioni, inoltre, hanno una natura più stabile e contribuiscono alla pianificazione del comportamento nonché alla costruzione di obiettivi di regolazione cognitiva ed emotiva. Pertanto, da tali considerazioni, si deduce che una reale modificazione della sofferenza emotiva non può originare esclusivamente dalla messa in discussione e, successivamente, dalla modificazione delle credenze disadattive. Il rischio, infatti, è che il paziente si limiti ad intendere gli errori presenti nelle proprie valutazioni da un punto vista meramente logico, maturando, dunque, soltanto un parziale convincimento.

Una possibile spiegazione del perché ciò accada, chiama in causa le conoscenze procedurali individuali. Se queste ultime, infatti, non sono state sufficientemente modificate, la semplice rivalutazione delle credenze disfunzionali agisce in modo estemporaneo, con dei benefici molto limitati nel tempo.

1.2 La ridefinizione della funzione cognitiva

L'obiettivo più auspicabile, secondo Wells e Matthews (2014), sarebbe la maturazione di una consapevolezza metacognitiva, frutto dell'adozione di un atteggiamento di distacco (*detached coping*) dalle proprie valutazioni negative. Questo particolare stile di coping, infatti, potrebbe essere piuttosto utile nel promuovere la ricerca di informazioni che confutano la disfunzionalità di alcune conoscenze dichiarative. Come si potrebbe arrivare a tale risultato? Ad esempio, analizzando come il paziente si comporta in alcune situazioni problematiche, come orienta la propria attenzione selettiva o come, ancora, sceglie prove a sostegno delle proprie credenze.

Un'implicazione fondamentale di tale riflessione consiste in una promettente rivalutazione della funzione cognitiva. Quest'ultima, infatti, inizialmente intesa quale semplice fattore di mediazione tra stimolo e risposta possiede in realtà una profonda natura metacognitiva, dal momento che sostiene l'esercizio di un fondamentale controllo esecutivo retroattivo (Wells & Matthews, 2014). Dunque, la visione secondo la quale i disturbi mentali siano diretta espressione di credenze disfunzionali organizzate gerarchicamente (*self-beliefs*) sarebbe, oltre che eccessivamente semplicistica, inefficace nello spiegare fenomeni psicopatologici di natura processuale più che strutturale. A testimonianza di ciò, è utile citare il lavoro di Tom Borkovec sull'insonnia. Questi, infatti, come riportano Caselli e collaboratori (2017):

“[...] studiò insonnia e ansia non in termini di credenze cognitive, ma in rapporto a un processo cognitivo, il rimuginio, a sua volta dipendente da credenze metacognitive di utilità: rimuginare mi aiuta e perciò lo faccio, anche se mi costa sonno e tranquillità, [...] e per questo finì per indagare il rimuginio (worry), ovvero un comportamento della mente. Un processo, se vogliamo, ma non una credenza” (p. 18).

Ad assumere un ruolo centrale non sarebbero, dunque, le credenze in senso stretto, ma delle metacredenze. Ancora, gli autori evidenziano che:

“queste credenze metacognitive disfunzionali fanno sì che la persona sofferente reagisca alla sofferenza, cronicizzandola e andando a costituire un circolo ripetitivo negativo di pensieri (Repetitive Negative Thinking) che si autoalimenta, per due motivi principali: esso è erroneamente concepito come un piano funzionale di fronteggiamento della realtà e dei propri problemi oppure è ritenuto incontrollabile, più forte della volontà esecutiva” (p. 16).

1.3 L'approccio metacognitivo

Gli elementi finora considerati, corroborano una recente formulazione dei disturbi psicologici: la cosiddetta prospettiva “metacognitiva” (Wells, 2011). Il nucleo di tale formulazione consiste nell'enfatizzare non tanto la priorità dei pensieri sulle emozioni o viceversa, quanto piuttosto la distinzione tra fenomeni mentali automatici e fenomeni mentali controllati. Pertanto, cimentarsi nella ricerca di un nesso causale tra cognizioni, ragioni ed emozioni, per spiegare come avvenga la regolazione cognitiva, perde di significato: tutte e tre, infatti, sono interdipendenti e interagenti. Da ciò, dunque, si intuisce che il vero nodo da sciogliere non risiede nella loro natura intrinseca, quanto

piuttosto nel modo in cui vengono usate all'interno delle dinamiche di monitoraggio e di regolazione individuali.

Per comprendere come ciò avvenga, è opportuno citare alcune caratteristiche generali del modello metacognitivo:

- (a) esistono pensieri ed emozioni intrusivi e incontrollabili;
- (b) esperienze infantili o una particolare suscettibilità individuale possono rendere più disponibili nonché più dolorosi alcuni pensieri o certe sensazioni corporee;
- (c) a seconda di quale strategia si utilizzi per rispondere alle intrusioni mentali, si osservano degli effetti più o meno positivi (e.g., il rimuginio, data la transitorietà dei benefici ad esso connessi, rappresenterebbe una strategia disfunzionale che impatta negativamente sul funzionamento globale dell'individuo).

La formulazione del modello metacognitivo di Wells rappresenta per certi versi un aggiornamento se non un superamento della teoria cognitiva standard di Beck (1984). Secondo quest'ultima, infatti, le valutazioni che l'individuo esprime (più o meno consapevolmente) su particolari eventi o stimoli, influenzano causalmente l'esperienza di emozioni negative. Secondo la precedente linea di pensiero, ancora, l'eziologia dei disturbi mentali dovrebbe essere indagata prendendo in considerazione gli schemi personali, e cioè delle credenze gerarchicamente organizzate che esprimono delle valutazioni rigide su di sé, sugli altri e sul futuro.

1.4 La *Dialectical Behavioral Therapy*

La teoria cognitiva standard (Beck, 1984), per quanto efficace e intuitiva, presenta delle forti limitazioni alla luce di recenti evidenze. Infatti, come osservano Gabbard e collaboratori (2010):

“esiste uno iato fra ciò che la ricerca neuropsicologica suggerisce al riguardo (l’esperienza emozionale appare ampiamente determinata dalla relazione interpersonale in corso, a un livello che precede la cognizione esplicita) e la pratica della CBT più diffusa (la cosiddetta CBT standard). Quest’ultima, infatti, si fonda in ampia misura sull’indagine clinica delle cognizioni verbalizzabili (esplicita) viste come antecedenti delle emozioni, trascurando il ruolo che la relazione interpersonale in corso svolge certamente a livello preverbale e implicito, dunque precedente l’attribuzione esplicita di significato all’esperienza” (Parte II, p. 175-176).

Liotti, ancora, sottolinea che:

“lo studio dei processi metacognitivi in psicoterapia cognitiva ha implicato una maggiore attenzione al funzionamento interpersonale rispetto alla CBT standard, [...] (comportando un avvicinamento) alle tesi derivate dagli studi sull’intersoggettività e sulla regolazione delle emozioni” (p. 177).

A testimonianza della rilevanza clinica di questo cambio di prospettiva, è opportuno citare l’approccio *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT) di Marsha Linehan (1993). Tale modello psicoterapeutico, infatti, contando su numerose prove di efficacia testimonia che, per risolvere disturbi emotivi particolarmente complessi, è vitale prestare attenzione a quelle emozioni che non possono essere facilmente ricondotte a

credenze verbalizzabili o conoscenze dichiarative. Ciò assume una particolare rilevanza per disturbi complessi quali il disturbo borderline di personalità (DBP), ma non soltanto. A tal proposito, una recente metanalisi di Delaquis e collaboratori (2022), conclude che le abilità che si apprendono all'interno di un trattamento DBT (e.g., flessibilità cognitiva, gestione delle crisi, *problem solving*, validazione delle proprie esperienze emotive, ecc.) possiedono un importante valore transdiagnostico. Sembrerebbe, infatti, che l'apprendimento e l'esercizio delle stesse contribuisca a migliorare la regolazione delle proprie emozioni e cioè, ciò che spesso risulta compromesso in molti disturbi mentali.

1.5 Rimuginio e Autoregolazione

Le dinamiche caratterizzanti il pensiero ripetitivo negativo (*repetitive negative thinking*, RNT) possono essere meglio comprese in rapporto ad un fondamentale costrutto, l'autoregolazione (*self-regulation*). Quest'ultimo è descritto da un insieme di processi mentali organizzati attorno ad un meccanismo di *feedback loop* e aventi come obiettivi: (a) mantenere il focus attentivo sulla rappresentazione di un determinato scopo, sia esso cognitivo, emotivo o comportamentale; (b) registrare una possibile discrepanza tra una condizione attuale e una desiderata; (c) promuovere l'adozione di specifici comportamenti tesi a ridurre tale discrepanza; (d) monitorare l'esito delle proprie azioni in funzione del raggiungimento di uno specifico criterio di riferimento (Vohs & Baumeister, 2016). Dunque, il rimuginio può essere identificato quale una strategia inefficace di regolazione cognitiva, la quale, a sua volta, è espressione di una particolare forma di autoregolazione. Pertanto, la capacità di riuscire ad orientare nonché utilizzare correttamente e volontariamente le proprie risorse, senza perdersi in circoli viziosi

estenuanti e disfunzionali, consente di risolvere un'importante quota di sofferenza emotiva (Dalglish & Power, 2000).

Per comprendere più efficacemente quali siano i processi sottostanti alla regolazione cognitiva è piuttosto utile riferirsi ad un celebre modello, il sistema T.O.T.E. (Caselli, Ruggiero, et al., 2017).

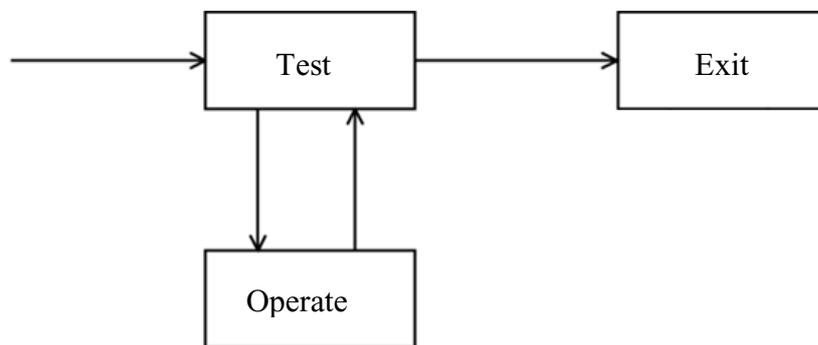


Figura 1. Circuito *Test-Operate-Test-Exit*; adattato da Miller e collaboratori (1960).

All'interno di tale sistema, è possibile individuare tre componenti chiave: (a) *Test*; (b) *Operate*; (c) *Exit*. La prima, specifica un processo dinamico e valutativo, all'interno del quale l'individuo monitora tutte quelle informazioni utili a raggiungere una condizione desiderata (e.g., evitamento attivo di uno stimolo minaccioso, soppressione di intrusioni mentali, ecc.). Tale monitoraggio si verifica sia in fase iniziale sia a livello intermedio: più precisamente, dopo che una data risposta viene espressa nella fase *Operate*. All'interno di quest'ultima, infatti, in base al grado di discrepanza precedentemente registrato, l'individuo agisce degli specifici comportamenti (e.g., incrementa o riduce il proprio impegno, raccoglie informazioni alternative, rimugina, ecc.). In seguito, dopo che la fase *Test* segnala di aver raggiunto un dato criterio di riferimento, indicante che la

discrepanza non è più significativa, gli sforzi di verifica e di controllo del sistema possono interrompersi. Così facendo, si entra a pieno titolo nel processo finale, *Exit*.

Quali sono le implicazioni fondamentali che derivano dall'utilizzo di tale modello esplicativo? Innanzitutto, l'idea per la quale tutte le operazioni che un organismo agisce sono costantemente guidate dal risultato di numerosi test, di numerose valutazioni. Pertanto, ricorrere a dei modelli esplicativi troppo semplicistici (e.g. modello stimolo-risposta, modello cognitivista classico, ecc.) non consente di spiegare adeguatamente aspetti rilevanti per la sofferenza psicologica.

1.6 *Self-Discrepancy* e Autoregolazione

Prendendo come riferimento l'unità T.O.T.E., è possibile meglio inquadrare delle interessanti evidenze raccolte da Caselli e collaboratori, (2014). Gli autori, infatti, traendo spunto dalle teorie di Higgins (1987) sulla centralità della discrepanza tra Sé attuale e Sé ideale nell'indurre emozioni quali tristezza, delusione e insoddisfazione, hanno indagato l'importanza dei meccanismi di *Self-Discrepancy Monitoring* (SDM) nell'indurre un abbassamento del tono dell'umore. Prestare attenzione alla differenza tra ciò che siamo e ciò che desideriamo essere, similmente alla componente *Test* del sistema TOTE, descrive un processo valutativo, potenzialmente volontario e non intrusivo. Nonostante ciò, tale monitoraggio sembrerebbe promuovere forme particolari di rimuginio, orientate alla ricerca di obiettivi sempre nuovi, spesso fonte di frustrazioni. Pertanto, distorsioni cognitive o credenze nucleari disadattive, potrebbero consolidarsi e permanere nel tempo poiché alla base vi è un processo di monitoraggio che può assumere caratteristiche inflessibili e per certi versi ipertrofiche: il SDM. Ancora, Caselli e collaboratori (2014) hanno raccolto dei dati interessanti circa il fatto che l'induzione sperimentale del monitoraggio della *self-discrepancy* potrebbe innescare

una deflessione del tono dell'umore, indipendentemente da quale sia lo stato emotivo precedente al monitoraggio stesso. A partire da ciò, si intuisce che sulla base di quanto intensa o transitoria sia la discrepanza percepita, effetti diversi si osservano in termini di conseguenze emozionali: rispettivamente una patologia vera e propria o una momentanea sofferenza psicologica.

1.7 La natura del pensiero ripetitivo negativo

A tal punto, dunque, sorge spontaneo interrogarsi su una questione. Posto che il pensiero ripetitivo negativo sia una strategia di autoregolazione disfunzionale, difficile da abbandonare, è utile riflettere su quale possa esserne la natura. È un meccanismo di funzionamento innato e automatico, pertanto cristallizzato all'interno delle strategie di coping individuali, o invece è il frutto di apprendimenti connessi alla propria storia di vita, alle proprie esperienze infantili? Per certi versi, entrambe le alternative sembrano valide. Per spiegare come ciò sia possibile, è opportuno far riferimento sia al condizionamento classico sia al condizionamento operante quali aspetti sottostanti all'apprendimento e al consolidamento del pensiero ripetitivo negativo. A tal proposito, viene in aiuto la teoria dei due fattori di Mowrer (1947) che, malgrado assuma una maggiore rilevanza nella spiegazione della genesi dei disturbi d'ansia, rappresenta ad ogni modo un'importante base da cui partire. Tale teoria suggerisce che inizialmente, attraverso il condizionamento Pavloviano, stimoli neutrali acquisiscono l'abilità di elicitare emozioni quali paura o ansia. Successivamente, per sperimentare sollievo da tali stimoli avversivi e tramite condizionamento operante, l'individuo apprende delle risposte di evitamento attivo. Tuttavia, con il passare del tempo, le stesse perdono la loro funzionalità, soprattutto se lo stimolo originario non mantiene l'associazione con gli stimoli incondizionati avversivi. A tal punto, è fondamentale osservare che l'utilizzo

abitudinario di strategie di evitamento non facilita l'estinzione dell'associazione stimolo condizionato stimolo incondizionato avversivo (SC-SIA). Ciò accade dal momento che, evitando sistematicamente l'esposizione allo stimolo condizionato, l'individuo non ha l'opportunità di estinguere le proprie reazioni avverse e cioè, di verificare concretamente la reale sussistenza dell'associazione. Dunque, tramite rinforzo negativo la strategia di evitamento viene consolidata e mantenuta nel tempo, indipendentemente dalla propria utilità o funzionalità. È bene sottolineare che, a tal proposito, l'evitamento può esprimersi non soltanto a livello comportamentale ma anche cognitivamente (Borkovec et al., 1998). In linea con quanto precedentemente osservato, infatti, Tucker e Newman (1981) notano che l'utilizzo di strategie analitiche di verbalizzazione quale strumento di regolazione delle emozioni, riesce a ridurre il livello di *arousal* associato alla percezione di stimoli avversivi. A tal proposito, Borkovec e collaboratori (1998) sottolineano che l'utilizzo di tali strategie (*worry*) sarebbe piuttosto significativo sotto il profilo evolucionistico. Riuscire ad inibire le risposte più impulsive, infatti, permetterebbe di consultare preziose informazioni immagazzinate in memoria e, ancora, di simulare mentalmente l'esito di possibili risposte senza doverle necessariamente mettere in atto. Dunque, una valutazione a priori sarebbe più vantaggiosa che una a posteriori.

1.8 Rimuginio e disturbi mentali

Nonostante quanto osservato in precedenza, talvolta l'utilizzo indiscriminato e inflessibile di strategie verbali e ricorsive di regolazione emotiva pone le basi perché si strutturino numerosi disturbi mentali, primo fra tutti, il disturbo d'ansia generalizzata (*generalized anxiety disorder*, GAD; Kring & Johnson, 2018, p. 184). Per spiegare più precisamente perché pazienti con GAD ricorrano in modo così forte all'utilizzo del

pensiero ripetitivo negativo, è utile far riferimento ad un modello, il *constraint-avoidance model* (Newman & Llera, 2011). Il nucleo centrale del modello è il seguente: individui con diagnosi di GAD trovano estremamente stressante sperimentare rapidi e imprevisi cambiamenti emotivi. Inoltre, per difendersi da tali cambiamenti, i pazienti con GAD preferirebbero mantenere uno stato cronico di rimuginio e di stress, sostanzialmente autoindotto. Ciò, infatti, consente loro di stabilizzare l'umore e l'*arousal* psicofisiologico, limitando l'impatto che *stressor* improvvisi potrebbero esercitare. Dunque, paradossalmente, il rimuginio può aiutare un individuo a mantenere costante e quindi più gestibile o prevedibile uno stato emotivo, per quanto frustrante o negativo possa essere.

In virtù di quanto osservato finora, appare che la natura adattiva o disadattiva del pensiero ripetitivo sia piuttosto variabile. Tale variabilità può essere ricondotta ad una importante dimensione di persistenza o perseveranza e dunque, alla ricerca di cosa renda il rimuginio la strategia di regolazione cognitiva d'elezione.

1.9 Tassonomia delle metacognizioni

Citando la classificazione di Wells (2011), in relazione alla regolazione cognitiva, si sottolinea la centralità di particolari credenze o scopi metacognitivi. Questi ultimi, più precisamente, rappresentano un insieme di convinzioni piuttosto rigide che l'individuo matura sui propri pensieri o emozioni. Tali metacognizioni, se disfunzionali, inducendo una costante attivazione di dinamiche di monitoraggio e sostenendo irrealistici obiettivi di regolazione, fanno sì che l'individuo sperimenti continue frustrazioni. Una prima distinzione fondamentale da menzionare separa le metacredenze sull'utilità del rimuginio (altrimenti dette metacredenze positive) dalle metacredenze negative. Le

prime esprimono il vantaggio di utilizzare alcune modalità di regolazione cognitiva come il rimuginio, la ruminazione o il monitoraggio di stimoli minacciosi. Le stesse, ancora, si presentano spesso in forma implicita e anche se da un lato possono sembrare apparentemente ragionevoli, dall'altro, hanno importanti quanto inconsapevoli effetti negativi. Alcuni esempi forniti da Wells sono: (a) *“Preoccuparmi serve a sentirmi pronto”*; *“Concentrarmi sui pericoli mi farà stare al sicuro”*; *“Se analizzo perché mi sento in questo modo troverò delle risposte”*; *“Devo controllare i miei pensieri altrimenti farò qualcosa di negativo”*. Le metacredenze negative, invece, descrivono delle particolari convinzioni che si incentrano sul significato e sulle implicazioni connesse all'utilizzo del rimuginio (Ruggiero et al., 2012; Wells, 2011). A tal proposito, le ricerche di Wells hanno portato all'identificazione di due particolari sottoinsiemi di metacognizioni. Il primo gruppo ha come tema l'incontrollabilità dei propri processi mentali e al suo interno si inseriscono credenze del tipo: *“Non riesco a smettere di rimuginare”* o *“Non ho alcun controllo sui miei pensieri”*. Il secondo tipo, invece, concerne la pericolosità e il significato attribuiti ai propri processi cognitivi e può includere credenze che contengono profezie catastrofiche circa i possibili esiti del rimuginio. Per citare alcuni esempi: *“Il rimuginio mi farà impazzire o mi farà ammalare”*; *“I pensieri negativi hanno il potere di farmi fare cose negative”*; *“Rimuginare può danneggiare il mio corpo”*. Tale secondo gruppo, inoltre, può contenere anche credenze che esprimono un giudizio globale su di sé (e.g., *“Rimuginare sopra questi dettagli significa essere uno sciocco”*).

1.10 Metacredenze, attaccamento e regolazione cognitiva

In virtù delle questioni finora trattate è possibile individuare un importante e prezioso livello di approfondimento che rimanda alla seguente domanda: Che rapporto esiste tra

metacredenze, storia di apprendimenti individuali e relazione con le figure di riferimento in età infantile? Il tema riguarda, dunque, la possibile esistenza di alcuni fattori di rischio per lo sviluppo di metacognizioni disfunzionali o ancora, di alcuni fattori che ne promuovano il mantenimento. Una fonte che, a tal proposito, potrebbe fornire interessanti chiavi di lettura è la teoria dell'attaccamento di Bowlby (Lis et al., 1999, p. 347-361).

Il nucleo centrale di tale modello teorico prevede che il bambino fin dalle prime fasi evolutive cerchi, attivamente, la vicinanza con la propria figura di attaccamento, per adempiere bisogni di: (a) sicurezza; (b) protezione; (c) regolazione dei propri stati interni. Dunque, ruolo chiave della figura di attaccamento è quello di fornire supporto da un punto di vista fisico, materiale ed emotivo. In tal modo si esprimerebbero le qualità fondamentali che Bowlby ha attribuito alla base sicura e cioè, ad una figura che è in grado di promuovere comportamenti esplorativi nel bambino, incoraggiandone e stimolandone sviluppo e capacità individuali. Un elemento fondamentale da tenere in considerazione, inoltre, è l'idea per la quale il rapporto con la figura di riferimento fornisca un ambiente in cui è possibile apprendere importanti informazioni. Tali informazioni discendono dall'identificazione di potenziali stimoli minacciosi e facilitano, dunque, l'espressione delle risposte più efficaci nel fronteggiare stati interni negativi (e.g., frustrazione, ansia da separazione, sofferenza emotiva). In altri termini, il bambino apprende delle modalità d'interpretazione delle informazioni e, in base a ciò, utilizza delle particolari strategie di risposta (Fonagy & Target, 2001). La funzionalità delle soluzioni adottate dal bambino, tuttavia, è diretta espressione della qualità della relazione con la figura di riferimento. A seconda del comportamento mostrato dalla stessa, infatti, si originano due tipologie relazionali ben distinte: l'attaccamento sicuro

da un lato e l'attaccamento insicuro dall'altro. Il primo descrive uno scenario in cui la figura di attaccamento riesce a sintonizzarsi efficacemente con le richieste del bambino, adempiendone i bisogni principali. Una figura di tal tipo, ancora, consente degli importanti confronti sul piano metacognitivo. A tal proposito, come notano Lorenzini e Sassaroli (1995), confrontare l'esperienza di un proprio stato emotivo (e.g., la paura) con quello meno intenso rispecchiato dalla figura di attaccamento (e.g., un atteggiamento di calma o tranquillità) facilita una prima discriminazione tra un piano delle emozioni o pensieri e un altro, invece, attinente alla realtà materiale. Inerentemente all'attaccamento insicuro, invece, sono emblematici dello stesso quegli scambi interattivi in cui la figura di attaccamento non risponde adeguatamente alla ricerca di prossimità del bambino. In tal modo, quest'ultimo impara presto che ricercare la vicinanza con l'altro non lenisce la propria sofferenza emotiva e, pertanto, ricorre a forme particolari di espressione delle emozioni per gestire la propria frustrazione. A tal riguardo, una distinzione centrale da effettuare evidenzia due tipologie di attaccamento insicuro: (a) ansioso; (b) evitante. La prima tipologia consiste in una cornice relazionale in cui il bambino mostra un forte stato di ipervigilanza e ricerca possibili segnali che preannuncino una separazione dal *caregiver*, dal momento che l'allontanamento dallo stesso non è stato ancora adeguatamente metabolizzato. Emblematica dell'attaccamento insicuro evitante, invece, è una relazione in cui il bambino apprende che i propri stati interni negativi non possono essere adeguatamente regolati dalla figura di riferimento poiché questi non riesce a fornire sufficienti rassicurazioni o supporto emotivo. Di conseguenza, strategie di soppressione del pensiero e di allontanamento dalla coscienza di stimoli minacciosi, emergono quali principali strumenti di *coping* (Moss et al., 2015; Shaver & Mikulincer, 2002).

In definitiva Caselli e collaboratori (2017) evidenziano che forme di attaccamento insicuro, in generale, promuovono l'adozione di strategie di regolazione cognitiva che si incentrano o sul monitoraggio o sulla soppressione dello stimolo minaccioso e che, ancora, inducono dei fenomeni di deattivazione (e.g., evitante e distaccata) o iperattivazione (e.g., drammatica, preoccupata e rabbiosa) dell'espressione emotiva. Dunque, il nocciolo della questione è che l'attaccamento insicuro, diversamente da quello sicuro, consolida l'apprendimento di metacredenze disfunzionali le quali, a loro volta, sostengono in una logica ricorsiva l'irrigidimento delle strategie di regolazione cognitiva. Per meglio comprendere la relazione esistente tra attaccamento e regolazione emotiva è utile ricorrere ad un costrutto di centrale importanza, quello di modello operativo interno (*internal working model*). Quest'ultimo, secondo Bowlby (Malik et al., 2015), descrive una rappresentazione mentale che racchiude le aspettative circa la disponibilità della figura di attaccamento e quelle, ancora, relative al proprio valore personale. I modelli operativi interni, inoltre, si ipotizza condizionino i meccanismi di regolazione influenzando le risposte cognitive, affettive e comportamentali individuali che si esprimono in condizioni di *stress*. Dunque, mentre individui con attaccamento evitante sono caratterizzati da modelli operativi negativi degli altri, coloro che sviluppano un attaccamento ansioso costruiscono dei modelli operativi negativi di sé stessi. Gli appartenenti all'ultima categoria, inoltre, si vedono come dotati di scarso valore personale e mostrano, allo stesso tempo, una forte paura di essere rifiutati. Per gestire tali stati interni negativi, gli stessi utilizzano strategie quali rimuginio o ruminazione che tuttavia, data la loro disfunzionalità, spesso amplificano lo stress percepito. Per quanto concerne i modelli operativi riferiti agli altri, invece, questi includono al loro interno delle credenze inerenti alla disponibilità delle figure di

attaccamento e alle risposte più probabili che ci si attende dalle stesse. Individui con attaccamento evitante trovano difficile instaurare legami emotivi con gli altri e difficilmente mostrano dipendenza dalle relazioni. In tal caso, come strategie di *coping* principali, si osservano l'adozione di un atteggiamento di distacco dall'altro e l'utilizzo di tecniche di soppressione del pensiero.

Per riassumere e sistematizzare quanto osservato finora, può essere utile considerare la Tabella 1, adattata da Caselli e collaboratori (2017).

Tabella 1. Attaccamento, conoscenze metacognitive e strategie di regolazione cognitiva.

Stile di attaccamento	Conoscenza metacognitiva	Strategie di regolazione cognitiva
Sicuro	Gli stati interni negativi sono transitori, distinti dalla realtà e non è necessario sopprimerli.	Utilizzo flessibile dell'attenzione, ricerca di informazioni alternative tramite esplorazione (indipendente da stati interni negativi).
Insicuro ansioso	Pensieri ed emozioni sono importanti ed equivalgono a fatti; La mente è incontrollabile; Ipervigilanza e monitoraggio continui aiutano a gestire la sofferenza emotiva.	Monitoraggio alla ricerca di minacce interpersonali e stati interni negativi; Rimuginio.
Insicuro evitante	Pensieri ed emozioni sono pericolosi e possono far perdere il controllo. Devo ricercare uno stato di continua sicurezza per evitare pensieri ed emozioni negative.	Evitare di prestare attenzione alle minacce interpersonali e a stati interni negativi con conseguente focalizzazione su stati di sicurezza.

Sebbene individui con diverse tipologie di attaccamento mostrino delle altrettanto diverse strategie di regolazione emotiva, è interessante osservare che in realtà esistono numerosi punti di contatto tra le stesse. A tal proposito, Sassaroli e collaboratori (2016) notano che il monitoraggio e la soppressione sono entrambi caratterizzati da una rigidità e pervasività nell'utilizzo delle risorse attentive. Tali strategie, infatti, sono in grado di irrigidire i processi di regolazione delle esperienze interne, inibendo l'apprendimento di modalità di fronteggiamento alternative e più funzionali che includono, ad esempio, comportamenti di esplorazione. Questi ultimi, infatti, sarebbero in grado di promuovere la modificazione delle conoscenze metacognitive (Wells & Matthews, 2014). Perché, dunque, sarebbe così difficile riconoscere o modificare tali strategie di regolazione disadattive? Una risposta a tale interrogativo potrebbe essere di natura evolutiva. È infatti probabile che strategie di deattivazione o iperattivazione emotiva avessero una certa funzionalità nel contesto della relazione di attaccamento. Tuttavia, è altrettanto probabile che con il passare del tempo, la rigidità nonché la generalizzazione nell'utilizzo di tali strategie ne abbia determinato una sempre più ridotta funzionalità. In virtù di quanto osservato finora, è possibile dedurre che esista un intimo rapporto tra conoscenze metacognitive, stili di attaccamento e strategie di regolazione cognitiva e a supporto di ciò, è significativo citare un lavoro di Myers e Wells (2015). Secondo gli autori, infatti, esperienze infantili negative e abusi emozionali contribuiscono alla formazione di metacredenze disfunzionali e le stesse, hanno un fondamentale ruolo di mediazione tra gli stili di attaccamento e sintomi psicologici di ansia o depressione.

1.11 I modelli clinici di regolazione cognitiva

Una volta evidenziata la centralità della relazione tra strategie di regolazione cognitiva e sofferenza psicologica, è particolarmente utile citare alcuni modelli clinici di

regolazione cognitiva. Ciò è vero dal momento che sia il modello del processo duale (Beevers, 2005) sia quello associato alla *Self-Regulatory Executive Function Theory* (Wells, 2011; Wells & Matthews, 2014) mostrano grandi potenzialità nella comprensione dei fattori specifici sottostanti alle cause e al mantenimento dei disturbi psicologici.

1.11.1 Il modello del processo duale

Il modello del processo duale, in modo tanto parsimonioso quanto efficace, attribuisce un ruolo chiave a due livelli di elaborazione delle informazioni: il pensiero associativo e il pensiero riflessivo (Beevers, 2005). Il primo descrive una modalità rapida e automatica di processamento delle informazioni; il secondo, invece, una modalità più lenta, più impegnativa sotto il profilo cognitivo e maggiormente legata ad aspetti motivazionali (e.g., la motivazione a raggiungere un dato obiettivo o scopo). Un'altra componente fondamentale contemplata dal modello, inoltre, consiste nella descrizione di come i due livelli di elaborazione interagiscono, specificando anche quando ciascuno di essi assume la priorità sull'altro. Quali sono, dunque, le caratteristiche principali del pensiero associativo? Innanzitutto, la peculiarità di dipendere strettamente dalle proprie esperienze di vita. Ciò accade poiché la salienza di certe immagini mentali o sensazioni corporee si iscrive strettamente nella storia dei propri apprendimenti associativi. In altri termini, l'individuo, una volta che ha attribuito una certa frequenza nonché salienza a degli stimoli e alle conseguenze che predicano, apprende un'associazione che diviene accessibile quando entra in contatto con stimoli nuovi ma, allo stesso tempo, simili ai precedenti (Smith & DeCoster, 2000). Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione è il seguente: non è possibile essere consapevoli dei processi che stanno alla base del pensiero associativo ma soltanto degli esiti che ne derivano.

Il pensiero riflessivo, invece, talvolta denominato “esplicito” o “controllato”, rappresenta una modalità di elaborazione delle informazioni piuttosto lenta e dispendiosa a livello cognitivo. Inoltre, lo stesso è influenzato e disciplinato da alcune particolari regole procedurali o metacredenze la cui formazione, ancora, dipende dall’esperienza pregressa individuale. La modificazione del pensiero riflessivo, inoltre, non può avvenire direttamente: perché ciò accada, infatti, è necessario che avvenga prima un cambiamento a livello delle metacredenze o regole individuali. A tal punto, resta da esplorare la componente d’interazione del modello. Una premessa di fondo osserva che il pensiero associativo rappresenta un livello di funzionamento basilare, attivo per la maggior parte del tempo. Ciononostante, il pensiero riflessivo può assumere il controllo quando: (a) l’individuo dispone di risorse cognitive sufficienti; (b) viene percepita una discrepanza interna o un’aspettativa disattesa. Pertanto, l’obiettivo dello stesso consiste nell’attivazione di un insieme di operazioni mentali tese a ridurre la discrepanza precedentemente registrata (Beevers, 2005).

In virtù di quanto notato finora, si sottolinea un’importante implicazione: il pensiero riflessivo, il pensiero associativo e la loro interazione, sono determinanti nello stabilire la vulnerabilità individuale a sintomi psicologici. Individui particolarmente vulnerabili alla sofferenza psicologica, infatti, fanno esperienza di un numero maggiore di intrusioni mentali e affettive negative (Beevers, 2005).

Tuttavia, essere semplicemente predisposti alla sofferenza emotiva non predice in modo univoco l’insorgenza di disturbi psicologici veri e propri. Infatti, per meglio spiegare l’origine degli stessi, è fondamentale insistere su come venga utilizzato il pensiero riflessivo per regolare gli stati interni negativi. Quest’ultimo, non a caso, fallisce nel suo obiettivo di regolazione quando si è particolarmente stanchi, quando non si percepisce

alcuna discrepanza rispetto alle informazioni che emergono dal pensiero associativo o quando, ancora, si ricorre al rimuginio.

1.11.2 La Self-Regulatory Executive Function Theory

Un ulteriore modello piuttosto interessante da menzionare origina dalla *Self-Regulatory Executive Function Theory* (S-REF Theory; Wells, 2011; Wells & Matthews, 2014). Obiettivo principale dello stesso è quello di concettualizzare una sintesi tra elaborazione automatica ed elaborazione controllata delle informazioni. Per fare ciò, si attribuisce un ruolo chiave a particolari strategie e cioè, a dei fattori di mediazione tra le conoscenze metacognitive e l'impalcatura cognitiva individuale. A livello generale, un aspetto che segna una cesura rispetto al modello del processo duale consiste nell'approfondimento della relazione esistente tra le regole o metacredenze e il processamento consapevole delle informazioni. Entrando più nel dettaglio, quindi, la S-REF Theory concepisce l'architettura cognitiva individuale come un sistema gerarchico e tripartito.

Il livello più basso opera similmente al pensiero associativo e dunque in modo automatico e inconsapevole. Le operazioni compiute dallo stesso, ancora, possono spontaneamente determinare l'emersione a livello cosciente di particolari intrusioni, cognitive o affettive che siano. Tuttavia, talvolta può accadere che un effetto analogo derivi, in realtà, dall'attivazione di alcune strategie di monitoraggio le quali, infatti, hanno la capacità di rendere più accessibili particolari informazioni.

Il secondo livello di elaborazione, invece, è quello in cui opera la cosiddetta "funzione esecutiva autoregolatoria" (*self-regulatory executive function*, S-REF), responsabile dell'integrazione tra gli altri due livelli. Più precisamente, la S-REF opera come se fosse un vero e proprio circuito T.O.T.E.: (a) elabora le informazioni in funzione del livello di

discrepanza con dei criteri interni; (b) mette in atto delle strategie per ridurre il livello di discrepanza; (c) interrompe le operazioni in corso quando si raggiungono particolari segnali di interruzione. Il livello intermedio, inoltre, dipende dalle procedure specificate dal livello superiore e ancora, in base alle stesse, filtra e valuta gli stimoli che emergono dall'elaborazione automatica.

Il terzo livello, al contrario, è rappresentato da particolari scopi e credenze che, impostando degli obiettivi o modelli di riferimento, hanno la capacità di attivare o interrompere la funzione esecutiva autoregolatoria. A partire da ciò, si deduce che l'obiettivo della S-REF di riduzione della discrepanza può essere raggiunto grazie alla modificazione o inibizione dell'elaborazione automatica o, ancora, grazie ad una ridiscussione delle conoscenze stabili (gli scopi e le credenze del livello superiore).

Alla luce di quanto osservato, dunque, si individuano due tipologie di regolazione cognitiva: la modalità "oggetto" e la modalità "metacognitiva". Nella prima, avviene un fondamentale processo di fusione tra pensieri e realtà: l'individuo abbraccia l'idea per la quale i contenuti della propria coscienza rispecchino la realtà esterna e pertanto, ritiene che i propri comportamenti debbano essere funzione diretta dei propri pensieri. Nella modalità metacognitiva, invece, i prodotti della propria mente vengono interpretati quali aspetti separati da sé e dal mondo esterno. In altri termini, individui che utilizzano tale strategia di regolazione credono che le proprie conoscenze e i propri scopi possano essere messi in discussione.

Per meglio comprendere le dinamiche d'interazione evidenziate dalla S-REF *Theory* è utile ricorrere al seguente modello esplicativo, in Figura 2.

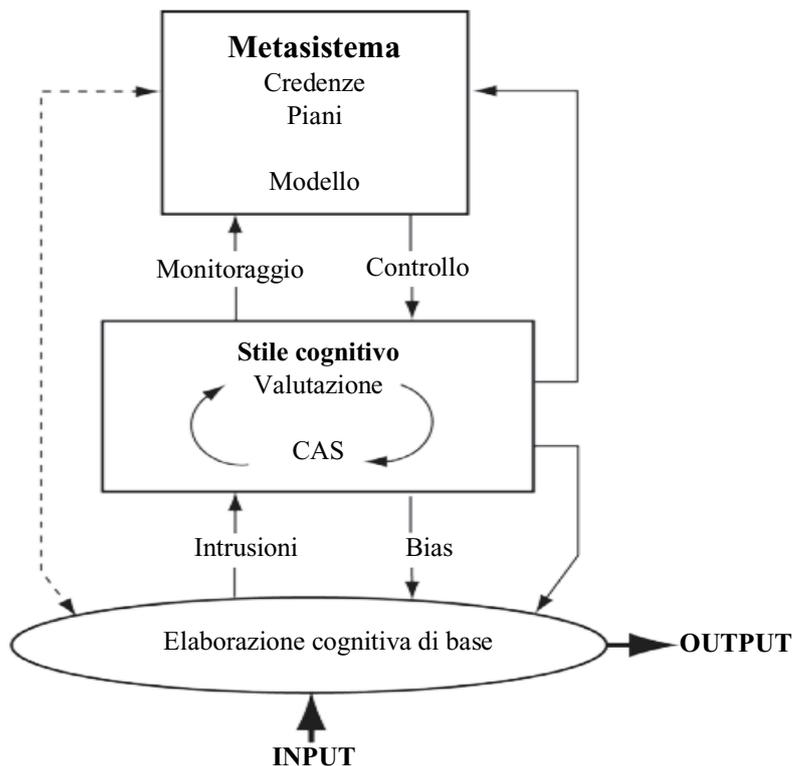


Figura 2. *Self-Regulatory Executive Function Theory (Caselli, Ruggiero, et al., 2017; Wells, 2011).*

Tra le componenti principali dello stesso vi è senza dubbio il cosiddetto “metasistema” (vedi Figura 2). Quest’ultimo, nonostante sia distinto dagli altri sistemi cognitivi, analogamente agli stessi, si esprime attraverso più livelli di elaborazione delle informazioni. Una peculiarità del metasistema, inoltre, consiste nel creare un modello o una rappresentazione del processamento cognitivo in tempo reale, guidando verso il raggiungimento di un particolare piano o obiettivo. Tuttavia, talvolta accade che il sistema non mostri un funzionamento efficace o adeguato: è il caso di ciò che accade nei disturbi psicologici. Negli stessi, infatti, si osserva un’iperattivazione della funzione esecutiva autoregolatoria che, a sua volta, può dipendere da alcuni fattori: (a) l’utilizzo di strategie inadeguate rispetto alla discrepanza percepita; (b) il carattere irrealistico di alcuni scopi o segnali di stop; (c) il ricorso esclusivo alla modalità oggetto.

A tal proposito, si nota che all'interno del modello S-REF viene attribuita un'importanza centrale ad uno stile di pensiero particolarmente disfunzionale, la "sindrome attentivo-cognitiva" (*Cognitive Attentional Syndrome, CAS*). La CAS si articola in un insieme di strategie di regolazione cognitiva inefficaci (e.g., rimuginio, ruminazione, soppressione del pensiero, comportamenti di evitamento, ecc.) che, globalmente, provocano l'ancoraggio ad una persistente sofferenza emotiva e psicologica. Un meccanismo cruciale perché ciò accada è la facilitazione dell'accesso alla coscienza di informazioni negative. Ciò si verifica dal momento che le idee che gli individui maturano sul funzionamento della propria mente, le cosiddette "conoscenze metacognitive", regolano e direzionano le operazioni di controllo e monitoraggio delle informazioni attraverso, ancora, la regolazione dell'attenzione.

Secondo la teoria metacognitiva dei disturbi psicologici, esistono due tipologie di conoscenze metacognitive (Wells, 2002; Wells & Matthews, 2014): una di natura dichiarativa o esplicita e un'altra, invece, di tipo implicito o procedurale. La conoscenza esplicita si riferisce a contenuti che possono essere espressi a livello verbale. Ad esempio: "*Preoccuparsi può provocare un attacco cardiaco*"; "*Avere brutti pensieri significa essere malati di mente*"; "*Se mi concentro sui pericoli posso evitare di farmi male*". La conoscenza implicita, al contrario, non può essere espressa verbalmente. La si intende, infatti, come un insieme di regole o programmi che guidano il pensiero e, più precisamente, è descritta da quei fattori che controllano l'allocazione dell'attenzione, la ricerca mnestica, l'utilizzo di euristiche nello sviluppo dei giudizi. La conoscenza implicita o procedurale, dunque, specifica le "abilità di pensiero" che ciascun individuo possiede.

Un ulteriore livello di distinzione da presentare, relativamente alle credenze metacognitive, separa le metacognizioni positive da quelle negative. Le prime specificano i benefici o i vantaggi dell'impegnarsi in quelle attività cognitive che descrivono la CAS e ricalcano contenuti del tipo: *“È utile focalizzare l'attenzione sulle minacce”*; *“Preoccuparsi del futuro aiuta a prevenire i pericoli”*. Le metacognizioni negative, invece, concernono l'incontrollabilità, il significato, l'importanza e la pericolosità delle esperienze cognitive. Esempi di tali credenze sono: *“Non ho alcun controllo sui miei pensieri”*; *“Se ho dei pensieri violenti li metterò in pratica contro la mia volontà”*.

In virtù di quanto osservato finora, emerge una fondamentale riflessione:

“La conoscenza metacognitiva è la conoscenza della propria mente (mind-knowledge) e non è conoscenza di sé (self-knowledge). Convinzioni e rappresentazioni mentali su di sé, sugli altri e sul mondo non appartengono alla conoscenza metacognitiva, semmai vi appartengono convinzioni circa la rilevanza di alcune idee su di sé rispetto ad altre, il significato di certe intrusioni mentali, la migliore reazione cognitiva da attuare” (Caselli et al., 2017, p. 72).

In sintesi, *“le credenze metacognitive influenzano la modalità di monitoraggio, valutazione, e controllo della nostra esperienza interna e possono favorire una dinamica di regolazione cognitiva inefficace come la CAS”* (Caselli, Ruggiero, et al., 2017).

1.12 Manifestazioni e ripercussioni cliniche del pensiero ripetitivo negativo

Una volta presentati alcuni contributi teorici inerenti al pensiero ripetitivo negativo è doveroso fornirne un approfondimento in termini di manifestazioni e ripercussioni cliniche principali. Come evidenziano Caselli e collaboratori (2017), esistono differenti manifestazioni del RNT, tra le stesse individuiamo: (a) rimuginio ansioso; (b) ruminazione depressiva; (c) rimuginio desiderante e (d) ruminazione rabbiosa.

1.12.1 Rimuginio ansioso

Gli autori descrivono il rimuginio ansioso come un: *“processo di pensiero consapevole che si attiva a seguito della percezione di una minaccia ipotetica circa il futuro imminente o remoto”* (Caselli et al., 2017, p. 94). A partire da tale definizione si evince il carattere aspecifico del rimuginio ansioso e cioè, l'idea per la quale molti disturbi mentali risentano della sua influenza negativa. Ad esempio, il disturbo d'ansia generalizzata (Kring & Johnson, 2018, p. 184), il disturbo di ansia sociale (Clark & Wells, 1995), il disturbo ossessivo compulsivo (Tallis & de Silva, 1992) e disturbi del comportamento alimentare (Sassaroli & Ruggiero, 2008). Dunque, nonostante le preoccupazioni possano riferirsi a temi diversi fra loro (e.g., aspetto fisico, giudizio sociale, alimentazione, ecc.), il fattore che le alimenterebbe è probabile che sia sempre il medesimo. Lo stesso, inoltre, secondo Ruscio e collaboratori (2001) avrebbe un significato dimensionale piuttosto che discreto: in altri termini, sarebbero delle differenze quantitative piuttosto che qualitative a conferire un carattere patologico al rimuginio. Quest'ultimo infatti secondo Paulesu e collaboratori (2010), se perseverante nel tempo, consente di discriminare tra soggetti con e senza GAD. La ripetitività tipica del rimuginio, inoltre, piuttosto che esprimersi tramite il susseguirsi di immagini mentali, prevede il ricorso privilegiato al canale verbale. L'utilizzo cronico e ricorsivo

di questa modalità potrebbe trovare una spiegazione nel lavoro di Ottaviani e collaboratori (2014) secondo i quali, pensare in forma dialogica e ripetitiva a contenuti ansiosi, piuttosto che immaginarli, produrrebbe una minore risposta cardiovascolare. Ulteriore aspetto da menzionare è il carattere astratto del rimuginio (Stöber, 1997), derivante da una tendenza a ponderare anche la più remota nonché inverosimile forma di minaccia.

Quali sono le principali conseguenze di questa forma di pensiero ripetitivo negativo? Alcune di queste riguardano il tema del benessere personale e altre, quello delle prestazioni cognitive. Tra le conseguenze fisiche o psicologiche si individuano una maggiore tensione muscolare (Hazlett et al., 1994), insonnia (Harvey, 2000) e dolore cronico (Spada et al., 2016). Relativamente alle implicazioni cognitive, invece, si nota che il rimuginio grava significativamente sulle risorse di memoria di lavoro e, pertanto, impatta negativamente sulla performance cognitiva (Hayes et al., 2008; Leigh & Hirsch, 2011). Quando è più probabile che tali implicazioni si realizzino? Nel momento in cui naturali e spontanee intrusioni mentali vengono identificate quali informazioni rilevanti. Per dirlo in altri termini, citando la *S-REF Theory* (Wells, 2011), quando un individuo utilizza in modo eccessivamente rigido la modalità oggetto di regolazione cognitiva. A tal proposito, un tema di centrale importanza è quello delle metacredenze positive e negative. Le stesse, infatti, ponendo spesso degli irrealistici obiettivi di regolazione (e.g., “*Devo rimuginare fino a quando ogni dubbio sarà scomparso*”) alimentano e contribuiscono a tenere in vita una strategia che è destinata a fallire. Non a caso, verificare costantemente se determinati dubbi sono stati efficacemente risolti, porta a generarne sempre di nuovi, innescando un deleterio circolo vizioso (Wenzlaff & Wegner, 2000). Ulteriori regole disfunzionali prescrivono di rimuginare il più possibile

prima di prendere una decisione o ancora, di individuare dei segnali di *stop* poco sostenibili (e.g., “*Smetterò di rimuginare quando finirò il lavoro, a costo di non dormire*”). Ad essere altrettanto disadattive sono le metacredenze negative, particolarmente rappresentative del disturbo d’ansia generalizzata (Wells & Carter, 2001). Le stesse (e.g., “*Il rimuginio mi farà impazzire*”), infatti, specificando la pericolosità e incontrollabilità del pensiero ripetitivo, innescano un particolare “metarimuginio” e cioè, una tendenza a preoccuparsi circa le conseguenze negative delle proprie incontrollabili preoccupazioni. Per quanto concerne le metacredenze positive sottostanti al rimuginio ansioso, è utile considerare la seguente schematizzazione in Tabella 2, adattata da Caselli e collaboratori (2017).

Tabella 2. Metacredenze positive sul rimuginio e relativi effetti disadattivi.

METACREDENZE POSITIVE	IMPLICAZIONI DISFUNZIONALI
Rimuginare aiuta a trovare soluzioni o a prendere la decisione giusta.	Solidifica meccanismi di distorsione cognitiva a causa dei quali spiegazioni o soluzioni alternative vengono trascurate. Inoltre, promuove una costante e incessante valutazione sull’adeguatezza delle proprie decisioni.
Rimuginare aiuta ad essere preparati.	Induce un senso di stanchezza tale da non consentire una risposta efficace agli imprevisti. Inoltre, non permette di scoprire se si è in grado di fronteggiarli diversamente e più efficacemente, senza rimuginare.
Rimuginare aiuta a prepararsi al peggio.	In base al <i>Contrast Avoidance Model of Worry</i> (Newman & Llera, 2011), il rimuginio produce un vantaggio puramente illusorio. Ciò accade in quanto, inducendo uno stato di ansia durevole nel tempo, l’esperienza di uno <i>stressor</i> improvviso viene percepita come più tollerabile poiché maggiormente in sintonia con la propria condizione emotiva. Dunque, tale strategia si limita a indurre una condizione di stabilità piuttosto che di riduzione della sofferenza emotiva.
Rimuginare aiuta a motivarsi ad agire.	Promuove un senso di affaticamento impegnando le proprie risorse cognitive in uno sforzo continuo. Così facendo, ostacola oltremodo le proprie prestazioni.

1.12.2 Ruminazione depressiva

Accanto al rimuginio ansioso, si osserva un'ulteriore manifestazione del pensiero ripetitivo negativo: la ruminazione depressiva. Con tale espressione, innanzitutto, si fa riferimento ad una strategia di *coping* disfunzionale e ancora, a un fattore di rischio e di mantenimento per lo sviluppo di sintomi depressivi (Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 1991). Per quanto concerne la natura della ruminazione, inoltre, è bene menzionare alcune caratteristiche che la accomunano al rimuginio ansioso ed altre che, allo stesso tempo, la differenziano. In primo luogo, entrambi rispondono a dei criteri di astrazione, ripetitività e negatività. Tuttavia, mentre rimuginare porta l'individuo a cercare di prevedere cosa potrebbe accadere di negativo in futuro, l'atto di ruminare, in maniera diversa, stimola ad analizzare le cause di un evento negativo, spesso riconducendole a fattori interni. In altri termini: *“La ruminazione non è quindi un'attività mentale predittiva, ma piuttosto analitica”* (Caselli, Ruggiero, et al., 2017). Un'ulteriore differenza è rappresentata dalle diverse implicazioni psicopatologiche: mentre il rimuginio è spesso associato a sintomi di carattere ansioso la ruminazione, al contrario, è tipicamente connessa a sintomi depressivi (Nolen-Hoeksema, 2000). Nonostante ciò, è pur vero che esiste una caratteristica che li accomuna: il loro carattere transdiagnostico. L'atto di ruminare, infatti, potrebbe non essere unicamente legato alla depressione, ma anzi, potrebbe legarsi anche ad altre condizioni di sofferenza fisica e psicologica (Smith & Alloy, 2009). A tal proposito, è stato osservato che la ruminazione mostra di predire in maniera affidabile sintomi borderline e in modo particolare, sintomi di autolesionismo (Geiger et al., 2013). Ancora, ulteriori risultati indicano che la medesima strategia ha un impatto significativo nell'indurre esperienze di *craving* in individui con dipendenza da alcol (Caselli, Gemelli, et al., 2013).

Un livello di approfondimento della ruminazione, ne distingue una importante tipologia: la cosiddetta “ruminazione disforica”. È stato osservato, infatti, che ruminare sulle cause, sulle conseguenze del proprio umore depresso potrebbe efficacemente spiegare l’eziologia della depressione (Spasojevic et al., 2004).

In sintesi, la ruminazione depressiva (Caselli et al., 2017, p. 113) può essere descritta da una combinazione più o meno eterogenea di tre componenti principali: (a) ruminazione analitica; (b) ruminazione autocritica; (c) ruminazione controfattuale. La prima ha come finalità la ricerca delle cause di un evento o dei propri sintomi ed è, inoltre, significativamente associata alla depressione. La seconda, invece, è orientata a spiegare le cause degli eventi ricorrendo a svalutazioni personali, inducendo emozioni quali vergogna o senso di colpa. La ruminazione controfattuale, infine, preme verso la rivalutazione e riconsiderazione di eventi passati, simulandone esiti alternativi. Complessivamente, tali modalità di regolazione procurano numerose conseguenze disfunzionali. In primis, rinforzando strategie di evitamento, ostacolano la possibilità che l’individuo riesca a confutare pragmaticamente l’inesattezza delle proprie speculazioni. In altri termini, privano dell’opportunità di verificare la sussistenza delle proprie elucubrazioni mentali inibendo, ancora, comportamenti di esplorazione (Moulds et al., 2007).

Analogamente al rimuginio, le prestazioni cognitive sono negativamente influenzate dalla ruminazione: la stessa, ad esempio, contribuisce a ridurre la concentrazione durante lo svolgimento di diversi compiti accademici (Lyubomirsky et al., 2003). Effetti simili si osservano in rapporto alle relazioni interpersonali. A tal proposito, Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema (1995) hanno osservato che la ruminazione disforica

ostacola un efficace *problem solving* di tipo relazionale inducendo una eccessiva focalizzazione su di sé. Non a caso, l'atto di ruminare sugli stessi contenuti mentali produce svalutazioni personali, innesca vissuti di depressione e promuove comportamenti di ritiro, come individuano Caselli e collaboratori (2017).

Al pari di quanto osservato per il rimuginio ansioso, inoltre, è utile sottolineare che la prospettiva metacognitiva può fornire degli importanti spunti di riflessione per la comprensione della ruminazione (Wells, 2011). Si ipotizza, infatti, che la ruminazione depressiva venga consolidata a causa della sua interazione con metacredenze positive e negative le quali, tra l'altro, molto spesso operano al di fuori della consapevolezza. Credere fermamente che ruminare sia qualcosa di incontrollabile, pericoloso o ancora, inscritto nella propria natura, ha come esito principale la riduzione del monitoraggio metacognitivo. In altri termini, individui che maturano metacredenze negative sul proprio ruminare mostrano delle notevoli difficoltà a riconoscere le operazioni effettuate dalla propria mente. È come se, in un certo senso, essendo in balia dei propri pensieri, facessero fatica a comprendere quale sia il nodo da sciogliere: il problema su cui si rumina o la ruminazione stessa.

Per quanto concerne le metacredenze positive si rimanda alla Tabella 3 che riassume le principali riflessioni cliniche fornite da Caselli e collaboratori (2017) sull'argomento.

Tabella 3. Metacredenze positive sulla ruminazione e relativi effetti disadattivi.

METACREDENZE POSITIVE	IMPLICAZIONI DISFUNZIONALI
Ruminare aiuta a capire.	Inibisce l'utilizzo di strategie non strettamente analitiche (e.g., apprendimento tramite l'esperienza, per prove ed errori).
Ruminare aiuta a trovare soluzioni.	Veicola l'idea errata per la quale la comprensione analitica di un problema produca, quasi magicamente, una soluzione.
Ruminare vuol dire compiere il proprio dovere.	Induce uno stato di sofferenza autoindotta a scopo punitivo.

1.12.3 Ruminazione rabbiosa

Un'ulteriore manifestazione particolare del pensiero ripetitivo, accanto alle precedenti, si individua nella ruminazione rabbiosa. La stessa, da un lato condivide con le precedenti aspetti di ripetitività e valenza negativa ma dall'altro, mostra la particolarità di concentrarsi su dei contenuti che innescano l'emozione della rabbia. Più precisamente, l'oggetto di tale forma di ruminazione può consistere in qualsiasi aspetto dell'esperienza avente un significato personale: ad esempio, subire un torto, un'ingiustizia o assistere a episodi di maltrattamento (Martino et al., 2015). Perché tale forma di ruminazione possa esprimersi compiutamente, differenti operazioni mentali sono necessarie: ad esempio, una rigida focalizzazione sulle ingiustizie subite, il pensiero controfattuale e ancora, l'elaborazione di inverosimili scenari di vendetta personale. Per quanto riguarda le conseguenze della ruminazione rabbiosa, si evidenzia che le stesse sono state studiate, principalmente, in relazione al disturbo borderline di personalità. A tal proposito, infatti, alcuni studi suggeriscono che il tipico deficit di

regolazione emotiva e comportamentale del DBP sia influenzato proprio da tale forma di pensiero ripetitivo che, ancora, correla positivamente con la severità della sintomatologia borderline (Baer & Sauer, 2011). Per approfondire la relazione esistente tra ruminazione rabbiosa e DBP è piuttosto utile citare il modello della cascata emotiva (*Emotional Cascade Model*; Selby et al., 2009). Quest'ultimo suggerisce che la disregolazione emotiva e comportamentale tipiche del disturbo siano connesse tra loro data la presenza di particolari variabili latenti: le cascate emotive. Le stesse consistono in dei circoli viziosi di intensa ruminazione ed emozioni negative che, più precisamente, si attivano nel momento in cui si sperimentano stati interni negativi o particolari *stressor*. La conseguenza principale dell'iperattivazione di questi processi ricorsivi è la facilitazione di risposte comportamentali disfunzionali: abusare di sostanze stupefacenti, agire comportamenti aggressivi autodiretti o eterodiretti. Gli stessi, tuttavia, possono spesso acquisire un valore adattivo per l'individuo data la capacità che hanno di interrompere l'avanzare della cascata emotiva fornendo, per certi versi, una forma di distrazione.

Per quanto concerne le conseguenze della ruminazione rabbiosa, in primo luogo si osserva che la stessa è in grado di incrementare la durata e l'intensità delle esperienze di rabbia (Denson, 2012). A tal proposito, Siedlecka e collaboratori (2015) hanno osservato che questa forma di pensiero favorisce la cosiddetta *just yesterday experience*, un fenomeno per il quale la memoria di eventi passati negativi, invece che ridursi progressivamente in vividezza, si consolida, come se gli eventi in questione fossero accaduti, in realtà, poco tempo addietro. Un ulteriore aspetto degno di nota, evidenziato da Denson (2012) è che la ruminazione rabbiosa comporta un significativo consumo di risorse cognitive e ancora, una riduzione delle capacità di controllo

esecutivo. Per questo motivo, inoltre, è possibile che si assista ad un generale aumento di comportamenti aggressivi, come suggeriscono Denson e collaboratori (2011).

Una volta accennate la struttura e le implicazioni principali connesse a questa forma di pensiero ripetitivo, è utile introdurre alcune considerazioni di carattere metacognitivo.

In un recente studio, ad esempio, Caselli e collaboratori (2017) hanno osservato che le metacredenze sulla ruminazione rabbiosa sono causalmente collegate all'intensità della rabbia e ai livelli di ruminazione. A tal proposito e in sintonia con quanto osservato per le altre forme di pensiero ripetitivo, Caselli e collaboratori (2017) distinguono metacredenze negative e positive. Le prime, esplicitando il tema dell'incontrollabilità delle operazioni mentali, tenderebbero a "esternalizzare la regolazione cognitiva" (p. 142).

Tabella 4. Metacredenze positive, ruminazione rabbiosa e implicazioni disfunzionali.

METACREDENZE POSITIVE	IMPLICAZIONI DISFUNZIONALI
Devo ruminare per risolvere problemi interpersonali, per ottenere dalle persone ciò che voglio.	Innalza il livello di stress e inibisce la pianificazione di comportamenti assertivi, procurando soltanto una momentanea regolazione delle proprie frustrazioni.
Devo ruminare per proteggermi dalle ingiustizie e dalle fregature degli altri.	Sostiene l'idea disfunzionale per la quale infliggersi una sofferenza in modo costante nel tempo aiuta a prevenire conseguenze peggiori; consolida atteggiamenti vittimistici.
Devo ruminare per liberarmi dalla mia rabbia.	Procura soltanto un momentaneo senso di liberazione, seguito da un aumento di pensieri aggressivi, rabbia e <i>arousal</i> psicofisiologico.

In altri termini, credere che ruminare sulle colpe degli altri e sulle ingiustizie da loro commesse sia un qualcosa di inevitabile rinforzerebbe l'idea per la quale la nostra sofferenza emotiva dipenda esclusivamente dalle azioni altrui. Per quanto riguarda le metacredenze positive, al contrario, il loro contributo viene presentato nella Tabella 4 che riassume, ancora, le principali riflessioni cliniche degli autori sopracitati.

1.12.4 Rimuginio desiderante

A tal punto, per ultimare il mosaico del pensiero ripetitivo, è fondamentale citare il cosiddetto rimuginio desiderante. Con lo stesso, si fa riferimento ad una *“strategia consapevole e volontaria che coinvolge l'elaborazione di informazioni relative a un oggetto o attività piacevoli in una forma immaginativa o verbale”* (Caselli, Ruggiero, et al., 2017, p. 149). Tale strategia trova espressione all'interno di particolari contingenze e cioè: (a) quando si presenta un ostacolo perché un comportamento pianificato venga messo in atto; (b) quando ci si trova in un contesto nuovo; (c) durante attività di monitoraggio e di controllo delle proprie azioni (Schneider & Shiffrin, 1977). Per comprendere meglio in che cosa consista il rimuginio desiderante è piuttosto utile introdurre un costrutto ad esso affine: il *craving*. A tal proposito, la *Elaborated Intrusion Theory of Desire* (EI Theory; Kavanagh et al., 2005) ipotizza vi sia una differenza quantitativa piuttosto che qualitativa tra l'esperienza del desiderio e quella di *craving*. Più precisamente, la teoria sostiene che stimoli interni o esterni hanno la capacità di innescare associazioni automatiche che, ancora, diventano oggetto di ulteriore elaborazione cognitiva se raggiungono una certa salienza per l'individuo: ad esempio, innescando delle forti reazioni affettive o ancora, un senso di deprivazione. In seguito all'attivazione di queste operazioni cognitive si assiste allo strutturarsi dell'esperienza del desiderio e cioè, alla costruzione di immagini sensoriali

particolarmente vivide e sfaccettate aventi un forte potere incentivante e gratificante. La *EI Theory* ancora, suggerisce che fantasticare ripetutamente su particolari desideri o tentazioni da un lato intensifichi gli stessi e dall'altro, stimoli ad agire comportamenti impulsivi. In linea con le riflessioni precedenti, ulteriori contributi di ricerca (Caselli, Soliani, et al., 2013; Caselli & Spada, 2011) propongono che il *craving* rappresenti una versione più intensa, persistente e ricorrente del rimuginio desiderante. Quest'ultimo, dunque, contrariamente alle altre forme di pensiero ripetitivo, si esprime in una forma prettamente immaginativa e multisensoriale e, in questo modo, costruisce delle immagini mentali in grado di simulare l'effettivo soddisfacimento dei propri desideri. Inoltre, a partire da ciò, si assiste ad una maggiore propensione all'azione piuttosto che all'evitamento. Tuttavia, per quanto gratificante l'esperienza del desiderio possa essere, è importante sottolinearne alcune implicazioni disfunzionali. Ad esempio, il *craving*, in relazione ai disturbi da abuso di sostanze rappresenta un importante fattore di rischio per successive ricadute (Shadel et al., 2011). Ancora, il rimuginio desiderante: (a) rimane attivo durante episodi di *craving* (Caselli & Spada, 2010); (b) favorisce episodi di abuso di alcol in popolazioni non cliniche (Martino et al., 2017); (c) riducendo le risorse di autocontrollo, favorisce la ricerca di gratificazioni immediate; (d) non soltanto ha un impatto negativo sui disturbi da abuso di sostanze ma anche su ulteriori condizioni cliniche quali il disturbo da alimentazione incontrollata e problemi di dipendenza in generale (e.g., dall'attività fisica, dal lavoro o dal gioco d'azzardo; Spada et al., 2015).

Quali sono, dunque, i fattori che promuovono la persistenza di questa forma di pensiero? Per rispondere a tale domanda, anche questa volta, è piuttosto utile ricorrere alle metacredenze negative e positive. A tal proposito, si inserisce all'interno della

prima tipologia una convinzione particolarmente associata a sintomi di dipendenza patologica e cioè, l'idea per la quale rimuginare su ciò che desideriamo sia qualcosa di incontrollabile (Caselli & Spada, 2015). Un'ulteriore metacredenza negativa, ancora, argomenta a favore della difettosità della propria mente, ritenuta irreversibilmente alterata dai propri comportamenti impulsivi e disfunzionali. Convincersi della bontà di tali argomenti, con il passare del tempo, ha come effetto principale l'esperienza di un forte senso di impotenza il quale, a sua volta, alimenta stati di inerzia e passività (Caselli, Ruggiero, et al., 2017, p. 159). A tal proposito, per confutare quanto suggeriscono tali metacredenze, è bene osservare che al momento non esistono dati che attribuiscono un carattere irreversibile alle modificazioni cerebrali indotte dall'uso di sostanze (Lewis, 2015). Inoltre, Heyman (2009) osserva che pazienti con disturbo da uso di alcol sono in grado di perseverare nella loro astinenza se vengono offerte loro delle valide alternative tra cui scegliere.

Relativamente alle metacredenze positive, si sottolinea che le stesse contribuiscono ad una scarsa consapevolezza circa la disfunzionalità del rimuginare sui propri desideri. Ad esempio, credere di dover ricorrere a tale strategia per sentirsi motivati potrebbe in realtà celare un obiettivo più profondo: evitare l'emersione di intrusioni mentali dolorose mantenendo un incessante stato di tensione interna. Ancora, credere che rimuginare possa aiutare a prendere la decisione migliore promuove un'elaborazione ristretta delle informazioni, ancorata sul qui e ora e sulla ricerca di una gratificazione estemporanea (Caselli, Ruggiero, et al., 2017).

CAPITOLO 2

Le principali scale di misurazione

Una volta evidenziate le numerose modalità di espressione del pensiero ripetitivo negativo e le rispettive implicazioni disfunzionali è fondamentale citare, a tal proposito, alcuni importanti strumenti di misurazione.

2.1 *Penn State Worry Questionnaire*

Relativamente al rimuginio ansioso, si sottolinea che ad essere maggiormente utilizzato è il *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer et al., 1990; Sanavio, 2002). Quest'ultimo, realizzato originariamente per valutare il costrutto di *worry*, ha una struttura monodimensionale e si compone di 16 item che prevedono risposte su scala Likert a 5 punti. Tale strumento, inoltre, valuta la tendenza a preoccuparsi a prescindere dal contenuto delle proprie preoccupazioni ed è, dunque, una misura *content-free*. A partire da ciò, punteggi elevati al PSWQ suggeriscono che esiste un'inclinazione generalizzata e aspecifica a rimuginare, significativa sulla base di frequenza, intensità e incontrollabilità. La versione originale inglese del questionario, validata da Meyer e collaboratori (1990), mostra dei coefficienti di alpha di Cronbach compresi tra .86 e .93 e una correlazione test-retest a 8-10 settimane di .92. Ancora, gli autori riportano che lo strumento possiede un'ottima validità di criterio: i punteggi del test, infatti, sono in grado di discriminare tra individui con e senza diagnosi di disturbo di ansia generalizzata. Nel contesto italiano, Morani e collaboratori (1999) hanno validato una versione del questionario che possiede delle buone proprietà psicometriche. Tuttavia, si nota che nonostante un'adeguata consistenza interna (alpha di Cronbach pari a .85), quattro item presentano correlazioni piuttosto basse con il totale. Una volta rimossi gli

stessi, infatti, come osservano gli autori, si osserva un aumento sensibile dell'attendibilità del test. A partire da tali considerazioni, Morani e collaboratori (1999) invitano a osservare una certa cautela nella valutazione delle risposte date agli item precedenti i quali, espressi in forma negativa, pongono dei problemi in termini di interpretabilità. Sulla stessa linea di pensiero, Meloni e Gana (2001), mettendo in luce che una versione italiana del PSWQ non è in grado di supportare una struttura fattoriale monodimensionale, concludono che l'introduzione di item invertiti all'interno del questionario sarebbe problematica e probabilmente inutile. Per tale motivo sarebbe più vantaggioso ricorrere ad una forma abbreviata dello stesso, il PSWQ-11 (Hazlett-Stevens et al., 2004). Quest'ultimo, infatti, escludendo gli item formulati in modo negativo, elimina un potenziale fattore di interferenza legato al metodo di formulazione degli item (*method factor*) e pertanto semplifica la struttura dimensionale del test. Inoltre, la versione abbreviata del PSWQ conserva un'adeguata consistenza interna (α pari a .93) e, secondo Samtani e Moulds (2017), sarebbe da preferire in quanto mostra una sensibilità del 92.6% (che è tra l'altro maggiore rispetto a quella osservata per la versione integrale del test) per l'identificazione di diagnosi di disturbo d'ansia generalizzata. Relativamente agli strumenti di misurazione del rimuginio patologico, è interessante notare che ne esistono di particolari versioni aventi come segni distintivi: (a) un'elevata agilità di somministrazione; (b) una focalizzazione su un arco temporale ristretto (una o due settimane); (c) buone caratteristiche psicometriche. A tal proposito Yao e collaboratori (2016) hanno adattato una versione del PSWQ che ha come obiettivo la valutazione del rimuginio sperimentato nella settimana precedente alla compilazione. Tale strumento si compone di 10 item su scala Likert a 7 punti, mostra un'elevata consistenza interna ($\alpha = .95$) e, inoltre, eliminando gli item formulati

negativamente esclude che possano esservi degli artefatti di natura metodologica. Altro aspetto importante da menzionare è la buona validità convergente del questionario, suggerita da una correlazione moderatamente elevata tra il PSWQ-10 e uno strumento utilizzato per la diagnosi del disturbo d'ansia generalizzato, il *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7; $r = .71$). Yao e collaboratori (2016), nello spiegare l'entità di tale correlazione osservano che il GAD-7 è stato sviluppato per indagare un ampio spettro di sintomi ansiosi associati al GAD e che il PSWQ-10, al contrario, si focalizza esclusivamente sul rimuginio patologico. Pertanto, mentre il GAD-7 svolgerebbe fondamentalmente una funzione di *screening*, il PSWQ-10, di converso, consentirebbe il monitoraggio settimanale del rimuginio orientato al seguente obiettivo: valutare le modificazioni del costrutto durante un intervento clinico per stimarne il ruolo nei processi terapeutici, migliorando i trattamenti esistenti e calibrandoli sulle caratteristiche del singolo paziente.

2.2 *Generalized Anxiety Disorder-7*

In virtù di quanto precedentemente osservato e, ancora, data la rilevanza clinica della somministrazione del GAD-7, è piuttosto utile approfondirne alcune fondamentali caratteristiche. Gli autori dello strumento, Spitzer e collaboratori (2006), includono al suo interno 7 item che misurano, su scala Likert a 4 punti, aspetti intimamente connessi al disturbo d'ansia generalizzata. Inoltre, all'interno delle istruzioni viene richiesto esplicitamente di focalizzarsi sulle precedenti due settimane, indicando, successivamente, quanto spesso si siano sperimentati particolari sintomi d'ansia. A titolo esemplificativo, il GAD-7 include item del tipo: "*Worrying too much about different things*" [Preoccuparsi troppo rispetto a diverse cose], "*Trouble relaxing*" [Difficoltà a rilassarsi] o, ancora, "*Being so restless that is hard to sit still*" [Essere così

agitato da non riuscire a star fermo]. Relativamente alle proprietà psicometriche dello strumento, Spitzer e collaboratori (2006) identificano in primo luogo un'ottima consistenza interna ($\alpha = .92$) e, successivamente, differenti prove a sostegno della validità diagnostica e convergente del questionario. Per quanto concerne la prima gli autori notano che i punteggi del GAD-7 sono in grado di discriminare efficacemente tra soggetti con e senza disturbo d'ansia generalizzata e di predirne, inoltre, importanti conseguenze disadattive. Inerentemente alla validità convergente del GAD-7, poi, Spitzer e collaboratori (2006) notano che i punteggi di quest'ultimo correlano significativamente con un importante strumento impiegato nella misurazione dell'ansia, il *Beck Anxiety Inventory* ($r = .72$; Beck et al., 1988).

2.3 Worry Domains Questionnaire

Un ulteriore questionario piuttosto importante da menzionare è il *Worry Domains Questionnaire* (WDQ; Tallis et al., 1992). Quest'ultimo misura il costrutto di "rimuginio non patologico" (*non-pathological worry*) evidenziandone la natura disposizionale e definendo lo stesso come una tendenza a orientare la propria attenzione verso informazioni variamente connesse a cinque domini generali: (a) relazioni interpersonali; (b) mancanza di fiducia; (c) futuro senza scopo; (d) problemi lavorativi; (e) problemi finanziari. Tale questionario si compone di 25 item in totale, 5 per ogni sottoscala, e prevede un formato di risposta su scala Likert a 5 punti. Il WDQ ha mostrato una buona affidabilità e validità, data l'analisi della consistenza interna (alpha di Cronbach = .90) e della stabilità test-retest in quattro settimane ($r_{test-retest} = .85$; Stöber, 1998). Alle buone proprietà psicometriche del questionario, inoltre, si aggiungono le evidenze di Joormann e Stöber (1997) i quali, tramite analisi fattoriale confermativa, hanno suffragato la struttura del test a cinque fattori. Per quanto concerne

l'interpretazione dei punteggi al WDQ, invece, Davey (1993) conclude che i soggetti con punteggi elevati mostrano uno stile cognitivo improntato al monitoraggio di informazioni potenzialmente minacciose e che, inoltre, i punteggi del WDQ correlano positivamente con abilità di coping improntate all'evitamento. Una prova ulteriore della bontà delle caratteristiche psicometriche dello strumento proviene da uno studio di validazione italiano, condotto da Morani e collaboratori (1999). Gli autori, infatti, riportano valori di alpha di Cronbach pari a .90 per il punteggio complessivo e ancora, in relazione alle cinque sottoscale, indicano coefficienti compresi tra .65 e .80. Tuttavia, è importante osservare un notevole limite del presente studio e cioè, l'assenza di un'analisi fattoriale confermativa atta a supportare la struttura a cinque dimensioni del WDQ.

2.4 Ruminative Response Scale

In aggiunta alle differenti modalità di misurazione del rimuginio ansioso, sia esso inteso come processo trasversale o come insieme di preoccupazioni dominio-specifiche, è opportuno citare alcuni strumenti che misurano, invece, la ruminazione depressiva. A tal proposito è fondamentale nominare la *Ruminative Response Scale* (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), una scala *self-report* che indaga le manifestazioni depressive del pensiero ripetitivo. In linea con quanto affermato nella *Response Style Theory* (Nolen-Hoeksema, 1991) la RRS concettualizza la ruminazione depressiva come una strategia di coping disfunzionale e, più precisamente, come una forma di pensiero negativo e perseverante che si focalizza sui propri sintomi depressivi e sulle loro possibili conseguenze. Per misurare efficacemente il costrutto, le istruzioni del test richiedono di riflettere su quali sono i comportamenti che si mettono in atto quando si fronteggiano emozioni negative o momenti di sconforto. Inoltre, tale scala, si compone

di 22 item e prevede risposte su scala Likert a 4 punti. Ancora, tra le caratteristiche psicometriche fondamentali si sottolinea: (a) una buona consistenza interna, suggerita da valori di α di Cronbach compresi tra .88 e .92; (b) una significativa capacità di predire sintomi depressivi successivi all'esperienza di eventi negativi eccezionali (e.g., un terremoto o il lutto di un proprio caro; (Nolen-Hoeksema et al., 1994; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Inoltre, tramite analisi delle componenti principali, Treynor e collaboratori (2003) hanno riconosciuto alla RRS una struttura a tre fattori: (a) Riflessione (*Reflection*); (b) Ruminazione (*Brooding*); (c) Depressione. Mentre il primo descrive una strategia di *problem solving* cognitivo teso alla riduzione dei propri sintomi depressivi, il secondo, al contrario, una modalità passiva e disfunzionale di confrontarsi con standard elevati che, piuttosto spesso, si accompagna a pensieri del tipo: “*Perché mi merito tutto ciò?*”; “*Perché ho problemi che gli altri non hanno?*”; “*Pensando a una recente situazione vorrei che le cose fossero andate meglio*”. Il fattore Depressione, invece, rappresenta sintomi dal contenuto tipicamente depressivo (e.g., difficoltà di concentrazione, emozioni negative, mancanza di motivazione e affaticamento). Un aspetto degno di nota è che il fattore Riflessione, contrariamente a quello Ruminazione, è stato associato a livelli inferiori di sintomi depressivi nel tempo.

Le buone proprietà psicometriche della scala sono ulteriormente avvalorate da uno studio di validazione italiano condotto da Palmieri e collaboratori (2007). Gli autori, infatti, confermano la struttura a tre fattori identificata da Treynor e collaboratori (2003), osservando valori di consistenza interna che oscillano da .71 fino a .80. È piuttosto interessante osservare, ancora, che nello studio di validazione italiano gli autori forniscono delle prove a sostegno di una versione abbreviata della scala (RRS-10; Treynor et al., 2003) la quale, più precisamente, esclude quegli item che si riferiscono

esplicitamente a sintomi depressivi. Nello studio italiano, dunque, viene confermata la struttura bifattoriale della scala e vengono forniti indici di coerenza interna alle sottoscale pari a .71 e .64, riferiti rispettivamente al fattore *reflection* e *brooding*.

Nonostante gli studi finora presentati suggeriscano che la RRS possieda in generale delle buone caratteristiche psicometriche, una recente revisione sistematica mette in luce alcune importanti criticità della scala. A tal proposito, Samtani e Moulds (2017) evidenziano che la distinzione tra le dimensioni di *brooding* e *reflection* non è basata su una precedente formulazione teorica ma, principalmente, sui risultati *a posteriori* di differenti tecniche di analisi dei dati (e.g., analisi fattoriale esplorativa). Ancora, gli autori osservano che le correlazioni esistenti tra punteggi alla RRS e sintomi depressivi potrebbero essere sovrastimate a causa di possibili sovrapposizioni tra item che misurano il pensiero ruminativo e altri che, invece, misurano sintomi depressivi. Nonostante ciò, gli autori concludono che la RRS-10 resta una delle più utilizzate e che, inoltre, è da preferire alla versione integrale in quanto non include item che valutano direttamente sintomi depressivi.

2.5 Anger Rumination Scale

Un ulteriore ambito di espressione del pensiero ripetitivo, come osservato nel Capitolo 1, è la ruminazione rabbiosa. A tal proposito, una scala di misurazione particolarmente rappresentativa è la *Anger Rumination Scale* (ARS), validata da Sukhodolsky e collaboratori (2001). Tale strumento valuta la tendenza a focalizzarsi sulla rabbia e si compone di 19 item che prevedono risposte su scala Likert a 4 punti. Alcuni esempi di item sono: “*After an argument is over, I keep fighting with this person in my imagination*” [Quando un litigio si è concluso, continuo a litigare con quella persona

nella mia immaginazione]; “*I have difficulty forgiving people who have hurt me*” [Ho difficoltà a perdonare persone che mi hanno ferito]; “*I feel angry about certain things in my life*” [Sono arrabbiato rispetto ad alcune cose nella mia vita]; “*I think about the reasons people treat me badly*” [Penso alle ragioni per cui le persone mi trattano male], ecc. Le analisi fattoriali esplorative e confermative condotte dagli autori, inoltre, hanno permesso di identificare una struttura formata da quattro dimensioni: (a) ruminazione rabbiosa (“*Angry Afterthoughts*”; $\alpha = .86$); (b) pensieri vendicativi (“*Thoughts of revenge*”; $\alpha = .72$); (c) ricordi di rabbia (“*Angry Memories*”; $\alpha = .85$); (d) comprensione delle cause (“*Understanding of Causes*”; $\alpha = .77$). Accanto alla buona coerenza interna delle sottoscale, si osservano ulteriori punti di forza e cioè, la presenza di un indice di consistenza interna del punteggio totale pari a .93 e una stabilità test-retest di .77. Ancora, a supportare la bontà dello strumento vi sono dati a favore di un’adeguata validità convergente: Sukhodolsky e collaboratori (2001), infatti, osservano delle significative correlazioni tra ruminazione rabbiosa, affettività negativa ed espressione o esperienza della rabbia.

Esistono, tuttavia, alcuni elementi di criticità legati all’ARS. In primo luogo, gli autori della scala sottolineano che l’elevata intercorrelazione tra i fattori potrebbe giustificare, in realtà, una soluzione monofattoriale invece che una a quattro dimensioni. In linea con tale osservazione, Maxwell (2004) evidenzia che una soluzione ad un fattore descrive in modo più efficace i punteggi ottenuti somministrando l’ARS a un campione di atleti agonisti. All’interno di tale studio, ancora, vengono forniti dati a supporto della validità predittiva del questionario: individui che riportano punteggi elevati alla scala riportano livelli più elevati di aggressività. Più nel dettaglio, utilizzando una tecnica di regressione *stepwise*, Maxwell (2004) individua quali predittori significativi di

comportamenti aggressivi autoriferiti: (a) livello di provocazione; (b) punteggio all'ARS; (c) genere; (d) tipo di sport giocato.

Per quanto concerne la validazione della scala, inoltre, è opportuno sottolineare che Baldetti e collaboratori (2001) hanno fornito un adattamento dello strumento in lingua italiana il quale, tuttavia, mostra una natura ancora preliminare (non sono disponibili in letteratura prove robuste che ne sostengano le proprietà psicometriche).

2.6 Desire Thinking Questionnaire

Un ulteriore livello di misurazione del pensiero ripetitivo non può prescindere da un'importante sfaccettatura dello stesso: il rimuginio desiderante. A tal proposito, il contributo di Caselli e Spada (2011) rappresenta un fondamentale punto di riferimento in letteratura. Gli autori, infatti, forniscono differenti prove a sostegno delle buone proprietà psicometriche di uno strumento di loro ideazione, il *Desire Thinking Questionnaire* (DTQ). Quest'ultimo, validato nel contesto italiano, si compone di dieci item che prevedono risposta su scala Likert di frequenza a 4 punti e ancora, nelle istruzioni di compilazione, richiede di focalizzare la propria attenzione su una particolare attività desiderata. Un accurato studio fattoriale ha rivelato la presenza di due dimensioni fondamentali denominate: (a) Prefigurazione immaginativa; (b) Perseveranza verbale. Il primo fattore descrive la tendenza individuale a immaginare una certa attività desiderata e, allo stesso tempo, anticiparne il piacere consumatorio. La seconda dimensione, invece, è maggiormente connessa al susseguirsi di pensieri verbali legati ai contenuti e all'esperienza dell'attività desiderata. Rientrano nel fattore "Prefigurazione immaginativa" item del tipo: "*Immagino me stesso mentre svolgo l'attività desiderata*" o ancora, "*Immagino come potrei sentirmi bene nello svolgere*

l'attività desiderata". A descrivere il secondo fattore, invece: "*Se non svolgo l'attività desiderata da molto tempo ci penso in continuazione*" oppure "*Quando comincio a pensare all'attività desiderata trovo difficile smettere*". Per quanto riguarda i dati di attendibilità del DTQ, Caselli e Spada (2011) forniscono valori di alpha di Cronbach per il punteggio totale ($\alpha = .83$), per il fattore Perseveranza verbale ($\alpha = .80$) e Prefigurazione immaginativa ($\alpha = .81$). Inoltre, per supportare la validità divergente dello strumento, gli autori hanno analizzato correlazioni tra i punteggi osservati al DTQ, RRS (*Ruminative Response Scale*) e PSWQ (*Penn State Worry Questionnaire*). A tal proposito, l'esistenza di una correlazione inferiore a .3 suggerisce che il rimuginio desiderante per quanto legato alle altre forme di pensiero ripetitivo (e.g., ruminazione, rimuginio), mostri una natura a sé stante. Un altro dato interessante da menzionare riguarda la stabilità temporale del DTQ. A tal riguardo, Caselli e Spada (2011) argomentano a favore di un'adeguata correlazione test-retest, fornendo i seguenti valori: .66 per la perseveranza verbale, .56 per la prefigurazione immaginativa e .59 per il punteggio globale.

2.7 Metacognition Questionnaire

Una volta presentati i principali strumenti di misura delle varie forme di pensiero ripetitivo, resta da citare una tipologia di questionari che ha come obiettivo la misurazione delle metacredenze. A tal proposito il *Metacognition Questionnaire* (MCQ; Cartwright-Hatton & Wells, 1997) ne rappresenta un esempio calzante. La conduzione di analisi fattoriali sui punteggi osservati a tale strumento ha consentito l'identificazione di cinque dimensioni fondamentali: (a) Credenze positive sul rimuginio; (b) Credenze negative riguardanti l'incontrollabilità del rimuginio e i pericoli ad esso associati; (c) Fiducia cognitiva; (d) Credenze negative inerenti ai pensieri in generale e a temi di

superstizione, punizione e responsabilità; (e) Autoconsapevolezza cognitiva (la tendenza a essere consapevoli e a monitorare i propri pensieri). La prima dimensione si riferisce ad item del tipo “*Rimuginare mi aiuta a evitare problemi nel futuro*”; la seconda, invece, è descritta da item come “*Il fatto di rimuginare è per me dannoso*” e “*Trovo difficile controllare i miei pensieri*”. La terza sottoscala, ancora, misura il grado di fiducia mostrato nelle proprie capacità cognitive e si riferisce a item del tipo “*Ho poca fiducia nella mia capacità di ricordare parole e nomi*”. La quarta, invece, legandosi al tema del bisogno di controllare i propri pensieri e a quello della responsabilità personale circa le conseguenze negative dell’incontrollabilità del rimuginio, è specificata da item quali, ad esempio, “*Dovrei avere sempre sotto controllo i miei pensieri*”. Il quinto fattore, invece, riflette le preoccupazioni circa i propri processi di pensiero ed è individuato da item quali “*Sono costantemente consapevole dei miei pensieri*”. Il MCQ prevede un formato di risposta su scala Likert a 4 punti e ha dimostrato di possedere delle buone proprietà psicometriche. Le sottoscale precedentemente descritte, infatti, mostrano valori di α di Cronbach compresi tra .72 e .89 e indici di stabilità test-retest che oscillano da .76 fino a .89 (per il punteggio totale la correlazione test-retest è pari a .94). Per testare la validità concorrente dello strumento, inoltre, Cartwright-Hatton e Wells (1997) hanno osservato che le sottoscale del MCQ correlano significativamente e moderatamente con: (a) il rimuginio misurato attraverso l’*Anxious Thoughts Inventory* (AnTI; Wells, 1994); (b) l’esperienza di attività mentali incontrollabili misurata dal *Padua Inventory* (PI, Sanavio, 1988); (c) livelli di ansia di tratto misurati attraverso lo *Spielberger Trait Anxiety Inventory* (STAI, Spielberger et al., 1983). Nonostante la presenza di buone proprietà psicometriche, è opportuno sottolineare che il MCQ consta di ben 65 item e pertanto, impone dei limiti

in termini di agilità di somministrazione. Per ovviare a tale problema, Wells e Cartwright-Hatton (2004) hanno sviluppato una versione abbreviata dello stesso che include al suo interno solo 30 item (MCQ-30) e che mostra delle proprietà psicometriche simili a quelle della versione integrale. A tal proposito, gli autori forniscono valori di alpha di Cronbach che, per le cinque sottoscale, vanno da .72 fino a .93 (tale valore di α si associa anche al punteggio totale). Altro aspetto importante da menzionare concerne i valori di attendibilità test-retest. A tal proposito, per le cinque sottoscale, si osservano valori che variano nell'intervallo compreso tra .59 e .87. Per supportare ulteriormente la bontà delle caratteristiche psicometriche del questionario è utile riferirsi ad alcune prove di validità convergente fornite dagli autori. Wells e Cartwright-Hatton (2004) infatti: (a) mettono in luce la presenza di correlazioni tra l'MCQ-30 e il *Padua Inventory*, confermando l'esistenza di correlazioni positive tra metacredenze e differenti sintomi ossessivo-compulsivi; (b) notano che i punteggi alle sottoscale del MCQ-30 correlano con misure di rimuginio patologico e ansia di tratto. Accanto alle buone proprietà psicometriche del MCQ e della sua versione abbreviata, tuttavia, è opportuno sottolineare che non esistono ancora studi di validazione nel contesto italiano.

2.8 *Meta-Worry Questionnaire*

Inerentemente al tema della misurazione delle metacognizioni, Wells (2005) ha fornito un altro importante contributo con la costruzione del *Meta-Worry Questionnaire* (MWQ). Quest'ultimo è stato realizzato a partire dall'analisi di trascrizioni di sedute di terapia metacognitiva condotte con pazienti con diagnosi primaria di disturbo d'ansia generalizzata. A partire dai dati così raccolti, è stato costruito uno strumento composto da 7 item, ciascuno dei quali rappresenta temi relativi alla pericolosità del proprio

rimuginare. Più precisamente, sono previste due scale di risposta per ogni item: la prima valuta la frequenza di un particolare contenuto del meta-rimuginio, la seconda, invece, il grado di convinzione ad esso associato. La scala di risposta inerente alla frequenza è di tipo Likert a 4 punti, la seconda, invece, prevede di indicare un punteggio di convincimento che varia da 0 (grado minimo) a 100 (grado massimo). A titolo esemplificativo, all'interno del questionario troviamo item del tipo: "*I am going crazy with worrying*" [Rimuginare mi farà impazzire]; "*I'm making myself ill for worrying*" [Mi sto ammalando a forza di rimuginare]; "*My body can't take the worrying*" [Il mio corpo non può sopportare il rimuginio]. Per quanto concerne le proprietà psicometriche del MWQ: Wells (2005) fornisce prove a sostegno di una struttura monofattoriale dello strumento (per ambedue i livelli di misurazione) e ancora, ricava dei valori di alpha di Cronbach pari a .88 per la dimensione della frequenza e .95 per il grado di convinzione nelle affermazioni. Inoltre, per corroborare la validità dello strumento, Wells (2005) osserva che esistono delle correlazioni positive e significative tra il MWQ e una sottoscala del MCQ che, in particolare, valuta le credenze negative sul rimuginio inerenti alla pericolosità e incontrollabilità dello stesso. Nonostante la presenza di evidenze a sostegno della bontà delle caratteristiche psicometriche dello strumento, è opportuno sottolineare che tale questionario deve ancora essere validato nel contesto italiano.

2.9 Positive Beliefs about Rumination Scale

Per quanto riguarda il tema delle metacredenze, è fondamentale osservare che le stesse ricoprono un ruolo chiave anche in relazione a manifestazioni di carattere depressivo, sulla base di quanto osservato nel Capitolo 1. A tal proposito, è calzante il riferimento alla *Positive Beliefs about Rumination Scale* (PBRs, Papageorgiou & Wells, 2001), uno

strumento che misura le metacredenze positive di utilità legate alla ruminazione. La PBRS include 9 item che richiedono un formato di risposta su scala Likert a 4 punti e, ancora, ha mostrato una buona coerenza interna indicata da un alpha di Cronbach pari a .89. Altro dato importante da menzionare è la buona stabilità test-retest dello strumento, che assume un valore pari a .85. L'adeguatezza delle caratteristiche psicometriche della PBRS è indicata anche da ulteriori prove a sostegno della validità concorrente, convergente e discriminante della stessa. La prima è stata valutata notando la presenza di una correlazione significativa ($r = .43$) tra i punteggi della PBRS e quelli della sottoscala del MCQ che misura le credenze positive sul rimuginio. Ancora, la buona validità convergente del questionario si deduce dall'osservazione di una significativa correlazione tra la PBRS e la RRS da un lato ($r = .53$), e la PBRS e il BDI (Beck et al., 1987) dall'altro ($r = .45$). Inoltre, osservando che la PBRS correla maggiormente con la RRS che con il PSWQ, Papageorgiou e Wells, (2001) raccolgono evidenze a sostegno della validità discriminante della prima scala. Ancora, a riconferma della capacità di discriminazione della scala, gli autori hanno osservato il seguente dato: pazienti con episodi ricorrenti di depressione maggiore ottengono punteggi più elevati alla PBRS rispetto a gruppi di controllo e a pazienti con diagnosi di disturbo di panico, agorafobia o fobia sociale.

2.10 *Negative Beliefs about Rumination Scale*

Sulla stessa linea di pensiero e approfondendo la relazione tra metacredenze e ruminazione, Luminet (2003) fornisce un fondamentale contributo con la presentazione di un ulteriore strumento: il *Negative Beliefs about Rumination Scale* (NBRS). Quest'ultimo consta di 13 item su scala Likert a 4 punti e indaga le credenze negative circa la pericolosità e l'incontrollabilità della ruminazione dimostrando, inoltre, delle

buone proprietà psicometriche. Uno studio fattoriale della scala ha evidenziato la presenza di una struttura a due fattori: mentre il primo specifica l'incontrollabilità e la pericolosità associate alla ruminazione, il secondo, invece, descrive le sue conseguenze interpersonali e sociali. La prima dimensione mostra un α di Cronbach pari a .80 e la seconda, un valore altrettanto buono di .83. Per testare la validità concorrente della scala, gli autori hanno osservato che entrambe le dimensioni della NBRS correlano positivamente e significativamente con la sottoscala del MCQ inerente alle credenze di pericolosità del rimuginio, fornendo indici pari a .66 e .38 rispettivamente. Per quanto concerne la validità convergente, poi, la stessa è supportata da correlazioni positive e significative tra le sottoscale del questionario e la RRS di, rispettivamente, .51 e .39.

2.11 Metacognitions about Desire Thinking Questionnaire

Accanto agli strumenti di misurazione finora descritti è opportuno menzionare un altro questionario, costruito per indagare le metacredenze inerenti a una differente tipologia di pensiero ripetitivo: il rimuginio desiderante. A tal proposito, Caselli e Spada (2013) hanno realizzato uno strumento *self-report* italiano che si articola in 18 item e che, ancora, prevede un formato di risposta su scala Likert a 4 punti: il *Metacognitions about Desire Thinking Questionnaire* (MDTQ). Quest'ultimo, composto da affermazioni che valutano un insieme di convinzioni relative all'utilità e alla pericolosità del proprio rimuginio desiderante, è descritto da una struttura a tre fattori. Il primo e il secondo di questi specificano rispettivamente le credenze positive e negative sul proprio rimuginio, il terzo, invece, la necessità di controllarlo. A titolo esemplificativo, alla prima dimensione si riferiscono item del tipo: “*Ho bisogno di pensare a ciò che desidero per sentirmi motivato*”; al secondo fattore, invece, fanno capo affermazioni come: “*Quando inizio a pensare a un desiderio/attività piacevole non riesco a smettere*” e “*Non riesco a*

evitare di pensare continuamente a ciò che vorrei fare quando mi viene in mente”; infine, descrivono la terza sottoscala item quali: *“I pensieri su certi desideri dovrebbero essere sempre allontanati”*. L’adeguatezza delle caratteristiche psicometriche del MDTQ è indicata da una buona consistenza interna riferita sia al punteggio totale (omega pari a .81) sia alle tre sottoscale (.79, .75 e .72 rispettivamente). Un ulteriore dato importante da menzionare suggerisce una buona coerenza temporale dei punteggi ed è rappresentato da una stabilità test-retest pari a .65 per il primo e secondo fattore e di .68 per il terzo. Caselli e Spada (2013), inoltre, forniscono anche delle importanti prove a sostegno della validità predittiva e divergente del loro questionario. Per quanto concerne la prima, gli autori osservano che la sottoscala del MDTQ responsabile della misurazione delle metacredenze negative e, ancora, il rimuginio desiderante (misurato tramite DTQ), predicono significativamente il livello di *craving*. Questi, ancora, individuano delle significative associazioni tra le dimensioni del MDTQ che valutano le metacredenze positive e negative da un lato, e il rimuginio desiderante dall’altro. A sostegno della validità discriminante dello strumento, invece, gli autori osservano da deboli a moderate intercorrelazioni tra MDTQ e MCQ-30: la maggior parte delle stesse, infatti, possiede valori inferiori a .4 o .6.

2.12 Perseverative Thinking Questionnaire

Sulla base di quanto osservato finora, emerge in modo piuttosto chiaro che la natura del pensiero ripetitivo negativo sia fortemente transdiagnostica. Di conseguenza, potrebbe essere vantaggioso utilizzare degli strumenti che misurino caratteristiche generali del costrutto, senza far riferimento ad uno specifico ambito di espressione dello stesso. Per rispondere a tale obiettivo di ricerca, Ehring e collaboratori (2011) hanno sviluppato il *Perseverative Thinking Questionnaire* (PTQ), uno strumento *self-report* che si compone

di 15 item su scala Likert a 5 punti. Il PTQ misura il pensiero ripetitivo negativo come uno stile di pensiero rivolto ai propri problemi (attuali, passati o futuri) o a esperienze negative (passate o anticipate). Inoltre, tre sono le caratteristiche principali che lo descrivono: ripetitività, intrusività e difficoltà ad abbandonarlo. Aspetti ulteriori nonché fondamentali del RNT sono che gli individui lo percepiscono come: (a) improduttivo e inutile; (b) in grado di gravare sulle proprie risorse cognitive. Gli elementi finora considerati, inoltre, si articolano all'interno di una struttura fattoriale che prevede un fattore generale (RNT) e sovraordinato rispetto a tre dimensioni di livello inferiore: (a) “*Core features of RNT*” [Caratteristiche generali del RNT]; (b) “*Unproductiveness of RNT*” [Inutilità percepita del RNT]; (c) “*Mental Capacity captured by RNT*” [Risorse mentali assorbite dal RNT]. Le analisi condotte da Ehring e collaboratori (2011) hanno confermato la precedente struttura fattoriale e hanno fornito ulteriori prove a sostegno della validità dello strumento in tre tipologie di campioni (clinici, non-clinici e *internet-based*). In particolare, relativamente alla consistenza interna del punteggio totale si osservano valori di alpha di Cronbach che variano da .94 a .95 e ancora, per quanto concerne le tre sottoscale, valori tra .92 e .94 per la dimensione Caratteristiche generali del RNT; tra .77 e .87 per l'Inutilità percepita del RNT; tra .82 e .90 per la sottoscala Risorse mentali assorbite dal RNT. Ad avvalorare ulteriormente le buone caratteristiche psicometriche del questionario, gli autori forniscono una correlazione test-retest per il punteggio totale pari a .69, e ancora, per le tre dimensioni, indici che variano da .66 fino a .69. Per quanto concerne la validità convergente, gli autori osservano delle correlazioni significative e sostanziali con altre misure consolidate del RNT, ad esempio il PSWQ ($r = .70$) e la *Rumination Scale* ($r = .62$). Analogamente, gli autori concludono che il PTQ correla con altre misure consolidate del RNT, in tutti e tre i campioni. Anche

la validità predittiva è stata valutata da Ehring e collaboratori (2011): questi, infatti, osservano una correlazione significativa e considerevole tra i punteggi della scala e quelli relativi a sintomi depressivi misurati con il BDI ($r = .54$). A riprova della relazione predittiva tra i questionari, gli autori osservano che la stessa non è significativamente diversa da quella che si osserva tra il BDI e strumenti quali il PSWQ ($r = .55$). Ancora, a supportare ulteriormente la validità dello strumento si osserva che i soggetti con depressione o disturbi d'ansia mostrano punteggi significativamente più elevati al PTQ rispetto a soggetti di controllo.

CAPITOLO 3

La struttura e i risultati della ricerca

L'obiettivo del presente lavoro di ricerca è stato validare in via preliminare uno strumento *self-report* orientato alla misurazione del pensiero ripetitivo negativo.

3.1 Metodo

Relativamente alla struttura metodologia della ricerca, quest'ultima ha previsto un disegno di ricerca osservazionale e trasversale. Inoltre, tramite Qualtrics (<https://www.qualtrics.com>) è avvenuta l'autosomministrazione online di tre questionari nella loro versione italiana, orientati alla misurazione del pensiero ripetitivo negativo e di costrutti ad esso associati. Per quanto riguarda la modalità di rilevazione dei punteggi, si sottolinea che il procedimento di raccolta dati ha garantito il totale anonimato dei soggetti partecipanti.

3.1.1 Partecipanti

Il campione di riferimento è stato raccolto dalla popolazione generale italiana e, ancora, è stato costruito sulla base di specifici criteri di inclusione ed esclusione. A tal proposito, sono stati selezionati esclusivamente soggetti che: (a) hanno un'età non inferiore ai 18 anni; (b) sono di nazionalità italiana; (c) hanno espresso il consenso al trattamento dei dati personali; (d) hanno completato integralmente i questionari. Per quanto concerne, inoltre, la distribuzione legata al genere si rimanda alla Tabella 5.

A tal proposito, dunque, si osserva che all'interno del campione raccolto ($n = 489$) circa il 19% è rappresentato da partecipanti di sesso maschile, in notevole minoranza rispetto ai soggetti di sesso femminile, pari a circa l'81%.

Tabella 5. Tabella di frequenza relativa al sesso del campione.

Sesso	Frequenza	%
Maschi	92	18.814
Femmine	397	81.186
Totale	489	100.000

Per quanto riguarda, invece, la distribuzione relativa all'età dei soggetti partecipanti, si osserva che la fascia di età tra i 20 e 25 anni è quella maggiormente rappresentata (l'età media complessiva è pari a 42 ± 16 anni circa). Inoltre, è altrettanto importante osservare che il *range* è particolarmente ampio e varia, infatti, da 18 fino a 85 anni. Successivamente, per confermare l'omogeneità del campione rispetto all'età condizionata al sesso, è stato svolto un t-test con correzione di Welch ($t = 0.953$, $p\text{-value} = .342$). Sulla base di tali risultati si conclude che i soggetti di sesso maschile e femminile non differiscono significativamente per la loro età.

Un ulteriore aspetto interessante da osservare riguarda il livello di scolarità riferito dai partecipanti (vedi Tabella 6). Circa il 43% del campione possiede un titolo di licenza superiore e, ancora, si attesta approssimativamente al 38% la percentuale di soggetti laureati. Meno rappresentati, invece, sono quei partecipanti il cui livello di educazione è al di sotto della licenza superiore (11%) e superiore alla laurea (7%).

Tabella 6. Tabella relativa al livello di scolarità del campione.

Livello di educazione	Percentuale	Percentuale cumulata
Licenza elementare	0.613	0.613
Licenza media	10.225	10.838
Licenza Superiore	43.763	54.601
Laurea	38.241	92.843
Master/ Dottorato di ricerca	7.157	100.000

Per completare il quadro dei dati sociodemografici del campione, poi, è significativo osservarne le diversità in termini di livelli di occupazione nella Tabella 7.

Tabella 7. Tipologia di occupazione nel campione.

Occupazione	Percentuale
Studente	16.769
Lavoratore/trice dipendente	46.626
Libero/a professionista	10.838
Coadiuvante domestico/a casalinga	6.135
Disoccupato/a	8.180
Pensionato/a	11.452

La tipologia di occupazione maggiormente osservata è quella dei soggetti lavoratori, pari a circa il 47%. I restanti, invece, con una percentuale che oscilla approssimativamente tra l'8% e il 17%, appartengono alle seguenti categorie: Disoccupato/a; Pensionato/a; Coadiuvante domestico/a; Studente. Un ulteriore elemento da prendere in considerazione, relativamente alle caratteristiche sociodemografiche, concerne la regione di provenienza. A tal proposito, si rimanda alla seguente Tabella 8. La maggior parte dei soggetti, pari al 36% circa, riferisce di provenire dalla Campania. A seguire, le regioni maggiormente rappresentate sono la Lombardia (11%) e il Veneto (13%). L'elevata percentuale di omissioni, tuttavia, suggerisce una certa cautela nell'interpretabilità di tale variabile demografica.

Tabella 8. Regione di provenienza dei partecipanti.

Regione di provenienza	Frequenza	Percentuale
Abruzzo	1	0.204
Basilicata	1	0.204
Calabria	4	0.818
Campania	178	36.401
Emilia Romagna	20	4.090
Friuli Venezia Giulia	9	1.840
Lazio	17	3.476
Liguria	7	1.431
Lombardia	56	11.452
Marche	7	1.431
Molise	1	0.204
Piemonte	10	2.045
Puglia	8	1.636
Sardegna	10	2.045
Sicilia	9	1.840
Toscana	11	2.249
Trentino Alto Adige	3	0.613
Umbria	4	0.818
Veneto	62	12.679
Omissioni	71	14.519

3.1.2 Strumenti autosomministrati

Sono stati utilizzati il *Perseverative Thinking Questionnaire* (PTQ), il *Penn State Worry Questionnaire-10* (PSWQ-10) e il *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7).

Per quanto concerne il *Perseverative Thinking Questionnaire* (PTQ), uno strumento *self-report* e *content-free*, lo stesso si compone di 15 item su scala Likert a 5 punti le cui risposte vanno da “Per nulla” a “Moltissimo”. Aspetto rilevante da menzionare è che nessuno degli item è formulato in modo negativo e, dunque, non è necessario invertire alcun punteggio nello *scoring* finale. Il PSWQ-10 (Yao et al., 2016), invece, si compone di 10 item e prevede risposte su scala Likert a 7 punti il cui *range* varia da 0 (mai) a 6 (sempre). Tale questionario, inoltre, non contiene affermazioni formulate negativamente ed esprime un punteggio totale che varia da 0 a 60. Inerentemente al GAD-7 (Shevlin et al., 2022; Spitzer et al., 2006), si nota che lo stesso descrive un questionario *self-report* composto da 7 item misurati su scala Likert a 4 punti. Quest’ultimo, inoltre, rappresenta uno strumento di *screening* per il disturbo d’ansia generalizzata e possiede quindi, un importante valore diagnostico.

Per quanto concerne la traduzione italiana dei tre strumenti, si sottolinea che un *team* di traduttori esperti, utilizzando il metodo della *back-translation*, ha fornito un importante contributo al presente lavoro di ricerca.

3.1.3 *Analisi statistiche*

Per ricavare le principali statistiche descrittive utilizzate nella presente ricerca, inoltre, è stato usato il pacchetto “Psych” del software R 4.2.1 e JASP (Revelle & Revelle, 2015; JASP Team, 2022). La struttura fattoriale è stata indagata tramite analisi fattoriale confermativa (CFA), utilizzando il metodo dei “*diagonally weighted least squares*” (DWLQ). La CFA svolta tramite “lavaan” (Rosseel et al., 2017) ha messo a confronto due particolari modelli: uno di tipo unidimensionale (“A”) e un altro (“B”) coerente con

quello descritto da Ehring e collaboratori (2011). Quest'ultimo, più precisamente, individua un fattore di ordine superiore (il pensiero ripetitivo negativo; RNT) e tre fattori di ordine inferiore (le caratteristiche generali del RNT, l'inutilità percepita del RNT e le risorse mentali assorbite dal RNT). Inoltre, gli indici di *effect size* utilizzati sono stati il *d* di Cohen e l'*A* di Vargha e Delaney, entrambi calcolati utilizzando il pacchetto R "effsize" (Torchiano & Torchiano, 2020) e interpretati a partire dalle principali linee guida (Cohen, 1992; Vargha & Delaney, 2000).

3.2 Risultati

Nella Tabella 9, si riportano i dati principali relativi all'analisi statistica, partendo dall'analisi esplorativa sugli item del PTQ.

La skewness degli item mostra un *range* tra 0.021 e 0.527; da ciò si deduce, a livello descrittivo, una possibile asimmetria positiva nella distribuzione dei punteggi ($SK > 0$). Per quanto concerne la curtosi, invece, si individuano valori che oscillano da -0.740 a 0.110. In tal caso, a livello esplorativo, dato che la maggior parte degli item si associa ad una curtosi minore di zero, è possibile che i punteggi osservati agli stessi seguano delle distribuzioni platicurtiche piuttosto che mesocurtiche. Inoltre, le elevate correlazioni item-totale (tra .79 e .93) indicano la possibile presenza di una struttura unidimensionale all'interno dei dati. Alcune riflessioni interessanti da effettuare riguardano i punteggi totali al PTQ e l'osservazione di eventuali *outliers*. A tal proposito, l'analisi della Figura 4 rivela che, in base al criterio del range interquartile (*inter quartile range*, IQR), non esistono potenziali valori anomali. Più precisamente, tutti i punteggi sono inclusi in un intervallo di estremi $Q_1 - 1.5IQR$ e $Q_3 + 1.5IQR$ (Q_1 e Q_3 sono rispettivamente il primo e terzo quartile).

Tabella 9. Statistiche descrittive per ogni item della scala *Perseverative Thinking Questionnaire*.

Item	M	SD	SK	KU	<i>r</i>_{item-totale}
1) Gli stessi pensieri si susseguono nella mia mente.	2.313	0.991	0.102	-0.616	0.80
2) I pensieri si intromettono nella mia mente	2.180	1.000	0.040	-0.434	0.80
3) Non riesco a smettere di pensarci.	2.112	1.070	0.157	-0.740	0.79
4) Penso a molti problemi senza risolverne nessuno.	1.440	0.994	0.601	0.110	0.72
5) Non riesco a fare nient'altro mentre penso ai miei problemi.	1.186	1.100	0.675	-0.324	0.79
6) I miei pensieri si ripetono.	2.055	0.983	0.240	-0.361	0.86
7) I pensieri mi vengono in mente senza che io lo voglia.	2.074	1.078	0.021	-0.612	0.80
8) Mi blocco su alcune questioni e non riesco ad andare avanti	1.440	1.117	0.524	-0.389	0.82
9) Continuo a pormi domande senza trovare una risposta.	1.501	1.050	0.498	-0.213	0.75
10) I miei pensieri mi impediscono di concentrarmi su altre cose.	1.429	1.105	0.527	-0.374	0.83
11) Continuo a pensare allo stesso problema in continuazione.	1.746	1.107	0.096	-0.695	0.89
12) I pensieri mi si accavallano nella mia mente.	1.656	1.100	0.294	-0.545	0.83
13) Mi sento spinto a continuare a soffermarmi sullo stesso problema.	1.589	1.085	0.244	-0.668	0.85
14) I miei pensieri non mi sono di grande aiuto.	1.673	1.156	0.326	-0.645	0.72
15) I miei pensieri occupano tutta la mia attenzione.	1.403	1.042	0.435	-0.364	0.82

Note: Media (M), deviazione standard (SD), skewness (SK), curtosi (KU) e correlazione item totale (*r*_{item-totale}).

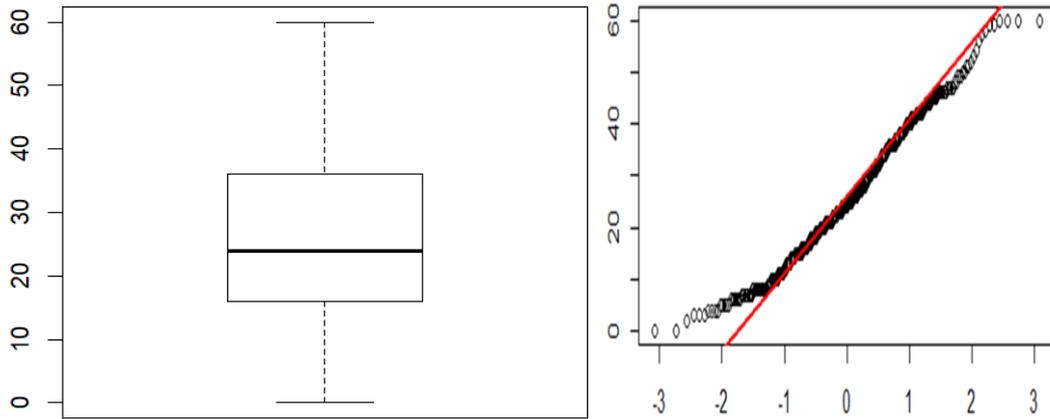


Figura 4. *Boxplot e “Q-Q plot” dei punteggi totali del Perseverative Thinking Questionnaire.*

Inerentemente ai principali indici di posizione e di tendenza centrale del PTQ, si nota che il *range* complessivo dei punteggi osservati varia da 0 a 60. Ancora, il primo e terzo quartile, sono pari rispettivamente a 16 e 36. Inoltre, il fatto che la media (25.80 ± 12.85) sia maggiore della mediana (24) suggerisce la presenza di una possibile skewness positiva. Per valutare la significatività di tale ipotesi, può essere utile considerare il *q-q plot* della distribuzione (vedi Figura 4).

Nonostante la Figura 4 fornisca una prova a favore della normalità dei punteggi totali, per approfondire tale aspetto e per inferire il livello di misura degli item, è stato eseguito il test di Mardia per la normalità multivariata, utilizzando il pacchetto “MVN” in R (Korkmaz et al., 2015). Il risultato ottenuto al test della curtosi multivariata di Mardia è pari a 24.30 ($p < .001$). Dunque, appare così supportata la non normalità dei dati e la natura ordinale delle variabili.

3.2.1 *Struttura fattoriale del PTQ*

Di seguito (vedi Tabella 10), a fini comparativi, si forniscono i principali indici di adattamento dei modelli “A” e “B”.

Tabella 10. Indici di *fit* dei modelli.

Modello	df	RMSEA [90% IC]	CFI	SRMR	TLI	χ^2	χ^2_{dif}
A unidimensionale	90	0.088 [0.080; 0.097]	0.996	0.047	0.996	433.12	118*
B gerarchico	87	0.073 [0.065; 0.082]	0.998	0.039	0.997	315.47	-

Note: Gradi di libertà del modello (df); *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) con intervallo di confidenza (IC) al 90%; *Comparative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Index* (TLI); *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR); Indice chi quadrato (χ^2) calcolato a partire dalla differenza tra i due modelli (χ^2_{dif}); Livello di significatività inferiore a .001 (*).

Il modello unidimensionale “A” ($\chi^2 = 433.12$) mostra un buon grado di adattamento ai dati in quanto: (a) CFI e TLI sono maggiori di 0.95 (Hu & Bentler, 1998); (b) SRMR è minore di 0.05 (Hooper et al., 2008). Tuttavia, contrariamente a quanto indicano i parametri precedenti, secondo MacCallum e collaboratori (1996) un valore di RMSEA compreso tra .08 e .10 suggerisce soltanto un mediocre adattamento. Similmente a quanto accade per il modello “A”, anche il modello “B” ($\chi^2 = 315.47$) dimostra un buon *fit* poiché: (a) CFI e TLI superano il valore soglia di 0.95; (b) SRMR è compreso tra 0 e .05. Ancora, ad avvalorare tali risultati, essendo l’RMSEA compreso tra .05 e .08, si conclude che la bontà di adattamento del modello è adeguata (Hooper et al., 2008). Per testare quale dei due modelli mostri un *fit* superiore, inoltre, si è utilizzata la statistica χ^2_{dif} . Osservando che quest’ultima assume un valore pari a 118 ($p < .001$) si deduce che il modello gerarchico mostra un grado di adattamento superiore rispetto a quello unidimensionale (Werner & Schermelleh-Engel, 2010). Dunque, in virtù delle

considerazioni precedenti, si deduce che il modello B, contrariamente al secondo, dimostra un *fit* superiore.

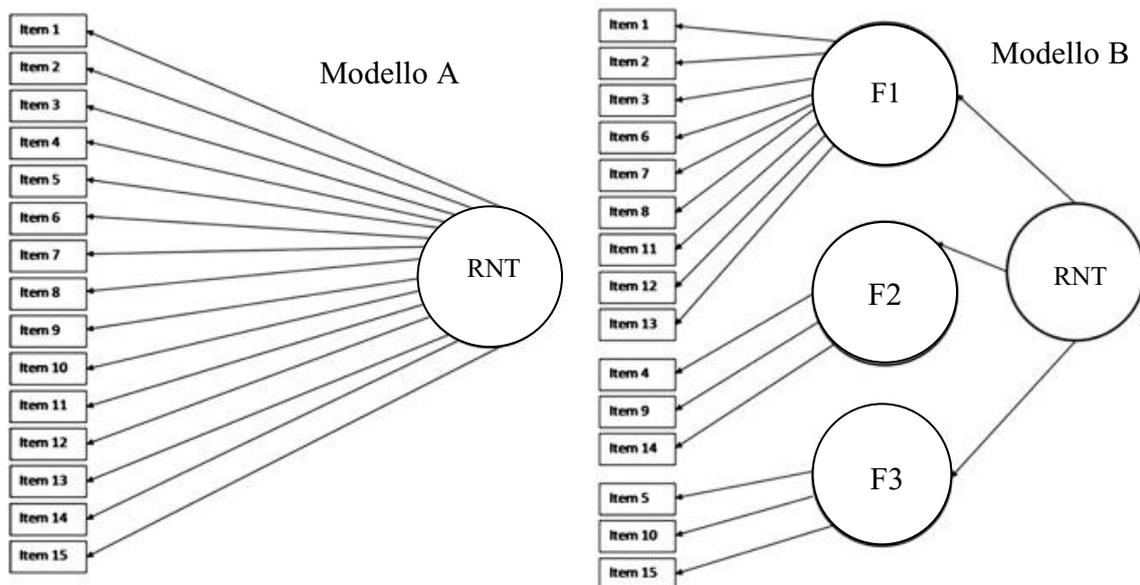


Figura 6. *Strutture fattoriali dei modelli A e B. Adattato da Ehring e collaboratori (2011). F1 = Caratteristiche generali del RNT; F2 = Inutilità percepita del RNT; F3 = Risorse mentali assorbite dal RNT; RNT = Pensiero ripetitivo negativo.*

Per approfondire la struttura fattoriale del PTQ, inoltre, si riportano nella Tabella 11 le saturazioni standardizzate tra gli item del questionario e i tre fattori specifici, rappresentati precedentemente nella Figura 6. Ancora, per quanto concerne la relazione fra i fattori di primo livello e il fattore generale, si osserva che le stime dei parametri ottenute sono pari a 1,000 per la dimensione Caratteristiche generali del pensiero ripetitivo, 0.898 per l’Inutilità percepita del pensiero ripetitivo negativo e 0.998 per il fattore Risorse mentali assorbite dal pensiero ripetitivo negativo.

Tabella 11. *Standardized Factor Loadings* per il modello gerarchico del *Perseverative Thinking Questionnaire*.

Item	F1	F2	F3
1	.87	-	-
2	.84	-	-
3	.83	-	-
4	-	.78	-
5	-	-	.86
6	.92	-	-
7	.82	-	-
8	.85	-	-
9	-	.82	-
10	-	-	.91
11	.94	-	-
12	.85	-	-
13	.89	-	-
14	-	.75	-
15	-	-	.89

Note: F1 = Caratteristiche generali del pensiero ripetitivo negativo; F2 = Inutilità percepita del pensiero ripetitivo negativo; F3 = Risorse mentali assorbite dal pensiero ripetitivo negativo.

3.2.1 Reliability

Prescindendo dalla struttura fattoriale del PTQ, è fondamentale analizzarne le caratteristiche in termini di affidabilità. A tal proposito, dato che il questionario mostra una significativa multidimensionalità è stato calcolato l'indice omega di McDonald, sulla base di quanto raccomandano numerosi autori (Dunn et al., 2014; Revelle & Zinbarg, 2009). Relativamente alla scala nel suo insieme, si osserva un ω_t pari a .97 e un ω_h uguale a .86 (ω_t e ω_h descrivono nel rispettivo ordine l'omega *total* e l'omega

hierarchical). Per quanto concerne le sottoscale relative a F1, F2 e F3 (vedi Figura 6), si individuano dei valori di ω_t pari a, rispettivamente, .96, .79 e .88. Dunque, la precisione con la quale il PTQ, in quanto strumento multidimensionale, misura le varie sottoscale dimostra di essere più che adeguata ($\omega_t = .97$; McDonald, 2013; Revelle & Zinbarg, 2009) e allo stesso tempo, dato il valore di ω_h (.86), la scala mostra una buona capacità di misurare un costrutto generale ovvero il pensiero ripetitivo negativo (RNT).

3.2.2 *Struttura fattoriale di PSWQ-10 e GAD-7*

Per supportare l'adeguatezza del PTQ, inoltre, sono state considerate delle prove di validità convergente prendendo come riferimento delle versioni italiane del PSWQ-10 e del GAD-7. Tuttavia, dal momento che il PSWQ-10 non è stato ancora sottoposto a rigorose analisi psicometriche ne sono state analizzate le principali caratteristiche, osservando se queste ultime si conformano a quelle originariamente proposte dagli autori di riferimento. Relativamente al GAD-7, nonostante siano disponibili dati che ne sostengono validità e affidabilità nel contesto italiano (Shevlin et al., 2022), nel presente lavoro di ricerca sono state ugualmente indagate le proprietà dello strumento per verificarne la bontà di misurazione.

Nella Tabella 12 vengono riportate le principali statistiche descrittive degli item del PSWQ-10 allo scopo di effettuarne un'analisi esplorativa. Nello specifico, quest'ultima rivela che la skewness degli stessi varia da -0.280 a 0.105 e pertanto, data la presenza di numerosi valori negativi, è possibile che le distribuzioni dei punteggi siano descritte, almeno parzialmente, da una condizione di asimmetria negativa.

Tabella 12. Analisi descrittiva degli item del *Penn State Worry Questionnaire-10*.

Item	M	SD	SK	KU	$r_{\text{item-totale}}$
1) Le mie preoccupazioni mi hanno sopraffatto.	2.542	1.540	-0.035	-0.858	0.79
2) Molte situazioni mi hanno fatto preoccupare.	3.057	1.373	-0.280	-0.212	0.83
3) Sapevo che non dovevo preoccuparmi, ma non riuscivo a farne a meno.	2.845	1.535	-0.095	-0.647	0.83
4) Quando sono stato sotto pressione, mi sono preoccupato/a molto.	3.309	1.512	-0.213	-0.582	0.82
5) Mi sono preoccupato/a sempre di qualcosa.	3.067	1.612	-0.092	-0.664	0.88
6) Non appena finivo un compito, iniziavo a preoccuparmi di tutto quello che dovevo fare.	2.812	1.691	-0.019	-0.775	0.82
7) Ho notato che sono sempre stato preoccupato/a per qualcosa.	2.941	1.788	-0.051	-0.893	0.89
8) Una volta che iniziavo a preoccuparmi, non riuscivo più a smettere.	2.616	1.713	-0.038	-1.009	0.90
9) Mi sono preoccupato in continuazione.	2.407	1.707	0.105	-1.031	0.89
10) Mi sono preoccupato/a dei progetti finché non sono stati portati a termine.	3.374	1.578	-0.223	-0.526	0.71

Note: Media (M), deviazione standard (SD), skewness (SK), curtosi (KU) e correlazione item totale ($r_{\text{item-totale}}$).

Per quanto riguarda la curtosi degli item, invece, si individua un *range* i cui estremi sono -1.031 e -0.212: ciò suggerisce, analogamente a quanto si è osservato per il PTQ,

una parziale platicurtosi. Un ulteriore spunto di riflessione proviene dall'analisi delle correlazioni item-totale le quali, oscillando tra .71 e .90, suggeriscono di esplorare l'unidimensionalità del questionario. Per quanto riguarda la distribuzione dei punteggi totali ($M = 28.97 \pm 13.47$) e, più precisamente, per evidenziare se questi ultimi si distribuiscano normalmente e senza particolari valori anomali, si consideri la Figura 7.

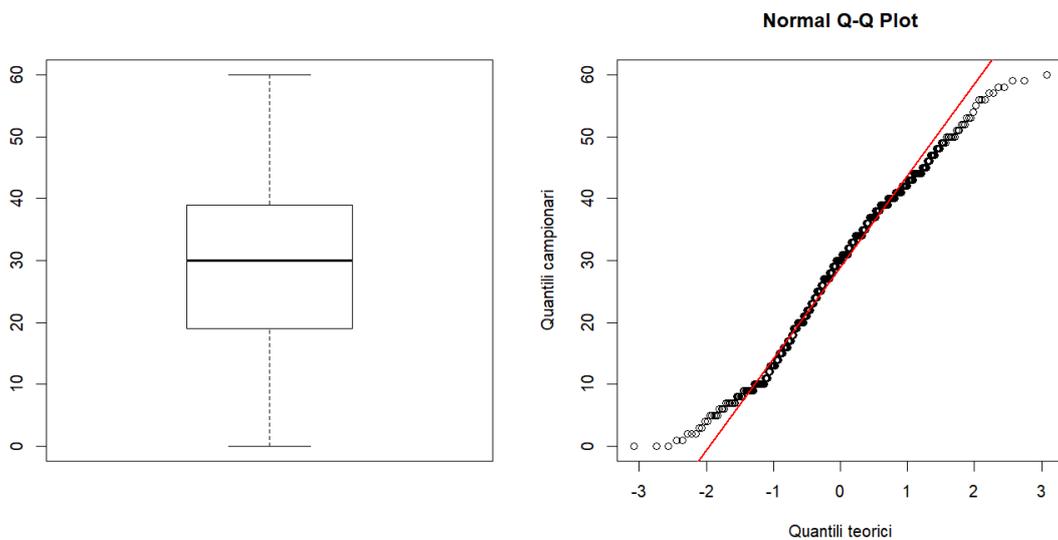


Figura 7. *Boxplot e “Q-Q plot” dei punteggi totali del Penn State Worry Questionnaire-10.*

Sulla base dei precedenti grafici si deduce che: (a) non vi sono sostanziali *outliers*; (b) la differenza tra la mediana (30) e la media (28.97), essendo positiva, indica la presenza di una possibile skewness negativa; (c) l'adattamento dei punteggi totali ad una curva normale sembrerebbe essere moderato. Per approfondire lo studio della normalità multivariata, al pari di quanto è stato effettuato per il PTQ, si è utilizzato il test di Mardia che, ancora, ha prodotto un valore di curtosi multivariata pari a 21.87 ($p < .001$). A partire da ciò, dunque, non è possibile supportare l'ipotesi di normalità multivariata. Date le conclusioni precedenti e in linea con quanto osservano Yao e collaboratori (2016), è stata svolta una CFA (con il metodo dei DWLS) che ipotizza una struttura

fattoriale unidimensionale per il PSWQ-10. Gli indici della bontà di adattamento così ottenuti sono: (a) CFI = 0.998; (b) TLI = 0.997; (c) RMSEA [90% IC] = 0.094 [0.081; 0.108]; (d) SRMR = 0.040. Se da un lato l'esame del CFI, del TLI e dello SRMR suggerisce un buon *fit*, dall'altro lato, la valutazione dell'RMSEA, descrive un adattamento soltanto accettabile (Hooper et al., 2008). Successivamente, per corroborare l'adeguatezza del PSWQ-10 e per confermare la consistenza interna dello stesso, è stato calcolato l' ω di McDonald. A tal proposito, individuato un $\omega_t = .96$, si deduce che il questionario mostra una buona capacità di individuare un costrutto generale (il *worry* nell'ultima settimana).

Dopo aver sostanzialmente confermato la natura monodimensionale e la buona affidabilità del PSWQ-10 nel campione italiano, resta da indagare la bontà della misurazione riferita al GAD-7 (Spitzer et al., 2006). Passando in rassegna le statistiche descrittive degli item di tale questionario è possibile costruire la Tabella 13.

A livello esplorativo, una volta presa in considerazione quest'ultima, si osserva che la maggior parte degli item del GAD-7 si associa a valori positivi di skewness, con un *range* compreso tra 0.273 e 1.214. Tale dato, dunque, suggerisce l'ipotesi che i punteggi siano descritti, almeno parzialmente, da distribuzioni positivamente asimmetriche. Relativamente alla curtosi, invece, per la maggior parte degli item si evidenziano valori negativi compresi tra -0.959 e -0.453 ad eccezione dell'item 5 che, contrariamente ai precedenti, è descritto da una curtosi pari a 0.661. Pertanto, se da un lato è possibile che seguano delle distribuzioni platicurtiche ($KU < 0$), per l'item “*Mi sono preoccupato/a sempre di qualcosa*”, dall'altro, è probabile che si presenti una più o meno significativa leptocurtosi.

Tabella 13. Analisi descrittiva degli item del *Generalized Anxiety Disorder-7*

Item	M	SD	SK	KU	r _{item-totale}
1) Le mie preoccupazioni mi hanno sopraffatto.	1.517	0.873	0.456	-0.718	0.87
2) Molte situazioni mi hanno fatto preoccupare.	1.190	0.934	0.539	-0.506	0.88
3) Sapevo che non dovevo preoccuparmi, ma non riuscivo a farne a meno.	1.331	0.926	0.432	-0.630	0.87
4) Quando sono stato sotto pressione, mi sono preoccupato/a molto.	1.440	0.984	0.273	-0.959	0.85
5) Mi sono preoccupato/a sempre di qualcosa.	0.675	0.877	1.214	0.661	0.74
6) Non appena finivo un compito, iniziavo a preoccuparmi di tutto quello che dovevo fare.	1.342	0.912	0.525	-0.525	0.77
7) Ho notato che sono sempre stato preoccupato/a per qualcosa.	0.957	1.024	0.833	-0.453	0.80

Note: Media (M), deviazione standard (SD), skewness (SK), curtosi (KU) e correlazione item totale ($r_{\text{item-totale}}$).

Un ulteriore dato da prendere in considerazione concerne l'entità delle correlazioni item-totale le quali, variando da .74 a .87, suggeriscono che gli item, complessivamente, potrebbero misurare un unico ampio costrutto: il disturbo d'ansia generalizzata. L'analisi del GAD-7, tuttavia, non può prescindere dall'esame delle caratteristiche della distribuzione dei punteggi totali del questionario. A tal proposito, è opportuno prendere visione della Figura 8.

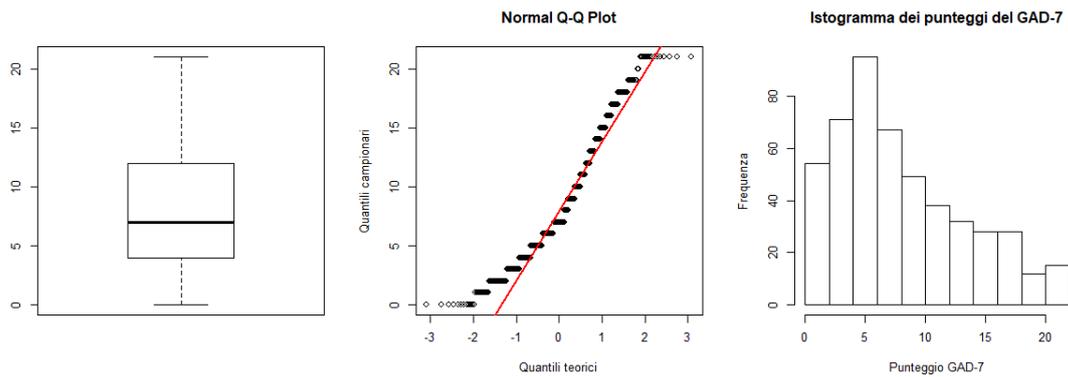


Figura 8. *Boxplot, “Q-Q plot” e istogramma dei punteggi totali del Generalized Anxiety Disorder-7.*

Dall’osservazione dei precedenti grafici si evince che i punteggi del GAD-7 non presentano sostanziali *outliers* e che, inoltre, mostrano una notevole asimmetria positiva. A tal proposito, infatti, si osserva che: (a) la differenza tra la media (8.45 ± 5.38) e la mediana (7) è positiva; (b) la skewness e la curtosi sono pari a, rispettivamente, 0.646 e -0.502. In virtù delle precedenti osservazioni, si intuisce che l’assunzione di normalità multivariata non può essere supportata: non a caso, il test di Mardia per la curtosi multivariata produce un valore di 8.69 ($p < .001$).

Relativamente alla struttura fattoriale del GAD-7, successivamente, è stata condotta una CFA per confermare la natura unidimensionale dello strumento, attribuita allo stesso già dagli autori di riferimento (Spitzer et al., 2006) e recentemente riconfermata anche nel contesto italiano (Shevlin et al., 2022). Gli indici della bontà di adattamento così ottenuti sono: (a) CFI = 0.999; (b) TLI = 0.998; (c) RMSEA [90% IC] = 0.060 [0.037; 0.083]; (d) SRMR = 0.036. Dunque, a partire dall’esame dei valori precedenti (Hooper et al., 2008), si conclude che una struttura fattoriale unidimensionale mostra un buon grado di adattamento rispetto ai dati precedentemente raccolti. Ancora, per suffragare

l'adeguatezza del GAD-7 ne è stata valutata la consistenza interna utilizzando l'omega di McDonald. A tal proposito, è stato rilevato un ω_t pari a .94 il quale, dunque, suggerisce che il questionario è dotato di una buona affidabilità.

3.2.3 Validità convergente

Evidenziate le buone proprietà psicometriche dei tre strumenti resta da analizzarne la validità convergente in base a quanto precedentemente anticipato. Dal momento che i punteggi del GAD-7 non si distribuiscono normalmente, per calcolare gli indici di correlazione tra GAD-7 da un lato, e PSWQ-10 e PTQ dall'altro, è stato utilizzato l'indice ρ di Spearman. Per quanto riguarda, invece, la correlazione tra PSWQ-10 e PTQ, si è ricorso all'indice r di Pearson (data la sostanziale normalità delle distribuzioni dei punteggi campionari). A tal proposito, si osservi la Tabella 14.

Tabella 14. Coefficienti di correlazione e rispettivi livelli di significatività.

	PTQ	PSWQ-10	GAD-7
PTQ	-		
PSWQ-10	$r = .77 (p < .001)$	-	
GAD-7	$\rho = .71 (p < .001)$	$\rho = .79 (p < .001)$	-

Note: r = Indice di correlazione di Pearson; ρ = Coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman.

Dalla Tabella 13 si osserva che le correlazioni tra i tre strumenti sono moderatamente elevate e tutte ugualmente significative: le stesse, infatti, oscillano tra .71 e .79 con ampi livelli di significatività ($p < .001$). Pertanto, è possibile concludere che esiste un buon grado di convergenza tra i tre strumenti i quali, seppur focalizzandosi su aspetti

particolari e parzialmente differenti del pensiero ripetitivo, mostrano un sensibile grado di associazione reciproca.

3.2.4 Differenze di genere

Accanto agli aspetti che concernono squisitamente le caratteristiche psicometriche del PTQ, PSWQ-10 e GAD-7 è opportuno focalizzarsi su un altro livello di analisi, quello relativo alle differenze di genere. A tal proposito, è interessante osservare se i partecipanti di sesso maschile e femminile differiscano in termini di punteggio osservato ai tre questionari. Inerentemente al PTQ, eseguendo un t-test con correzione di Welch, si è osservato che le partecipanti ottengono, in media, punteggi superiori ai maschi ($t(142.76) = -2.76, p\text{-value} = 0.006$). Più precisamente, la vera differenza tra le medie dei due gruppi ($\mu_{\text{maschi}} - \mu_{\text{femmine}}$), con il 95% di fiducia, è inclusa nell'intervallo [-6.74; -1.12]. Per visualizzare graficamente tale relazione si prenda come riferimento la Figura 9.

Per approfondire nonché quantificare l'entità delle differenze precedentemente osservate, inoltre, può essere utile ricorrere all'indice d di Cohen (Cohen, 1992; Torchiano & Torchiano, 2020). A tal proposito, dato che per il campione raccolto si calcola un d di Cohen pari a 0.31, si conclude che l'effetto che il genere esercita sui punteggi del PTQ è limitatamente piccolo.

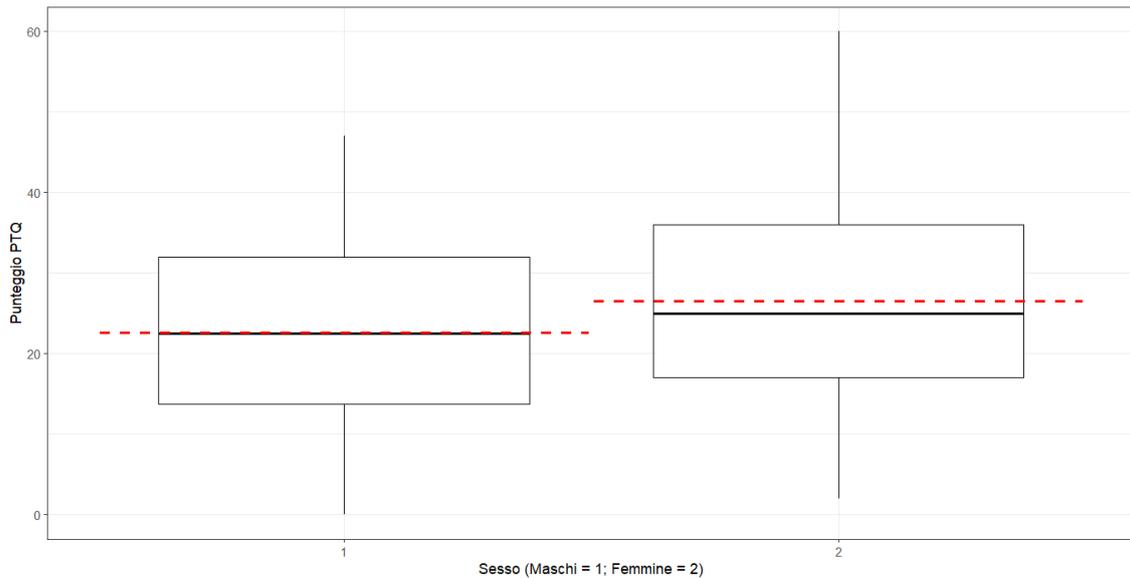


Figura 9. *Boxplot dei punteggi comparati del Perseverative Thinking Questionnaire. Le linee tratteggiate in rosso indicano rispettivamente, da sinistra verso destra, la media dei soggetti di sesso maschile e femminile (realizzato tramite “ggplot2”; Wickham, 2016).*

Prendendo quale riferimento il PSWQ-10, ancora, si osservano dei risultati sostanzialmente analoghi. Anche in questo caso, infatti, un t-test con correzione di Welch ha supportato l’ipotesi per la quale i soggetti di sesso femminile mostrino un punteggio mediamente più elevato rispetto ai soggetti di sesso maschile ($t(142.34) = -4.143$, $p\text{-value} < .001$) Si nota, a tal proposito, che la vera differenza tra le medie intergruppi ($\mu_{\text{maschi}} - \mu_{\text{femmine}}$), con il 95% di fiducia, è inclusa nell’intervallo $[-9.06; -3.21]$.

Per visualizzare graficamente tale relazione, si consideri la Figura 10.

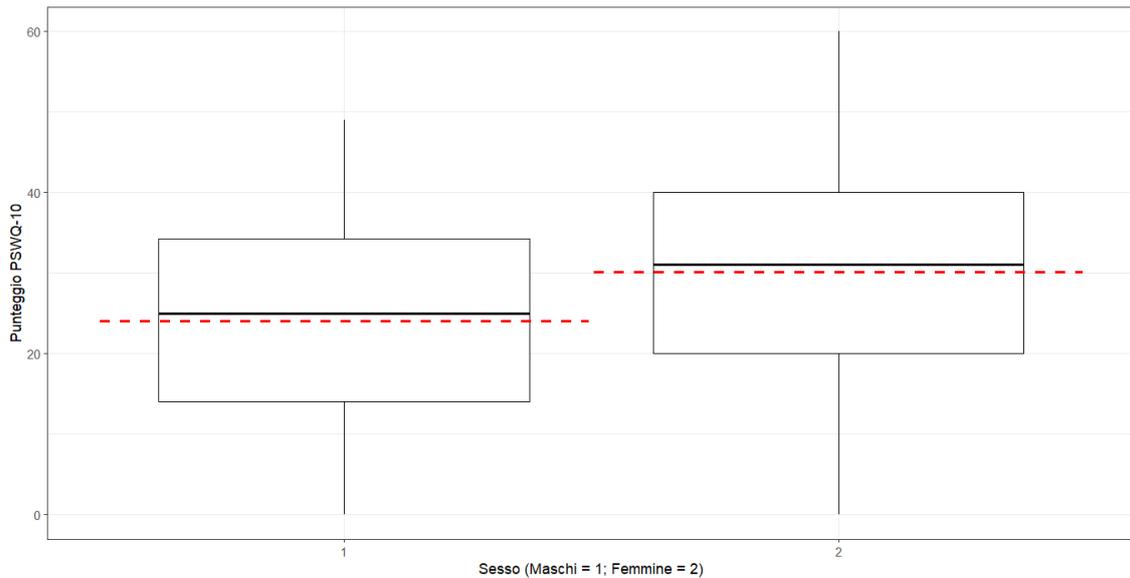


Figura 10. *Boxplot dei punteggi comparati del Penn State Worry Questionnaire-10. Le linee tratteggiate in rosso indicano rispettivamente, da sinistra verso destra, la media dei soggetti di sesso maschile e femminile (realizzato tramite “ggplot2”; Wickham, 2016).*

Anche questa volta, per studiare la dimensione dell’effetto che il genere esercita sui punteggi osservati, è stato calcolato l’indice d di Cohen. A tal proposito, data l’osservazione di un valore pari a 0.47, si deduce che il genere ha un moderato effetto sui punteggi del PSWQ-10 (Cohen, 1992; Torchiano & Torchiano, 2020)

Un approccio differente è stato utilizzato per quanto riguarda il GAD-7. Dato che i punteggi campionari non rispettano l’assunzione di normalità è stato utilizzato il test di Wilcoxon, il quale ha prodotto, tuttavia, un risultato in linea con quelli precedentemente evidenziati ($W = 15558$, $p\text{-value} = .027$). Ancora, si nota che l’intervallo al 95% di fiducia, costruito sulla vera differenza mediana intergruppi, ha come estremi -2.00 e -1.86e-05. Pertanto, si conclude che il punteggio mediano dei soggetti di sesso femminile

al GAD-7 è maggiore rispetto alla controparte maschile. Per visualizzare tali risultati, si osservi la Figura 11.

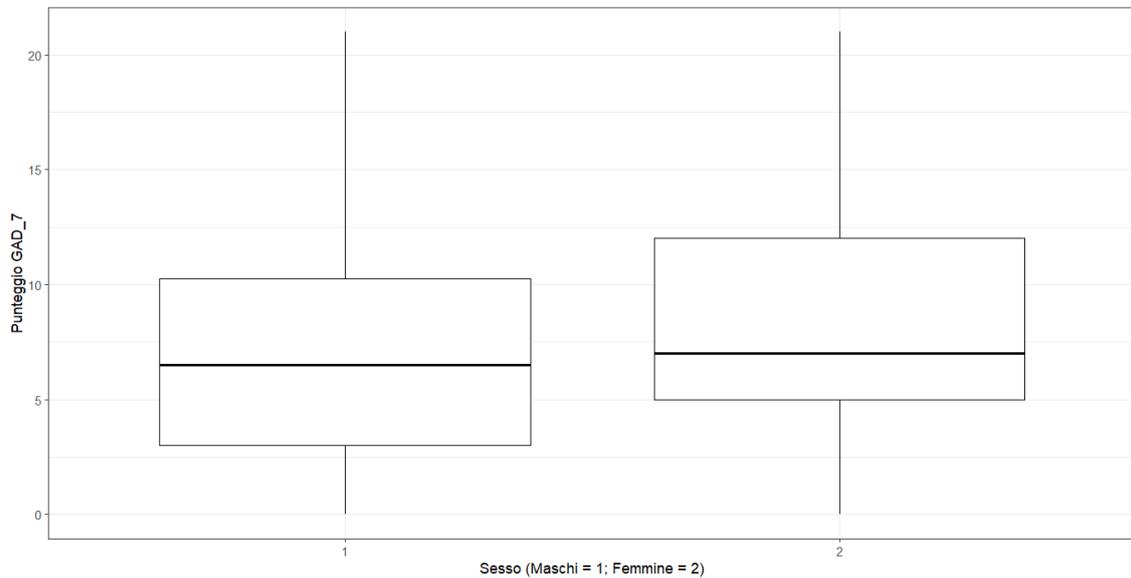


Figura 11. *Boxplot dei punteggi comparati del Generalized Anxiety Disorder-7: a sinistra quello relativo ai partecipanti maschi e a destra quello per le partecipanti femmine. (realizzato tramite “ggplot2”; Wickham, 2016).*

Da quanto si evince nella Figura 11, tuttavia, l’entità della differenza sembrerebbe non particolarmente forte. Dato il livello di misurazione delle variabili e per approfondire la dimensione dell’effetto legato al genere, è stato calcolato l’indice A di Vargha e Delaney (Torchiano & Torchiano, 2020; Vargha & Delaney, 2000). A tal proposito, calcolando un valore di A pari a .43, si conclude che l’appartenenza al genere femminile piuttosto che a quello maschile ha un impatto medio-piccolo sul punteggio del GAD-7.

CAPITOLO 4

Discussione e prospettive future

4.1 Obiettivo dell'elaborato

Il presente studio di validazione *cross-sectional* ha avuto come focus l'indagine di un costrutto particolarmente complesso e sfaccettato: il pensiero ripetitivo negativo. Dato il carattere transdiagnostico dello stesso, disporre di strumenti di misurazione validi e affidabili, in grado di coglierne le caratteristiche più salienti, può fornire importanti contributi di ricerca, stimolando, ancora, un sensibile miglioramento dei protocolli di intervento clinico generalmente utilizzati. In virtù delle precedenti riflessioni, si intuisce l'importanza e l'utilità di misurare adeguatamente costrutti quali il pensiero ripetitivo negativo. A tal proposito, il presente studio di validazione ha fornito un supporto preliminare circa la validità e affidabilità di uno strumento *self-report* italiano per la misurazione del pensiero ripetitivo negativo: il *Perseverative Thinking Questionnaire* (PTQ; Ehring et al., 2011). Per adempiere tale obiettivo è stato effettuato un campionamento di convenienza *online* di 489 soggetti di lingua italiana. Inoltre, il disegno della ricerca ha previsto l'utilizzo di piattaforme *social* e la condivisione di un apposito link Qualtrics (<https://www.qualtrics.com>).

4.2 Commento dei risultati

Prima di analizzare le proprietà psicometriche del PTQ è stata effettuata un'analisi esplorativa degli item dei questionari dalla quale, più precisamente, si è evinto che il PTQ e PSWQ-10 mostrano delle distribuzioni approssimativamente normali. Di contro, i dati raccolti per il GAD-7 evidenziano una distribuzione con una piuttosto chiara

asimmetria positiva. Relativamente all'indagine della struttura fattoriale del PTQ, due analisi fattoriali confermative hanno contrapposto un modello monofattoriale (A) con un altro modello (B) di tipo gerarchico e di secondo ordine (composto da un fattore generale sovraordinato rispetto a tre fattori specifici). A partire da tale analisi comparata e, dunque, valutando differenti indici di adattamento, è stato di fatto confermato il miglior *fit* del secondo modello e cioè quello gerarchico originariamente ipotizzato da Ehring e collaboratori (2011). Secondo questi ultimi, più precisamente, il pensiero ripetitivo negativo rappresenterebbe un costrutto generale, intimamente connesso a tre fattori specifici: (a) un nucleo di caratteristiche rappresentate da ripetitività, intrusività e difficoltà ad abbandonare il RNT; (b) l'inutilità percepita del RNT; (c) le risorse mentali assorbite dal RNT.

I risultati delle analisi effettuate in tale ricerca mostrano un carattere sicuramente incoraggiante. A testimonianza di ciò e per raccogliere evidenze circa la consistenza interna del PTQ, si è calcolato l'omega di McDonald il cui esame fornisce una prova a sostegno della buona affidabilità dello strumento. Ancora, ricorrendo a un procedimento sostanzialmente analogo, è stata attribuita al PSWQ-10 un'adeguata coerenza interna e, allo stesso tempo, riconfermata l'affidabilità del GAD-7 nel contesto italiano (Shevlin et al., 2022). Per approfondire i risultati emersi dalla ricerca, è opportuno osservare che avendo i soggetti compilato accanto al PTQ le versioni italiane del *Generalized Anxiety Disorder-7* (Spitzer et al., 2006) e del *Penn State Worry Questionnaire-10* (Yao et al., 2016), è stato possibile raccogliere dati per stimare, in via preliminare, la validità fattoriale e convergente del PTQ e del PSWQ-10. Relativamente al GAD-7 si osserva che, data la recente validazione italiana dello strumento (Shevlin et al., 2022), le analisi effettuate ne hanno consentito un approfondimento in termini di bontà di misurazione.

Più precisamente, sia il PSWQ-10 sia il GAD-7 sono stati sottoposti a CFA la quale, in linea con quanto osservano gli autori di riferimento (Shevlin et al., 2022; Spitzer et al., 2006; Yao et al., 2016) ne ha sostanzialmente riconfermato la struttura unidimensionale. Anche in questo caso, similmente a quanto effettuato per il PTQ, sono stati calcolati i valori dell'omega e l'esame di tali indici, successivamente, ha consentito di riconoscere loro una buona consistenza interna.

4.2.1 Validità convergente

Per corroborare ulteriormente l'adeguatezza dei tre strumenti, in aggiunta alle precedenti analisi, si è scelto di studiarne la validità convergente. A tal proposito, avendo osservato tra gli stessi delle correlazioni moderatamente elevate, è ragionevole supporre che vi sia una certa sovrapposizione tra i costrutti oggetto di misurazione. È bene sottolineare che, tuttavia, tale sovrapposizione è soltanto parziale dal momento che ciascuno dei questionari declina il pensiero ripetitivo in modo differente. Il PTQ, infatti, operazionalizza il RNT definendolo come una strategia di *coping* disadattiva, il cui carattere disfunzionale dipende dalla propria ripetitività, intrusività e da metacredenze negative di inutilità. Il PSWQ-10, invece, si focalizza maggiormente sugli aspetti patologici del rimuginio, misurandolo nel ristretto arco temporale di una settimana. Dunque, tale strumento, è probabile che sia più sensibile rispetto alla registrazione delle fluttuazioni del costrutto mostrando, ancora, delle potenzialità nel monitoraggio dello stesso. Similmente, il GAD-7, oltre a fornire una misurazione del pensiero ripetitivo, si concentra anche sulla valutazione di una sintomatologia di carattere ansioso, misurata nell'arco di due settimane. Per tale ragione, è possibile supporre che tale strumento si concentri maggiormente sugli effetti disfunzionali del rimuginio, prendendo quale

riferimento principale i sintomi del disturbo d'ansia generalizzata. Per quanto concerne la correlazione tra PSWQ-10 e GAD-7, inoltre, è opportuno osservare che il presente studio di validazione ha sostanzialmente replicato quanto osservato da Yao e collaboratori (2016). Gli autori, infatti, raccogliendo prove a sostegno della validità convergente del PSWQ-10, osservano che quest'ultimo mostra una significativa e piuttosto elevata correlazione (tra .70 e .80) con il GAD-7.

4.2.2 Differenze di genere

Un ulteriore livello di analisi piuttosto interessante da prendere in considerazione concerne il ruolo delle differenze di genere in relazione ai tre strumenti. A tal proposito, si è osservato che i partecipanti di sesso femminile mostrano dei punteggi significativamente maggiori rispetto alla controparte maschile. Tuttavia, sebbene tale differenza raggiunga la significatività statistica, uno studio più accurato delle dimensioni dell'effetto rivela che, in realtà, il genere esercita soltanto un piccolo se non moderato effetto sui punteggi osservati al PTQ, PSWQ-10 e GAD-7. Pertanto, tale risultato, sembrerebbe fornire supporto al carattere trasversale del RNT, indipendente non soltanto dal contenuto cui si riferisce, ma anche dal genere del soggetto che lo sperimenta in prima persona. Ciononostante, sulla scia di tali osservazioni, è bene tener presente che per ampliare la generalizzabilità dei risultati sarebbe opportuno contare su ulteriori ricerche. Tali ricerche, ancora, è auspicabile che operino una scelta strategica in relazione al campionamento, utilizzando, in modo particolare, campioni clinici descritti da diagnosi il più eterogenee è possibile. Nonostante tale studio di validazione non abbia incluso un campione clinico, la significatività dei risultati ottenuti consente di

affermare che le versioni italiane del PTQ, PSWQ-10 e GAD-7 mostrano, quanto meno, un carattere promettente e degno di essere ulteriormente approfondito.

4.3 Discussione dei risultati alla luce della letteratura

Rispetto alle implicazioni di questi risultati, è interessante osservare che la conferma della struttura fattoriale gerarchica del PTQ fornisce un supporto, seppur preliminare, ad una concettualizzazione composita del pensiero ripetitivo negativo. Infatti, in virtù di quanto osservato nel Capitolo 1 con la presentazione della *Self-Regulatory Executive Function Theory* (Caselli, Ruggiero, et al., 2017; Wells, 2011), è possibile che gli item relativi a tale fattore specifico misurino aspetti che discendono dalla condizione che Wells (2011) ha denominato “*Cognitive Attentional Syndrome*” (CAS). Quest’ultima, infatti, specificando un insieme di strategie di regolazione cognitiva inefficaci è probabile che alimenti l’esperienza di pensieri significativamente intrusivi e ripetitivi, insieme alla percezione di una certa difficoltà ad allontanare tali contenuti mentali dalla propria coscienza. Per quanto concerne il fattore relativo all’inutilità percepita del RNT, è possibile che tale aspetto si riferisca ad un livello gerarchico superiore, quello relativo a come l’individuo giudica il proprio pensiero ripetitivo. Tale livello, dunque, sembrerebbe inserirsi a pieno titolo all’interno delle metacredenze individuali e, quindi, in ciò che nella *S-REF Theory* viene denominato “metasistema”. Quest’ultimo, non a caso, fornisce delle rappresentazioni circa i propri processi cognitivi, attribuendo loro un particolare significato e, allo stesso tempo, stimolando un controllo esecutivo e retroattivo più o meno funzionale. Sulla stessa linea di pensiero, il fattore inerente all’intensità con la quale il pensiero ripetitivo grava sulle risorse attentive mostra una relazione di centrale importanza con la CAS. Non a caso, le conoscenze metacognitive

individuali, tramite la regolazione dell'attenzione, monitorano e controllano l'elaborazione delle informazioni (Wells, 2011).

4.4 Implicazioni dei risultati: una svolta processuale

Alla luce delle principali formulazioni teoriche sull'argomento, una chiave di lettura metacognitiva e processuale sui disturbi mentali si sta progressivamente consolidando nella letteratura di riferimento. Non a caso, la crescente consapevolezza circa i limiti degli approcci terapeutici più classici preme verso una ridefinizione delle priorità di ricerca. A tal proposito, è opportuno osservare che uno dei primi contributi tesi a promuovere tale cambio di prospettiva lo si ravvisa nel lavoro di Borkovec e collaboratori (1998). Questi ultimi, infatti, analizzando il rimuginio come un processo cognitivo trasversale alla sofferenza psicologica, pongono enfasi non tanto sui contenuti del pensiero ripetitivo, quanto piuttosto sui meccanismi di funzionamento interni allo stesso. Per comprendere in che cosa consistano questi ultimi, inoltre, più che ricorrere al costrutto delle credenze di base (Beck, 1984) sarebbe auspicabile fare leva su quello delle metacredenze individuali. Approfondendo questo aspetto, infatti, Caselli e collaboratori (2017) osservano che le credenze metacognitive sono tra i principali fattori in grado di inasprire il carattere cronico della sofferenza psicologica. Le stesse, non a caso, in una forma positiva o negativa, argomentano rispettivamente a favore dell'utilità e dell'incontrollabilità del pensiero ripetitivo. Inerentemente alle possibilità di modificazione di tali convinzioni, delle potenziali risposte potrebbero provenire da protocolli di intervento clinico quali la terapia metacognitiva (Wells, 2011).

4.4.1 Le ripercussioni cliniche

La sofferenza psicologica, secondo Wells (2011), viene intesa principalmente quale frutto di particolari processi cognitivi disfunzionali: ad esempio, il rimuginio e la ruminazione. Inoltre, proseguendo su tale linea di pensiero, il focus terapeutico invece di incentrarsi sulla modificazione del contenuto di particolari credenze mira al cambiamento delle metacognizioni, responsabili di innescare un processo ricorsivo, disfunzionale e difficilmente controllabile: il pensiero ripetitivo negativo. Dunque, per adempiere tale obiettivo, tra le principali soluzioni da implementare vi è una riduzione del monitoraggio degli stimoli minacciosi (*threat monitoring*) e una maggior flessibilità nell'utilizzo delle proprie risorse attentive. A tal proposito, un recente protocollo di intervento clinico che ha dimostrato dei risultati piuttosto incoraggianti è l'*Attention Training Technique* (ATT; Wells, 2011). Quest'ultimo, di norma incluso nella terapia metacognitiva standard, prevede tre fasi di *training* aventi come *target*: (a) l'attenzione selettiva; (b) i cambiamenti rapidi nel focus attentivo; (c) l'attenzione divisa. All'interno dell'ATT, inoltre, la difficoltà dei compiti da svolgere cresce progressivamente: perché il trattamento sia efficace, infatti, è necessario stimolare sufficientemente e adeguatamente le capacità attentive individuali. Ancora, una particolarità del protocollo consiste nell'utilizzo esclusivo di stimoli acustici privi di ogni rilevanza personale: ciò in quanto soltanto l'utilizzo di questa tipologia di stimoli consente di distogliere l'attenzione da una rigida focalizzazione su di sé e sui propri pensieri.

La sessione di *training*, più precisamente, dura all'incirca 12 minuti ed è suddivisa nel seguente modo: 5 minuti sono dedicati all'attenzione selettiva, 5 ai cambiamenti rapidi del focus attentivo e 2, infine, all'attenzione divisa. Per allenare l'attenzione selettiva,

nella prima fase, si chiede al soggetto di focalizzarsi su specifici suoni tra loro in competizione e, quindi, di resistere a stimoli distraenti. Successivamente, nel secondo modulo, si istruisce il soggetto affinché alterni la focalizzazione dell'attenzione tra uno stimolo e l'altro. Inoltre, dal momento che la rapidità di esecuzione richiesta nel compito cresce progressivamente, si osserva un concomitante aumento in termini di complessità. Negli ultimi minuti di *training*, infine, prestando attenzione a più suoni contemporaneamente, ci si focalizza sul potenziamento dell'attenzione divisa. Prescindendo dalle caratteristiche interne al trattamento, tuttavia, è bene sottolineare che per massimizzarne l'efficacia il paziente deve comprendere fino in fondo il rationale sottostante all'utilizzo dell'ATT. Riconoscere che, a seconda di come si orienta la propria attenzione, è possibile contribuire più o meno significativamente ad esacerbare la propria sofferenza psicologica è fondamentale perché il paziente aderisca con costanza ed impegno al protocollo d'intervento. All'interno di quest'ultimo, inoltre, al pari di quanto accade nella terapia cognitivo comportamentale standard, è previsto l'assegno di *homework* che prevedono particolari istruzioni: durante la pratica degli esercizi ogni pensiero intrusivo deve essere trattato alla stregua di un rumore di sottofondo, qualcosa contro il quale non va applicata la minima resistenza. Il fulcro dell'ATT, infatti, consiste nel coltivare un atteggiamento di *detached mindfulness* (Wells, 2011) ovvero la capacità di non lasciarsi trasportare dalle proprie valutazioni negative. In tal modo, si riuscirebbe più facilmente a sganciare la propria attenzione dal pensiero ripetitivo negativo contando, ancora, sulla messa in discussione delle proprie metacredenze. A tal punto, una premessa fondamentale da tenere a mente prima di utilizzare l'ATT è che quest'ultima non è una tecnica di gestione delle emozioni ma di "*mental fitness*": non a caso, Wells (2011) ne sconsiglia l'utilizzo per soggetti in preda a

un forte stato d'ansia o in uno stato di rimuginio acuto. Il motivo di tale raccomandazione, più precisamente, è da individuare negli effetti controproducenti che ne deriverebbero. Ricorrere all'*Attention Training Technique* come se fosse una strategia di *coping* conferisce alla stessa lo status di una vera e propria tecnica di evitamento cognitivo-comportamentale. Sulla base di ciò, infatti, verrebbe rinforzato l'apprendimento disfunzionale per il quale dirottare la propria attenzione su altri stimoli, in un dato momento, risparmi all'individuo l'esperienza delle conseguenze catastrofiche del proprio rimuginio. Dunque, si intuisce facilmente che l'effetto collaterale dell'utilizzo improprio di questa strategia consista nell'alimentare metacredenze negative di pericolosità (e.g. "Se distolgo l'attenzione dal rimuginio eviterò le conseguenze negative che potrei altrimenti sperimentare").

Accanto all'ATT, nel modello di intervento metacognitivo viene utilizzato anche un ulteriore protocollo di *training* dell'attenzione: il *Situational Attentional Refocusing* (SAR; Wells, 2011). Quest'ultimo ha come obiettivo: (a) potenziare il processamento delle informazioni incompatibili con le credenze disfunzionali del paziente; (b) rimodulare le strategie di *threat monitoring* individuali. Dunque, essendo applicato durante l'esperienza di situazioni stressanti e problematiche, il SAR consente di sviluppare delle credenze e delle valutazioni più adattive nonché più funzionali. Tale risultato può essere ottenuto, ancora, contrastando la percezione di un senso irrealistico di minaccia e migliorando, pertanto, il flusso di nuove informazioni. Più specificamente, all'interno di questo modello di intervento si chiede ai soggetti di focalizzare la propria attenzione su dei segnali di sicurezza (*safety signals*) i quali, all'interno di particolari esperimenti comportamentali, forniscono prove a favore dell'inadeguatezza delle proprie aspettative e previsioni. Quindi, la differenza tra l'ATT e il SAR è che, mentre

l'ATT è stata sviluppata per incrementare il controllo esecutivo e per interrompere un'elaborazione autoreferenziale delle informazioni, Il SAR, invece, in modo complementare, stimola l'accesso ad informazioni falsificatorie e così facendo, perfeziona le strategie di allocazione dell'attenzione

4.5 I limiti

All'interno del campione è stata condotta un'indagine sociodemografica che ha messo in luce l'esistenza di possibili fonti di distorsione le quali, dunque, potrebbero ridurre le potenzialità di generalizzazione dei risultati all'intera popolazione italiana. Tra queste ultime annoveriamo: (a) la presenza di una classe di età, approssimativamente tra i 20 e 25 anni, maggiormente rappresentata rispetto alle altre; (b) la scarsa omogeneità relativamente alla regione di provenienza dei partecipanti; (c) l'inclusione preponderante di soggetti di sesso femminile all'interno del campione. Accanto alle limitazioni derivanti dalle caratteristiche sociodemografiche campionarie se ne identificano di ulteriori, intimamente connesse alla metodologia di ricerca. A tal proposito, è opportuno ribadire che la natura *cross-sectional* del presente studio di validazione ha previsto l'utilizzo esclusivo di strumenti *self-report* e, ancora, non ha incluso campioni clinici. Dunque, per tali ragioni, è possibile che i risultati della ricerca siano stati influenzati, almeno parzialmente, da fattori legati alla desiderabilità sociale. Inoltre, data la natura trasversale della ricerca, è opportuno osservare che non è stato possibile stimare la stabilità temporale dei tre questionari.

4.6 I punti di forza

Nonostante la presenza di chiare limitazioni, esistono alcuni elementi che depongono a favore delle buone caratteristiche del presente studio di validazione: (a) la presenza di

un *range* anagrafico particolarmente ampio; (b) la sostanziale omogeneità tra le categorie relative al livello di scolarità (con la sola eccezione per la classe dei soggetti lavoratori, maggiormente rappresentata rispetto alle altre) ; (c) una numerosità campionaria sufficientemente elevata (in base alla regola empirica per la quale una CFA fornisce risultati significativi e interpretabili se il campione include almeno 10 unità di analisi per ogni variabile osservata; Nunnally, 1967)

Prescindendo dalla bontà di alcune caratteristiche sociodemografiche del campione è bene evidenziare quali siano i punti di forza, invece, che riflettono le caratteristiche psicometriche degli strumenti più in generale. A tal proposito, l'analisi degli indici di *fit* consente di supportare la struttura gerarchica del PTQ (descritta da tre fattori specifici subordinati ad un fattore generale) e la sostanziale unidimensionalità del PSWQ-10 e GAD-7. Degno di nota è che, inoltre, le correlazioni osservate tra gli ultimi due strumenti replicano, complessivamente, quanto osservato da Yao e collaboratori (2016). In aggiunta, la validità convergente del PTQ e PSWQ-10 assume una maggiore credibilità sulla base del fatto che tali strumenti correlano significativamente e positivamente con la versione italiana del GAD-7 (Shevlin et al., 2022), uno strumento già validato nel contesto italiano.

4.7 Prospettive future

A tal punto, è opportuno sottolineare che un interessante approfondimento delle caratteristiche psicometriche del questionario potrebbe provenire dallo studio di potenziali correlazioni tra il PTQ e strumenti orientati alla misurazione delle metacredenze individuali, siano esse positive o negative. Ancora, per fornire prove a sostegno dell'adeguatezza del *Perseverative Thinking Questionnaire*, sarebbe particolarmente utile studiarne l'affidabilità test-retest per stimare, dunque, se i punteggi

osservati mostrino un sufficiente grado di stabilità temporale. Tra le prospettive future di ricerca, inoltre, sarebbe interessante indagare se esista una correlazione statisticamente significativa tra il PTQ e strumenti che analizzano performance cognitive. Pertanto, l'obiettivo sarebbe quello di replicare quanto studi sul rimuginio ansioso hanno già osservato e cioè, misurare l'impatto negativo che quest'ultimo ha sull'utilizzo delle risorse della memoria di lavoro (Hayes et al., 2008; Leigh & Hirsch, 2011).

4.8 Conclusione

Tra le potenzialità del PTQ vi è senza dubbio la possibilità di misurare un costrutto di centrale importanza per la sofferenza psicologica senza far esplicito riferimento a delle particolari aree di contenuto. Nonostante ciò, sarebbe sicuramente interessante approfondire potenziali correlazioni tra tale strumento e questionari di comprovata validità e affidabilità, utilizzati nella misurazione delle manifestazioni specifiche del RNT (e.g., ruminazione depressiva, rimuginio ansioso, ruminazione rabbiosa, ecc.). Inoltre, l'osservazione di una correlazione statisticamente significativa tra il PTQ e il GAD-7, uno strumento utilizzato nello *screening* per il disturbo d'ansia generalizzata, suggerisce un'interessante area di esplorazione. Ricerche future, infatti, potrebbero indagare l'esistenza di correlazioni altrettanto significative con ulteriori strumenti psicodiagnostici, prendendo come riferimento campioni clinici e di controllo. Il PTQ dunque, per certi versi, potrebbe rappresentare uno strumento funzionale alla valutazione del rischio psicopatologico e, in altri termini, una misura di *screening* ad ampio spettro.

BIBLIOGRAFIA

- Baer, R. A., & Sauer, S. E. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 142.
- Baldetti, M., Bartolozzi, C., & Fiore, F. (2001). *La validazione italiana dell'Anger Rumination Scale*.
- Beck, A. (1970). The core problem in depression. The cognitive triad. *Depression. Theories and Therapies*.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1987). *Beck depression inventory*. Harcourt Brace Jovanovich New York:
- Beck Aaron, T. (1984). Principi di terapia cognitiva. *Astrolabio-Ubaldini, Roma*.
- Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical psychology review*, 25(7), 975–1002.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561–576.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy*, 32(2), 337–369. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80008-3)

- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about Worry and Intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its Correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(3), 279–296. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00011-X)
- Caselli, G., Decsei-Radu, A., Fiore, F., Manfredi, C., Querci, S., Sgambati, S., Rebecchi, D., Ruggiero, G. M., & Sassaroli, S. (2014). Self-discrepancy monitoring and its impact on negative mood: An experimental investigation. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *42*(4), 464–478.
- Caselli, G., Gemelli, A., Querci, S., Lugli, A. M., Canfora, F., Annovi, C., Rebecchi, D., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., & Spada, M. M. (2013). The effect of rumination on craving across the continuum of drinking behaviour. *Addictive behaviors*, *38*(12), 2879–2883.
- Caselli, G., Offredi, A., Martino, F., Varalli, D., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., Spada, M. M., & Wells, A. (2017). Metacognitive beliefs and rumination as predictors of anger: A prospective study. *Aggressive behavior*, *43*(5), 421–429.
- Caselli, G., Ruggiero, G. M., & Sassaroli, S. (2017). *Rimuginio: Teoria e terapia del pensiero ripetitivo*. Raffaello Cortina.
- Caselli, G., Soliani, M., & Spada, M. M. (2013). The effect of desire thinking on craving: An experimental investigation. *Psychology of Addictive Behaviors*, *27*(1), 301.
- Caselli, G., & Spada, M. M. (2010). Metacognitions in desire thinking: A preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*(5), 629–637.
- Caselli, G., & Spada, M. M. (2011). The desire thinking questionnaire: Development and psychometric properties. *Addictive Behaviors*, *36*(11), 1061–1067.

- Caselli, G., & Spada, M. M. (2013). The metacognitions about desire thinking questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology, 69*(12), 1284–1298.
- Caselli, G., & Spada, M. M. (2015). Desire thinking: What is it and what drives it? *Addictive Behaviors, 44*, 71–79.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*(4), 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. (R. G. Heimberg, Liebowitz, M. ., Hope, D. ., Scheier, F., A c. Di). Guilford.
- Cohen, J. (1992). *Quantitative methods in psychology: A power primer*. Psychological bulletin.
- Dalgleish, T., & Power, M. (2000). *Handbook of cognition and emotion*. John Wiley & Sons.
- Davey, G. C. (1993). A comparison of three worry questionnaires. *Behaviour research and therapy, 31*(1), 51–56.
- Delaquis, C. P., Joyce, K. M., Zalewski, M., Katz, L. Y., Sulymka, J., Agostinho, T., & Roos, L. E. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 300*, 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.062>
- Denson, T. (2012). The multiple systems model of angry rumination. *Personality and Social Psychology Review: an Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc, 17*(2), 103–123.

- Denson, T. F., Pedersen, W. C., Friese, M., Hahm, A., & Roberts, L. (2011). Understanding impulsive aggression: Angry rumination and reduced self-control capacity are mechanisms underlying the provocation-aggression relationship. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(6), 850–862.
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsten, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399–412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e Funzione Riflessiva Selected papers of Peter Fonagy and Mary Target*. Raffaello Cortina.
- Gabbard, G. O., Del Corno, F., & Lingardi, V. (2010). *Le psicoterapie: Teorie e modelli d'intervento*. Cortina.
- Geiger, P. J., Peters, J. R., Sauer-Zavala, S. E., & Baer, R. A. (2013). Relationships among maladaptive cognitive content, dysfunctional cognitive processes, and borderline personality features. *Journal of personality disorders*, 27(4), 457.
- Harvey, A. G. (2000). Sleep hygiene and sleep-onset insomnia. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(1), 53–55.

- Hayes, S., Hirsch, C., & Mathews, A. (2008). Restriction of working memory capacity during worry. *Journal of abnormal psychology, 117*(3), 712.
- Hazlett, R. L., McLEOD, D. R., & HOEHN-SARIC, R. (1994). Muscle tension in generalized anxiety disorder: Elevated muscle tonus or agitated movement? *Psychophysiology, 31*(2), 189–195.
- Hazlett-Stevens, H., Ullman, J. B., & Craske, M. G. (2004). Factor Structure of the Penn State Worry Questionnaire: Examination of a Method Factor. *Assessment, 11*(4), 361–370. <https://doi.org/10.1177/1073191104269872>
- Heyman, G. M. (2009). *Addiction: A disorder of choice*. Harvard University Press.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological review, 94*(3), 319.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic journal of business research methods, 6*(1), pp53-60.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological methods, 3*(4), 424.
- JASP Team. (2022). *JASP (Version 0.16.4)[Computer software]*. <https://jasp-stats.org/>
- Joormann, J., & Stöber, J. (1997). Measuring facets of worry: A LISREL analysis of the Worry Domains Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 23*(5), 827–837.
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 221–229. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.221>

- Kavanagh, D. J., Andrade, J., & May, J. (2005). Imaginary Relish and Exquisite Torture: The Elaborated Intrusion Theory of Desire. *Psychological Review*, *112*(2), 446–467. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.112.2.446>
- Korkmaz, S., Goksuluk, D., Zararsiz, G., & Korkmaz, M. S. (2015). Package ‘MVN’. *Verfügbar unter <https://cran.r-project.org/web/packages/MVN/MVN.pdf> [30.03. 2016]*.
- Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2018). *Abnormal psychology: The science and treatment of psychological disorders*. John Wiley & Sons.
- Leigh, E., & Hirsch, C. R. (2011). Worry in imagery and verbal form: Effect on residual working memory capacity. *Behaviour research and therapy*, *49*(2), 99–105.
- Lewis, M. (2015). *The biology of desire: Why addiction is not a disease*. PublicAffairs.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Lis, A., Stella, S., & Zavattini, G. C. (1999). *Manuale di psicologia dinamica*. Il mulino.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Raffaello Cortina.
- Luminet, O. (2003). Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (A c. Di), *Depressive Rumination* (pp. 185–215). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470713853.ch10>
- Lyubomirsky, S., Kasri, F., & Zehm, K. (2003). Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. *Cognitive Therapy and Research*, *27*(3), 309–330.

- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of personality and social psychology*, *69*(1), 176.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological methods*, *1*(2), 130.
- Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of affective disorders*, *172*, 428–444.
- Martino, F., Caselli, G., Berardi, D., Fiore, F., Marino, E., Menchetti, M., Prunetti, E., Ruggiero, G. M., Sasdelli, A., & Selby, E. (2015). Anger rumination and aggressive behaviour in borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, *9*(4), 277–287.
- Martino, F., Caselli, G., Felicetti, F., Rampioni, M., Romanelli, P., Troiani, L., Sassaroli, S., Albery, I. P., & Spada, M. M. (2017). Desire thinking as a predictor of craving and binge drinking: A longitudinal study. *Addictive behaviors*, *64*, 118–122.
- Maxwell, J. (2004). Anger rumination: An antecedent of athlete aggression? *Psychology of sport and exercise*, *5*(3), 279–289.
- McDonald, R. P. (2013). *Test theory: A unified treatment*. psychology press.
- Meloni, F., & Gana, K. (2001). Wording effects in the Italian version of the Penn State Worry Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *8*(4), 282–287.

- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Morani, S., Pricci, D., & Sanavio, E. (1999). Penn State Worry Questionnaire e Worry Domains Questionnaire. Presentazione delle versioni italiane ed analisi della fedeltà. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 5(3), 13–34.
- Moss, A. C., Erskine, J. A. K., Albery, I. P., Allen, J. R., & Georgiou, G. J. (2015). To suppress, or not to suppress? That is repression: Controlling intrusive thoughts in addictive behaviour. *Addictive behaviors*, 44, 65–70.
- Moulds, M. L., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A. C. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 45(2), 251–261.
- Mowrer, O. (1947). On the dual nature of learning—A re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving.". *Harvard educational review*.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2015). Early trauma, negative affect, and anxious attachment: The role of metacognition. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(6), 634–649.
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371–382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology, 109*(3), 504.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(1), 115–121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(1), 92–104. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.1.92>
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric theory*. (pp. xiii, 640). McGraw-Hill.
- Ottaviani, C., Borlimi, R., Brighetti, G., Caselli, G., Favaretto, E., Giardini, I., Marzocchi, C., Nucifora, V., Rebecchi, D., & Ruggiero, G. M. (2014). Worry as an adaptive avoidance strategy in healthy controls but not in pathological worriers. *International Journal of Psychophysiology, 93*(3), 349–355.
- Palmieri, R., Gapsarre, A., & Lanciano, T. (2007). Una misura disposizionale della ruminazione depressiva: La RRS di Nolen-Hoeksema e Morrow. *Psychofenia: Ricerca ed Analisi Psicologica, 17*, 15–33.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy, 32*(1), 13–26. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80041-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80041-1)
- Paulesu, E., Sambugaro, E., Torti, T., Danelli, L., Ferri, F., Scialfa, G., Sberna, M., Ruggiero, G., Bottini, G., & Sassaroli, S. (2010). Neural correlates of worry in generalized anxiety disorder and in normal controls: A functional MRI study. *Psychological medicine, 40*(1), 117–124.

- Revelle, W., & Revelle, M. W. (2015). Package 'psych'. *The comprehensive R archive network*, 337, 338.
- Revelle, W., & Zinbarg, R. E. (2009). Coefficients alpha, beta, omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74(1), 145–154.
- Ruggiero, G. M., Stapinski, L., Caselli, G., Fiore, F., Gallucci, M., Sassaroli, S., & Rapee, R. M. (2012). Beliefs over control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 224–230. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.016>
- Ruscio, A. M., Borkovec, T., & Ruscio, J. (2001). A taxometric investigation of the latent structure of worry. *Journal of abnormal psychology*, 110(3), 413.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1(1), 17–37. <https://doi.org/10.1007/BF01173502>
- Samtani, S., & Moulds, M. L. (2017). Assessing maladaptive repetitive thought in clinical disorders: A critical review of existing measures. *Clinical psychology review*, 53, 14–28.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26(2), 169–177. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90116-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90116-7)
- Sanavio, E., ed. (2002). *Le Scale CBA : cognitive behavioural assesement: Un modello di indagine psicologica multidimensionale / Ezio Sanavio (a cura di)*. Cortina. <http://oseegenius1.urbe.it:80/aux/resource?uri=000000115860>

- Sassaroli, S., Caselli, G., & Ruggiero, G. M. (2016). Un modello cognitivo clinico di accertamento e concettualizzazione del caso: Life themes and plans Implications of biased Beliefs: Elicitation and Treatment (LIBET). *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 22(2).
- Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2008). The control and worry-centered treatment of eating disorders (CWT-ED). *Int J Child Adolesc Health*, 2(4), 229–242.
- Schneider, W., & Shiffrin, R. M. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search, and attention. *Psychological Review*, 84(1), 1–66. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.1.1>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 118(2), 375.
- Shadel, W. G., Martino, S. C., Setodji, C., Cervone, D., Witkiewitz, K., Beckjord, E. B., Scharf, D., & Shih, R. (2011). Lapse-induced surges in craving influence relapse in adult smokers: An experimental investigation. *Health Psychology*, 30(5), 588.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development*, 4(2), 133–161.
- Shevlin, M., Butter, S., McBride, O., Murphy, J., Gibson-Miller, J., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., & McKay, R. (2022). Measurement invariance of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) across four European countries during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 22(1), 1–9.
- Siedlecka, E., Capper, M. M., & Denson, T. F. (2015). Negative emotional events that people ruminate about feel closer in time. *PloS one*, 10(2), e0117105.

- Smith, E. R., & DeCoster, J. (2000). Dual-process models in social and cognitive psychology: Conceptual integration and links to underlying memory systems. *Personality and social psychology review, 4*(2), 108–131.
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical psychology review, 29*(2), 116–128.
- Spada, M. M., Caselli, G., Fernie, B. A., Manfredi, C., Boccaletti, F., Dallari, G., Gandini, F., Pinna, E., Ruggiero, G. M., & Sassaroli, S. (2015). Desire thinking: A risk factor for binge eating? *Eating behaviors, 18*, 48–53.
- Spada, M. M., Gay, H., Nikčević, A. V., Fernie, B. A., & Caselli, G. (2016). Meta-cognitive beliefs about worry and pain catastrophising as mediators between neuroticism and pain behaviour. *Clinical Psychologist, 20*(3), 138–146.
- Spasojevic, J., Alloy, L. B., Abramson, L., Maccoon, D., & Robinson, M. S. (2004). Reactive rumination: Outcomes, mechanisms, and developmental antecedents. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment, 43–58*.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). Manual for the state-trait anxiety inventory. *Palo Alto, CA: Consulting Psychologists*.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of internal medicine, 166*(10), 1092–1097.
- Stöber, J. (1997). *Worry and problem elaboration: Reduced concreteness and imagery for worrisome topics*. annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Miami.

- Stöber, J. (1998). Reliability and validity of two widely-used worry questionnaires: Self-report and self-peer convergence. *Personality and Individual Differences*, 24(6), 887–890. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00232-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00232-8)
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 689–700. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00171-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00171-9)
- Tallis, F., & de Silva, P. (1992). Worry and obsessional symptoms: A correlational analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 30(2), 103–105.
- Tallis, F., Eysenck, M., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and Individual Differences*, 13(2), 161–168. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90038-Q](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90038-Q)
- Torchiano, M., & Torchiano, M. M. (2020). Package ‘effsize’. *Package “Effsize*.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247–259.
- Tucker, D. M., & Newman, J. P. (1981). Verbal versus imaginal cognitive strategies in the inhibition of emotional arousal. *Cognitive Therapy and Research*.
- Vargha, A., & Delaney, H. D. (2000). A critique and improvement of the CL common language effect size statistics of McGraw and Wong. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 25(2), 101–132.
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2016). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. Guilford Publications.
- Wells, A. (1994). A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 6(4), 289–299. <https://doi.org/10.1080/10615809408248803>

- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive therapy and research*, 29(1), 107–121.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior therapy*, 32(1), 85–102.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385–396.
- Wells, A., & Matthews, G. (2014). *Attention and Emotion (Classic Edition)*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315747187>
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51(1), 59–91.
- Werner, C., & Schermelleh-Engel, K. (2010). Deciding between competing models: Chi-square difference tests. *Goethe University*. Available online: <https://perma.cc/2RTR-8XPZ> (accessed on 13 July 2018).
- Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York. <https://ggplot2.tidyverse.org>
- Yao, B., Sripada, R. K., Klumpp, H., Abelson, J. L., Muzik, M., Zhao, Z., Rosenblum, K., Briggs, H., Kaston, M., & Warren, R. (2016). Penn State Worry

Questionnaire-10: A new tool for measurement-based care. *Psychiatry Research*, 239, 62–67.