



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E
PSICOLOGIA APPLICATA (FISPPA)**

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-dinamica

TESI di LAUREA MAGISTRALE

**“Aspetti metacognitivi del Disturbo Ossessivo Compulsivo e del Disturbo d’ansia
generalizzato: studi sperimentali e di trattamento”**

**“Metacognitive aspects of Obsessive Compulsive Disorder and Generalized
Anxiety Disorder: experimental and treatment studies”**

**Relatrice:
Prof.ssa Caterina Novara**

**Laureanda:
Leonardelli Giuliana
Matricola: 1175529**

Anno Accademico 2021/2022

Questa tesi è dedicata a mia madre, che con tanto orgoglio mi ha accompagnato in questo percorso, credendo in me e sostenendomi.

Ma purtroppo con mia grande e profonda tristezza, non è riuscita ad essermi accanto fino alla fine, non è riuscita a vedere la realizzazione di questa laurea.

Anche se.....io la sento sempre accanto!!

INDICE

Introduzione	5
Capitolo 1	7
METACOGNIZIONE	7
Premessa	7
1.1 Il Modello Metacognitivo dei Disturbi Psicologici	10
1.2 Il CAS (Cognitive Attentional Syndrome)	12
1.3 La Terapia Metacognitiva (TMC) di Wells, A. (2009)	14
Capitolo 2	30
Disturbo Ossessivo-Compulsivo – DOC	30
Premessa	30
2.1 Modelli Cognitivi del DOC.....	34
2.1.1 Modello di Salkovskis.....	35
2.1.2 Modello di Rachman.....	38
2.1.3 Modello Metacognitivo del DOC	44
2.2 Credenze Metacognitive nel DOC.....	50
2.3 Egodistonicità e sforzi di controllo eccessivi	58
2.4 Implicazioni cliniche.....	63
Capitolo 3	67
WORRY E RUMINAZIONE	67
Due modalità di pensiero incessanti e negativi in ansia e depressione	67
Premessa	67
3.1 “Worry” o meglio “Rimuginio ansioso”	68
3.2 Metacredenze positive e negative del rimuginio	71
3.3 Worry in psicopatologia.....	75
3.4 Worry nel disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), GAD, disturbi dell’ansia e disturbi dell’umore	76
3.5 La Ruminazione Depressiva (Rumination)	81
3.6 Worry - Ruminazione: caratteristiche, differenze, similitudini	83
3.7 Intolleranza all’incertezza (UI).....	92
3.8 Il Modello transdiagnostico esteso con l’incorporazione di UI	95
3.10 La capacità di UI di prevedere la varianza nei Disturbi dell’Asse I	99
Conclusioni	101
Ringraziamenti	105
Bibliografia	106

Introduzione

Gli esseri umani pensano, fanno esperienza di sé e degli altri, ricordano, fantasticano, parlano, e così creano il loro mondo sociale, creano prodotti mentali, creano mondi di oggetti concreti a partire dalle loro rappresentazioni, creano una realtà condivisa, una realtà che viene così co-costruita.

Ma soprattutto, le persone costruiscono significati, credenze e valori, le proprie convinzioni e percezioni di sé e degli altri. L'individuo è un soggetto attivo che attraverso dei processi interpretativi personali dà un senso alle proprie esperienze, ricopre di valore i propri pensieri, le proprie azioni e compone una sua personale visione della vita.

Noi pensiamo i nostri pensieri, viviamo le emozioni che ci provocano, vediamo scorrere le nostre fantasie, ripercorriamo la nostra memoria, valutiamo i nostri ragionamenti al punto che possiamo credere qualsiasi cosa: possiamo colpevolizzare, svalutare, idealizzare, perseguire, amare o odiare. *I nostri pensieri si fondono con la realtà.*

Insomma, la nostra mente è in grado di creare oggetti mentali su oggetti mentali, rappresentazioni di rappresentazioni tanto sui propri stati mentali quanto su quelli degli altri. Attribuiamo agli altri, come a noi stessi, pensieri, desideri, fantasie, sogni e nel confronto con gli altri costruiamo la nostra identità. E attraverso il linguaggio, il più importante sistema di segni vocali, consolidiamo, sedimentiamo le nostre esperienze trasformandole nelle nostre verità, nelle nostre certezze. E come ben ci spiega il *Teorema di Thomas*: “se gli uomini definiscono reali certe situazioni, esse saranno reali nelle loro conseguenze, negli effetti che producono”. (Thomas, 1928)

Siamo noi stessi i costruttori delle nostre gabbie mentali, siamo noi che ci costruiamo delle trappole con cui limitare la nostra libertà, siamo noi stessi a reificare i nostri pensieri disturbati. Siamo così abili che riusciamo a rendere reali delle entità astratte, a rendere veri e concreti dei processi mentali angosciosi che tolgono al nostro vivere la leggerezza dell'essere.

“Le nostre paure sono molto più numerose dei pericoli concreti che corriamo.

Soffriamo molto di più per la nostra immaginazione che per la realtà!” (Seneca)

Dedichiamo molto tempo a intrecciare catene di pensieri negativi, distruttivi che si attorcigliano su sé stessi rendendo la nostra mente un ingranaggio instancabile, al quale

non permettiamo di fermarsi mai, ed è così che la nostra mente, la nostra psiche diventa una mente assediata, una mente depressa, una mente angosciata e tormentata.

Pensieri ricorrenti, persistenti, intrusivi, eccessivi che ci prospettano in continuazione eventi negativi, ci portano a vivere sempre all'erta, in stato di vigilanza e seppur con gradi diversi di gravità ci provocano disagi interiori, malesseri fisici ma anche disadattamento sociale e compromissione delle relazioni.

E' possibile interrompere questo fluire disfunzionale di pensieri?

Obiettivo di questo elaborato è proprio cogliere, analizzare i meccanismi sottostanti a questi stati ansiosi, esplorare e comprendere la natura delle emozioni, delle convinzioni e credenze che contribuiscono a mantenerli, tentare di capire come si formano, si sedimentano, si consolidano diventando così entità non più astratte ma concrete per la persona che le vive.

Verranno approfondite le similitudini e differenze di questi pensieri disabilitanti, verranno presentati degli studi sperimentali e trattamenti che si sono dimostrati efficaci per accrescere la consapevolezza e il controllo di questa modalità di pensiero attraverso la riorganizzazione delle credenze.

Nel primo capitolo vedremo cosa si intende per Metacognizione e verrà presentata la Teoria Metacognitiva (TMC) di Wells, A. (2009).

Nel secondo capitolo verrà trattato il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC), le credenze disfunzionali di base e i vari modelli cognitivi che lo spiegano.

Nel terzo capitolo verranno analizzati i costrutti di Worry (Rimuginio ansioso), Ruminazione depressiva, Intolleranza all'Incertezza (UI).

Capitolo 1

METACOGNIZIONE

Premessa

Jean Piaget (1896-1980), grande studioso svizzero dello sviluppo cognitivo, già nella prima metà del XX secolo, intuì l'importanza di analizzare il pensiero infantile attraverso l'*epistemologia genetica* ovvero lo studio della genesi della conoscenza.

Egli dimostrò la differenza di pensiero, di capacità cognitive tra l'individuo adulto ed il bambino, l'im maturità del pensiero infantile, la difficoltà che il bambino incontra nel concepire l'esistenza di diversi punti di vista, le sue difficoltà percettive, cognitive ed emotive. Questo lo portò ad indicare degli stadi di sviluppo per spiegare la formazione graduale delle capacità cognitive nell'infanzia e il conseguente progressivo apprendimento della conoscenza.

Negli anni 70, *Flavell* introduce il costrutto di "*metacognizione*" a seguito dei suoi studi sulla conoscenza riguardo alla memoria e all'attività di memorizzazione che egli chiamò "*metamemoria*". A partire da queste ricerche la *metacognizione* venne ad indicare le conoscenze e i processi che hanno come oggetto le diverse attività cognitive come apprendimento, elaborazione delle informazioni, attenzione e percezione (*Flavell*, 1979), (*Schneider e Pressley*, 1997).

Parlando di metacognizione non possiamo tralasciare un'altra teoria, strettamente correlata, la *teoria della mente (ToM)* (*Premack e Woodruff*, 1978), che si pone come oggetto di studio lo sviluppo nel bambino di quella abilità psicologica fondamentale per la vita sociale: la capacità di comprendere la vita mentale altrui, di prevedere il comportamento dell'altro sulla base intuitiva delle intenzioni, emozioni, desideri, credenze.

Oggi, la "*metacognizione*" è usata come termine collettivo che descrive una serie di fenomeni, attività ed esperienze relative alla conoscenza e al controllo delle proprie funzioni cognitive (ad esempio, percezione, apprendimento, memoria, comprensione e pensiero).

La metacognizione può essere distinta da altri tipi di cognizione per il fatto che nella metacognizione gli stati o le funzioni cognitive sono gli stessi oggetti della riflessione. La "*consapevolezza*" costituisce un elemento cruciale per definire la metacognizione.

Le prime definizioni del termine contengono già la *prospettiva bicomponente* della metacognizione, valida ancora oggi, secondo la quale la conoscenza delle proprie funzioni cognitive, dei propri prodotti e degli obiettivi può essere distinta dal controllo delle proprie attività cognitive. (Hasselhorn e Labuhn, 2011).

Si intendono tutte quelle conoscenze, capacità di controllo e di consapevolezza che l'individuo ha dei propri processi cognitivi ed anche le attività esecutive che presiedono al monitoraggio e all'autoregolazione di tali processi. La metacognizione dunque, ci permette di approfondire i nostri pensieri e di dirigere i nostri processi di apprendimento, cioè "*pensare al pensare*" attraverso l'abilità di riflettere, di controllare, guidare, monitorare il proprio processo di apprendimento e pianificare e aggiustare la quantità di risorse attentive e mnestiche in modo da programmare la propria prestazione. "Tutte le volte che stiamo usando un determinato processo cognitivo stiamo facendo cognizione e tutte le volte che abbiamo *consapevolezza* su esso stiamo facendo metacognizione". (Cornoldi, 1995)

La metacognizione è il "*pensiero applicato al pensiero*": monitora, controlla e valuta il processo e il prodotto della coscienza, *regola quindi il funzionamento mentale delle persone*.

Parlando di metacognizione è possibile individuare quattro dimensioni tra loro interconnesse e che si influenzano reciprocamente (Wells, 2009):

- le conoscenze sul funzionamento cognitivo generale*
- l'autoconsapevolezza del proprio funzionamento cognitivo*
- l'uso generalizzato di strategie di autoregolazione cognitiva*
- le variabili psicologiche sottostanti.*

La prima dimensione, definita anche come *atteggiamento metacognitivo (o conoscenza metacognitiva generale)*, rappresenta tutte le conoscenze e le informazioni che un soggetto può avere su come funziona la mente e i vari processi cognitivi. Possono includere anche i meccanismi che rendono possibile l'attività mentale, i limiti e i fenomeni più frequenti. L'atteggiamento metacognitivo consiste quindi nella *consapevolezza* del soggetto di come agisce e funziona la mente e nello sviluppo di alcune idee sul funzionamento mentale.

La seconda dimensione, chiamata anche *conoscenza metacognitiva specifica*, consiste nelle conoscenze circa il funzionamento della *propria* mente e dei *propri* processi cognitivi. Questo aspetto riguarda la capacità di introspezione, di autoanalisi e

autoconsapevolezza riguardo a cosa e come si sta pensando, apprendendo, ricordando. Per es, sapere cos'è la memoria, che esistono diversi tipi di memoria, conoscere diverse strategie di elaborazione e immagazzinamento delle informazioni è un buon atteggiamento metacognitivo, mentre saper scegliere qual è la strategia più efficace per sé stessi per svolgere un compito di memorizzazione (es, memorizzare una serie di numeri) riguarda le conoscenze metacognitive specifiche.

La terza dimensione riguarda tutti i processi di controllo e di autoregolazione attraverso cui una persona dirige consapevolmente e attivamente la propria attività mentale e governa lo svolgersi dei propri processi cognitivi. Si tratta dei **“processi metacognitivi di controllo”**, che consistono quindi in tutte quelle operazioni che permettono di monitorare l'andamento della propria attività mentale e delle strategie utilizzate. Le operazioni di autoregolazione consistono principalmente nelle capacità di previsione, di valutazione, di pianificazione e di monitoraggio che vengono messe in gioco durante le attività mentali. I processi metacognitivi di controllo possono riguardare ad es, il valutare il compito richiesto e le sue difficoltà, l'esaminare le proprie risorse e capacità per affrontarlo, precisare i propri obiettivi da perseguire, il monitorare l'attenzione e lo svolgimento del compito e valutare i risultati al termine.

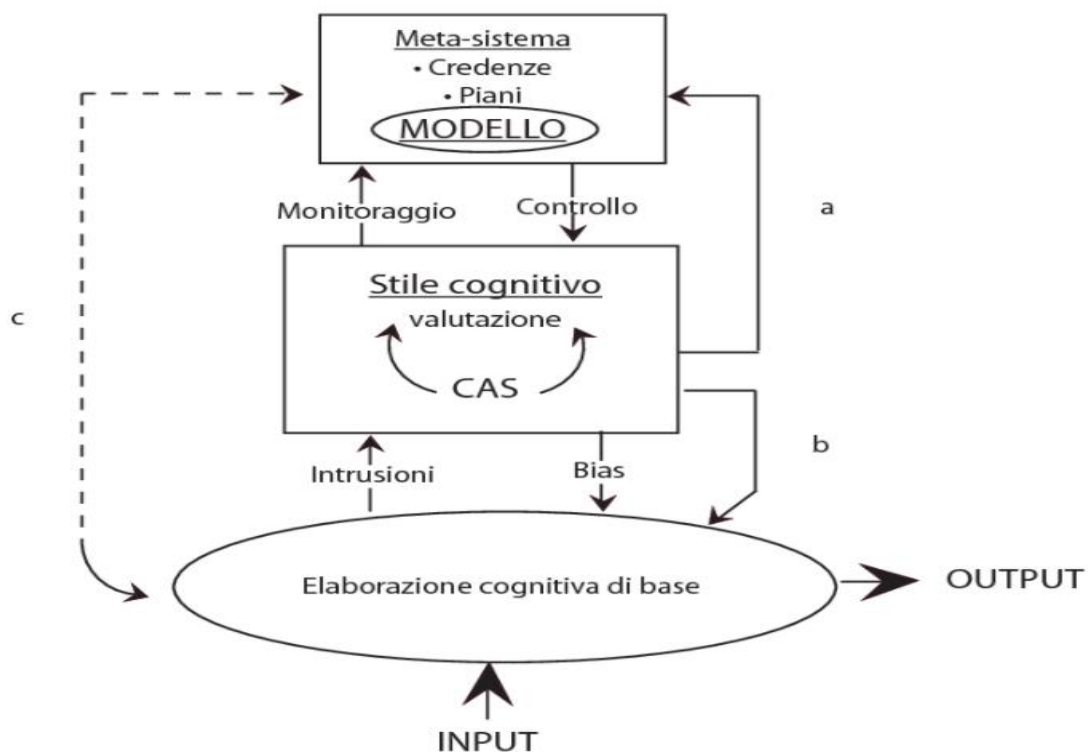
L'ultima dimensione riguarda ***l'immagine che un individuo ha di sé stesso come persona che apprende***, immagine che si integra con le caratteristiche della valutazione generale di sé. Ad es, alcune delle variabili psicologiche che intervengono durante i processi metacognitivi possono riguardare ciò che una persona può considerare come causa dei suoi successi o insuccessi, che possono essere interni (es, “mi sono impegnato/non mi sono impegnato”) o esterni (es, “ho avuto fortuna/l'insegnante ce l'ha con me”), la percezione delle proprie capacità di riuscire a svolgere correttamente il compito, la motivazione e l'autostima.

1.1 Il Modello Metacognitivo dei Disturbi Psicologici

Il modello dell'*Autoregolazione delle Funzioni Esecutive (Self-Regulatory Executive Function model, S-REF)*; (Wells & Matthews, 1994, 1996; Wells, 2000) descrive i fattori cognitivi e metacognitivi che sono coinvolti *nel controllo e nel mantenimento dei disturbi emotivi*.

In questo modello i processi cognitivi si sviluppano su tre livelli, tra loro integrati, dove sono presenti dei *processi automatici e riflessivi* (elaborazione a livello più profondo), un'elaborazione dei pensieri e dei comportamenti *a livello conscio* (denominato *stile cognitivo*) e un sistema di conoscenze o di credenze - di natura metacognitiva – immagazzinate in *memoria a lungo termine*.

Il meta-sistema è distinto dal sistema cognitivo ordinario e prevede vari livelli di elaborazione; comprende una rappresentazione consapevole dell'elaborazione cognitiva ordinaria e guida quest'ultima in base all'attivazione dei propri piani cognitivi.



1. Il modello S-REF dei disturbi psicologici con le metacognizioni in evidenza. Tratto da Wells and Matthews (1994).

Un principio base del modello metacognitivo è che i disturbi psicologici siano legati all'attivazione di un particolare *stile di pensiero "nocivo"*, denominato *CAS (Cognitive Attentional Syndrome)*.

Per la maggior parte delle persone, i periodi pervasi da emozioni e valutazioni negative (come tristezza, ansia, paura, sentirsi dei falliti) hanno carattere isolato e limitato nel tempo; il CAS invece, ha un effetto tale per cui le persone rimangono imprigionate nella sofferenza emotiva, in una spirale di risposte particolari che contribuiscono a mantenere e rinforzare sia le emozioni che le idee negative in una forma durevole e ripetitiva.

Questo meccanismo mentale (CAS) è un processo dinamico caratterizzato da un insieme di diverse forme di *pensiero perseverante*, tra cui il ***rimuginio, la ruminazione, l'attenzione selettiva su stimoli minacciosi, strategie di coping disfunzionali e comportamenti autoregolativi maladattivi*** (evitamento, soppressione dei pensieri, abuso di sostanze) accompagnati dalla sensazione di perdita di controllo.

Un esempio degli effetti del CAS si nota nello sviluppo del Disturbo di panico: il continuo preoccuparsi (effetto del CAS) della possibilità di averne altri finisce con il prolungare e accentuare l'ansia. Monitorare le proprie sensazioni corporee (effetto del CAS) porta ad ingigantire gli stimoli attivanti che favoriscono il ripresentarsi di un altro attacco di panico (Wells, 2009).

Uno studio (Spada, Georgiou & Wells, 2009) ha esplorato la relazione tra metacognizione, controllo dell'attenzione e ansia di stato. A un campione di 142 studenti universitari a tre settimane prima degli esami di fine anno sono stati somministrati una serie di questionari volti a misurare le credenze metacognitive, la capacità di controllare l'attenzione e l'ansia di stato.

Lo scopo dello studio era di determinare se la metacognizione e il controllo dell'attenzione sono associati e se entrambi sono predittivi in modo significativo dell'ansia di stato.

Gli autori hanno ipotizzato che le tre dimensioni della metacognizione: le convinzioni negative sui pensieri riguardanti l'incontrollabilità e la loro pericolosità, la fiducia cognitiva (es, scarsa fiducia nella memoria) e credenze sulla necessità di controllare i pensieri avessero un ruolo predittivo dell'ansia di stato. Nello specifico, ipotizzavano che queste convinzioni contribuissero a persistenti e negative interpretazioni dell'esperienza e fossero la causa di un maggiore livello di ansia di stato. Allo stesso modo, ritenevano probabile che la credenza di poca fiducia cognitiva oltre ad aumentare l'ansia, limitasse anche la scelta di strategie di coping efficaci.

I risultati hanno rivelato che le tre dimensioni metacognitive erano positivamente correlate con l'ansia di stato e negativamente correlate con lo spostamento e focalizzazione dell'attenzione, ad eccezione della fiducia cognitiva. Entrambe, focalizzazione e spostamento dell'attenzione sono risultate negativamente correlate con l'ansia di stato.

Questi risultati, secondo gli autori, supportano le ipotesi e sono coerenti con il modello della teoria metacognitiva della disfunzione psicologica in quanto mostrano che le metacognizioni (nella forma di credenze negative sui pensieri per quanto riguarda l'incontrollabilità e la pericolosità) e controllo esecutivo (sotto forma di focalizzazione dell'attenzione) contribuiscono individualmente all'ansia di stato.

Le credenze metacognitive relative alla presenza di pensieri negativi o all'incontrollabilità degli stessi in associazione con alti livelli di focalizzazione dell'attenzione contribuiscono a un maggior stato di ansia.

Cosa potrebbe significare? La scala di focalizzazione dell'attenzione valuta la resistenza alla distrazione e la capacità di dare priorità all'attenzione. È possibile che tali operazioni esecutive siano influenzate negativamente dall'attivazione e persistenza del CAS attraverso la riduzione delle risorse cognitive disponibili per il controllo dell'attenzione. Al contrario, le metacognizioni, possono, in parte, alterare la capacità complessiva di controllare l'attenzione. Quindi, in entrambi i casi, l'ansia di stato è associata al concetto di alterato controllo metacognitivo, se si tratta di convinzioni riguardanti la mancanza di controllo dei pensieri e relativo pericolo o mancanza di controllo dell'attenzione.

Da un punto di vista terapeutico, questi risultati forniscono ulteriore supporto per l'uso di tecniche specificatamente finalizzate allo sviluppo del controllo dell'attenzione, come la *tecnica dell'allenamento all'attenzione* (Wells, 1990, 2007). In questa tecnica, i pazienti sono invitati a praticare esercizi di attenzione uditiva e resistere alla distrazione per consentire loro di interrompere il CAS.

1.2 Il CAS (Cognitive Attentional Syndrome)

Nei disturbi psicologici ci sono dei pattern di pensiero difficili da tenere sotto controllo, ripetitivi, persistenti e prolungati che portano ad un aumento dell'attenzione rivolta verso di sé.

A causa di questo processo (CAS), le persone rimangono intrappolate in lunghe catene di pensieri, sequenze di emozioni che si manifestano con preoccupazioni eccessive e ruminazioni, in cui la persona cerca risposte alle domande “E se mi succede...?” (inerenti alla preoccupazione), oppure interrogativi connessi al significato degli eventi “Perché non mi capiscono?”.

Oltre a queste componenti cognitive, nel CAS sono presenti dei bias attentivi che si manifestano mantenendo l’attenzione sugli stimoli collegati alla minaccia: questo fenomeno prende appunto il nome di “**monitoraggio della minaccia**” (Wells & Matthews, 1994). Questi processi costituiscono le strategie personali che le persone adoperano per affrontare i pericoli percepiti, le discrepanze relative al sé e le emozioni che ne derivano.

Il CAS è anche costituito da *strategie di controllo del pensiero* (es. la soppressione dei pensieri) e di *evitamento a livello comportamentale, cognitivo ed emotivo*. Il CAS rende persistenti e rilevanti i pensieri e le credenze sulla invariabilità delle cose.

La persona con difficoltà metacognitive fatica a riconoscere gli stati mentali (introspezione e teoria della mente) propri e altrui, a comprendere i propri stati d’animo. Non è in grado di usare la conoscenza del proprio intelletto per ridurre la sofferenza soggettiva, non è capace di affrontare le difficoltà della vita utilizzando altri schemi più flessibili nei problemi relazionali e non è all’altezza di usare strategie volte alla realizzazione dei propri desideri e scopi nella vita.

Esempi di difficoltà metacognitive possono essere: *il mancato riconoscimento delle proprie emozioni* (il soggetto non riesce a dire cosa prova e usa termini come nervoso, stressato, confuso); *la descrizione carente dell’altro* (usa astrazioni e stereotipi: “le persone se ne fregano”, “non ci si può fidare di nessuno”); *scarsa mastery* (es, il soggetto si dice: “quando vado in crisi mi perdo, non so cosa fare, vado in tilt, per calmarmi devo bere”). La persona, così, rimane invischiata in una sofferenza emotiva protratta nel tempo e fallisce nel processo di autoregolazione. Tutto ciò determina un senso di impotenza e di perdita del controllo sulle proprie cognizioni.

Il CAS quindi incide fortemente sullo sviluppo del disturbo psicologico: il *rimuginio* e la *ruminazione* portano la persona ad una visione distorta sia di sé stessi, sia della realtà circostante.

Ci si può preoccupare di futuri pericoli, anche se la possibilità che si verifichino è remota. Attraverso la ruminazione si cercano risposte a domande esistenziali del tipo “Perché è capitato proprio a me?” a cui sarà molto difficile trovare una risposta.

Il *rimuginio* e la *ruminazione*, inoltre, contribuiscono a innescare e mantenere attivo un senso di minaccia tale per cui l’ansia e la depressione, anziché essere passeggera, persistono.

Questi processi consumano preziose risorse attentive e possono indebolire la capacità di pensare e di prendere decisioni ponderate in condizioni stressanti. Ruminare e rimuginare in continuazione aumenta l’abitudine ad utilizzare questo tipo di strategie, al punto che la persona non si accorge nemmeno di impiegarle e tutto finisce per passare inosservato: la forza dell’abitudine e la scarsa consapevolezza contribuiscono a creare un senso di perdita di controllo di questi processi mentali.

Anche altre *strategie comportamentali di coping*, quali l’evitamento e l’abuso di sostanze sono disfunzionali, poiché impediscono alla persona di affrontare la situazione e tolgono la possibilità di scoprire di essere invece capaci a risolvere i propri problemi e a capire che le emozioni non sono qualcosa da temere o da vergognarsi.

Da tutto questo, possiamo ben capire quanto questi pensieri distorti, disfunzionali, inadeguati possano incidere sul benessere emotivo, mentale e fisico della persona e quanto sia quindi importante riuscire a individuarli, prenderne consapevolezza e dargli la giusta dimensione.

1.3 La Terapia Metacognitiva (TMC) di Wells, A. (2009)

La *Terapia Metacognitiva (TMC)* è una terapia recente che ha introdotto un nuovo modo di concettualizzare e trattare i disturbi psicologici.

L’approccio TMC è basato su una teoria introdotta da Wells & Matthews (1994) ed è stato applicato inizialmente al trattamento del Disturbo d’Ansia Generalizzato (GAD) (Wells, 1995, 2000). Oggi la TMC è stata estesa a tutti i disturbi d’ansia e alla depressione con numerose evidenze sull’efficacia del trattamento che propone (Norman, van Emmerik & Morina, 2014).

Diversi studi clinici hanno esaminato l’efficacia della TMC. Norman et al., (2014) hanno riassunto in modo meta-analitico gli studi rilevanti sulla TMC che sono stati pubblicati fino dall’inizio del 2014. Gli autori hanno incorporato 16 studi con pazienti

con ansia e depressione e hanno concluso che la TMC è molto efficace in queste popolazioni. Roachat et al., (2018) hanno valutato l'efficacia di studi di casi singoli su TMC in una revisione meta-analitica e hanno riferito che questi studi supportano l'efficacia del trattamento di TMC per ansia, depressione e altri sintomi psicopatologici.

Uno studio più recente di Normann & Nexhmedin (2018), mira a fornire una revisione aggiornata e una meta-analisi sull'effetto della TMC. Sono stati valutati 25 studi che hanno utilizzato la TMC esaminando complessivamente 780 pazienti adulti.

L'obiettivo principale era quello di indagare se la TMC migliora i sintomi dei disturbi psicologici primari e secondari rispetto alle condizioni di controllo. Per quanto riguarda gli esiti secondari, si è mirato a valutare se il trattamento ha un impatto sull'ansia o sulla depressione in comorbidità, nonché sulle metacognizioni.

La principale domanda di ricerca dello studio (PICOS) era: negli individui con disturbi psicologici (P), la terapia metacognitiva (I), rispetto alle condizioni di controllo (C), migliora i sintomi di psicopatologia (O) in studi randomizzati controllati (S)?

I criteri per l'inclusione di uno studio nella meta-analisi erano: lo studio doveva (1) valutare la TMC sviluppato da Wells e (2) avere un campione di almeno 10 pazienti con disturbi psicologici nella condizione TCM. Otto studi riguardavano i disturbi depressivi, di questi, sette comprendevano pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore, mentre uno studio ha incluso anche una piccola percentuale di pazienti con disturbo bipolare II e bipolare non diversamente specificato (Jordan et al., 2014). Sono stati condotti cinque studi sul disturbo d'ansia generalizzato, tre sul disturbo da stress post-traumatico e tre su campioni transdiagnostici con ansia e/o depressione. I restanti sei studi riguardavano il disagio dovuto ad una diagnosi di cancro, i disturbi dello spettro schizofrenico, il disturbo di dismorfismo corporeo, il disturbo del desiderio iposessuale, il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo da dolore cronico.

La maggior parte degli studi includeva partecipanti che soddisfacevano i criteri per un disturbo psicologico secondo i criteri DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) o ICD-10 (World Health Organization, 1992).

I risultati indicano che la TMC è efficace nell'alleviare la sintomatologia psicologica e le metacognizioni disadattive. Le dimensioni dell'effetto aggregate all'interno del gruppo pre-post-trattamento e pre-trattamento fino al follow-up per TMC relative alle misure di esito primario erano grandi (g di Hedges = 2,00 e 1,65 rispettivamente).

Anche i cambiamenti nelle metacognizioni all'interno del gruppo prima e dopo il trattamento erano grandi (g di Hedges = 1,18) e mantenuti al follow-up (g di Hedges = 1,31). Negli studi controllati, la TMC era significativamente più efficace di entrambi i gruppi di controllo in lista d'attesa (g di Hedges tra i gruppi = 1,81) e della terapia cognitivo comportamentale (TCC; g di Hedges tra i gruppi = 0,97). Si è anche trovato che la TMC non solo ha prodotto grandi effetti sui sintomi correlati al problema mirato, ma ha anche alleviato i sintomi secondari e più generali di ansia e depressione. Ciò indica che la TMC è efficace anche ai problemi in comorbilità di ansia e depressione, il che è in linea con la teoria secondo cui la TMC risulterebbe utile nei processi transdiagnostici legati alla psicopatologia (Wells, 2009).

Si è anche rilevato che la TMC ha prodotto grandi cambiamenti nelle credenze e nei processi metacognitivi nel post-trattamento e nel follow-up. Nella TMC, le metacognizioni sono concettualizzate come credenze e processi transdiagnostici che si riferiscono allo sviluppo e al mantenimento dei disturbi psicologici. Gli effetti delle credenze metacognitive negative erano maggiori rispetto alle credenze metacognitive positive. Questo risultato depone a favore del fatto che l'obiettivo principale della terapia è sfidare le credenze metacognitive negative, poiché anche le credenze metacognitive positive sulla preoccupazione e la ruminazione sono prevalenti nella popolazione generale e meno specifiche per la psicopatologia (Wells, 2009 ; Sun et al., 2017).

Complessivamente, questi risultati supportano l'idea che la TMC possa essere efficacemente applicata come approccio transdiagnostico per pazienti con diversi disturbi psicologici. A condizione che i dati empirici futuri confermino i risultati attuali, ciò comporterebbe grandi benefici per la pratica clinica. Approcci transdiagnostici efficaci consentono ai terapeuti di concettualizzare più facilmente i processi di mantenimento comuni attraverso problemi clinicamente rilevanti fornendo strategie di trattamento all'interno di un protocollo. Ciò aumenta non solo l'efficacia, ma anche l'efficienza del trattamento e la facilità di attuazione. Un punto di forza rispetto alla precedente meta-analisi (Norman et al., 2014) sulla TMC, che includeva tre studi sui disturbi depressivi, è che sono stati inclusi otto studi sui disturbi depressivi. Questo consente di trarre conclusioni più solide sul fatto che la TMC sia una terapia efficace per questo gruppo di pazienti. E' stato anche esaminato l'effetto della TCM per una gamma più ampia di disturbi rispetto all'ansia e alla depressione, il che è importante, dato che i risultati meta-analitici suggeriscono che credenze e processi metacognitivi

disfunzionali si trovano in tutti i disturbi psicologici (Sun et al., 2017). Inoltre, sono stati esaminati più accuratamente gli effetti del trattamento a lungo termine della TMC. Nella prima meta-analisi (Norman et al., 2014), solo otto studi su 16 hanno fornito informazioni sufficienti per essere inclusi nelle analisi di follow-up, mentre in questa meta-analisi 22 studi su 25 hanno fornito dati di follow-up.

In conclusione, i risultati di questa meta-analisi indicano che la TMC è altamente efficace nel ridurre i sintomi di una serie di disturbi psicologici primari legati a sintomi di ansia, depressione e metacognizioni disadattive. Ci sono indicazioni preliminari che la TMC possa essere più efficace di altri interventi terapeutici, comprese le terapie cognitive comportamentali.

La TMC si basa sulla premessa che la *metacognizione è di fondamentale importanza per comprendere come opera la cognizione e come questa generi l'esperienza cosciente che abbiamo di noi, di ciò che crediamo e pensiamo, della nostra risonanza emotiva e della realtà che ci circonda*. E' la metacognizione che orienta la nostra attenzione e raggiunge la nostra consapevolezza; è la metacognizione che ci aiuta a valutare le nostre esperienze e a predisporre le migliori strategie per regolare pensieri ed emozioni. Ciò che sembra essere fondamentale non è il "cosa" pensiamo, cioè il contenuto del pensiero, ma il "come" pensiamo a noi stessi, agli eventi e alla realtà intorno a noi.

Secondo la terapia metacognitiva i pazienti rimangono intrappolati in un vortice di autovalutazioni negative ricorrenti che alimentano *stili di pensiero disfunzionali* derivati dalla metacognizione.

In *terapia metacognitiva (TMC)* il focus dell'intervento sarà centrato quindi sui *processi cognitivi disfunzionali* e sulle *metacognizioni* e quindi sul *modo* in cui la persona reagisce ai contenuti cognitivi. In questa prospettiva viene promosso un "modo" di relazionarsi con i propri pensieri e le proprie credenze come se fossero delle rappresentazioni che possono essere osservate e vissute come *meri eventi mentali*, cioè come eventi interni distinti dal sé e dal mondo (*modo metacognitivo*). Viceversa, solitamente le persone che soffrono di disturbi psicopatologici quali depressione e disturbi d'ansia tendono a rapportarsi ad essi come se fossero rappresentazioni fedeli e accurate della realtà così da *fondere i pensieri con essa (modo oggetto)*.

Le implicazioni a livello terapeutico dell'adottare un approccio di terapia metacognitiva riguardano il diverso modo di approcciarsi alle esperienze interne; mentre nella *terapia*

cognitiva comportamentale (TCC) si interviene sui *contenuti del pensiero e delle credenze*, partendo dal presupposto che siano distorte e che vada quindi sfidato il loro grado di accuratezza e veridicità; nella *terapia metacognitiva (TMC)* non si entra nel merito dei significati che la persona dà alle proprie esperienze interiori e non si cerca di modificare il grado in cui ci crede, ma si lavora sulla *modifica dei processi* implicati nel relazionarsi ad esse, indipendentemente dal loro grado di accuratezza.

Il fulcro delle terapie cognitivo-comportamentali tradizionali (TCC), come la *teoria degli schemi di Beck* (Beck, 1967,1976) e la *terapia razionale emotiva di Ellis* (REBT; Ellis, 1962; Ellis e Harper, 1961) è che i disturbi psicologici si manifestano a causa di specifici bias cognitivi; in entrambi gli approcci, i pensieri disfunzionali rivestono un ruolo primario.

La TMC è in accordo con questi presupposti e quindi anch'essa fa parte delle terapie cognitive, si differenzia però da questi approcci classici poiché attribuisce le cause dei disturbi a un *particolare stile cognitivo e a dei particolari tipi di credenze*; ciò a cui presta attenzione non riguarda tanto le distorsioni cognitive (come gli standard elevati o il pensiero tutto o nulla) quanto piuttosto al CAS che è contraddistinto da un eccessivo soffermarsi su *pensieri di tipo verbale* sotto forma di *rimuginii o ruminazioni*. Le credenze oggetto di attenzione nella TMC non sono quelle proposte dalla TCC e dalla REBT, riguardanti il mondo e sé stessi, quanto piuttosto quelle riguardanti il pensiero stesso (cioè le credenze metacognitive).

L'approccio tradizionale della TCC nei confronti dei disturbi psicologici afferma che il problema sia determinato non tanto dagli eventi in sé, quanto piuttosto dal modo in cui essi vengono interpretati (Beck, 1964; Ellis, 1962): ciò che conta è il significato che le persone attribuiscono alle proprie esperienze, assumendo che esso derivi da una visione distorta di sé e del mondo. Per affrontare il disagio occorre quindi lavorare affinché il paziente *modifichi il contenuto del proprio pensiero*, in realtà distorto, e quanto vi crede. I terapeuti TCC si concentrano sui pensieri e le credenze delle persone e le mettono in discussione in una sorta di sfida cognitiva (Beck, J.S., (2011). La terapia cognitivo comportamentale.)

Secondo la TMC, invece, la difficoltà del paziente riguarda piuttosto il modo di pensare, ricorrente e inflessibile, che si presenta in risposta alla comparsa di pensieri, emozioni, sensazioni e credenze negative. Essa, pertanto, si focalizza sulla rimozione degli stili di pensiero inadeguati, *proponendo che qualsiasi modificazione del contenuto cognitivo possa avvenire solamente se esso viene affrontato a livello metacognitivo*.

Il terapeuta TMC *cerca di ridurre il fenomeno della ruminazione e del rimuginio e tenta di modificare lo stile di pensiero.*

Sia nella TCC che nella REBT si assume che sia il contenuto dei pensieri e delle credenze a determinare il tipo di disturbo: i pensieri inerenti al pericolo danno vita a un'esperienza di ansia, mentre quelli riguardanti la perdita e l'autosvalutazione portano a depressione.

La TMC, invece, non condivide questo presupposto: *il problema emotivo si sviluppa quando una persona rimane intrappolata in questa condizione di logorio cronico o ricorrente, e ciò è determinato dalla metacognizione, che dà vita a degli stili cognitivi tali per cui rimane "invischiata" in una spirale di autovalutazioni negative persistenti e ricorrenti.* La TMC si occupa dei fattori che portano alla ripetitività del pensiero e a una cattiva gestione delle proprie strategie di coping.

Nella TCC la credenza negativa circa l'essere un "fallimento" determina il pensiero di tipo depressivo; la TMC affronta la situazione da un'altra prospettiva: si ritiene, infatti, che la maggior parte della gente abbia pensieri di questo tipo, ma che ogni singola persona vi reagisca in modo diverso, a seconda delle proprie metacognizioni.

Sono infatti i pensieri e le credenze metacognitive, e non tanto le classiche cognizioni, a determinare questa reazione.

È chiaro, a questo punto, che la TMC introduce un'importante distinzione tra *cognizione* e *metacognizione*, con la conseguenza che il lavoro terapeutico sarà mirato su quest'ultimo aspetto.

La TMC ha come obiettivo ridurre questo stile di pensiero disfunzionale, vale a dire rimuovere la CAS e riportarla sotto il controllo cosciente. La TMC ha come scopo aiutare le persone a sviluppare nuovi modi di reagire ai pensieri negativi attraverso nuove metodologie di controllo dell'attenzione e cambiando credenze metacognitive controproducenti. In tal modo *si trasforma il rapporto con il proprio sentire, con i propri pensieri, con il proprio essere e progressivamente si inizia ad acquisire un maggior controllo sulla tendenza a fissarsi su pensieri negativi e sul rimuginio, portando così la persona a vivere uno stato di maggiore equilibrio emotivo e di benessere.* Quindi, ***la finalità della TMC è portare consapevolezza su come usiamo la nostra mente (metacognizione), modificare il rapporto con gli eventi interni, ridurre i processi di regolazione cognitiva disfunzionali (riduzione del rimuginio) modificare le credenze metacognitive (migliorare il controllo della propria mente).***

È riconosciuto che la metacognizione è una base fondamentale per la maggior parte dei disturbi psicologici (Wells e Matthews, 1994; Wells, 1995, 2000). Essa comprende un'ampia gamma di fattori che interagiscono tra loro e sono coinvolti nell'interpretazione, nel monitoraggio e nel controllo della cognizione. Tali fattori si possono suddividere in: **credenze, esperienze e strategie**. (ad es, Flavell, 1979; Nelson, Stuart, Howard e Crawley, 1999; Wells, 1995).

1) **Credenze metacognitive**

Per "*credenze metacognitive*" si intendono le idee e le teorie che ognuno di noi ha in merito al contenuto dei propri pensieri, all'efficienza della propria memoria e alla propria capacità di concentrazione. Una persona religiosa, ad esempio, può essere convinta che avere determinati pensieri sia peccaminoso e che verrà punita per averli avuti. Queste credenze aumenteranno l'importanza data ai propri pensieri: possedere credenze di questo tipo avrà delle conseguenze su come l'individuo li organizza e vi reagisce.

Esistono due tipi di credenze metacognitive (Wells e Matthews, 1994; Wells, 2000):

- *credenze esplicite (dichiarative)*, sono quelle che possono essere espresse verbalmente (es, "se mi preoccupo troppo può venirmi un attacco di cuore");

- *credenze implicite (procedurali)*, possono essere considerate "lo stile di pensiero" di una persona (es, ciò a cui prestiamo attenzione, l'utilizzo che facciamo delle euristiche nell'emettere giudizi).

Le credenze metacognitive possono inoltre essere orientate in modo *positivo* o *negativo*, che nei vari disturbi psicologici assumono specifici contenuti.

Le **credenze metacognitive positive** riguardano il beneficio o il vantaggio di rimanere coinvolti nell'attività cognitiva che costituisce il CAS (es, "se mi preoccupo del futuro, riuscirò ad evitare il pericolo").

Le **credenze metacognitive negative** riguardano invece l'incontrollabilità, il significato, l'importanza e la pericolosità dei pensieri e delle esperienze cognitive (es, "la preoccupazione danneggerà la mia mente", "se ho pensieri violenti, prima o poi li manifesterò contro la mia volontà", "se non ricordo un nome, vuol dire che ho un cancro al cervello").

Le credenze metacognitive influenzano il modo in cui le persone reagiscono ai propri pensieri, credenze, sintomi ed emozioni negative. *Queste credenze sono il nucleo dello stile di pensiero “tossico” che porta la persona ad una sofferenza emotiva protratta nel tempo.*

In una recente Review del 2020, (Lenzo, Sardella, Marino e Quattropiani) si voleva accertare la rilevanza delle credenze metacognitive disfunzionali tra i pazienti con condizioni mediche croniche e i loro caregiver attraverso l'analisi degli studi che impiegano l'MCQ e l'MCQ-30. L'ipotesi era che le credenze metacognitive possano interagire con l'esperienza di una condizione medica cronica e contribuire al suo peggioramento, influenzando il disagio psicologico sia nei pazienti che nei loro caregiver. In questa ricerca sono stati selezionati 4.114 articoli cercati su PubMed, WebOfKnowledge e Scopus utilizzando le seguenti parole chiave: “metacognizione”, “credenze metacognitive”, “questionario metacognitivo”.

La maggior parte degli studi ha coinvolto pazienti con cancro o diverse malattie neurologiche (pazienti post ictus, pazienti con Parkinson, sindrome da stanchezza cronica, epilessia, diabete, dolore cronico, sclerosi multipla, HIV e disfunzioni sessuali, sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Precedenti studi che hanno coinvolto campioni clinici hanno dimostrato che le credenze metacognitive sono legate a una vasta gamma di condizioni psicopatologiche, come il disturbo d'ansia (Wells e Carter, 2001), i sintomi ossessivo-compulsivo (Wells e Papageorgiou, 1998), i disturbi schizofrenici (Laroi et al., 2004; Garcìa-Montes et al., 2006) e anoressia nervosa (Cooper et al., 2007). Sembra quindi che le credenze metacognitive disfunzionali siano fattori comuni in un'ampia gamma di psicopatologie (Sun et al., 2017). I sintomi di ansia e depressione sono comuni in un'ampia gamma di condizioni mediche croniche, influenzando la qualità di vita dei pazienti e l'aderenza ai trattamenti medici (Marchetti et al., 2017 ; Catalano et al., 2018 ; Marchini et al., 2018 ; Martino et al., 2018 , 2019c , d , e ; Quattropiani et al., 2018a , b ; Fantinelli et al., 2019 ; Lenzo et al., 2019).

Risultati coerenti sono stati rilevati nella prima ricerca che ha coinvolto pazienti oncologici (Quattropiani et al., 2016). Condizioni come il cancro sono spesso caratterizzate dalla difficoltà nel processo di “dare un senso” all'integrazione dell'evento traumatico e al farvi fronte, durante la prima fase (Martino et al., 2019a, b).

Il processo di “dare un senso”, come esperienza soggettiva è un elemento importante nel promuovere il benessere di un paziente dopo un evento traumatico come il cancro e le relative cure (Martino e Freda, 2016; De Luca Picione et al., 2017).

Secondo questa prospettiva, le credenze metacognitive possono svolgere un ruolo cruciale nel processo di adattamento dei pazienti e nella loro qualità di vita. Più in generale, una profonda comprensione del funzionamento psicologico dei pazienti con condizioni mediche croniche potrebbe essere utile nell’attuazione di interventi psicologici su misura in ambito medico (Dicè et al., 2016, 2018, 2019).

La ricerca evidenzia che la maggior parte di queste malattie sembra mostrare un profilo metacognitivo caratterizzato principalmente dalla presenza di fattori di credenze negative: convinzioni negative sulla preoccupazione, la sua incontrollabilità e i pericoli sembrano rappresentare un modello metacognitivo comune alle patologie indagate, anche quando sono coinvolte disfunzioni motorie (come nei periodi off del Parkinson). Nel contesto delle condizioni mediche indagate, è stato dimostrato che convivere con il cancro e sopravvivere al cancro potrebbe portare allo sviluppo di convinzioni negative disfunzionali sul futuro di un paziente, nonché allo sviluppo di sintomi di stress post-traumatico. In questo contesto, la TMC è stata descritta come un valido intervento che riduce sia il disagio emotivo che la paura di recidiva nei sopravvissuti al cancro.

Oltre all'evidente predisposizione generale a manifestare convinzioni negative, la fiducia cognitiva è stata descritta come un altro fattore rilevante. È stato scoperto che è associata a stress psicologico ed emotivo e potrebbe influenzare negativamente le strategie di coping quando il paziente si sente mentalmente stanco (come in condizioni neurologiche, cancro o stanchezza cronica). Infine, una questione importante è il ruolo della metacognizione tra i caregiver di soggetti affetti da una malattia cronica. I caregiver dei pazienti sono spesso esposti a un elevato rischio di carico emotivo e psicologico, in particolare in relazione al grado di disabilità comportamentale o fisica del paziente. Tuttavia, sono stati recuperati solo due studi che indagano la metacognizione nei caregiver e hanno coinvolto specificamente i genitori di bambini con cancro e i caregiver di pazienti affetti da SLA. In questo contesto, le credenze metacognitive sembrano essere coinvolte nel disagio emotivo anche nei caregiver. Sono necessari ulteriori studi che offrano una visione del ruolo delle credenze metacognitive nei caregiver per caratterizzare meglio il loro disagio psicologico.

A tal proposito, un recente studio su un campione di operatori sanitari ha fornito evidenze sul ruolo differenziale delle metacognizioni nel predire il rischio di burnout (Quattropani et al., 2017b).

I risultati di questa revisione sistematica forniscono la prova che le credenze metacognitive disfunzionali sono significativamente associate al disagio emotivo e psicologico nei pazienti con condizioni mediche croniche e nei caregiver. Pertanto, all'interno del compendio delle valutazioni psicologiche solitamente eseguite nell'ambito delle condizioni mediche croniche, appare preziosa anche la valutazione aggiuntiva dei fattori metacognitivi. Sulla base dell'evidente associazione tra metacognizione ed emozioni negative, gli interventi psicologici centrati sull'approccio metacognitivo (Wells, 2000b) potrebbero avere effetti positivi sul disagio emotivo e psicologico nei pazienti con condizioni mediche croniche e nei loro caregiver. I pazienti che sperimentano la paura della recidiva del cancro (FCR), spesso mostrano credenze metacognitive disfunzionali, credenze particolarmente positive sulla preoccupazione e credenze sull'incontrollabilità e sui pericoli della preoccupazione (Butow et al., 2015). In un recente studio randomizzato controllato (RCT), è stata dimostrata l'efficacia di un intervento multidimensionale, basato sull'addestramento alla metacognizione nel ridurre la paura della recidiva del cancro. Alla fine dello studio, i soggetti mostravano anche credenze metacognitive disadattive inferiori (Butow et al., 2017).

Il potenziale ruolo positivo della terapia metacognitiva (TMC) è stato studiato anche nei giovani sopravvissuti al cancro che mostrano comunemente segni di convinzioni metacognitive disfunzionali associate a stress emotivo e sintomi di stress post-traumatico (Fisher et al., 2018a), la TMC ha dimostrato di essere efficace nel ridurre i sintomi di ansia e depressione (Fisher et al., 2015). Le sessioni di TMC sembrano avere un effetto positivo anche sulla riduzione dei livelli di ansia, depressione, FCR, sintomi di stress post-traumatico, qualità della vita correlata alla salute, preoccupazione, ruminazione e credenze metacognitive disadattive nei sopravvissuti al cancro (Fisher et al., 2017, 2019).

2) Esperienze metacognitive

Le esperienze metacognitive descrivono come le persone valutano le situazioni e le sensazioni riguardo alla propria condizione mentale (es. l'interpretazione erronea delle persone affette da Disturbo di Panico quando credono di essere sul punto di impazzire, di morire o di perdere il controllo). Nella formulazione della TMC si presuppone che valutare negativamente i propri pensieri e sentimenti non faccia altro che ingigantire la percezione della minaccia, il che giustifica i successivi sforzi per monitorare il proprio pensiero.

3) Strategie metacognitive

Sono utilizzate per riuscire a raggiungere un'autoregolazione cognitiva ed emotiva, cercando di controllare e modificare i propri pensieri. L'uso di queste strategie si ripercuote sull'attività cognitiva che così può essere modificata, intensificata o bloccata. Alcune strategie, inoltre, hanno l'obiettivo di alterare alcuni aspetti della cognizione al fine di ridurre i pensieri negativi e smorzare l'intensità delle emozioni negative (es, focalizzare la propria attenzione sulla minaccia in modo da essere pronti ad affrontarla oppure cercare di sopprimere i pensieri stressanti e formularne di positivi o, ancora, tentare di distrarsi e prendere le distanze dalle proprie emozioni).

Nei disturbi psicologici, spesso il paziente ha la sensazione di *“perdere il controllo”*: le strategie metacognitive diventano allora dei tentativi di controllare la natura dei propri pensieri, anche se, a lungo andare, questi sforzi risultano controproducenti. Esempi di queste strategie sono il tentare di eliminare determinati pensieri, l'analizzare le proprie esperienze per trovare delle risposte o, ancora, di provare a predire cosa accadrà in futuro per riuscire a evitare problemi.

Chiaramente, le persone mettono in atto certe strategie e non altre perché si basano sulle proprie conoscenze metacognitive e sui modelli interni che hanno rispetto al modo in cui le proprie cognizioni e le proprie emozioni *“funzionano”*. (Wells, 2000).

Le credenze metacognitive, le esperienze e le strategie sono tra loro connesse e operano congiuntamente all'interno dei disturbi psicologici.

Secondo Wells (2009), la metacognizione può essere definita una *“cognizione riguardo la cognizione”*, ovvero i pensieri, credenze e valutazioni cognitive che gli individui

hanno riguardo i processi mentali: *è la consapevolezza e capacità di riflettere sui propri stati interni (cognitivi, affettivi, emotivi).*

Il fatto che gli esseri umani siano capaci sia di sperimentare le proprie cognizioni quotidiane sia di riflettere sulla propria attività cognitiva implica che esistano due maniere di esperire i pensieri, i “**modi**” (Wells, 2000).

Di solito, *i pensieri e le credenze non sono percepiti come eventi mentali:* comunemente, infatti, vengono vissuti al pari delle percezioni, ovvero nello stesso modo in cui si sente il ticchettio di un orologio. Tuttavia, possiamo anche sperimentare le cognizioni in modo diverso, riconoscendo pensieri e sensazioni per quello che sono e facendo in modo di non considerarle come una rappresentazione fedele del nostro mondo.

Normalmente, non consideriamo i nostri pensieri e le nostre credenze come eventi interni, ma li fondiamo con la realtà. Questo particolare modo di esperire la realtà, in cui non si riescono a distinguere i pensieri e le credenze dalle conoscenze dirette di sé e del mondo, è definito **modo oggetto**: *normalmente noi viviamo una coscienza indifferenziata, non riuscendo a distinguere gli eventi interni da quelli esterni, i pensieri dalla realtà.*

Esiste, per contro, il **modo metacognitivo** di esperire i pensieri, grazie al quale questi possono essere osservati a livello cosciente e, quindi, possono essere vissuti come eventi interni separati da sé e dal mondo. In questo “modo” la relazione soggettiva con i propri pensieri è quella di una persona che li osserva come fossero una parte di un panorama multi sfaccettato di esperienze cosce.

Il modo metacognitivo non ha niente a che vedere con il processo di identificazione e confutazione dei pensieri negativi in uso nella TCC: nelle terapie cognitivo-comportamentali standard, infatti il terapeuta sfida le credenze del paziente analizzandone il grado di accuratezza, ma questa sfida può anche non riuscire a modificare il grado in cui la persona crede al pensiero stesso.

Il modo metacognitivo è una maniera alternativa di relazionarsi con le esperienze interiori, a prescindere dalla loro accuratezza o meno. Facendo esperienza del metodo metacognitivo si riescono a sviluppare e a rafforzare sia il meccanismo metacognitivo stesso sia il processo alla base di questa modalità di elaborazione. (Wells, 2000).

La terapia metacognitiva promuove alcune *tecniche metacognitive* come la **Detached Mindfulness (DM)** (Wells e Matthews, 1994); il **Training attentivo (ATT)**, la

Rifocalizzazione situazionale dell'attenzione (SAR) per intervenire sul CAS e sui processi coinvolti; il ***dialogo socratico metacognitivo*** utilizzato per l'identificazione del CAS, l'***individuazione e confutazione delle credenze metacognitive*** ed infine l'***esposizione condotta a livello metacognitivo***.

Se la persona capisce di essere soltanto colei che sperimenta il pensiero, riesce anche a prenderne le distanze. In pratica, una credenza o un pensiero negativo possono essere collocati al di fuori dei propri confini personali, separandoli nettamente dalla concezione che la persona ha di sé.

Le idee su di sé diventano quindi concetti irrilevanti ai fini dell'autoregolazione e non serve più che la persona usi questi parametri per definire sé stessa o per dare significato al proprio mondo.

La terapia metacognitiva è sostenuta da numerosi studi che dimostrano l'efficacia in una varietà di disturbi clinici ed in particolare per il *Disturbo d'ansia generalizzato (DAG)*, *la Fobia Sociale*, *il PTSD*, *il DOC* e *il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM)*. (Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford).

Nel panorama attuale per il **trattamento del PTSD** ci sono alcuni interventi di comprovata efficacia. Robuste evidenze empiriche sottolineano l'efficacia dell'esposizione, della terapia cognitiva focalizzata sul trauma e dell'eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR), (Bisson et al., 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra & Wetsern, 2005). Questi ultimi rimangono i trattamenti di eccellenza raccomandati anche dalle linee guida NICE (National Institute of Clinical Excellence, 2005). L'efficacia di questi trattamenti è supportata da un gran numero di studi che mostrano equivalenti livelli di esito senza evidenziare significative superiorità tra i diversi trattamenti (Bisson et al., 2007).

La terapia metacognitiva (TMC; Wells, 2009) è uno tra i più recenti approcci al trattamento del PTSD, l'obiettivo è quello di rimuovere quelle specifiche barriere che si contrappongono al processo di guarigione spontanea che occorre in seguito ad un evento traumatico.

Il modello metacognitivo proposto da Wells, si basa sull'assunto che i sintomi esperiti dai pazienti siano funzionali nel periodo immediatamente successivo all'evento traumatico. Sintomi come pensieri intrusivi, reattività eccessiva ed un generale

incremento di arousal fanno parte di un processo interno di adattamento psicologico definito *processo di adattamento riflessivo* (RAP; Wells & Sembi, 2004a).

Secondo Wells, la maggior parte delle persone a seguito di un evento traumatico, possiede la capacità di riadattarsi e, successivamente, non vada incontro allo sviluppo di particolari disturbi (Wells, 2009). Questo processo di “*guarigione spontanea*”, tuttavia, può essere ostacolato o bloccato dall’attivazione di uno specifico stile di pensiero disfunzionale (CAS, *Sindrome cognitiva attenzionale*) che conduce ad estendere oltre il processamento delle informazioni connesse al trauma e/o quelle di natura minacciosa. Questo pensiero ripetitivo può assumere la forma di rimuginio e/o ruminazione, perpetrati dal soggetto per cercare di trovare dei significati a quanto è accaduto, prevenire danni in futuro o colmare le lacune presenti nei ricordi.

Il CAS è costituito anche dal “*monitoraggio della minaccia*”, un processo di scannerizzazione dell’ambiente orientato alla ricerca di potenziali pericoli e finalizzato inoltre a cercare di rilevare, evitare o sopprimere pensieri ed emozioni disturbanti e angoscianti. I sintomi del PTSD persisterebbero, quindi, perché la CAS impedisce la flessibilità individuale verso stati di elaborazione privi di minaccia. In particolare, a supporto di questo stile di pensiero ci sarebbero delle credenze metacognitive di natura positiva e negativa.

Il modello metacognitivo applicato al PTSD suggerisce che il trattamento dovrebbe avere come obiettivo la destrutturazione del CAS (rimuginio, ruminazione e il controllo della minaccia) e le metacredenze cognitive che sono a supporto di questi processi piuttosto che focalizzarsi sui contenuti delle memorie traumatiche o sull’utilizzo dell’esposizione prolungata col fine di rivivere gli episodi traumatici. La TMC non impiega l’esposizione ai ricordi traumatici o la manipolazione delle immagini connesse al trauma né ha come obiettivo quello di disputare e ristrutturare i pensieri connessi all’evento. *La TMC aiuta i pazienti a rispondere ai pensieri connessi all’evento o alle immagini intrusive* che sperimentano in maniera diversa, la quale limita l’estensione dei processi di pensiero collegati all’evento traumatico, riducendo il rimuginio e la ruminazione connessi e rimuovendo il monitoraggio della minaccia e le altre strategie di coping disfunzionali come gli evitamenti o la soppressione del pensiero.

L'efficacia della TMC per il PTSD è stata esaminata in diversi studi:

a) Prove preliminari da una serie di casi controllati, un trial non controllato e un trial pilota controllato e randomizzato (RCT) supportano l'efficacia potenziale della TMC nel trattamento del PTSD (Wells & Colbear, 2012; Wells & Sembi, 2004b, Wells et al. 2008). Wells & Sembi (2004b) hanno trattato in maniera consecutiva sei pazienti con diagnosi di PTSD tramite uno studio a disegno A-B su casi singoli. I pazienti della ricerca erano tutti stati esposti a crimini violenti o sessuali e avevano sofferto del disturbo per un periodo oscillante tra i 3 e i 10 mesi. In tutti i soggetti dello studio è stata evidenziata un'ampia riduzione dei sintomi da PTSD, della depressione e dell'ansia. Attraverso la somministrazione dell'*Impact of Events Scale (IES)*;

Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) si è potuto rilevare un livello medio di miglioramento dell'83%, mentre quello documentato tramite il *Penn Inventory* (Hammarberg, 1992) è stato del 69%. Rivalutati poi con dei follow-up a 3 e a 6 mesi di distanza, e anche considerando un arco di tempo più esteso, nessun soggetto è risultato più affetto dal disturbo.

b) Wells et al., in un open trial del 2008 hanno voluto indagare l'efficacia della TMC per il PTSD cronico. Hanno somministrato il trattamento (con una media di 8,5 sedute) a 12 pazienti che manifestavano il disturbo da un lasso temporale compreso tra i 6 e i 39 mesi riscontrando dei miglioramenti statisticamente significativi nei sintomi da PTSD, nell'ansia e nella depressione. Ad un follow-up a 6 mesi l'89% dei soggetti è risultato molto migliorato, secondo i punteggi ottenuti dalla IES.

c) In uno studio randomizzato Wells & Colbear (2012) hanno inserito casualmente i pazienti con PTSD, oggetto della ricerca, in lista d'attesa o nel protocollo di trattamento. I soggetti della prima condizione hanno mostrato un miglioramento pressoché nullo, mentre il gruppo che aveva ricevuto il trattamento (8 sessioni) aveva ottenuto punteggi più bassi a tutte le misurazioni con una riduzione statisticamente significativa della sintomatologia post-traumatica, della depressione e dell'ansia. In base ai punteggi ottenuti alla IES, l'80% dei soggetti trattati con il protocollo è risultato andare incontro a guarigione e il 10% a un significativo miglioramento, mentre nella condizione di controllo solo il 10% è risultato migliorato e nessuno è guarito.

Inoltre, tassi di guarigione dal 60 all'80% sono stati ottenuti al follow-up di 6 mesi in base ai punteggi ottenuti attraverso la *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)* (Foa, 1995) e l'*Impact of Events Scale (IES)*. Gli autori hanno evidenziato anche la buona

tollerabilità al trattamento con solo il 10% di dropout. Questo studio dimostra l'efficacia della TMC confermando i tassi di recovery documentati precedentemente (Wells & Sembi, 2004b).

d) L'efficacia della TMC è stata recentemente testata anche attraverso la comparazione con altri trattamenti. Wells, Walton, Lovell e Proctor (2015), hanno condotto un trial parallelo controllato confrontando la TMC con l'esposizione prolungata (PE). I soggetti dello studio erano 32 pazienti con diagnosi di PTSD cronico. I partecipanti sono stati assegnati a 8 sessioni di terapia (TMC o PE) o a una condizione di lista di attesa di 8 settimane. Entrambi i trattamenti sono risultati efficaci laddove comparati con il gruppo in lista di attesa, con una riduzione statisticamente significativa della sintomatologia post-traumatica, dell'ansia e della depressione. I tassi di guarigione sono risultati essere elevati in entrambi i gruppi che hanno ricevuto il trattamento, tuttavia i miglioramenti nel gruppo TMC sono stati più rapidi. Al post-trattamento la TMC è risultata superiore rispetto alla PE per quanto riguarda la riduzione sintomatologica (misurata attraverso la IES e la Post-traumatic Stress Diagnostic Scale – PDS) e superiore alla condizione lista d'attesa per quanto riguarda le misure oggettive di iper-arousal rilevate attraverso la frequenza cardiaca dei soggetti.

Capitolo 2

Disturbo Ossessivo-Compulsivo – DOC

Premessa

Nel 2013 con la pubblicazione del DSM-V, il DOC esce dalla categoria dei disturbi d'ansia ed acquista un'entità nosografica autonoma insieme ad altri disturbi correlati (*Obsessive-Compulsive and Related Disorders*) sottolineando i tratti comuni che caratterizzano i disturbi legati allo spettro ossessivo compulsivo: **pensieri ossessivi e compulsioni (comportamenti ripetitivi)**.

Le **ossessioni** sono idee, pensieri, impulsi o immagini ricorrenti, persistenti e angosciosi, vissuti come intrusivi e inappropriati, che causano ansia o disagio forti, diversi dalle semplici eccessive preoccupazioni per gli eventi della vita reale. La persona riconosce che tali pensieri, impulsi o immagini sono un prodotto della propria mente e tenta di ignorarli, sopprimerli o neutralizzarli con altri pensieri o azioni.

Le **compulsioni** sono *comportamenti ripetitivi, osservabili (overt)* (es. lavaggio, riordino, controllo, ripetizioni di azioni, allineamento degli oggetti ed evitamento) o *azioni mentali (covert)* (es. impiego di formule magiche, preghiere, conteggio, ripetere parole mentalmente, monitoraggio della memoria) che la persona *deve* obbligatoriamente mettere in atto in risposta a un'ossessione, seguendo regole rigide, allo scopo di prevenire o ridurre il disagio, l'ansia o alcuni eventi o situazioni temuti; tali comportamenti o azioni mentali sono eccessivi o non sono collegati in modo realistico a ciò che devono neutralizzare o prevenire.

Il DOC è un disturbo mentale debilitante, che colpisce dall'1.2 al 1.8% (DSM-5) delle persone nell'arco di vita; causa una compromissione significativa in più aree di funzionamento con un conseguente abbassamento della qualità della vita (Slade, Johnston, Browne, Andrews e Whiteford, 2009; Olatunji, Cisler e Tolin, 2007).

Il DOC è la sesta causa di disabilità (insieme ai disturbi d'ansia) secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è legato anche a un maggior utilizzo dei servizi sanitari e a un maggior rischio di tentato suicidio (Hollander et al., 1996; Pollard, Henderson, Frank e Morgolis, 1989). E' un disturbo ad esordio precoce (evidenze scientifiche dimostrano che *i segni e i sintomi* del DOC iniziano nell'infanzia nel 30-50% dei pazienti), ma si possono presentare anche esordi in età adulta.

Il DOC è caratterizzato da *ossessioni*, cioè pensieri intrusivi e ripetitivi o immagini che ricorrono costantemente e valutate dall'individuo come pericolose e da compulsioni, ovvero rituali comportamentali o mentali, utilizzate per tranquillizzarsi e alleviare l'ansia che deriva dall'esperire costantemente i pensieri intrusivi (Rachman e Hodgson, 1980; American Psychological Association, 1994; Rachman, 1998).

Pensieri aggressivi, blasfemi o sessualmente perversi, ritenuti moralmente disdicevoli possono intrudere nella mente di ognuno di noi, ma nella maggioranza dei casi si tratta di manifestazioni occasionali, di breve durata, che non intaccano la qualità di vita delle persone. In alcuni individui però, questi sintomi sono così pervasivi e invalidanti da meritare la diagnosi di DOC. Le ricerche epidemiologiche dimostrano che non ci sono differenze tra i sessi e nemmeno tra le culture (Wiessman et al., 1994); nel DOC a esordio nell'infanzia vi è, tuttavia, una prevalenza del sesso maschile (Swedo et al., 1989). Nella maggioranza dei casi il disturbo è iniziato nell'adolescenza, di solito in modo non improvviso ma ingravescente ad andamento cronico. Il disturbo implica sofferenze molto intense e prolungate, compromette seriamente il funzionamento sociale, lavorativo e la qualità della vita nel suo complesso. Incide pesantemente sulla qualità di vita dei familiari conviventi. (Macy et al., 2013; Markarian et al., 2010; Rosso, Albert, Asinari, Bogetto & Maina, 2012).

È importante osservare che tra le ossessioni e le compulsioni patologiche e quelle non patologiche *non esiste una differenza qualitativa ma solo quantitativa*. Per porre diagnosi di DOC si ricorre a un criterio quantitativo: i sintomi devono durare più di un'ora al giorno o causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. È la *frequenza* delle intrusioni non il *contenuto* a determinare la gravità del disturbo, e, soprattutto, il fatto che i pazienti ossessivi *valutano molto negativamente* le ossessioni mentre la popolazione generale tende a non dar loro importanza e dunque ad accettarle più facilmente. (Rachman, de Silva, 1978).

Le persone che soffrono di DOC, dunque, presentano una serie di pensieri spaventosi, inaccettabili, che si attivano anche quando non vorrebbero averli. L'ansia e le altre emozioni negative che conseguono alla valutazione dei pensieri intrusivi, possono essere oggetto di interpretazioni negative; tali risposte aumentano la probabilità di ulteriori intrusioni e una maggiore risposta emotiva d'ansia. Le compulsioni messe in atto dalla persona per controllare tale ansia alimentano il problema impedendo allo

stesso di falsificare le credenze nelle valutazioni disfunzionali delle intrusioni. (Purdon & Clark, 1999)

In sostanza, nel DOC si verifica un errore logico di valutazione degli stimoli esterni e un'attribuzione di una sorta di potere magico ai rituali e ai propri comportamenti, che sono considerati come deterrente di catastrofi imminenti. In realtà, però, fungono semplicemente da trigger per la messa in atto del rituale successivo. (Purdon & Clark, 1999).

Le compulsioni hanno altre due caratteristiche: la prima è che nonostante siano intenzionali, vengono però vissute come atti non liberi, ma *come atti coatti*; la seconda è che rientrano in quella classe di conflitti noti come *akrasie* (“*fallimento della volontà*”) (Ainslie, 1992, 2001; Magri, Mancini, 1991), in cui la persona agisce intenzionalmente in un certo modo, nonostante si renda conto che potrebbe agire in un altro modo, probabilmente migliore per lei.

Il pensiero ossessivo viene riconosciuto dalla persona come proprio, e questo è un primo carattere distintivo rispetto al pensiero delirante, ma il contenuto è considerato inaccettabile e rifiutato perché vissuto come estraneo alla propria volontà e al proprio modo di essere. Questo è il carattere **egodistonico** che lo distingue da altri tipi di pensiero che possono aver ugualmente aspetti di ripetitività e perseveranza. Da un punto di vista psicopatologico è necessario distinguere le ossessioni dalle idee prevalenti e dal delirio (Rachman, 1998).

L'*idea prevalente* è da collegarsi a eventi attesi e reali, quali un colloquio di lavoro, un esame da sostenere o situazioni affettive come l'innamoramento o un lutto. È un'idea sorretta da un fondo affettivo molto intenso congruo con l'evento, e che predomina su ogni altro pensiero e vengono vissuti dal soggetto come sintonici anche se spiacevoli.

Nel *delirio* il pensiero è ripetitivo, continuo, pressante nella mente e provoca angoscia ma il soggetto sente come *sintonico*; è la assoluta certezza soggettiva che il pensiero delirante rappresenta per il soggetto a rappresentarne un primo elemento distintivo rispetto al carattere di dubbio irrisolvibile che invece affligge l'ossessivo.

Nel 2003, Tolin, Woods & Abramowitz, hanno stilato un elenco delle principali ossessioni e compulsioni:

- **Contaminazione** (*pensieri o immagini mentali relative al dubbio di poter essere entrato in contatto, anche indiretto, con sostanze ritenute pericolose o disgustose*)

- **Danno** (*pensieri o immagini mentali relativi a potenziali danni a sé o ad altri, di tipo materiale, economico o emotivo, dovuti a proprie disattenzioni, leggerezze o mancanze*)
- **Scaramantiche** (*pensieri o immagini mentali relative a eventi negativi che possono accadere a sé o ad altri in futuro, qualora non si seguano certe regole di comportamento o non si intervenga neutralizzandone l'effetto negativo*)
- **Somatiche** (*eccessiva preoccupazione per parti del corpo o per il proprio aspetto, dismorfofobia*)
- **Aggressive** (*pensieri, immagini mentali o impulsi di far del male a persone care o a sé stessi pur non desiderandolo*)
- **Omosessuali** (*pensieri, immagini mentali, fantasie o impulsi a contenuto omoerotico, che attivano nel soggetto eterosessuale il dubbio di poter essere un omosessuale latente*)
- **Relazionali** (*dubbi sull'adeguatezza o meno del proprio partner e sul sentimento nei suoi confronti; pensieri, immagini mentali, fantasie o impulsi sessuali nei confronti di persone diverse dal proprio partner*)
- **Religiose e morali** (*pensieri o immagini mentali a contenuto blasfemo, come bestemmie, insulti a defunti, fantasie sessualizzate verso immagini sacre*)
- **Sessuali e di pedofilia** (*pensieri, immagini mentali, fantasie o impulsi sessuali nei confronti di persone sconvenienti quali parenti, animali, bambini*)
- **Ordine e simmetria** (*bisogno di simmetria, uniformità, equilibrio o esattezza*).

Le principali **compulsioni**:

- **Checking/ controllo** (*controlla serrature, finestre, luci, compiti e incarichi*)
- **Washing/lavaggio** (*rituali nel fare la doccia, risciacquare le mani più di 40 volte al giorno*)
- **Ordine e simmetria** (*riordina i libri rispettando una particolare simmetria*)
- **Rituali mentali** (*ripetere a sé stesso delle frasi, neutralizzare i pensieri inaccettabili con pensieri "buoni"*)
- **Ripetizione di azioni** (*accendere e spegnere la luce più volte finché non si sente a posto*)
- **Conteggi**

Le compulsioni non sono gli unici tentativi di soluzione cui ricorrono i pazienti ossessivi (Abramowitz, 2006; Ladouceur, Freeston, Rhèaume et al. 2000; Freeston, Ladouceur, 1997). Troviamo anche evitamenti, tentativi di distrarsi o di sopprimere i pensieri ossessivi, richieste di rassicurazioni, confessioni, ruminazioni (Ladouceur, Freeston, Rhèaume et al. 2000).

Questi tentativi di soluzione condividono con le compulsioni l'essere intenzionali e finalizzati a risolvere il problema posto dalle ossessioni (Salkovkis, Westbrook, Davis et al., 1997; Rachman, Shafran, Mitchell et al., 1996). Sono anch'essi tentativi di escludere con certezza la possibilità che si verifichi ciò che è temuto.

2.1 Modelli Cognitivi del DOC

I modelli cognitivi del DOC hanno le loro origini all'interno della *Teoria degli schemi di Beck* (Beck, 1976), dove le credenze e le valutazioni disfunzionali sono componenti fondamentali dei disturbi emozionali. Negli ultimi anni sono stati svolti numerosi studi sulla sintomatologia ossessiva e compulsiva: Wells (2000) definì le ossessioni e compulsioni come fenomeni normali, Rachman (1978) e Salkovskis (1984) osservarono come il contenuto delle ossessioni "normali" è simile a quello delle ossessioni "patologiche", come queste ultime si manifestino nell'80-88% delle persone e come arrechino un livello di sofferenza e di disagio maggiore nei soggetti con diagnosi di DOC.

Salkovskis (1985) osservò come i pensieri e le immagini automatiche provocate dalle ossessioni ruotano intorno ad una **responsabilità personale**; si parla di **iper-responsabilità** per indicare un eccessivo *senso di colpa* sperimentato dal soggetto, che lo spinge a produrre pensieri negativi automatici con un conseguente disagio molto forte (Ladouceur et al., 1996).

Nonostante gli elementi distintivi all'interno dei vari modelli, sono tutte teorie di valutazione (Clark, 2004) con due principi in comune: in primo luogo i pensieri intrusivi sono *fenomeni universali* e si trasformano in ossessioni perché *valutate negativamente*; in secondo luogo le valutazioni negative sono un prodotto di *convinzioni disfunzionali sottostanti* (Salkovskis, 1985; Rachman, 1993; Clark, 2004).

2.1.1 Modello di Salkovskis

Salkovskis osservò che nel DOC i pensieri e le immagini automatiche provocate dalle ossessioni ruotano intorno ad una **responsabilità personale**.

L'iper-responsabilità: un eccessivo senso di colpa che spinge a produrre pensieri negativi automatici che causa un disagio intenso nella persona.

Secondo Salkovskis (Salkovskis, 1985, 1989, 1998; Salkovskis et al.; 1995) i pensieri intrusivi si intensificano in qualità e intensità quando attivano convinzioni personali sul grado di responsabilità che gli individui hanno sugli eventi o sulla sicurezza degli altri significativi. Pertanto, i normali pensieri intrusivi si trasformano in ossessioni quando attivano convinzioni disfunzionali sulla responsabilità personale.

In tale contesto, la responsabilità è definita come la *“convinzione di avere potere, per determinare o prevenire soggettivamente esiti negativi ovvero avere conseguenze nel mondo reale e/o a livello morale”* (Salkovskis, Forrester e Richards, 1998).

Tali convinzioni portano angoscia e comportamenti neutralizzanti progettati per eliminare la responsabilità. Quindi, secondo Salkovskis, credenze sopravvalutate sulle responsabilità sono criteri necessari e probabilmente sufficienti per lo sviluppo delle ossessioni.

Secondo Salkovskis sono fondamentali il **valore e l'importanza che si dà all'atto di pensare**, le ossessioni sono pensieri, immagini o impulsi intrusivi che non riusciamo a mandare via, non riusciamo a liberarcene. Appaiono da sole, come in un fenomeno simile all'atto di sognare: è normale fare sogni che non rispecchiano i nostri valori o modi di pensare, ma una volta svegli, siamo capaci di non darvi troppa importanza e lasciarli andare. Alcune persone, al contrario, mettono in atto un **processo di fusione** con i contenuti della loro mente, *dando a essi un valore che in realtà non gli appartiene*. Nel DOC la persona crede di essere cattiva o che possa fare del male a qualcuno soltanto perché ha avuto un pensiero al riguardo.

Nella sua teoria Salkovskis segnala la differenza tra pensieri automatici negativi e ossessioni.

“Un pensiero automatico negativo è un rapporto soggettivo che si produce di fronte a determinate circostanze senza che queste siano state elaborate a fondo” (Rachman, 1981). Secondo Salkovskis, la differenza con le ossessioni ruota attorno al *grado di intrusione percepito*, il *grado di accessibilità alla coscienza* e il *grado di consistenza del pensiero con le credenze dell'individuo*. Quest'ultima differenza, ovvero il *grado di*

adesione dei pensieri alle nostre personali credenze, è la più importante. Un'ossessione risulta perturbante e genera malessere perché ha a che vedere con qualcosa di molto importante per la persona.

Salkovskis sostiene che “i pensieri ossessivi funzionano come uno stimolo che può provocare un particolare pensiero automatico”.

Le prove disponibili dimostrano che le intrusioni sono spesso presenti nella popolazione non clinica, senza generare alti gradi di disagio. Queste si trasformano in un problema soltanto quando scatenano una serie di pensieri automatici negativi, attraverso l'interazione di tali intrusioni inaccettabili per l'individuo. Il malessere, dunque, varia in funzione del *significato specifico* per quel paziente.

La responsabilità quindi come schema: ***i pazienti affetti da DOC tendono a sopravvalutare i limiti della loro responsabilità.*** La minima possibilità del danno – reale o immaginaria – diventa intollerabile per l'individuo, che cercherà in tutti i modi di neutralizzarla. I pensieri o le immagini automatiche scatenate dalle ossessioni ruotano attorno al senso di responsabilità di chi ritiene che “se le cose vanno male, sarà colpa mia”. Questa colpa non emerge soltanto di fronte alla realtà, bensì anche di fronte alla possibilità immaginata, per il semplice fatto di aver avuto quel pensiero, l'individuo si sente cattivo e responsabile. Il paziente sente così il bisogno di frenare il danno e la colpa che prova, attuando delle neutralizzazioni come soluzione. Il punto è che questa “soluzione” finisce per diventare il principale problema. La persona resta intrappolata tra le sue ossessioni e le sue compulsioni, limitando in maniera estrema la sua vita.

Secondo Salkovskis, ***“il paziente deve essere istruito a considerare le intrusioni come fossero rumore”***: *privarle così di valore, non fondere il pensiero con la persona e la realtà.* (Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F (2008).

In uno studio di Myers, S.G. & Well, A. (2005) sono stati valutati i due diversi modelli: il modello di Salkovskis che dà un'importanza centrale e necessario al ruolo della responsabilità nei sintomi ossessivo compulsivi e il modello metacognitivo di Wells che attribuisce un ruolo centrale e necessario alle credenze metacognitive sul significato e il pericolo di pensieri/sentimenti e la necessità di controllo.

Si sono testati i contributi unici della responsabilità o della metacognizione ai sintomi ossessivo compulsivi controllando la loro intercorrelazione e il grado di preoccupazione. Coerentemente con ogni modello, responsabilità e metacognizione

erano positivamente associate ai sintomi OC, anche quando la preoccupazione era sotto controllo. Tuttavia, la responsabilità non era associata ai sintomi OC quando le metacognizioni e la preoccupazione erano controllate, ma il rapporto tra credenze metacognitive e sintomi OC erano indipendenti dalla responsabilità e dalla preoccupazione. La responsabilità non ha aggiunto nulla alla varianza dei sintomi spiegata dalle metacognizioni.

Il modello metacognitivo (Wells, 1997) e il modello della responsabilità (Salkovskis, 1985) convergono sull'idea che una caratteristica centrale del DOC consiste in interpretazioni negative di pensieri intrusivi. Tuttavia, ci sono diverse importanti differenze tra questi modelli, come l'enfasi data ai diversi tipi di credenze. Il modello di responsabilità enfatizza il costrutto di *iper-responsabilità* come componente cognitiva centrale che guida i problemi ossessivi. Salkovskis et al., (2000) hanno ideato la *Responsability Attitude Scale* per valutare il loro costrutto.

Al contrario, il modello metacognitivo enfatizza le credenze sull'importanza, il significato e il potere dei pensieri e credenze sulla necessità di controllare i pensieri ed eseguire i rituali che vengono misurate con strumenti che includono il questionario sulle metacognizioni (MCQ).

Gwilliam, Wells e Cartwright-Hatton (2004) hanno mostrato che le credenze metacognitive predicevano i sintomi OC ma la responsabilità no, quando la loro interrelazione era controllata.

Ciò suggerisce che la responsabilità può essere una proprietà emergente delle credenze metacognitive nel contesto delle ossessioni.

In questo studio, gli autori volevano testare ulteriormente i contributi relativi e indipendenti delle credenze metacognitive e della responsabilità nei confronti dei sintomi, verificando le seguenti ipotesi:

- 1) le credenze metacognitive e la responsabilità hanno una relazione positiva con sintomi OC;
- 2) le credenze metacognitive hanno una relazione positiva con la responsabilità;
- 3) la relazione tra credenze di responsabilità e sintomi OC, dopo il controllo della preoccupazione, dipende dalla metacognizione (cioè la responsabilità non si aggiunge in modo significativo ai sintomi OC quando preoccupazione e metacognizione sono controllate);

4) la relazione tra credenze metacognitive e sintomi OC, dopo il controllo della preoccupazione, è indipendente dalla responsabilità (cioè la metacognizione si aggiunge significativamente ai sintomi quando la preoccupazione e la responsabilità sono controllate).

I risultati hanno mostrato che i sintomi ossessivi erano associati con la responsabilità e la metacognizione, come riscontrato in studi precedenti (Salkovskis et al., 2000; Smari & Holmsteinsson, 2001). Allo stesso modo, alcune variabili metacognitive relative alle convinzioni sull'incontrollabilità dei pensieri e credenze di fusione del pensiero erano correlate con i sintomi OC, come dimostrato da precedenti risultati. (Emmelkamp & Aardema, 1999; Gwilliam et al., 2004; Hermans, Martens, De Cort, Pieters e Eelen, 2003; Janeck, Calamari, Riemer e Heffelfinger, 2002; Pozzi e Papageorgiou, 1998).

In coerenza con gli studi di Gwilliam et al., 2004, questo studio ha dimostrato che le metacognizioni ma non la responsabilità predicano i punteggi dei sintomi ossessivi.

I risultati della regressione non supportano l'opinione secondo cui la responsabilità è un fattore necessario per determinare i sintomi OC. Contrariamente a quanto affermato da Salkovskis, le convinzioni sulla necessità di controllare i pensieri e le convinzioni sul danno o il pericolo contribuiscono ai sintomi ossessivi indipendentemente dalla responsabilità o altri tipi di disturbo ansioso (preoccupazione).

Sulla base dei risultati sembra che il concetto di responsabilità può essere troppo generale come base per la comprensione dei fattori cognitivi nei sintomi OC.

L'iper-responsabilità può essere una situazione di elaborazione metacognitiva che non è necessaria nell'eziologia di tali sintomi.

2.1.2 Modello di Rachman

Il modello cognitivo di Rachman (1997, 1998, 2002) pone enfasi sul *significato* che i pazienti con DOC attribuiscono ai loro pensieri intrusivi.

Secondo Rachman (1998), *“un pensiero intrusivo può trasformarsi in un pensiero ossessivo se viene interpretato come personalmente significativo, minaccioso o catastrofico”*. Quindi il pensiero diventa per il paziente una prova o un segnale di *caratteristiche personali* che potrebbero avere conseguenze nefaste. Come se il pensiero fosse rivelatore di qualcosa della persona che lo produce *“questo pensiero mi sta dicendo qualcosa di me”*. Il soggetto con DOC tende ad avere un'errata percezione del

significato del proprio pensiero intrusivo, che viene interpretato come importante (“rileva qualcosa di me”), personalizzato (“l’ho prodotto io e quindi significa qualcosa”), estraneo all’ego (“non mi rappresenta”) e con conseguenze serie (portatore di pericolo o un danno).

Rachman (1997, 1998) osserva che i temi importanti di tutti i *sistemi morali* si riflettono nei temi principali di ossessioni/pensieri intrusivi. Come tale, questo tipo di pensiero è particolarmente vulnerabile dall’essere vissuto come peccaminoso, disgustoso, allarmante o minaccioso.

I problemi ossessivi si sviluppano quando l’individuo crede che un pensiero intrusivo porti a rivelare qualcosa di significativo e finora sconosciuto di sé stesso, che sia un segno che avverrà qualcosa di negativo, o che sia un’indicazione che l’individuo è in pericolo.

L’ossessione persisterà finché il pensiero è interpretato come catastrofico e diminuirà quando le interpretazioni errate saranno indebolite (Rachman, 1998).

Numerosi fattori contribuiscono alla vulnerabilità di sperimentare ossessioni: elevati standard morali, depressione, predisposizione all’ansia e pregiudizi cognitivi (Rachman, 2002).

Di fondamentale importanza per questa teoria è il costrutto della *fusione pensiero-azione (TAF)*, che è concettualizzato come un pregiudizio cognitivo (Rachman, 1993; Shafran e Rachman, 1996).

Il soggetto è coinvolto in processi cognitivi definiti come “fusione pensiero-azione” (TAF), ovvero *considera il pensiero e l’azione come moralmente equivalenti (TAF morale)* oppure crede che *il pensiero aumenti la probabilità del verificarsi dell’evento temuto (TAF di probabilità)*.

La prima forma è la convinzione che avere un brutto pensiero sia vergognoso quanto commettere l’atto pensato (“pensare a fare del male a un animale, è brutto quanto farlo veramente”).

La seconda forma è invece la convinzione che avere il pensiero aumenta la probabilità che accadrà un evento negativo (“se penso ai miei figli che muoiono, ciò rende più probabile che possa accadere”). Le compulsioni sono così messe in atto dal soggetto perché non vuole sentirsi responsabile di aumentare le probabilità di un evento o di esserne il diretto colpevole.

Rachman riconosce che le convinzioni problematiche implicate nel modello che portano alla valutazione ed ai pensieri caratteristici del TAF possono essere etichettate come “credenze metacognitive” (es, convinzioni che avere il pensiero significhi voler commettere l’atto).

Questi due modelli hanno stimolato un notevole interesse per il ruolo delle cognizioni nel DOC e nel 1997, un gruppo internazionale di ricercatori ha formato la *Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)* con il compito centrale di identificare e definire operativamente la convinzione più rilevante associata al DOC. Sono stati individuati sei domini: ***responsabilità, sopravvalutazione della minaccia, intolleranza all’incertezza, necessità di controllare i pensieri, importanza dei pensieri e perfezionismo.***

Similmente, Sauvageau, O’Connor, Dupuis, Aardema (2020), nel loro studio, accordano un’importanza centrale al ruolo delle “***percezioni di sé temute***” nello sviluppo e nel mantenimento del DOC.

I modelli cognitivo-comportamentali che si sono concentrati sul significato attribuito alle cognizioni intrusive nello sviluppo e mantenimento del disturbo hanno contribuito in modo significativo alla comprensione del disturbo e hanno permesso lo sviluppo di terapie supportate empiricamente (Rachman, 1997; Salkovkis, 1989). Inoltre, questi modelli riconoscono che le valutazioni di significatività possono direttamente implicare il sé. Eppure, nonostante ciò, gli attuali modelli cognitivi potrebbero non aver affrontato a sufficienza il ruolo del sé nella sintomatologia DOC oltre la valutazione delle sole cognizioni intrusive (Aardema & Wong, 2020; Clark, 2016).

Doron e coll., suggeriscono che le persone con DOC sono caratterizzati da domini di sé sensibili, con conseguente valutazione negativa delle intrusioni che sono contingenti al tema di sé vulnerabile della persona, mentre altre intrusioni non correlate al tema del sé, in cui il sé rimane in gran parte intatto, è meno probabile che si sviluppi in ossessione (Doron, Moulding, Kyrios & Nedelikovic, 2008; Doron e Kyrios, 2005; Doron, Kyrios & Moulding, 2007; Doron, Kyrios, Modanatura, Nedelikovic & Bhar, 2007).

Aardema et al., 2013; Aardema & O’Connor, (2007) suggeriscono che le persone con DOC temono di possedere qualità e tratti specifici, che non solo si traducono in valutazioni negative delle cognizioni intrusive, ma rendono anche gli individui più

vulnerabili a intrusioni anormali e dubbi su sé stessi che non sono congruenti con specifici domini di sé temuti per i quali non esiste un presupposto nella realtà.

Il contenuto di queste *qualità del sé temuto* può variare da persona a persona e non c'è limite a ciò che può costituire il sé temuto di un individuo (Aardema, Wong, Audet, Melli & Baraby, 2019; Aardema, 2020), anche se le misurazioni attuali hanno focalizzato principalmente su forme relativamente specifiche di autopercezioni temute che ruotano intorno *all'immoralità, alla pericolosità e alla follia* (Aardema et al., 2013).

Dopo lo sviluppo del "*Fear of Self Questionnaire*" (Aardema et al., 2013), la "***nozione di sé temuto***" ha trovato supporto in diversi studi che hanno mostrato un legame con i sintomi del DOC e ossessioni ripugnanti in particolare (Aardema et al., 2018; Melli, Aardema & Moulding, Aardema & O'Connor, 2014). Inoltre la ricerca sui risultati del trattamento ha dimostrato che i miglioramenti nelle percezioni del sé temuto sono associate a riduzioni della sintomatologia del DOC (Aardema et al., 2018).

Un elegante studio sperimentale di Doron, Sar-El & Mikulincer (2012) ha testato l'effetto dell'innesco di informazioni relative alla moralità su tendenze comportamentali legate alla contaminazione in un campione non clinico. I risultati di questa manipolazione hanno portato alla luce che sottili suggerimenti di incompetenza nel dominio di sé morale ha portato a tendenze comportamentali più ossessive e compulsive rispetto a una condizione neutra o a domini di sé irrilevanti per la moralità (es, sport).

In altre parole, i risultati suggeriscono che la percezione o la paura di essere immorali porta ad un maggiore bisogno di agire sui problemi di contaminazione fisica. Anche Abramowitz, Doron, Sar-El & Altenburger (2013) hanno evidenziato che suggerimenti di incompetenza nel dominio di sé della moralità erano associati ad un aumento dei bias cognitivi ossessivo-compulsivi.

Doron, Szepsenwol, Karp & Gal, (2013); Doron, Sar-El, Mikulincer et al., (2012) hanno evidenziato l'importanza di considerare le autopercezioni nella fenomenologia ossessivo-compulsiva, che è altamente coerente con il ruolo proposto di *percezione del sé temuto* (Aardema et al., 2013; Aardema & Wong, 2020).

L'identificazione del sé temuto dell'individuo è anche un aspetto integrale della ***terapia cognitiva basata sull'inferenza (IBT)*** durante la formulazione del caso (O'Connor & Aardema, 2012).

La IBT, sostiene che il possibile sé temuto del singolo, non influisce solo sulla valutazione delle intrusioni e dubbi, ma può anche dar luogo al verificarsi di intrusioni e

dubbi ossessivi personalmente rilevanti (O'Connor & Aardema, 2012). L'obiettivo della terapia consiste nel modificare il ragionamento narrativo che produce il dubbio e nel riportare la persona al mondo delle percezioni del senso comune.

Il sé temuto viene solitamente comunicato dal paziente in forma di una narrazione in corso che fornisce la giustificazione del motivo per cui pensano che la loro intrusione ossessiva o dubbio potrebbe essere valida. Per es, qualcuno con ossessioni e compulsioni per impulsi violenti verso i loro figli potrebbero avere "il sé temuto" di fondo che potrebbe essere un genitore violento giustificato da una narrativa convincente, ma remota (es, "la follia è di famiglia", "chissà di cosa sono capace"). Quindi, questo approccio, sostiene che mentre si cerca la base dei sintomi nella cognizione, così come le narrazioni di ragionamento sottostanti che giustificano i dubbi ossessivi, ci si deve occupare anche dei precursori cognitivi dei sintomi ancor prima che avvenga la valutazione dell'intrusione, compreso il ruolo dei possibili sé temuti che informano dell'intensità e il contenuto delle ossessioni.

Un approccio basato sull'inferenza si concentra su come queste cognizioni si annidano all'interno del ragionamento che conduce a inferenze ossessive di dubbio (es "potrei essere un molestatore di bambini") in contrasto con la sola conoscenza e valutazione di questi eventi dopo che si sono verificati.

Inoltre, si postula che il ragionamento delle persone affette da DOC è caratterizzato da "**confusione inferenziale**" definita come "*sfiducia nei sensi o in sé stessi dando credibilità a possibilità e idee che non hanno un fondamento diretto nella realtà*".

(Aardema & O'Connor, 2007; 2012; Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand e Todorov, 2015, Aardema et al., 2010; Julien, O'Connor & Aardema, 2016, O'Connor & Robillard, 1995).

La rilevanza sia delle temute percezioni di sé che della confusione inferenziale nel verificarsi di intrusioni ossessive e sintomatologia associata ha recentemente trovato supporto in uno studio di Audet, Wong, Radomski & Aardema (2020).

Quindi, a seguito di quanto sopra, lo studio in questione ha esaminato l'impatto di minacce alla percezione di sé temute in un campione di DOC. Questo studio mirava a testare sperimentalmente se l'innesco di una paura specifica dell'autopercezione di sé nei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo determina un aumento dei sintomi e relativo disagio.

Le ipotesi erano le seguenti:

- a) l'innescò di una paura specifica rilevante per la persona nelle cognizioni di sé aumenta la gravità dei sintomi del DOC e dell'ansia di stato;
- b) l'esposizione alla percezione primitiva di qualità auto-correlate non temute e non ossessive (vale a dire, l'incompetenza nelle abilità sportive) non porterà a differenze significative nei sintomi DOC e nel livello di ansia riportati.

Tutti i partecipanti erano stati formalmente diagnosticati utilizzando *L'Intervista Clinica Strutturata* per il DSM-IV (SCID-I), i criteri erano una diagnosi primaria di DOC e un'età di 18 anni o più.

I partecipanti erano assegnati casualmente ad una delle due condizioni sperimentali (innescò di una paura specifica vs un'incompetenza nelle abilità sportive) e soggetti alla terapia cognitiva basata sull'inferenza con la formulazione del caso, che si è sviluppata in 4 sessioni di valutazione completate dallo psicologo curante, ma senza che il trattamento fosse ancora iniziato. L'identificazione di un sé temuto principale durante la formulazione del caso è parte integrante della terapia cognitiva basata sull'inferenza in quanto rappresenta un obiettivo importante nel trattamento del DOC (Aardema & O'Connor, 2007; O'Connor & Aardema, 2012).

Sono state utilizzate come misure secondarie per descrivere la gravità dei sintomi: *Scala Yale-Brown ossessive-compulsive (Y-BOCS)*; *Beck Depression Inventory (BDI-II)*; *Fear Self Questionnaire (FSQ-20)*; *The Intensity of Obsession Scale (IOS)*; *The Urge to Perform Compulsions Scale (UPCS)*; *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)*.

Coerentemente con le ipotesi, i risultati hanno mostrato che il sottile innescò di una idiosincratia temuta possibilità di sé ha portato ad un aumento diretto e significativo dell'intensità ossessiva e del bisogno di eseguire compulsioni. L'impatto dell'innescò del possibile sé temuto ha avuto solo un effetto limitato sul livello di ansia. Al contrario, come previsto, il compito di controllo (cioè, innescare la percezione dell'incompetenza nelle abilità sportive) non ha avuto effetti significativi sulla sintomatologia. Mentre la letteratura precedente ha dimostrato che la paura di sé è da associare principalmente al sottotipo ripugnante di ossessioni (es, ossessioni pedofilia, ossessioni di orientamento sessuale, ossessioni aggressive) (Aardema & O'Connor, 2007; Melli et al., 2016; Moulding et al., 2014; Aardema et al., 2017), i risultati attuali suggeriscono che le percezioni di sé temute sono rilevanti per una gamma più ampia di domini dei sintomi.

Recenti scoperte suggeriscono che i cambiamenti nelle percezioni di sé temute possono essere il meccanismo attraverso il quale i sintomi del DOC migliorano attraverso la terapia, sia per le ossessioni ripugnanti che per le preoccupazioni legate alla contaminazione (Aardema et al., 2018).

I risultati attuali sono coerenti con questi e suggeriscono anche che una valutazione completa e dettagliata della paura del sé di un individuo potrebbe facilitare gli interventi cognitivo-comportamentali invece di agire semplicemente sull'ampia varietà di ossessioni e compulsioni come spesso succede nella pratica clinica.

In particolare, le strategie terapeutiche potrebbero consistere nell'aiutare il paziente a individuare il contenuto delle sue paure auto-correlate, la psicoeducazione su come queste percezioni si riferiscono ai sintomi, e interventi specifici mirano ad arrivare ad aiutare l'individuo a sviluppare un senso di sé più basato sulla realtà, come delineato da Aardema e O'Connor, (2007); O'Connor & Aardema (2012), nel loro approccio al DOC basato sull'inferenza. In effetti, diversi partecipanti hanno affermato che l'esperimento ha fornito loro un modo significativo di comprendere i loro sintomi.

I risultati attuali, quindi, supportano l'importanza di considerare le *temute autopercezioni* nelle formulazioni cognitivo-comportamentali del DOC.

2.1.3 Modello Metacognitivo del DOC

Il *modello metacognitivo del DOC* (Wells, 1997) si basa sul più generico modello S-REF e propone che i pensieri intrusivi attivino la conoscenza metacognitiva che a sua volta guida l'elaborazione disadattiva. In altre parole, convinzioni metacognitive specifiche riguardanti la pericolosità ed il significato di pensieri e sentimenti intrusivi portano al *CAS (Sindrome dell'attenzione cognitiva)*. Secondo il modello (Wells, 1997; Wells and Matthews, 1994) le credenze e i processi metacognitivi sono implicati come *fattori chiave nello sviluppo e nel mantenimento del DOC*.

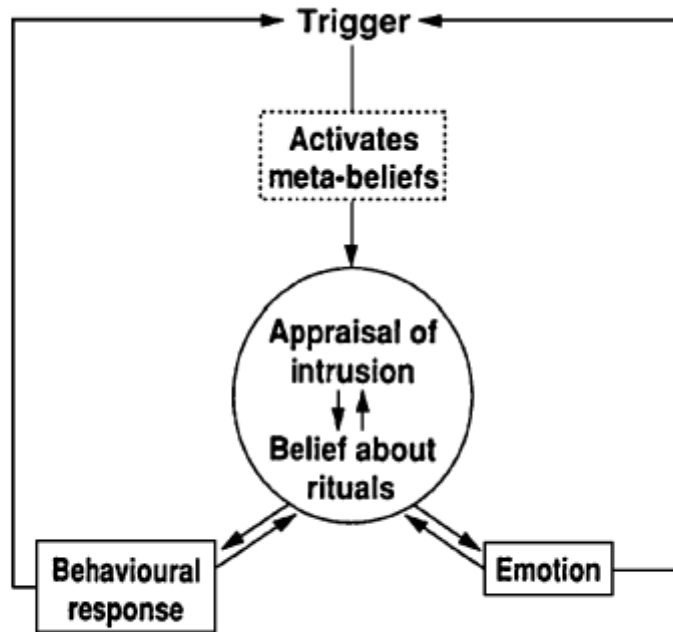


Fig. 1. The metacognitive model of o-c symptoms. Reproduced with permission from Wells (1997). © John Wiley & Sons Limited.

Gli individui affetti da DOC esperiscono pensieri intrusivi che sono direttamente collegati con le metacredenze sottostanti. Nel DOC l'elemento centrale del CAS si rivela come *rimuginio, ruminazione e pensiero analitico in reazione a pensieri*. Le strategie maladattive di coping che costituiscono il CAS nel DOC sono: *la soppressione dei pensieri, le neutralizzazioni overt e covert e i comportamenti ritualistici*.

Il CAS accentua l'importanza data ai pensieri e ingigantisce il senso di minaccia. Queste reazioni fanno sì che il soggetto confonda il pensiero con gli eventi reali, anziché considerarlo come una semplice idea che scorre nella sua mente e che può essere considerata trascurabile.

L'utilizzo della TMC nel DOC richiede uno sforzo maggiore da parte del terapeuta per mantenere il focus della terapia su un *meta-livello* di lavoro e non su un *livello oggetto*: es, il paziente con ossessioni di contaminazione crede che il suo problema sia di essere contaminato dai germi (modo oggetto) piuttosto che quello di avere dei pensieri in merito alla contaminazione (meta-livello).

La TMC si focalizza sulle *credenze in merito alle esperienze interne* (pensieri e sensazioni) e non su quelle relative a fenomeni esterni. Il trattamento TMC si concentra pertanto sul modo in cui il paziente si relaziona con questi pensieri e vi reagisce

mettendo in discussione, appunto, l'**importanza attribuita ai pensieri.**' (Wells, A. (2018). *Terapia Metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione*. Erikson).

Un articolo sulla "*Rivista internazionale di terapia cognitiva*" (Fisher, 2009), _esamina la natura, l'efficacia e le direzioni di ricerca degli attuali trattamenti psicologici gold standard per il DOC, ed inoltre presenta, il modello metacognitivo del DOC (Wells, 1997), con prove empiriche a sostegno e in contrasto con le contemporanee teorie cognitive, utilizzando la TCC come confronto. La natura distintiva della TMC e della TCC può essere meglio illustrata riferendosi a un caso: consideriamo un individuo con ossessioni di contaminazione relative ai germi, con una gamma di strategie neutralizzanti evidenti e nascoste.

L'approccio TCC tradizionale si sarebbe concentrato sulla *confutazione* dell'idea di contaminazione e sul senso di responsabilità, adoperando l'esposizione e la prevenzione della risposta per consentire l'abituazione e/o un esperimento comportamentale per testare la sua credenza in merito alla possibilità di essersi contaminato.

Una volta identificate le credenze, il terapeuta ha una gamma di tecniche di intervento per modificare le convinzioni. La più semplice è quella di etichettare la distorsione cognitiva inerente alla valutazione, cioè vedere le cose secondo la prova della realtà: se una persona sta sovrastimando il grado di minaccia possiamo utilizzare dei grafici a torta per illustrare questo confronto, la probabilità stimata dal paziente con una stima logica della probabilità.

Altri metodi utilizzati includono la tecnica del doppio standard, dove il terapeuta chiede al paziente se giudicherebbe qualcuno di essere responsabile allo stesso modo in cui egli si crede colpevole. Raccomandata è la tecnica della freccia discendente per suscitare le "convinzioni fondamentali".

La TMC non include nessuna di queste strategie nel trattamento del DOC, poiché promuoverebbero un'ulteriore elaborazione concettuale, simile al worry e alla ruminazione e quindi sarebbero controindicate. Allo stesso modo, il terapeuta TMC non userebbe la freccia discendente per scoprire le "convinzioni fondamentali" poiché queste sono considerate un prodotto della ruminazione e del worry (Wells, 2009).

Nella TMC, quindi, nessuna di queste credenze viene valutata, il *focus* si concentra sulla modificazione del rapporto del paziente con il proprio pensiero di essersi contaminato e sulla confutazione della credenza sul significato di questa intrusione.

La TMC non si concentra sul contenuto delle convinzioni, ogni valutazione è considerata il risultato di un'elaborazione disadattiva che si verifica nel contesto della perseveranza come risposta per affrontare l'intrusione iniziale. La TMC impiega una serie di strategie terapeutiche nel trattamento del DOC, progettate per consentire ai pazienti di aggiornare le loro conoscenze metacognitive e le strategie metacognitive di controllo attivo, relazionandosi e sperimentando i pensieri in *modo benigno* (Wells, 2000).

La prima strategia è chiamata “***Exposure and Response Commission***” (***ERC***) progettata per illustrare ai pazienti che le intrusioni che producono non hanno alcun significato speciale. L'ERC coinvolge i pazienti che eseguono i loro usuali rituali, ma invece di tentare di rimuovere i pensieri invadenti dalla coscienza, al paziente viene chiesto di tenere deliberatamente presente il pensiero intrusivo, (es. un paziente con paura di contaminazione dovrebbe mantenere l'intrusione della contaminazione mentre si lava le mani). L'obiettivo principale dell'ERC è consentire ai pazienti di passare a una “modalità metacognitiva” (*meta-livello*) di esperienza dei pensieri, piuttosto che rimanere bloccati in “modalità oggetto” (*livello oggetto*), dove i pensieri sono valutati come una realtà soggettiva che deve essere controllata.

Un'altra strategia utilizzata in TMC è la “***Detached Mindfulness***” (***DM***), originariamente concettualizzata da Wells & Matthews, (1994), con l'obiettivo principale di fare in modo che i pazienti non facciano nulla in risposta ai pensieri o sentimenti invadenti, sperimentando sé stesso come osservatore, separato dal pensiero intrusivo. Alcuni teorici hanno sostenuto che anche la terapia cognitiva mira a consentire ai pazienti di non rispondere all'intrusione, ma di lasciarla andare e venire senza interferenze o attenzioni speciali (Wilhelm & Steketee, 2006). Tuttavia, questo è in contrasto con la stragrande maggioranza delle strategie di trattamento e le basi teoriche di terapia cognitiva, poiché quasi tutte le componenti del trattamento implicano ulteriori analisi concettuali, con l'obiettivo di testare una serie di valutazioni e convinzioni cognitive della realtà.

Il fine della TMC è quindi, di apportare due tipi di cambiamenti metacognitivi:

- a) *il modo in cui la persona vive i propri pensieri e si relaziona con essi;*
- b) *ciò che la persona crede in merito ai pensieri.*

La persona sperimenta i propri pensieri come se fossero *fusi con la realtà* e vi reagisce attivando il CAS. In base alle proprie credenze, ogni individuo è convinto che i propri pensieri, le proprie sensazioni e i propri impulsi siano importanti e abbiano un potere o un significato speciale.

“La TMC si pone l’obiettivo di sviluppare un modo alternativo di vivere i propri pensieri, oltre che quello di modificare le credenze in merito al significato e all’importanza di tali pensieri e delle sensazioni scatenate da questi. Il trattamento mira, inoltre, a modificare le credenze riguardo ai rituali, nonché i criteri inappropriati e le strategie individuali disfunzionali che le persone con DOC utilizzano per individuare il grado di pericolo nelle diverse situazioni”.

“Il modo metacognitivo di fare esperienza implica vivere i pensieri come degli eventi di passaggio nella mente, con una sorta di leggerezza, senza attribuire troppa importanza ai propri pensieri e alle proprie sensazioni, senza attribuire loro potere, senza essere alla loro mercé”. Wells, A. (2018).

In un’altra ricerca Fisher & Wells (2008), hanno valutato la terapia cognitiva basata sul modello metacognitivo di DOC di Wells.

La TCC, l’esposizione e la prevenzione della risposta (ERP) sono attualmente i trattamenti psicologici più efficaci per il DOC (Abramowitz, 1997,1998; Eddy, Dutra, Bradley e Westen 2004; van Balkom et al., 1994), tuttavia questi approcci spesso producono sostanziali diminuzioni della sintomatologia, ma la maggior parte dei pazienti trattati rimane sintomatica. Il trattamento per il DOC consiste nel chiarire i processi cognitivi chiave coinvolti nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo (Frost & Steketee, 2002), e quindi la metacognizione può essere particolarmente rilevante per il DOC e far progredire la comprensione del disturbo (Purdon & Clark, 1999; Wells, 1997, 2000).

In questo studio, l’efficacia del trattamento TMC per il DOC è stata valutata utilizzando la metodologia del caso singolo, su 4 individui attraverso una replica AB con follow-up. I 4 pazienti con diagnosi primaria di DOC, definita dal DSM-IV (APA,) sono stati sottoposti alla TMC settimanalmente, con sedute della durata massima di 1 ora nel corso di 12 sessioni. Dopo il trattamento, i pazienti sono stati seguiti fino a 3 e 6 mesi, e non è stato erogato alcun trattamento aggiuntivo. La terapia TMC per il DOC ha l’obiettivo di aumentare la consapevolezza nei pazienti del ruolo che la metacognizione ha nel

mantenere i loro sintomi. Lo scopo è consentire ai pazienti di valutare oggettivamente le loro ossessioni come eventi meramente mentali che non richiedono ulteriori processi. Ciò si ottiene modificando le convinzioni metacognitive sulle ossessioni e sui rituali, riduzione dei livelli di ruminazione, worry, attenzione concentrata su sé stessi e sostituzione di strategie di coping disadattive con strategie di coping adattive che facilitano lo sviluppo dell'elaborazione funzionale (es, "pensare di essere un assassino" non significa esserlo, trattando così i loro pensieri ossessivi come eventi mentali benigni). Le credenze di fusione del pensiero sono state quindi prese di mira utilizzando la riattribuzione verbale e i pazienti sono stati addestrati a rispondere alle loro ossessioni con "consapevolezza distaccata" (Wells, 2000; Wells & Matthews, 1994). Ai pazienti è stato chiesto semplicemente di notare le loro ossessioni e lasciare che il pensiero decada naturalmente. Le successive sessioni di trattamento hanno comportato la modifica delle convinzioni sulla necessità di eseguire rituali in risposta alle ossessioni. Il passo successivo del trattamento è stato quello di modificare i criteri interni disadattivi che i pazienti con DOC usano per guidare i loro rituali palesi e segreti. Le ultime due sessioni di trattamento si sono concentrate sulla prevenzione delle ricadute.

Gli esiti di questo studio hanno evidenziato che ogni paziente mostrava riduzioni sostanziali e relativamente rapide della sintomatologia ansiosa su BAI, BDI e PI nel corso di trattamento e queste riduzioni sono state in gran parte mantenute al follow-up. Al post-trattamento e al follow-up di tre mesi, tutti e 4 i pazienti hanno mostrato un miglioramento valutato tramite la Y-BOCS.

L'obiettivo fondamentale di questo studio era rispondere a una domanda: la TMC potrebbe essere un trattamento efficace per il disturbo ossessivo compulsivo?

I risultati di questa serie di casi forniscono prove preliminari per l'efficacia della TMC basata sul modello di DOC di Wells (1997, 2000). La TMC sembra essere quindi un trattamento efficace ed efficiente in termini di tempo e facilmente erogabile per il DOC, si possono ottenere buoni risultati di trattamento in 12 ore di terapia. Il trattamento sembra essere ben tollerato dai partecipanti e ha il vantaggio di utilizzare solo brevi esposizioni.

2.2 Credenze Metacognitive nel DOC

Il modello metacognitivo specifica due categorie di *metacredenze fondamentali per il mantenimento del DOC* (Wells, 1997, 2000; Wells and Mathews, 1994):

- a) *credenze metacognitive sul significato e potere dei pensieri e sentimenti;*
- b) *credenze in merito ai rituali, al rimuginio e alla ruminazione.*

a) Credenze metacognitive in merito ai pensieri e alle intrusioni

Questo primo dominio di credenze sono chiamate “**credenze di fusione**” (Wells, 1997) e si distinguono in tre tipi:

1. Fusione pensiero-azione (*thought-action fusion, TAF*): “è la credenza che i pensieri intrusivi, le sensazioni, gli impulsi abbiano il potere di far fare al soggetto qualcosa di indesiderato o sgradevole” ovvero la convinzione che un pensiero da solo possa indurre una persona a realizzare un’azione: es, “pensare di urlare oscenità in pubblico porterà a farlo davvero”.

2. Fusione pensiero-evento (*thought-event fusion, TEF*): “è la credenza che avere un pensiero intrusivo significhi che un evento si sia verificato o si verificherà”: es, “avere un’immagine intrusiva di un amico che rimane coinvolto in un incidente stradale renda più probabile quest’eventualità”.

3. Fusione pensiero-oggetto (*thought-object fusion, TOF*): “è la credenza che pensieri o sentimenti possano essere trasferiti negli oggetti, contaminandoli”.

In uno studio di Odriozola-González, Pérez-Alvares, García-Montes, Perona-Garcelàn, Vallina-Fernández (2016), si è voluto indagare il ruolo del TAF e di altre valutazioni metacognitive attraverso l’MCQ nella sintomatologia del disturbo ossessivo compulsivo, sia in ambito clinico che in campioni non clinici. Diversi studi supportano la relazione tra metacognizione e sintomi del DOC, trovando importanti correlazioni. (Grotte et al., 2015, Myers & Wells, 2013; Rees & Anderson, 2013).

Myers, Fisher and Wells (2009) hanno trovato che le credenze metacognitive sono i principali predittori del DOC contro altri fattori correlati tipici delle tendenze cognitive tradizionali, come responsabilità e worry. Tuttavia, le metacognizioni sembrano giocare un ruolo rilevante in molte diverse psicopatologie come la depressione (Halvorsen et al.,

2015), disturbi alimentari (Olstad, Solem, Hiemdal & Hagen, 2015) o sintomi psicotici (Garcia-Montes et al., 2013).

La maggior parte degli studi precedenti hanno valutato le credenze metacognitive con il questionario sulle metacognizioni (MCQ; Cartwright-Hatton & Wells, 1997) o con la versione ridotta 30 item, (MCQ-30, Wells & Cartwright-Hatton, 2004). L'analisi fattoriale esplorativa ha supportato un modello a 5 fattori coerente con il MCQ originale: convinzioni positive, mancanza di controllo, incontrollabilità e pericolo (credenze negative), fiducia cognitiva, bisogno di controllare i pensieri e l'autocoscienza cognitiva.

Il fattore legato alle credenze negative sull'incontrollabilità di pensieri e il fattore che si riferisce alla necessità di controllare i pensieri sono stati particolarmente e significativamente correlati al disturbo ossessivo compulsivo (Bortolon et al., 2014; Cucchi et al., 2012), come sottolineato nel testo dell'OCCWG (2005) riguardo alla variabile necessità di controllare i pensieri come una convinzione essenziale di questa sintomatologia. Allo stesso modo, il fattore di fiducia cognitiva, che valuta la mancanza di fiducia nel funzionamento cognitivo è stata indicata come strettamente correlata al disturbo ossessivo compulsivo (Cucchi et al., 2012).

Un altro costrutto, nello specifico correlato al DOC sin dalle sue origini è il TAF (Shafran, Thordarson & Rachman, 1996). TAF si riferisce a una serie di bias cognitivi che conducono a *errate relazioni causali* tra i pensieri e realtà esterna. L'analisi fattoriale ha rivelato due forme di questo fenomeno (Rassin, Merckelbach, Muri & Schimdt, 2001). Da un lato, *TAF-morale*, la convinzione che avere un pensiero inaccettabile sia equivalente moralmente a eseguirlo (cioè, pensare di bestemmiare è tanto grave quanto bestemmiare in realtà). E, dall'altro, *TAF-probabilità*, la convinzione che pensare a un evento inaccettabile aumenta la probabilità che l'evento accada effettivamente. Sono inoltre distinti due sottotipi di TAF-probabilità: *TAF-Oneself*, la convinzione che un dato evento accadrà a sé stessi, e *TAF-others*, la convinzione che un dato evento succederà ad altri. Come noto, il costrutto TAF è stato integrato nelle variabili metacognitive del DOC (GWilliam et al., 2004). Inoltre, è stato accertato che TAF svolge un ruolo importante in disturbi mentali quali la depressione maggiore (Kivi & Ne'mat MohammadipourRik, 2013) e nella schizofrenia (Elif, Basaran, Hilal & Ali Emre, 2008).

Prima del grande sviluppo del costrutto di TAF, i ricercatori lo consideravano come un "pensiero magico" (Shafran et al., 1996). Questa modalità di pensiero secondo Garcia-

Montes, Pèrez-Alvarez, Odriozola-González, Vallina-Fernández e Perona-Garcelàn (2014) sembra accadere particolarmente nei bambini (Piaget, 1929) e nelle cosiddette “società primitive” (Golden, 1977).

Si presume che queste credenze svolgano un ruolo minimo nel comportamento adulto, emergendo in modo evidente solo in situazioni di stress (Jahoda, 1969) o in disturbi psicologici come il DOC e la schizofrenia (Einstein & Menzies, 2008; Garcia-Montes et al., 2013). Pertanto, sembra che il TAF, o il suo predecessore, pensiero magico, come altre credenze metacognitive siano correlati e forse fattori centrali nella comprensione della sintomatologia del DOC.

In questo studio, a questo scopo, si sono formati tre gruppi di pazienti diagnosticati con vari disturbi (DSM, APA, 2000):

-Il primo gruppo, *pazienti con diagnosi DOC*, sofferente per lo più di ossessioni di coscienza/dubbio, seguiti da quelli relativi al controllo;

-il secondo gruppo di controllo clinico, decisamente eterogeneo: pazienti trattati dai servizi per la salute mentale per diversi problemi *escluso il DOC* (disturbo ansia generalizzata, disturbo d’ansia con agorafobia, disturbo da stress post-traumatico, disturbo da stress grave, disturbo di personalità, depressione maggiore, distimia, anoressia nervosa, bulimia, dipendenza da alcol, fobia sociale, insonnia primaria;

-il terzo gruppo invece, *non clinico*.

Questa selezione è rilevante per determinare se il ruolo di queste variabili è specifico della sintomatologia del DOC oppure può essere osservato in diverse sintomatologie, svolgendo un ruolo simile a quello di altre variabili transdiagnostiche coinvolte in diversi problemi, come l’evitamento esperenziale (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996).

In questo senso, prima di tutto:

a) si è ipotizzato che il gruppo con sintomi DOC e il gruppo di controllo clinico dovrebbe presentare un grado maggiore di TAF e altre credenze metacognitive rispetto al gruppo non clinico.

2) in secondo luogo, si ipotizzava che la metacognizione valutata dal MCQ sarebbe stata il miglior predittore di DOC.

3) e, in terzo luogo, che certi tipi di metacognizione (bisogno di controllo e convinzioni negative) mediano la relazione tra TAF e sintomi DOC.

Questi risultati di mediazione sono compatibili con l'ipotesi che le credenze metacognitive valutate con MCQ sono fattori cognitivi più complessi, sviluppati in seguito a fattori cognitivi precedenti come il TAF o il pensiero magico, e a sua volta, il loro sviluppo potrebbe alla fine portare all'attuazione di strategie disfunzionali che promuovono e mantengono la sintomatologia del disturbo ossessivo compulsivo.

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti: *MCQ-30* (Wells, Catwright-Hatton, 2004), *Scala di fusione pensiero-azione* (TAFS; Shafran et al., 1996), *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977).

Le considerazioni finali di questo studio possono essere così riassunte:

- 1) l'ipotesi che i pazienti con DOC e gruppo di controllo clinico siano caratterizzati da un grado più elevato di TAF e altre credenze metacognitive rispetto a quelle del gruppo non clinico, non è stata confermata. I punteggi della metacognizione erano piuttosto elevati in tutti e tre i gruppi;
- 2) l'ipotesi che le credenze metacognitive valutate dal MCQ potessero predire una predisposizione ai sintomi del DOC, è stata convalidata dall'evidenza che è il fattore metacognitivo della credenza negativa il principale predittore della sintomatologia DOC. Questa variabile si è mostrata essere rilevante in studi precedenti (Bortolon et al., 2014; Cucchi et al. 2012) e un fattore coerente con il modello S-REF (Wells & Matthews, 1996) per la previsione di sintomi DOC;
- 3) l'ipotesi che gli effetti della TAF sui sintomi del DOC sarebbero mediati dalle credenze metacognitive è stata parzialmente confermata.

Così, le analisi di mediazione nel gruppo DOC hanno mostrato che le credenze negative MCQ mediano gli effetti del TAF-Total e fattori TAF (eccetto per il TAF-Morale) sui sintomi del DOC.

In generale questi risultati della mediazione sono compatibili con l'ipotesi che certe credenze metacognitive emergano dopo lo sviluppo di altri fattori cognitivi come il TAF o il pensiero magico. TAF evolve verso maggiori credenze complesse (es, credenze negative riguardo l'incontrollabilità e il pericolo dei pensieri) che alla fine portano alla formazione di strategie disfunzionali, che si trasformano in sintomatologia DOC (secondo il modello S-REF).

Le implicazioni dei risultati presentati in questo studio, portano a proporre strategie preventive di intervento psicologiche che potrebbero limitare lo sviluppo di certe credenze metacognitive e, quindi, i sintomi del disturbo ossessivo compulsivo.

In particolare, strategie volte a consentire ai pazienti con sintomatologia DOC di ridurre l'importanza del potere e pericolo dei pensieri. Questo coincide con alcune linee terapeutiche quali "l'accettazione di eventi privati" (vedi review di Bluett, Homan, Morrison, Levin & Twohig, 2014; Ruiz, 2012). In linea con questi trattamenti, questo studio supporta l'idea che promuovere modi alternativi di rispondere a queste credenze metacognitive potrebbe essere l'obiettivo principale del trattamento psicologico dei sintomi del DOC.

In un altro studio di Elif Kabakci, Basaran Demir, Hilal Demirel and Ali Emre Sevik, (2008), si è voluto confrontare un gruppo di 45 pazienti schizofrenici con un gruppo di controllo di 41 soggetti non clinici in termini di TAF Probabilità e TAF morale dopo aver controllato gli effetti di sintomi ossessivi compulsivi e depressivi, ideazione magica e schizotipia. Sono stati somministrati *Thought-Action Fusion Scale (TAFS)*, *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)*, *Magical Ideation Scale*, *Schizotypal Personality Characteristics Subscale*, *Beck Depression Inventory*.

Sono stati condotti molti studi per rilevare la relazione tra TAF e psicopatologie e anche tra TAF e comportamenti "normali". Le associazioni tra TAF e sintomi DOC suggeriscono che la TAF possa svolgere un ruolo nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo ossessivo compulsivo (Shafran & Rachman, 2004; Berle & Starcevic, 2005).

Berle e Starcevic, (2005) hanno indicato che TAF probabilità sembra essere correlato alla preoccupazione patologica (worry) nel disturbo d'ansia generalizzato. In altri disturbi d'ansia si è riscontrato che i punteggi TAF distinguevano anche i campioni clinici da gruppi non clinici.

Si è sottolineato inoltre che TAF morale potrebbe essere correlato alla gravità dei sintomi depressivi. Sono stati studiati anche i disturbi alimentari in termini di TAF ed è stato definito un costrutto simile ma distinto, "*fusione pensiero-forma*" (Shafran, Teachman, Kerry e Rachman, 1999; Shafran e Robinson, 2004).

In termini di comportamento normale, TAF morale e religiosità sono fortemente associati (Rassin & Koster, 2003; Siev e Cohen, 2007).

Sebbene la TAF sia stata ampiamente studiata, dai disturbi d'ansia alla depressione e disturbi alimentari al comportamento normale, il legame tra TAF e condizioni psicotiche è stato indagato solo indirettamente. Lee, Cogle e Telch (2005) hanno riportato che il pensiero schizotipico-magico era significativamente associato a TAF

probabilità anche dopo aver controllato gli effetti dei sintomi del DOC, ansia generale e depressione. Allo stesso modo, Muris & Merkelbach (2003) hanno scoperto che l'aumento del TAF era correlato a un livello più elevato di schizotipia.

Berle & Starcevic (2005) hanno proposto che potrebbero esserci ragioni concettuali per suggerire che la TAF e le condizioni psicotiche potrebbero anche essere correlate. In condizioni psicotiche i pazienti possono formare correlazioni illusorie tra i loro pensieri e gli eventi esterni. Questo suona simile alla definizione di *TAF probabilità*.

Berne et al. (2006) hanno confrontato gruppi clinici e non clinici e hanno scoperto che solo le affermazioni di *TAF probabilità Altri* sembravano essere più fortemente sostenute da quelli con schizofrenia cronica. Inoltre hanno riferito che i punteggi di *TAF probabilità* non erano correlati al pensiero delirante, mentre *TAF morale* sembrava avere un'associazione moderata con lo stesso. Hanno anche trovato correlazioni di dimensioni da moderate a grandi con le misure del pensiero delirante e l'ideazione magica e sintomi ossessivi compulsivi.

Lo studio in esame, è uno dei primi che indaga la TAF tra i pazienti con schizofrenia. Prima dell'analisi principale, i gruppi sono stati confrontati per tutte le variabili dello studio e si è riscontrato che i pazienti schizofrenici avevano più sintomi ossessivi compulsivi e depressivi, più ideazione magica e caratteristiche schizotipiche e più fusione tra pensieri e azioni. Dopo aver controllato per sintomi ossessivi-compulsivi e depressivi, ideazione magica e caratteristiche schizotipiche i pazienti hanno continuato ad avere punteggi più alti solo a *TAF probabilità Altri*. Essi avevano anche la tendenza a ottenere punteggi più alti a *TAF morale*, sebbene la differenza non ha raggiunto livelli significativi. Differenze a *TAF probabilità Sé* e punteggio totale non è rimasto significativo dopo aver controllato per il disturbo ossessivo-compulsivo e i sintomi depressivi, ideazione magica e caratteristiche schizotipiche. In letteratura è stata riportata un'associazione positiva tra *TAF probabilità* e schizotipia e tra schizotipia e DOC (Lee et al., 2005).

Alcune caratteristiche comuni di DOC, schizotipia e schizofrenia, come l'ideazione magica o l'onnipotenza dei pensieri potrebbe spiegare perché TAF, introdotto principalmente per il DOC, è presente anche in altri disturbi vicini alla psicosi.

In questa linea, García-Montes, Pérez-Alvarez, Balbuena, Garcelàn e Cangas (2006) hanno indicato che credenze di superstizione e responsabilità in relazione ai propri pensieri, erano il fattore più importante nella predisposizione alle allucinazioni. La

definizione di TAF probabilità: “*alcuni pensieri possono aumentare la probabilità che si verifichino determinati eventi*” è simile alle convinzioni di iper-responsabilità in relazione ai propri pensieri. Pertanto, il risultato riscontrato nel presente studio su più TAF di probabilità Altri nella schizofrenia è coerente con la letteratura (Berle et al., 2006).

Il risultato interessante è che i pazienti credono che certi pensieri possono aumentare la probabilità che gli eventi si verifichino solo se gli eventi sono relazionati ad altri ma non a sé stessi. I pazienti credono che pensare a un incidente d’auto, un’infortunio o una malattia di altri aumenti la probabilità che gli eventi si verifichino, tuttavia, pensando agli stessi eventi dannosi per sé stessi non credono aumenti la probabilità. Sembra, quindi, che i pazienti con schizofrenia, almeno in questo campione, ha regole diverse rispetto a sé o agli altri.

Berle et al., (2006) hanno anche riportato una moderata associazione tra TAF morale e pensiero delirante. Nel campione di questo studio, sembra che TAF morale potrebbe essere correlato ai sintomi schizofrenici. Deliri di trasmissione del pensiero possono avere un ruolo cruciale per TAF morale. Credere che i propri pensieri possono essere visti o letti da altri può coinvolgere la TAF morale, specialmente se sono pensieri inaccettabili su questioni etiche o religiose.

In conclusione, in questo studio è stato riscontrato che i pazienti con schizofrenia hanno più *TAF probabilità Altri* ma non *per Sé*, e tendono ad avere più *TAF morale* dei soggetti di controllo normali. Questo risultato può implicare l’uso di terapie cognitive per la schizofrenia, soprattutto nell’affrontare i pensieri correlati a danneggiare gli altri e pensieri non etici o religiosamente inaccettabili. Inoltre, ulteriori studi potranno indagare se la TAF cambia dopo interventi di terapia cognitiva per pazienti schizofrenici.

b) Credenze metacognitive in merito ai rituali, al rimuginio e alla ruminazione

Il secondo dominio di credenze metacognitive riguarda *il bisogno di mettere in atto i rituali e i comportamenti neutralizzanti* ed è composta da:

- *convinzioni dichiarative sulla necessità di eseguire rituali*, ad es. “devo eseguire i miei rituali altrimenti non riuscirò mai ad avere la pace nella mente”

- *un piano o un programma per il monitoraggio e l’azione di controllo*. Parte di questo piano è un obiettivo indicato da un criterio di arresto o “**segnale di arresto**”, cioè la

persona dipende da segnali interni che fungono da criteri per interrompere i rituali over e covert.

Secondo il modello, queste convinzioni (credenze di fusione, credenze sui rituali e segnali di arresto) sono tutte importanti nell'eziologia dei sintomi ossessivi compulsivi e seguono una catena causale: *credenze di fusione – credenze sui rituali – segnali di stop*. Credenze ordinarie (cioè non metacognitive) come la responsabilità (Salkovskis, 1985) e il perfezionismo (Frost & Steketee, 1997) sarebbero collegate ai sintomi ossessivi compulsivi. Tuttavia, secondo Wells (1997) queste convinzioni sono un sottoprodotto della metacognizione che è più importante nella sintomatologia ossessivo compulsiva.

“An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension” di Solem, Myers, Fisher, Vogel & Wells (2009) è un lavoro composto da due studi, ed è una replica del Myers et al., (2009a).

Nello studio II, l'obiettivo era condurre un test più rigoroso del modello metacognitivo del DOC includendo il terzo costrutto metacognitivo, cioè il *ruolo dei segnali di arresto oltre alle credenze di fusione e credenze sui rituali*, valutando se queste tre componenti predicavano i sintomi OC quando gli effetti di preoccupazione, minaccia, responsabilità e perfezionismo/certezza erano controllati.

È importante controllare il worry in quanto si sovrappone ai sintomi OC (Tallis & de Silva, 1992) ed è implicato in alcune convinzioni legate al DOC (Dugas, Freeston e Ladouceur, 1997). Allo stesso modo, la sovrastima della minaccia è collegata a tutti i disturbi d'ansia (Sookman & Pinard, 2002).

In questo II test, il campione di controllo era composto da 304 partecipanti e il campione DOC era composto da 57 persone con diagnosi primaria di DOC.

Si sono utilizzati i seguenti strumenti:

-Lo *Strumento di fusione del pensiero* (TFI; Wells, Gwilliam e Cart-Wright-Hatton, 2001) misura queste credenze metacognitive. A seconda della forza di queste credenze di fusione, le intrusioni sono valutate come significative e potenzialmente pericolose. Secondo il modello metacognitivo queste credenze di fusione vengono attivate a seguito di un trigger (un pensiero automatico/intrusione) portando a valutazioni negative che a loro volta attivano credenze sui rituali. Le *credenze sui rituali* si riferiscono alle supposizioni che un individuo detiene sulla necessità di eseguire rituali e neutralizzare i

comportamenti in risposta alle intrusioni. Es, una persona potrebbe credere “se continuo a controllare che i coltelli siano chiusi nell’armadio non farò del male ai miei figli”.

-*L’Inventario delle credenze sui rituali (BARI; Wells & McNicol, 2004)* valuta la forza di tali convinzioni. Nei rituali vengono eseguiti comportamenti neutralizzanti fino a quando un criterio interno soggettivo o un segnale di arresto è soddisfatto (Wells, 2000). Esempi di tali criteri soggettivi sono “aver eseguito i rituali nell’ordine corretto” o “avere una perfetta memoria dell’azione”. Queste interruzioni di segnali sono stati valutati dallo *Stop Signals Questionnaire (SSQ; Myers, Fisher & Wells, 2009a)*.

-*The Obsessive Compulsive Inventory Revised (OCI-R; Foa et al., 2002)*, *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Self-Report (Y-BOCS; Goodman, Price, Ramussen, Mazure e Delgado, 1989)*, *Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990)*.

I risultati hanno dimostrato che tutti e tre i costrutti erano positivamente correlati ai sintomi OC. Credenze di fusione e credenze sui rituali predicevano i sintomi OC anche quando si controllava il worry, la minaccia e le convinzioni non metacognitive come il perfezionismo/certezza e la responsabilità. In sintesi, i risultati sostengono il ruolo della metacognizione nel DOC ma suggeriscono che è necessaria una ricerca sul contributo aggiuntivo dei segnali di arresto.

Il potenziale uso clinico di questi risultati può riflettersi nella ricerca sulla TMC per il DOC (Wells, 1997, 2009) che mira a sfidare le credenze di fusione, modificare il ruolo in cui i pensieri vengono vissuti e modificare le strategie di controllo del pensiero. La TMC mira anche a modificare le convinzioni sui rituali e incoraggia l’uso di nuovi segnali di stop.

2.3 Egodistonicità e sforzi di controllo eccessivi

Altri due fattori possono essere rilevanti e costituire un focus centrale per lo sviluppo e la persistenza del DOC: la valutazione di un *pensiero come ego-distonico e i tentativi di controllo eccessivi*.

Nella descrizione del DSM-V è chiaramente evidenziato il carattere *egodistonico* delle ossessioni e compulsioni, poiché vengono definite come pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti come *intrusivi e indesiderati* che *il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere o di neutralizzare* con altri pensieri o azioni (compulsioni).

Il DSM-V propone anche di specificare se tali convinzioni vengono riconosciute dall'individuo come vere o non vere, specificare cioè il grado di **insight**.

Con *insight buono o sufficiente* se l'individuo riconosce che le convinzioni del disturbo ossessivo compulsivo sono decisamente o probabilmente non vere, con *insight scarso* se l'individuo pensa che le sue convinzioni siano probabilmente vere, con *insight assente (convinzioni deliranti)* se l'individuo è assolutamente sicuro che le credenze del disturbo ossessivo compulsivo siano vere.

1) Ego-distonicità

I pensieri possono essere percepiti come *egodistonici*, ovvero estranei al proprio sistema di valori: questo è il motivo per cui vengono percepiti come intrusivi e si vogliono neutralizzare (Foa & Kozak, 1997); il contenuto mentale è quindi allo stesso tempo inaccettabile e frustrante (Clark & Purdon, 1993), e nel tentativo di negarli, diventano vere e proprie ossessioni che diventano persistenti e ricorrenti (Brakoulias & Starcevic, 2011).

L'ossessione di pugnalare o danneggiare una persona cara potrebbe essere ego-distonica in quanto incoerente con i sentimenti verso la persona amata, così come con i valori e la moralità dell'individuo.

L'ossessione di aver lasciato acceso un apparecchio che potrebbe causare un incidente mortale sembra essere ego-sintonico in quanto riflette la preoccupazione per la sicurezza delle altre persone significative; è ego-distonico in quanto viola il senso di sé dell'individuo come persona altamente coscienziosa, cauta e responsabile. L'eccessiva preoccupazione, il continuo controllo, il rifare sempre gli stessi rituali potrebbe non essere coerente con il punto di vista dell'individuo di sé stesso come essere razionale, persona sana di mente.

Un pensiero ossessivo, quindi, è incoerente con il proprio senso di sé o le convinzioni sul tipo di pensieri che ci si aspetterebbe di avere e rappresenta quindi una *minaccia per la visione di sé*.

Può essere che la distonicità di un pensiero sia proprio la cosa che lo porti a diventare un'ossessione. Pensieri incoerenti con il proprio carattere andranno subito al centro dell'attenzione, a differenza di altri pensieri del flusso della coscienza.

Nella stragrande maggioranza dei casi la risposta delle persone a tale incoerenza verrebbe contestata logicamente e valutata come un'anomalia del flusso della coscienza

ripristinando così la fiducia nella propria stima di sé. Ma così non accade nelle persone affette da DOC che continuano ad ascoltare, dare importanza, valore eccessivo a queste forme di pensiero mettendo invece in discussione la visione di sé. Per es, dopo aver esperito pensieri su come pugnalarne una persona amata, un individuo può iniziare a cambiare la visione di sé per incorporare la possibilità di avere tratti caratteriali sociopatici finora nascosti.

Il pensiero ego-distonico rende possibile l'emergere di tratti indesiderabili della personalità; questo può indurre le persone a comportarsi come se possedessero davvero tali caratteristiche, confondendo così una probabilità remota con una probabilità immaginaria come descritto da O'Connor e Robillard (1995), o valutando il pensiero nel modo caratteristico del TEF (fusione di eventi di pensiero) descritto da Wells (1997), (es, "se penso di essere "X", potrei benissimo essere "X"). Tali valutazioni evidenziano come l'individuo possa perdere il controllo sul pensiero con successiva fuga ed evitamento da situazioni potenzialmente "pericolose" (Purdon & Clark, 1999).

Implicite in queste valutazioni sono le credenze metacognitive sulle origini dei pensieri, come ad es, "i pensieri provengono dalla mia personalità" e "i miei pensieri riflettono quello che voglio veramente che accada".

Poiché determinati pensieri possono essere percepiti come prova che esista una caratteristica indesiderabile nel proprio essere, nella propria personalità, l'individuo svilupperà una grande attenzione nel non avere tali pensieri; questo per la preoccupazione che il pensiero possa diventare realtà mentre l'individuo sta sperimentandolo.

Inoltre, se i pensieri sono presi come prova principale che tale caratteristica indesiderabile della personalità è presente, la loro scomparsa segnalerebbe la prova che la stessa non è presente.

Convinzioni metacognitive sull'importanza del controllo dei pensieri indesiderati aumenteranno ulteriormente la quota di controllo dell'individuo. Quest'ultime credenze includono convinzioni su processi cognitivi in generale (es, "è possibile e bisogna avere un completo controllo sul proprio pensiero") e previsioni negative sulle conseguenze dei fallimenti nel controllo del pensiero (es, "non potrò mai avere una vita felice se continuerò a non avere controllo nel mio pensiero") (Clark e Purdon, 1993, 1995).

2) Sforzi di controllo eccessivi

Gli sforzi per controllare i pensieri possono paradossalmente aumentare la frequenza degli stessi impedendo l'adattamento emotivo, con la conseguenza che il pensiero rimane una fonte di minaccia (Rachman e Hodgson, 1980; Purdon e Clark, 1998; Wells, 1995).

Come osservato in tutti i modelli, il tentativo di controllare i pensieri assicura che gli stimoli ritenuti rilevanti siano iper-accessibili, con conseguente preoccupazione mentale e con il pensiero ricorrente che rafforza le convinzioni sul significato dello stesso.

Il fallimento nel controllo del pensiero è una fonte significativa di angoscia e può contribuire in modo sostanziale all'eccessiva preoccupazione per i pensieri caratteristici del DOC.

In primo luogo, gli sforzi di controllo eccessivo sono destinati a fallire (Purdon & Clark, 1999): una scoperta comune a tutti gli studi sulla soppressione del pensiero sono concordi nel ritenere che la soppressione è raramente, se non mai, ottenuta. Tuttavia, gli individui con un alto interesse al controllo dei pensieri possono sperimentare pensieri ricorrenti come ego-distonici, in quanto violano entrambe le loro aspettative sul tipo di pensieri che si aspettano di avere, così come le violazioni delle loro aspettative sul controllo cognitivo.

Ci sono due prevedibili conseguenze a ciò:

- primo, gli individui potrebbero adottare uno standard "tutto o niente" con il quale valutare il successo del loro sforzo di controllo. Cioè, avere un solo pensiero ricorrente mentre sono in atto gli sforzi di controllo potrebbe essere considerato un fallimento totale, con il risultato di evitare tentativi di controllo più faticosi. Le credenze di controllo e gli standard per il controllo del pensiero possono, quindi, riflettere obiettivi generali e rigidi di autoregolamentazione. In effetti, (Purdon & Clark, 1998a) hanno scoperto che individui istruiti a sopprimere i pensieri intrusivi riferiscono che i loro sforzi hanno avuto un successo significativamente inferiore rispetto a quanto fatto da altri individui istruiti a sopprimere pensieri positivi e neutri, nonostante il fatto che tale gruppo aveva meno eventi di pensiero;

- secondo, Purdon & Clark (1998) hanno scoperto che forti convinzioni su l'importanza del controllo del pensiero, in combinazione con forti sforzi per sopprimere i pensieri, prevedono una maggiore frequenza di pensieri ossessivi. Gli individui vulnerabili possono anche sviluppare un repertorio di capacità di controllo del pensiero che variano

in efficacia. Ad es, coinvolgere qualcuno in una conversazione può interrompere l'ossessione a breve termine, ma tentando di sostituirla con un pensiero congruente all'umore, o dicendo "Stop!" a sè stessi, ciò potrebbe non funzionare, poiché le riserve attentive sono ancora occupate con gli stimoli rilevanti per l'ossessione.

Tuttavia, quando l'ansia per il pensiero è particolarmente intensa (es, quando l'ossessione di pugnalare il proprio figlio si verifica in presenza del bambino) queste ultime strategie possono essere maggiormente disponibili, data l'urgenza immediata percepita della rimozione del pensiero e l'accresciuto stato emotivo negativo.

Le caratteristiche delle credenze di fusione, fusione pensiero-azione e fusione pensiero-evento e un senso di iper-responsabilità motiveranno ulteriormente l'individuo a controllare i pensieri.

Persistenti fallimenti nel controllo del pensiero servirebbero quindi a rafforzare le convinzioni metacognitive sull'importanza del pensiero, e le previsioni negative in merito ai fallimenti nel controllo come es. "impazzirò se non riuscirò a smettere di avere questo pensiero" possono far sentire l'individuo come se ciò si stesse davvero avverando, col risultato del senso di impotenza, frustrazione, senso di colpa e disperazione tipica del disturbo DOC.

Quando la strategia di soppressione di prima linea si dimostra inefficace e le convinzioni sul significato dei pensieri si intensificano, l'individuo può selezionare una strategia di coping che migliori direttamente l'affetto negativo associato al pensiero, come neutralizzare.

Queste considerazioni offrono alcune nuove aree di esplorazione nel trattamento del processo ossessivo, e inoltre spiegano tre aspetti del disturbo.

In primo luogo, nel comprendere i pensieri ossessivi come minacce alla visione del sé, riconosciamo che operano proprio come altri stimoli che minacciano il benessere. La minaccia può essere compresa nei termini di ciò che Wells (1997) chiama *autodiscrepanza*, segnalando la necessità di strategie compensative di autoregolamentazione.

In secondo luogo, queste elaborazioni aiutano a spiegare perché la stragrande maggioranza delle persone può sperimentare pensieri ossessivi senza sviluppare un problema ossessivo.

In terzo luogo, il potenziale impatto dei fallimenti nel controllo del pensiero aiuta ulteriormente a comprendere la persistenza e angoscia causata dalle ossessioni.

2.4 Implicazioni cliniche

I modelli proposti da Salkovskis, Rachman e Wells implicano la conoscenza delle convinzioni sulle ossessioni come obiettivi necessari per gli interventi clinici.

Le formulazioni più recenti di Rachman (1997, 1998) e Wells (1997) e le elaborazioni suggerite consigliano di porre enfasi all'analisi della conoscenza metacognitiva ed ai prodotti e processi che rappresentano la persistenza dei pensieri ossessivi, così come l'angoscia che provocano.

Wells, (1997) offre uno schema per il trattamento basato sul presupposto che le credenze metacognitive giochino un ruolo primario nella persistenza del DOC. Ciò include l'esame e la ristrutturazione di tutti i livelli delle credenze relative al pensiero ossessivo, l'esposizione con prevenzione della risposta come mezzo per testare le credenze metacognitive e un'enfasi sulla riduzione della preoccupazione associata con la valutazione negativa nella quale l'ossessione ha origine.

L'obiettivo finale è per gli individui quello di lasciare andar via le intrusioni, o sperimentarle senza il bisogno di elaborarle attivamente.

Il trattamento potrebbe anche beneficiare di un esame metacognitivo delle convinzioni dell'individuo sul significato dei pensieri per la sua stessa identità, convinzioni sull'importanza del controllo del pensiero e sul significato dei fallimenti nel controllo del pensiero, così come un'analisi dettagliata dall'ampiezza e gamma di pensiero sia proattivo che reattivo negli sforzi di soppressione.

Gli esperimenti potrebbero essere utili per modificare le convinzioni sul significato della ricorrenza del pensiero, oltre a facilitare una visione realistica del modo naturale in cui la nostra mente funziona (ad es, che in realtà abbiamo un limitato controllo cosciente sul nostro flusso di coscienza, che i pensieri incoerenti con la conoscenza di sé sono naturali perché l'ambivalenza è nella natura umana).

Infine, è possibile che una formazione in meditazione consapevole, come delineata da Kabat-Zinn et al. (1992) potrebbe essere utile per aiutare gli individui a cambiare la conoscenza metacognitiva dei loro processi di pensiero, facilitando l'obiettivo terapeutico di "accettazione distaccata" dei pensieri descritti da Wells, (1997). Anche Rachman, (Rachman e Hodgson, 1980) ha suggerito la meditazione come possibile intervento per il DOC.

In uno studio del 2006, Wells descrive i requisiti della “Detached Mindfulness” (DM). Il costrutto è emerso dalla Teoria della funzione esecutiva di autoregolazione (S-REF), (Wells & Matthews, 1994) ed è visto come uno stato metacognitivo che facilita il cambiamento nei principali processi patologici sottostanti. La DM ha molteplici componenti che richiedono l’attivazione di conoscenze metacognitive, monitoraggio e controllo metacognitivo, sospensione dell’elaborazione concettuale, flessibilità dell’attenzione e una relazione decentrata con i pensieri. *La consapevolezza è un concetto che si trova in tutte le modalità di psicoterapia, come stato di libertà psicologica che si verifica quando l’attenzione rimane quieta e agile, senza attaccamento a nessun punto di vista* (Martin, 2002).

Attraverso la **Detached Mindfulness (DM)** si aiuta il paziente a guardare da una nuova prospettiva i pensieri intrusivi, in maniera distaccata, senza interpretarli, giudicarli, analizzarli o tentare di controllarli (anziché utilizzare la ruminazione e il rimuginio). I pazienti vengono istruiti a reagire ai propri pensieri intrusivi, ai flashback e agli incubi nel seguente modo: “Quando si presenta un flashback è importante che prenda consapevolezza della presenza di questo pensiero, poi ricordi a sè stesso che esso fa parte del processo di guarigione e che non serve a nulla interagirvi. Cerchi di dirsi: “E’ solo un pensiero, non ho bisogno di fare nulla, lo lascio stare, che occupi pure il suo spazio, lasciando il tempo di dissolversi.”

Come si è ben visto finora, la teoria metacognitiva sostiene che tutti i disturbi siano legati all’attivazione di un modello disfunzionale di cognizione chiamata *Sindrome Cognitiva Attentiva (CAS)*. *La terapia deve quindi basarsi sulla modifica del CAS cambiando lo stile di cognizione.* Una strategia importante per farlo è proprio lo sviluppo di una *consapevolezza distaccata (DM)*, che modifica la relazione che la persona stessa ha con i propri pensieri. Per molti aspetti è l’antitesi ed è incompatibile con il CAS, motivo per cui dovrebbe conferire un vantaggio per il cambiamento terapeutico. *La DM è un tipo di consapevolezza interiore, ma in assenza di elaborazione faticosa del sé.* È la consapevolezza del flusso e riflusso automatico e non volitivo di eventi interni, principalmente pensieri. In questo stato la persona è “cognitivamente decentrata”, significa che i pensieri sono visti come *oggetti nella mente che sono separati dalla realtà*. La DM implica la sospensione delle più consuete forme analitiche e perseveranti di pensiero.

Le sue caratteristiche sono:

1. Meta-consapevolezza (*coscienza dei pensieri*)
2. Decentramento cognitivo (*comprensione dei pensieri come eventi non fatti*)
3. Distacco attenzionale (*l'attenzione è flessibile e non ancorata ad alcun evento*)
4. Bassa elaborazione concettuale (*bassi livelli di analisi e valutazioni basate sul significato es, dialogo interiore*)
5. Basso coping diretto verso un obiettivo (*gli obiettivi di rimuovere o evitare la minaccia non sono di primaria importanza*).

In sintesi, la DM è uno stato di consapevolezza degli eventi interni senza rispondere ad essi con una valutazione sostenuta, tentativi di controllarli o reprimerli o rispondervi in modo comportamentale. È esemplificato da strategie come decidere di non preoccuparsi in risposta a un pensiero invadente, ma lasciando invece che il pensiero occupi il proprio spazio mentale senza ulteriori azioni o interpretazioni nella consapevolezza che si tratta semplicemente di un evento nella mente. Per facilitare la DM nel contesto della terapia metacognitiva vengono utilizzate una serie di tecniche quali: *Guida metacognitiva, compito di associazione libera, vagabondaggio della mente, soppressione/contro-soppressione, compito della tigre, immagine delle nuvole, analogia del treno passeggeri, analogia del bambino recalcitrante, ciclo verbale e infine, tecnica di allenamento dell'attenzione.*

Emergono prove che le tecniche di DM, direttamente o indirettamente, possono essere utili aggiunte alla procedura esistente o efficaci di per sé. Fisher & Wells, (2005) hanno esaminato la modifica sperimentale di credenze nei pazienti con DOC utilizzando la DM in aggiunta all'esposizione e alla prevenzione della risposta, i pazienti sono stati esposti a un nastro a circuito chiuso di pensieri ossessivi seguendo una logica di assuefazione rispetto a una logica di DM. Quest'ultima condizione ha prodotto una riduzione significativamente maggiore dell'ansia, convinzioni negative e urgenza di neutralizzare in un successivo test di valutazione comportamentale.

Tuttavia, la natura multi-componente della terapia metacognitiva utilizzata preclude la valutazione degli effetti unici delle strategie di DM. La terapia metacognitiva per PTSD che coinvolge una serie di tecniche sopra descritte per ottenere la DM sembra promettente in studi provvisori. Istruire i pazienti a rispondere alle intrusioni di materiale relativo al trauma con DM, strategie di riduzione delle preoccupazioni e l'abbandono del monitoraggio delle minacce sembra essere efficace senza che sia

necessaria la ristrutturazione cognitiva o l'esposizione immaginativa (Wells & Sembi, 2004a,b). Istruzioni per reindirizzare l'attenzione lontano da sé e sugli aspetti dell'ambiente sociale esterno durante l'esposizione sembrano essere più efficaci della sola esposizione nella modifica dell'ansia e credenze errate nei pazienti con fobia sociale (Wells & Papageorgiou, 1998). Questi risultati sono coerenti con l'idea che l'attaccamento attenzionale inflessibile all'elaborazione del sé contribuisce al mantenimento del disturbo, e le strategie che lo sovrastano possono essere utili.

Diversi studi hanno osservato gli effetti terapeutici del **Training Attentivo** utilizzato come strategia di trattamento a sé stante. Molti di questi studi hanno coinvolto un piccolo numero di partecipanti, utilizzando la metodologia sperimentale formale del singolo caso. Il Training Attentivo ha dimostrato di essere efficace nel trattamento del disturbo da panico (Wells, 1990; Wells, White & Carter, 1997), ipocondria (Papageorgiou & Wells, 1998), depressione maggiore ricorrente (Papageorgiou & Wells, 2000) e fobia sociale (Wells et al., 1997).

Cavanagh e Franklin (2000) hanno condotto uno studio randomizzato di ATT per l'ipocondria e si è dimostrato un trattamento efficace.

In conclusione, il modello metacognitivo (Wells & Matthews, 1994) identifica il disturbo psicologico con un particolare fisso e perseverante modello di pensiero, il CAS. Questa è la base per proporre che uno stato opposto di DM che richiede processi sottostanti incompatibili potrebbe essere un potenziale fondamento per lo sviluppo scientifico e la valutazione di tecniche di trattamento basate sulla DM.

Capitolo 3

WORRY E RUMINAZIONE

Due modalità di pensiero incessanti e negativi in ansia e depressione

Premessa

Tra tutte le emozioni, la paura e l'ansia, sono certamente le più studiate, tanto che sono stati identificati minuziosamente i circuiti cerebrali della paura, le aree interessate, i gruppi di neuroni, le sinapsi e i neurotrasmettitori coinvolti (Le Doux, 1996; Freeman, 1999). Associata alla paura troviamo un'attivazione fisiologica, somatica, una reazione di allarme, di fuga o di attacco, una modificazione dell'organismo che si prepara all'azione: aumento della tensione muscolare, della pressione sanguigna, della frequenza respiratoria che possono svilupparsi in una forma di crisi intensa e transitoria o in modo diffuso e persistente. La paura ha una funzione preventiva e ci permetterà di evitare che il possibile pericolo, minaccia si concretizzi.

Un simile stato di agitazione viene prodotto anche dall'*ansia*, un costrutto più evoluto, più sofisticato della paura, in cui la minaccia è meno definita ma il suo disagio invece è più prolungato forse più profondo. L'ansia è definita dall'APA, 1994: *“l'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnata da sentimenti di disforia o da sintomi fisici di tensione. Gli elementi esposti al rischio possono appartenere sia al mondo interno che a quello esterno”*. Possiamo anche dire che “la paura è maggiormente legata a situazioni presenti, a pericoli in corso, mentre l'ansia è relativa a eventi non immediati, ciò significa che per sperimentare ansia è necessario un sistema cognitivo più complesso, che possa prevedere le conseguenze a medio e lungo termine e che sia in grado di compiere ragionamenti ipotetici”. In aggiunta l'ansia ci porta ad una percezione di sé come incapaci di fronteggiare il pericolo, ci rimanda ad una visione di inettitudine, di scarsa autoefficacia personale. (Lorenzini, Sassaroli et. al., 2006),

Questa componente cognitiva porta la persona a rivolgere continuamente la propria attenzione a tutto quanto possa prendere una strada diversa da quella prospettata e i suoi pensieri potranno avere questi contenuti:

- ***“timore sproporzionato del danno e tendenza a previsioni negative o catastrofiche”***
(le persone ansiose tendono ad individuare rischi e pericoli in ogni cosa, valutano ogni situazione in modo negativo, hanno aspettative avverse per il futuro);

- il **“timore dell’errore o perfezionismo patologico”** (le persone ansiose si focalizzano sugli errori delle proprie azioni più che sui risultati positivi e di conseguenza tendono a rimandare l’esecuzione di un compito fino al momento in cui si sentono preparate perfettamente);
- **“intolleranza all’incertezza”** (le persone ansiose non riescono a sopportare il fatto di non conoscere ciò che accadrà nel futuro);
- **“autovalutazione negativa”** (le persone ansiose attribuiscono la loro tendenza a prevedere scenari catastrofici alle loro incapacità pratiche e di autocontrollo emotivo, alla loro debolezza e fragilità, e pensano di non essere in grado di svolgere un determinato compito, di non esserne all’altezza, di non saperlo fronteggiare);
- **“necessità di controllo”** (le persone ansiose sono alla continua ricerca di un modo certo per poter impedire che accadano gli scenari negativi che loro stesse hanno prospettato; lo fanno monitorando e controllando la realtà esterna o interna).

3.1 **“Worry” o meglio “Rimuginio ansioso”**

Il costrutto di **“rimuginio”** è stato introdotto da Borkovec (Borkovec, Inz, 1990; Borkovec, Lyonfields, Wisner, Dhiel 1993; Borkovec, Ray, Stoeber, 1998), in quanto ***processo mentale che si accompagna all’ansia e contribuisce al suo mantenimento e aggravamento.***

Borkovec era uno psicologo di formazione comportamentista che si occupava delle componenti cognitive dell’insonnia, cioè delle credenze ansiose, preoccupazioni che spesso rendono il sonno difficile all’individuo, egli *associò l’insonnia all’ansia.*

L’insonne non si addormenta perché si preoccupa di risolvere problematiche, incombenze che dovrà affrontare nella giornata successiva.

Finì così per indagare il **“rimuginio”** ovvero un fenomeno della mente, una strategia di regolazione che *implica la costruzione mentale ripetuta di ipotetici scenari futuri negativi in condizioni di incertezza* (Borkovec, Ray, Stober, 1998; McLaughlin, Mennin, Farach, 2007).

Il **rimuginio ansioso** è stato inserito come criterio diagnostico principale del Disturbo d’Ansia Generalizzato (DAG) nel DSM-IV, e non solo, ma si accompagna a tutti i disturbi d’ansia.

“Gli individui con disturbo d’ansia sociale *rimuginano* sull’impressione che possono dare agli altri e sul loro giudizio (Clark, Wells, 1995). Nel DOC i pazienti *rimuginano* principalmente sulle loro ossessioni e sulle possibili implicazioni negative (Tallis, de Silva, 1992). Nel disturbo di panico o nell’ipocondria sono i segnali somatici a divenire il principale oggetto del rimuginio (Purdon, Harrington, 2006). Nei disturbi del comportamento alimentare, i pazienti *rimuginano* sul peso, forma corporea e alimentazione (Sassaroli, Ruggiero, 2008). Il rimuginio ha anche mostrato un’associazione con l’esordio di deliri di persecuzione e rappresenta un ostacolo al buon esito del trattamento nei disturbi psicotici (Startup, Freeman, Garety, 2007)”. (Caselli, Ruggiero e Sassaroli)”.

“**Worry**” si traduce in italiano con “*preoccupazione*”, termine che sembra indicare un grado meno severo di ansia, ma “worry” è meglio rappresentato dal termine “*rimuginio*”, un lavoro mentale che porta a ragionare **in modo continuativo e ripetitivo** su certi pensieri negativi, siano essi ipotesi sul futuro o giudizi negativi su di sé e sugli altri. Secondo Borkovec et al., 1998, quindi, il rimuginio non è solo un sintomo dell’ansia, quanto *un fenomeno clinico a sé stante*, le cui caratteristiche sono:

- 1) *la predominanza del pensiero verbale di valore negativo rispetto all’immaginazione visiva* (Freeston, Dugas, Ladouceur, 1996; Molina, Borkovec, Peasley, 1990);
- 2) *l’evitamento cognitivo*;
- 3) *l’inibizione dell’elaborazione emotiva*.

Per Borkovec, sarebbe proprio *l’abbondanza di pensiero verbale*, che farebbe del “worry” un processo mentale psicopatogeno e non semplicemente una componente dell’ansia.

Vrana, Cuthbert e Lang (1986) hanno dimostrato che il pensiero verbale stimola una minore risposta cardiovascolare rispetto all’immaginazione visiva. Il problema che insorge con questa modalità di pensiero è che il soggetto continua persistentemente a rimuginare come un mulinello, a ripetere mentalmente a sé stesso che qualcosa di spiacevole può avvenire da un momento all’altro ma è incapace di scegliere una strategia operativa in risposta al pericolo e di soluzione al problema. L’individuo rimane quindi invischiato in questo limbo di pensieri negativi, catastrofici e inattivo.

“Il “worry” quindi è uno stile di pensiero tipico dei soggetti ansiosi, ed è caratterizzato da una forte predominanza di pensieri ripetitivi negativi, se non catastrofici”. (Borkovec et al., 1998).

Il rimuginio è caratterizzato proprio da uno *scarso livello di concretezza* (Eysenck, 1992, Stoeber, Borkovec, 2002) e dalla *mancata elaborazione di piani di coping efficaci* (Schonpflug, 1989).

In esso prevalgono valutazioni di tipo verbale astratto, mentre l'immaginazione visiva di scenari dinamici è quantitativamente meno presente (Borkovec, Inz, 1990; Freeston ed al., 1996; Molina et al., 1998). Perfino quando è presente si tratta di una immaginazione poco vivida (Borkovec, Inz, 1990; Stoeber, 1997). “Il worry è dunque un fenomeno cognitivo senza alcun correlato fisiologico”. (Sassaroli, Ruggiero, 2006)

Il rimuginio è connesso anche con un altro costrutto ansioso, il *perfezionismo*.

Il perfezionismo è stato definito da Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990) “come la tendenza a porsi obiettivi eccessivamente elevati e soprattutto il timore dell'errore, cioè l'incapacità di ammettere imperfezioni e incertezze, e la tendenza a interpretare ogni minima discrepanza dall'obiettivo iniziale come segno di fallimento globale”. Anche il soggetto patologicamente perfezionista, quando si trova in uno stato d'ansia elevata a causa della sua eccessiva paura di sbagliare, mostra un grado elevato di rimuginio (Stober, Joorman, 2001).

Il rimuginio cronico può generare diversi disturbi fisici invalidanti tra cui una maggiore tensione muscolare (Hazlett, McLeod, Hoehn-Saric, 1994; Hoehn-Saric, Masek, 1981), insonnia (Harvey, 2000), irrequietezza, mal di testa, irritabilità, nausea (Nisita, Petracca, Akiskal et al. 1990), dolore cronico (Spada, Gay, Nikcevic et al., 2016) e può favorire l'esordio di danno alle coronarie in soggetti anziani (Kubzansky, Kawachi, Spiro et al., 1997). Per non parlare del grande sforzo richiesto al nostro sistema cognitivo, il rimuginio ha un impatto negativo sull'esaurimento delle risorse associate alla memoria di lavoro (Hayes, Hirsch, Mathews, 2008; Leigh, Hirsch, 2011).

Un altro aspetto importante presente nel rimuginio è la presenza di *metacredenze negative e positive* sul rimuginio stesso (Wells, 2000). Queste credenze hanno a che fare con la percezione del rimuginio come pericoloso o incontrollabile e sono particolarmente deleterie in quanto possono dare origine a un secondo tipo di rimuginio che rappresenta la tendenza a *“rimuginare sul proprio rimuginio”* e sulle sue conseguenze (“Il rimuginio può farmi impazzire”). I pazienti si spostano dal rimuginare sulle preoccupazioni a fare del rimuginio la principale preoccupazione.

3.2 Metacredenze positive e negative del rimuginio

Numerose ricerche hanno dimostrato il ruolo delle metacredenze nell'attivazione e perseveranza del rimuginio ansioso (Cartwright-Hatton, Wells, 1997; Ruggiero, Stapinski, Caselli et al., 2012; Spada, Caselli, Manfredi et al., 2012; Wells, 1995, 1999, 2002; Wells, Carter, 1999, 2002).

Wells (2000) ha creato due categorie principali relative al rimuginio: *convinzioni positive e negative*.

1) Metacredenze negative

Chiamate da Wells anche “*meta-worry*”, cioè l'individuo si preoccupa pervasivamente delle ragioni del suo rimuginare, “*rimugina sul suo rimuginio*” con conseguente cronicizzazione e intensificazione della sofferenza psichica. A loro volta si suddividono in due categorie:

-nella prima rientrano le *convinzioni di pericolosità e incontrollabilità del rimuginio* (“non ho il controllo sul mio rimuginio, rimuginare è pericoloso, rimuginare può condurre alla follia, potrei non riuscire più a smettere di rimuginare”). La persona ansiosa inizia a sperimentare la paura di non riuscire più a controllare la propria attività mentale;

-nella seconda rientrano sia le *convinzioni di tipo autosvalutativo*, in cui la tendenza a preoccuparsi in maniera esagerata e inappropriata viene interpretata come segno di debolezza e mancanza di carattere, sia *convinzioni di colpa e aspettative di punizione*, in cui la tendenza a rimuginare viene vissuta come possibile causa di eventi negativi per sé e/o per gli altri, e quindi si accompagna a sentimenti di colpa. Il rimuginio può essere concepito dal soggetto sia come possibile causa concreta di pericoli e danni per sé e/o per gli altri (danni creati dalla perdita di efficienza e/o di sanità mentale determinata dal rimuginio stesso), sia come causa magica e superstiziosa (pensare ai guai può determinarne la realizzazione).

2) Metacredenze positive

1) Rimuginare aiuta a trovare soluzioni

L'attività mentale del rimuginio viene *confuso con il pensiero produttivo*, viene creduto che pensare continuamente a possibili fattori negativi sia di aiuto nel trovare possibili

soluzioni al problema. Ma il rimuginio consuma risorse mentali e pensando a tutte le possibili opzioni fa aumentare la confusione senza condurci a soluzioni affidabili.

2) *Rimuginare aiuta a essere preparati*

L'individuo crede che soppesare tutte le possibili eventualità negative lo prepari ad affrontarle.

3) *Rimuginare aiuta a prepararsi al peggio*

Viene creduto di poter soffrire meno all'impatto dell'evento temuto, di essere meno spaventati, meno sorpresi: in qualche modo il rimuginio permetterebbe di sopportare meglio gli eventi negativi.

4) *Rimuginare aiuta a prendere la decisione giusta*

Alcune persone usano il rimuginio come una strategia per incrementare il grado di fiducia nelle proprie decisioni, pensando che attraverso di esso riescano a identificare la scelta migliore e scartare quelle dannose. Ma "il rimuginio confonde e occlude la possibilità di raccogliere nuove informazioni perché la mente è troppo impegnata su sé stessa e non riesce a volgere la sua attenzione a stimoli che possono venire da altre fonti". "Non è possibile vedere meglio attraverso uno specchio d'acqua costantemente agitato dal rimuginio". (Caselli, 2017)

5) *Rimuginare aiuta a motivarsi ad agire*

Il rimuginio serve a mantenere uno stato di ansia che motiva ad intervenire, questo è il pensiero di alcune persone che lo mettono in atto. È vero che una certa quantità di attivazione ansiosa migliora la prestazione in un compito quando essa non è troppo elevata (Yerkes, Dodson, 1908), ma parliamo di ansia somatica senza rimuginio.

Il rimuginio invece, danneggia la prestazione perché stanca la mente togliendo così le necessarie risorse mentali e attentive per svolgere quella prestazione.

6) *Rimuginare aiuta a distrarsi da preoccupazioni peggiori*

Il rimuginio può essere considerato una strategia di distrazione da preoccupazioni ancora peggiori. Secondo Borkovec e coll. (1998), "i soggetti rimuginatori si concentrano ripetitivamente sui primi anelli della catena catastrofica per non sperimentare la paura del fallimento totale". Nell'esperienza clinica si è visto che i soggetti DAG sono dei soggetti con una storia amnestica più ricca di eventi traumatici (morte e malattie) e difficoltà interpersonali e tuttavia nel loro rimuginio tenderebbero a

preoccuparsi piuttosto per eventi meno catastrofici e definitivi (Roemer, Molina, Borkovec, 1997; Roemer, Molina, Litz, Borkovec, 1997).

In uno studio di Ryum, Kennair, Hjemdal, Hagen, Holvorsen & Solem (2017), si è voluto esaminare se il worry, le credenze metacognitive o l'interazione tra worry e credenze metacognitive, erano il miglior predittore di ansia nel tempo, utilizzando un disegno di studio longitudinale e prospettico.

Basandosi sul modello S-REF e il CAS (Wells, 2009), l'autore ha ipotizzato che le convinzioni metacognitive avrebbero predetto meglio l'ansia nel tempo, rispetto al worry e che l'associazione tra worry e ansia sarebbero aumentate nel contesto di credenze metacognitive elevate. Come noto, il modello S-REF suggerisce che è lo stile di pensiero più che il contenuto dei pensieri, che danno luogo a disagio psicologico come l'ansia.

Un campione di 190 studenti universitari è stato valutato su misure di preoccupazione, *Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)*, credenze metacognitive, *Metacognitions Questionnaire- 30 (MCQ-30)*, e ansia *Beck Anxiety Inventory (BAI)* in tre tempi per un periodo di 7 mesi.

Questo studio ha messo in evidenza che le credenze metacognitive (MCQ-30) hanno predetto lo sviluppo dell'ansia nel tempo, anche quando si controlla il worry, in conformità con la teoria metacognitiva (Wells & Matthews, 1994; Wells, 2009).

Il worry era anche un predittore significativo di ansia, e la mancanza di un effetto di interazione (worry – credenze metacognitive) indica che gli effetti erano indipendenti l'uno dall'altro. Considerando che livelli di credenze metacognitive sono emersi come predittori, altre analisi hanno rivelato che le credenze negative sul worry (MCQ-2) erano particolarmente legate allo sviluppo dell'ansia.

I risultati si aggiungono e ampliano le precedenti ricerche dimostrando che le credenze metacognitive sono un importante antecedente temporale per lo sviluppo dell'ansia (Sica et al., 2007; Yilmaz et al., 2011; Hjemdal et al., 2013) e hanno importanti aspetti teorici e implicazioni cliniche.

Il worry (PSWQ) è risultato essere un predittore significativo di ansia in tre punti temporali (7 mesi), poichè il worry è correlato all'ansia ((Hong, 2007). Cioè, livelli più elevati di worry prevedevano lo sviluppo di ansia più pronunciata.

Il worry può essere concettualizzato come una strategia di coping disadattiva (Craske, 1999), tipicamente di pertinenza a questioni di incertezza e possibilità di esiti negativi (Borkovec et al., 1983). Tuttavia, la preoccupazione in sé non è necessariamente patologica, né fonte di sofferenza, in quanto la maggior parte delle persone si preoccupa, ma solo alcuni individui sviluppano un'ansia più marcata (Wells & Morrison, 1994; Wells, 2009). Secondo il modello metacognitivo, le credenze metacognitive possono in larga misura determinare se il worry è vissuto o meno come problematico e causa ansia. Mentre le credenze metacognitive positive possono aumentare la quantità di worry, è principalmente dovuta alle credenze metacognitive negative se la preoccupazione e l'ansia associata siano considerate un problema.

In secondo luogo, come previsto dai ricercatori, i livelli complessivi di credenze metacognitive (MCQ-30) hanno anche predetto lo sviluppo dell'ansia nel tempo, dopo aver controllato il worry. Questo è anche in accordo con il modello metacognitivo (Wells, 2009), in cui le credenze disfunzionali sulla cognizione sono evidenziate come fattori di rischio importanti per lo sviluppo dell'ansia. Ulteriori analisi hanno dimostrato, in linea con la maggior parte degli studi precedenti (Sica et al., 2007; Yilmaz et al., 2011), che le credenze negative sul worry come incontrollabile e pericoloso, può essere particolarmente importante per lo sviluppo dell'ansia.

In terzo luogo, la mancanza di un significativo effetto di interazione tra preoccupazione e credenze metacognitive suggeriscono che il livello di metacognizioni non sono influenzate dal livello di worry in quanto predittore di ansia e viceversa.

In quarto luogo, l'effetto significativo del genere indica che i maschi sperimentano un minor aumento dell'ansia nel tempo rispetto alle femmine. Questo è in accordo con la conoscenza generale sul rapporto tra genere e ansia, vale a dire che le femmine sono più inclini a sviluppare ansia rispetto ai maschi (Lewinsohn et al., 1998; McLean et al., 2011)

In conclusione, il presente studio ha messo in evidenza che le convinzioni metacognitive predicono lo sviluppo dell'ansia nel tempo, oltre e soprattutto a quello spiegato dal worry. Trattandosi di uno studio prospettico longitudinale, si può concludere che le credenze metacognitive in generale, e le metacredenze negative in particolare, sono importanti fattori per lo sviluppo dell'ansia, in accordo con la teoria metacognitiva (Wells, 2009).

3.3 Worry in psicopatologia

In passato, il worry era visto semplicemente come un sintomo o un effetto collaterale dell'ansia e non come un costrutto degno di interesse e da essere studiato di per sé.

Borkovec (1985) non era d'accordo, argomentando che il worry è la *componente cognitiva dell'ansia* e la sua relazione con le componenti fisiologiche e comportamentali dell'ansia dovevano essere comprese. Le prime ricerche suggerirono che il worry potesse servire effettivamente a suscitare e mantenere l'ansia, potrebbe essere un *fattore causale* nell'ansia, invece di essere solo parte della sua fenomenologia. Attualmente prevale questa visione (Barlow, 2002; Craske, 1999) e il worry è stato accettato come argomento di studio legittimo.

Per quanto riguarda il *contenuto*, il worry riguarda tipicamente eventi futuri negativi ed è un tentativo di evitare risultati negativi o prepararsi al peggio (Borkovec, Ray & Stöber, 1998; Molina, Borkovec, Peasley & Person, 1998).

In termini di *processo*, il worry è generalmente descritto come ruminativo, consistente principalmente come pensiero piuttosto che come immagine, coinvolgente, in contrasto con idee concrete sulla minaccia e come implicante l'elaborazione del problema in contrapposizione alla soluzione del problema (Borkovec et al., 1998; Molina et al., 1998).

Nei termini della sua *relazione con l'ansia*, Barlow (2002) sostiene che il worry è "... una conseguenza strettamente associata all'apprensione ansiosa". Come l'ansia aumenta, così anche il processo di worry.

Negli ultimi dieci anni, la ricerca sul worry è cresciuta in modo esponenziale in quanto è ora considerato la caratteristica cardinale del **Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)**, APA, 2000). Stanno ora emergendo modelli dettagliati circa lo sviluppo e persistenza del GAD e protocolli comprensivi per aiutare i pazienti a superare le preoccupazioni come si verifica nel contesto del GAD (Borkovec & Ruscio, 2001; Brown, O'Leary & Barlow, 2001; Dugas & Ladouceur, 1998; Roemer e Orsillo, 2002; Rygh e Sanderson, 2004; Wells, 1997).

Il GAD è uno dei disturbi più diffusi, con un tasso di prevalenza del 4-6% (Kessler et al., 1995). Ha anche tassi molto elevati di comorbidità con altri disturbi d'ansia e dell'umore (Bruce, Machan, Dyck & Keller, 2001; Wittchen, Zhao, Kessler, et al., 1994), quali *disturbo di panico, fobia sociale, fobie specifiche, episodio depressivo*

maggiore/ distimia e abuso di sostanze (Brown & Barlow, 1992; Bruce et al., 2001; Stein, 2002; Wittchen et al., 1994).

GAD è spesso anche comorbida con la *dipendenza da alcol* (Kushner, Abrams & Borchardt, 2000). Individui con diagnosi GAD spesso sperimentano l'*insonnia*; in uno studio, il 75% delle persone ha riportato difficoltà nell'addormentarsi o nel restare addormentati (Bélanger, Morin, Langlois & Ladouceur, 2004). Le persone con GAD hanno anche maggiori probabilità di avere *disturbi somatoformi* (ansia sulla salute) rispetto agli individui con altri disturbi d'ansia (Brown et al., 2001). Supponendo che la visione di Barlow del "worry come risultato di apprensione ansiosa" sia corretta, qualsiasi disturbo caratterizzato dall'ansia sarà anche caratterizzato dal worry.

Il worry, quindi, è comune in molti altri disturbi: gli individui con *disturbo di panico* sperimentano una notevole angoscia relativa a quando si verificherà il loro prossimo attacco e se saranno in grado o meno di affrontarlo. Passano molto tempo a pianificare modi per evitare le immagini peggiori di un attacco, come non guidare da soli, avere sempre un cellulare acceso e carico, portando sempre con sé un ansiolitico e pianificando scuse per una rapida partenza (Barlow, 2001; Rapee, 1993; Wells, 1997).

L'*ansia sociale* è caratterizzata da una "paura di uno o più situazioni in cui la persona è esposta a persone non familiari o al possibile esame, scrutinio da parte di altri" (APA, 2000, p. 456). L'ansia anticipatoria è una caratteristica distintiva dell'ansia sociale, di cui questi individui "rimuginano" circa le imminenti situazioni sociali e di performance, anticipando diversi problemi che potrebbero sorgere e provare contro di loro. Tuttavia, questi sforzi sono inutili perché l'ansia persiste (Wells, 1997).

Worry è anche una caratteristica dell'*ansia per la salute*. Warwick e Salkovskis (1990), descrivono gli individui con ansia per la salute come persone preoccupate sulla loro salute e che rimuginano sul significato dei sintomi. Papageorgiou e Wells (1998) si riferiscono a una "elaborazione perseverante e concentrata su sé stessi", che condivide importanti caratteristiche con il processo di worry (Wells, 1994).

3.4 Worry nel disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), GAD, disturbi dell'ansia e disturbi dell'umore

Il disturbo ossessivo compulsivo e il disturbo d'ansia generalizzato sembrano avere abbastanza similitudini ed esiste una notevole letteratura che confronta i due disturbi. La conclusione finale è che il worry e le ossessioni sono distinte (p. es., Langlois,

Freeston e Ladouceur, 2000; Turner, Beidel & Stanley, 1992), sembra però che il worry sia parte della fenomenologia del disturbo ossessivo compulsivo (DOC) e un potenziale fattore nella sua persistenza.

Wells e Papageorgiou (1998) notano che le misure dei sintomi del DOC come il “Padua Inventory” (Sanavio, 1988) includono effettivamente la parola "worry" negli items che valutano il contenuto di ossessioni (ad esempio, "Penso o mi preoccupa a lungo di aver ferito qualcuno senza saperlo”).

In uno studio empirico, l’uso del worry come strategia per la gestione delle ossessioni era associata a una maggiore gravità dei sintomi (Amir, Cashman e Foa, 1997).

Tallis e DeSilva (1992) hanno trovato che il worry nel DOC era fortemente associato al checking (controllo) e al dubbio nei sottotipi come lavaggio, e hanno concluso che il worry può evocare effettivamente il comportamento di controllo.

Freeston, Ladouceur, Rhéaume, Letarte, Gagnon e Thibodeau (1994) suggeriscono che piuttosto che essere funzionalmente correlati, worry e controllo possono essere concomitanti alla perdita di controllo percepita su pensieri indesiderati e angoscianti; cioè, entrambe possono essere strategie utilizzate per gestire l'ansia per la sensazione di perdere il controllo dei pensieri.

Processi simili al worry sono una caratteristica del *disturbo da stress post-traumatico (PTSD)* e sono stati concettualizzati come un fattore nell'escalation e nella persistenza di questa condizione (Wells & Matthews, 1994).

Ehlers e Steil (1995) hanno proposto che le interpretazioni negative del significato dei ricordi persistenti collegati al trauma passato (ad esempio, credere che l'individuo è stato irrimediabilmente danneggiato dal trauma) risultano come “anticipazione di futuri eventi negativi”, così come ruminazione sull’evento traumatico passato.

In uno studio prospettico longitudinale su bambini che avevano subito un’esperienza traumatica, Ehlers, Mayou e Bryant (2003) hanno scoperto che la ruminazione riguardo all’evento era, tra gli altri fattori, un predittore di una gravità dei sintomi successivi.

Sia l'anticipazione di eventi futuri negativi che la ruminazione circa gli eventi passati hanno caratteristiche in comune con il worry (Papageorgiou & Wells, 2004).

Infine, in un campione clinico di individui trattati per PTSD, l'uso ridotto di worry come risposta a ricordi traumatici era associata a diminuzioni di sintomi di PTSD (Bryant, Molds & Guthrie, 2001).

Anche *l'insonnia* è associata al worry. Harvey (2000) ha confrontato le pre-cognizioni del sonno di coloro che dormono bene da quelli con diagnosi di insonnia all'insorgenza del sonno. Ha scoperto che le pre-cognizioni del sonno degli individui con disturbi di insonnia erano più concentrate sulle preoccupazioni e sui problemi rispetto a quelli senza insonnia. In un ulteriore esame delle cognizioni pre-sonno, Harvey e Greenall (2003) hanno scoperto che gli individui con insonnia primaria catastrofica, o, preoccupati, per le conseguenze di non dormire era di grado maggiore rispetto a quelli che dormono bene e questa preoccupazione era associata con maggiore ansia.

Semler e Harvey (2004) hanno scoperto che il monitoraggio per la minaccia correlata al sonno (guardando l'orologio e calcolando quanto tempo è rimasto per dormire) scatena preoccupazioni sulle conseguenze del *mancato* sonno, che porta all'uso di comportamenti di sicurezza (progettando di fare un sonnellino il giorno successivo), che a loro volta perpetuano il ciclo dell'insonnia. I ricercatori hanno concluso che il worry è un fattore chiave nel mantenimento dei disturbi del sonno.

La *depressione* e il GAD sono in elevata comorbidità (Purdon, C. & Harrington, J., chapter 3 - Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment- G.C.L. Davet & A. Wells, 2006), e potrebbe esserci un'effettiva interazione tra la ruminazione su eventi passati (un segno distintivo della depressione) e il worry.

La preoccupazione sembra essere la caratteristica distintiva del disturbo d'ansia generalizzato (GAD; American Psychiatric Association, 1994) ma è comune a tutti i disturbi d'ansia (Barlow, 1988) e alla depressione (Molina, Borkovec, Peasley & Persona, 1998; Starcevic, 1995).

Ruminazione e *worry* sono sia attività verbali/linguistiche che visioni negative e sono spesso viste come difficili da controllare. La differenza primaria sembra essere che il worry è diretto verso il futuro, mentre la ruminazione è orientata al passato. Inoltre, rispetto al worry, la ruminazione è associata a una minore attenzione alla risoluzione dei problemi e ad una minore fiducia nella capacità di risolverli (Papageorgiou & Wells, 2004). Però, ruminazione e worry non sono attività indipendenti. Per esempio, Lavender e Watkins (2002) hanno scoperto che la ruminazione sugli eventi passati in realtà aumenta il pensiero negativo sul futuro (cioè il worry). Questo potrebbe aiutare a spiegare perché negli studi correlazionali, la ruminazione è costantemente associata all'ansia (Fresco, Frankel, Mennin, Turk & Heimberg, 2002; Harrington e Blankenship, 2002; Muris, Roelofs, Meesters & Boomsma, 2004; Nolen-Hoeksema, 2000; Starcevic, 1995).

Fresco, Frankel, Mennin, Turk & Heimberg (2002), in un loro studio hanno cercato di comprendere le caratteristiche distinte e sovrapposte di worry e ruminazione, nonché la loro relazione con l'ansia e la depressione.

Settecentotranquattro studenti universitari non selezionati hanno completato misure di autovalutazione di worry, ruminazione, ansia e depressione. Gli elementi delle rispettive scale di worry e ruminazione sono stati sottoposti all'analisi fattoriale, che ha rivelato una soluzione a 4 fattori composta da 2 fattori di preoccupazione e 2 fattori di ruminazione.

Un fattore "Worry Engagement" ("*impegno nel preoccuparsi*") e un fattore "Dwelling on the Negative" ("*soffermarsi sul negativo*") sono emersi rispettivamente come elementi cardine di worry e ruminazione. I punteggi su questi fattori erano altamente correlati tra loro e hanno dimostrato relazioni ugualmente forti sia con l'ansia che la depressione.

Il worry e la ruminazione hanno avuto origini in tradizioni teoriche e di ricerca separate, e anche il loro ruolo ipotizzato nell'insorgenza e nel mantenimento di stati d'animo negativi è relativamente distinto. Un modo possibile per capire le somiglianze tra worry e ruminazione è considerare che entrambe possono svolgere una funzione di evitamento. Ad es, "dwelling on the negative", che sembra essere un focus passivo sul proprio stato d'animo attuale, era più fortemente correlato all'ansia e alla depressione della "Active Cognitive Appraisal", che sembra implicare l'integrazione della propria esperienza emotiva con una comprensione di sé stessi e delle proprie circostanze. Nella misura in cui si è in grado di accedere alle emozioni in modo adattivo per capire quali sono i propri bisogni e quali azioni dovrebbero essere intraprese per soddisfare quei bisogni, depressione e ansia potrebbero essere di più breve durata. Sebbene siano necessarie ricerche future per confermarlo, potrebbe essere che "soffermarsi sul negativo" a breve termine può smussare alcuni aspetti dell'esperienza affettiva, ma a lungo termine inibisce l'elaborazione e la capacità emotiva per distribuire risorse di coping adattive. In questo modo, "soffermarsi sul negativo" funzionerebbe in maniera molto simile a quanto ipotizzato per il worry. Soffermarsi sul coinvolgimento negativo e worry erano altamente correlati e correlati in modo simile alle misure di ansia e depressione. Tuttavia, hanno saturato su diversi fattori, suggerendo che gli individui sono in grado di differenziare questi due processi. Può essere che mentre la sintomatologia ansiosa e depressiva non differenzia questi costrutti, lo farebbero altri indici. Ad es, il processo cognitivo di "Worry Engagement", può comportare più

domande e incertezze rispetto al “soffermarsi sul negativo”. In alternativa, il “soffermarsi sul coinvolgimento negativo” e il worry può verificarsi in momenti diversi nella stessa persona. Ad es, una persona può “soffermarsi sul negativo” dopo lo stress, provando sentimenti depressivi o ansiosi. A sua volta, potrebbe preoccuparsi di altre questioni come mezzo per evitare la dolorosa concentrazione su sé stessi o “soffermarsi sul negativo”. Il vantaggio nel breve periodo è una riduzione dell’auto-concentrazione delle emozioni negative; tuttavia, il costo a lungo termine è un’elaborazione emotiva inadeguata della situazione stressante con conseguente prolungamento del disagio associato ad alcuni eventi piuttosto che una risoluzione ordinata, ma emotivamente evocativa.

I risultati di questo studio indicano chiaramente che la preoccupazione e la ruminazione rappresentano processi cognitivi multidimensionali e correlati ma distinti, ciascuno dei quali ha una relazione sia con la depressione che con l’ansia.

Infine, il worry può anche svolgere un ruolo nella persistenza del *disturbo psicotico*. Morrison (2001) ha proposto un modello di allucinazioni uditive nel quale suggerisce che le allucinazioni diventano problematiche quando sono interpretate come una minaccia per l’integrità fisica o psicologica dell’individuo, invece di essere percepito come un evento benigno (ad es “È stata una sensazione strana, devo essere stanco”). Quando ci sono allucinazioni interpretate come minacciose (ad es. "Il diavolo mi sta parlando"), l'individuo si preoccupa sul loro significato, implicazioni e conseguenze. Questo processo aumenta l'ansia, che a sua volta innesca più allucinazioni. Baker e Morrison (1998) hanno scoperto che gli schizofrenici con allucinazioni avevano convinzioni più positive sull'utilità del worry rispetto agli schizofrenici senza allucinazioni. Allo stesso modo, Morrison e Wells (2003) hanno trovato che i pazienti psicotici riportavano convinzioni più elevate sull'utilità del worry rispetto a individui con disturbo di panico e controllo.

In sintesi, in questo momento il worry sembra essere una caratteristica di molti disturbi, soprattutto di quelli dell'umore e i disturbi d'ansia. E' probabile che il worry condivida le stesse caratteristiche di essere incontrollabile, generando più problemi che soluzioni e aumentando piuttosto che diminuire, l'ansia. In quanto tali, strategie efficaci nel gestire il worry nel contesto del GAD possono essere utili nel trattamento di altri disturbi in cui

il worry è una caratteristica. C'è qualche supporto empirico per questo, ad esempio, Papageorgiou e Wells (1998) hanno utilizzato il *training attento*, che è una strategia chiave per aiutare le persone a disimpegnarsi da, o disinteressarsi dal worry, nel trattamento di successo dell'ipocondria. Wells e Sembi (2004a) hanno sviluppato un protocollo di trattamento per il disturbo da stress post-traumatico, il cui trattamento principale implica l'identificazione della ruminazione e della preoccupazione come un problema centrale e che si concentra direttamente sulla riduzione delle preoccupazioni attraverso la "*detached mindfulness*".

I terapeuti quindi sono ben invitati a considerare il ruolo del worry patologico nel problema principale che stanno trattando ed essere preparati a intervenire per ridurre il worry come mezzo per migliorare i sintomi target.

3.5 La Ruminazione Depressiva (Rumination)

Troviamo il rimuginio non solo nei disturbi d'ansia, ma anche nel disturbo depressivo (Nolen-Hoeksema, Parker, Larson, 1994; Starkevic, 1995). Il rimuginio depressivo è molto simile al rimuginio ansioso, anch'esso determinato dal pensiero negativo ma anche molto diverso, tale da essere denominato con un altro termine: "*rumination*", (Fresco, Frankel, Mennin, Turk, Heimberg, 2002). Il *contenuto* del rimuginio depressivo è più legato al ricordo, a vicende del passato piuttosto che a previsioni negative future.

La ruminazione è uno stile di pensiero ripetitivo, negativo, focalizzato su di sé e sui propri disagi con caratteristiche astratte e analitiche (Nolen-Hoeksema, 1991).

Attraverso la ruminazione si compie uno sforzo cognitivo di analisi, una ricerca di cause e implicazioni, di tutte le possibili teorie sul come e perché le cose sono andate in quel modo, quindi un'attività analitica *non predittiva* come nel rimuginio ansioso. Una ricerca tesa a identificare le ragioni e le cause indagando principalmente nel proprio e altrui comportamento, personalità, natura o storia.

È un continuo riesame di circostanze passate, attraverso mille "perché": "perché mi ha trattato così?", "perché sono stato zitto?", "perché mi sento così triste?", "perché non mi vuol bene?".

Troviamo due tipi di ruminazione in base all'oggetto a cui si riferiscono, *ruminazione globale e disforica*:

-la ***ruminazione globale*** riguarda gli eventi negativi di vita, i propri fallimenti in campo lavorativo o affettivo, il rapporto con la morte, i conflitti relazionali. La mente rimane bloccata sull'analisi dell'evento, sui contenuti negativi di tale vissuto. "Il normale riflesso di adattamento viene così ostacolato favorendo l'esordio di un episodio depressivo". (Abramson, Alloy, Metalsky, 1995; Alloy, Abramson, Whitehouse et al., 1999).

- la ***ruminazione disforica*** è una "forma di attenzione rivolta in modo ripetitivo al fatto che si è depressi, ai propri sintomi e alle loro cause, significati e conseguenze" (Nolen-Hoeksema, 1991).

In sintesi, una ***meta-ruminazione***. Questa tendenza ad analizzare e comprendere i propri stati d'animo caratterizza il disturbo depressivo cronicizzato e stabile.

Le conseguenze della ruminazione sono notevoli (Caselli, Giovini, Giuri et al., 2011):

-*prolunga l'umore depresso*: tenere la mente concentrata su contenuti negativi accentua la percezione di sofferenza che così accresce e si prolunga (Nolen-Hoeksema, Marrow, Fredrickson, 1993);

-*stimola l'evitamento*: il ruminatore tende ad isolarsi per meditare sui problemi o sintomi personali;

-*riduce la capacità di risolvere i problemi*: "la ruminazione si focalizza su stati interni, vale a dire sul rapporto con i propri pensieri, e non sui propri scopi, cioè sul rapporto con il mondo e con gli altri" (Lyubomirsky, Nolen-Hoeksema, 1995);

-*conduce ad autosvalutazioni globali*: questa macchinosa, elaborata catena di autoanalisi ruminativa porta a convinzioni globali negative su di sé, sugli altri e sul futuro;

-*riduce le prestazioni cognitive*: "la ruminazione è un processo mentale faticoso che richiede numerose risorse cognitive, ostacolando così altre prestazioni cognitive e produce un rallentamento dei tempi di lavoro, una compromissione delle strategie di lavoro e delle prestazioni ottenute" (Watkins, Brown, 2002; Lyubomirsky, Kasri, Zehm, 2003);

-*danneggia le relazioni interpersonali*, in quanto chi pratica la ruminazione è assorto nei suoi pensieri e fatica a prestare attenzione alle parole altrui, agli scambi interpersonali ed inoltre avrà la tendenza a riportare i suoi pensieri contorti nella comunicazione stancando le altre persone. Questo atteggiamento può generare risposte negative di allontanamento e rifiuto da parte degli altri, (Papageorgiou, Wells, 2004) e come in una

profezia che si autoavvera, egli si ritroverà sempre più solo confermando la sua sfiducia nel genere umano.

3.6 Worry - Ruminazione: caratteristiche, differenze, similitudini

a) Caratteristiche del worry

Worry è “una catena di pensieri e immagini, carichi di affetti negativi e relativamente incontrollabili” (Borkovec, Robinson, Pruzinsky e Depree, 1983), è una caratteristica diagnostica centrale nel DSM-IV del Disturbo d’ansia generalizzato (GAD) ed è primariamente sperimentato in forma verbale piuttosto che immaginale (Borkovec & Inz, 1990). La ricerca ha dimostrato che le preoccupazioni normali e quelle del GAD differiscono poco nel loro contenuto, ma gli individui con GAD li percepiscono come soggettivamente meno controllabili (Craske, Rapee, Jackel & Barlow, 1989). Sebbene la preoccupazione cronica sia una caratteristica clinica che caratterizza il GAD, è un processo cognitivo comune anche in altri disturbi psicologici e perfino nella popolazione non clinica.

b) Caratteristiche della ruminazione

La ruminazione è una risposta usuale negli stati d’animo negativi (Rippere, 1997) e una caratteristica cognitiva saliente della disforia e nel DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) del disturbo depressivo maggiore.

La ricerca ha dimostrato che il *contenuto* della ruminazione è sperimentato sia in forma verbale che immaginale e che è simile negli individui depressi e non depressi (Papageorgiou & Wells, 1999a, 1999b, 2004), e implica temi relativi a perdite e fallimenti personali passati.

Come il worry, la ruminazione può essere attivata inizialmente come risposta a un pensiero intrusivo e può essere perpetuato a seconda delle sue funzioni percepite (Papageorgiou & Wells, 2001, 2004; Wells & Matthews, 1994).

Martin e Tesser, (1989, 1996) definiscono la ruminazione come un termine generico che si riferisce a diversi tipi di pensiero ricorrente che tende a ripresentarsi.

Secondo Nolen-Hoeksema, e la loro “*teoria degli stili di risposta della depressione*”, la ruminazione è un pensiero passivo e ripetitivo che consiste nel “concentrarsi

ripetutamente sul fatto che si è depressi, sui sintomi della depressione e sulle sue cause, sui significati e le conseguenze dei sintomi depressivi” (Nolen-Hoeksema, 1991).

Quando il worry e la ruminazione diventano patologiche?

Abbiamo visto che non è il contenuto ad essere patologico perché è lo stesso anche nella popolazione non clinica. *Sono la frequenza e la durata di questi processi a determinare la psicopatologia.* Inoltre, nel Modello di funzione esecutiva regolatoria (S-REF) dei disturbi emotivi, Wells e Matthews (1994, 1996), suggeriscono che ci sono almeno tre fattori che contribuiscono a far sì che il worry e la ruminazione diventino patologici.

Ai fini della valutazione, può essere utile considerare questi tre fattori come le **3-Ws**:

- 1) quando si usa il worry e la ruminazione (es, in risposta a un umore negativo, prima, durante e/o dopo situazioni minacciose)
- 2) quale worry o ruminazione può essere utilizzato (es, prevalentemente problem solving e strategie di coping);
- 3) se il worry o la ruminazione sono valutate negativamente (es, “non ho controllo sulla mia preoccupazione/ruminazione”).

Per esempio, un pensiero riguardo al superamento di un esame diventa disadattivo (cioè perseverante e dirompente) se l’individuo comincia a contemplare le possibili conseguenze catastrofiche che si verificheranno se il test non verrà superato, se questa preoccupazione verrà percepita come una strategia utile per far fronte all’ansia che ne deriva e per preparare l’individuo ad affrontare il test, e, infine, se tale preoccupazione viene vista come incontrollabile e pericolosa.

In termini di ruminazione, se l’individuo ha fallito il test, è probabile che il pensiero diventi disadattivo se è in risposta ad umore depresso, se è focalizzato sul cercare di capire ripetutamente il perché e infine, se viene valutato come dannoso e difficile da controllare.

Il contributo di questi tre fattori alle varietà patologiche di worry e ruminazione è supportato da prove empiriche (Papageorgiou & Wells, 2004; Wells, 2000).

c) Confronto tra worry e ruminazione

Un esame della similarità e delle differenze tra worry e ruminazione può aiutare ad affinare i due concetti. Worry e ruminazione sono due processi che possono sovrapporsi ma differire l'uno dall'altro, e entrambi possono esistere dinamicamente all'interno dello stesso individuo.

Il contenuto delle catene di pensieri ansiosi (preoccupanti) è probabile che differisca da quelli depressivi (ruminativo) in quanto il primo può essere particolarmente caratterizzato da temi di minaccia o pericolo nel futuro (Beck, 1967, 1976; Borkovec et al., 1983), mentre la ruminazione può coinvolgere temi di perdita o fallimento nel passato (Beck, 1967, 1976).

Più recentemente, prove teoriche ed empiriche suggeriscono che altre dimensioni del pensiero, a parte il contenuto tematico, sono esposte alla vulnerabilità e al mantenimento della psicopatologia.

Wells e Matthews (1994,1996) sostengono che non è solo il contenuto del pensiero negativo perseverante che può essere rilevante per la comprensione della psicopatologia, ma anche la natura, la flessibilità e le convinzioni sul pensiero che hanno conseguenze per l'elaborazione delle informazioni e l'autoregolamentazione.

Secondo Wells e Matthews (1994,1996), due componenti dello stile di pensiero dovrebbero essere considerati in questo contesto:

- 1) dimensioni di processo (es, coinvolgimento dell'attenzione)
- 2) dimensioni metacognitive (es, credenze o valutazioni sul pensiero e capacità di monitorare, oggettivare e regolare il pensiero).

Il recente lavoro empirico si è concentrato sull'esplorazione di tale processo e dimensioni metacognitive del worry e della ruminazione.

In uno studio iniziale, (Papageorgiou e Wells, 1999a) hanno confrontato il processo e le dimensioni metacognitive della depressione (ruminativa) e pensieri ansiosi (preoccupanti) in un campione non clinico. Ai partecipanti è stato fornito un diario per la registrazione e la valutazione dei contenuti dei pensieri depressivi e pensieri ansiosi che si verificavano in un periodo di due settimane.

I risultati hanno mostrato che sebbene il pensiero ruminativo e il pensiero preoccupante condividevano una serie di somiglianze, differivano anche in diverse dimensioni.

Rispetto alla ruminazione, è stato riscontrato che il worry era significativamente maggiore nel contenuto verbale, associato a una maggiore compulsione all'agire e con più impegno e fiducia nella risoluzione dei problemi.

Rispetto al worry, la ruminazione era significativamente più orientata al passato. Le uniche differenze significative erano quelle interessate alle dimensioni dello sforzo per risolvere i problemi e all'orientamento al passato.

In questo studio sono state esplorate anche le relazioni tra dimensioni del pensiero e risposte affettive per ogni stile di pensiero.

I risultati hanno mostrato che una maggiore depressione era correlata in modo significativo ad una minore fiducia nella capacità di risoluzione dei problemi e maggiore orientamento al passato con il pensiero ruminativo.

In relazione ai pensieri preoccupanti, una maggiore ansia era correlata in modo significativo con meno ignorabilità della preoccupazione, maggiore distrazione dal worry, meta-worry, compulsione ad agire sulla preoccupazione e più attenzione a concentrarsi sulle preoccupazioni.

Pertanto, questi dati preliminari sembrano essere coerenti con l'idea che diverse componenti dello stile di pensiero sono associate all'esperienza emotiva (Wells & Matthews, 1994, 1996).

In uno studio successivo, Papageoriou & Wells (1999b, 2004) hanno esteso i risultati precedenti in campioni clinici: individui con disturbo da panico (preoccupazione ansiosa) e individui con grave depressione nervosa (ruminazione depressiva). Per ridurre la sovrapposizione tra preoccupazione e ruminazione, è stato assicurato che non ci fossero diagnosi sovrapposte tra i due campioni clinici.

Il quesito era: ci sono somiglianze o differenze tra gli stili predominanti di pensiero patologico in ogni disturbo (cioè preoccupazione nel disturbo da panico contro ruminazione nel disturbo depressivo maggiore)?

In confronto alla preoccupazione del gruppo del disturbo da panico, la ruminazione del gruppo depresso era valutato come significativamente più lunga in durata, meno controllabile, meno ignorabile e associata a un minor impegno per la risoluzione dei problemi, minore fiducia in problem solving e un maggiore orientamento al passato.

Questi dati sono illustrati nella fig.2.1

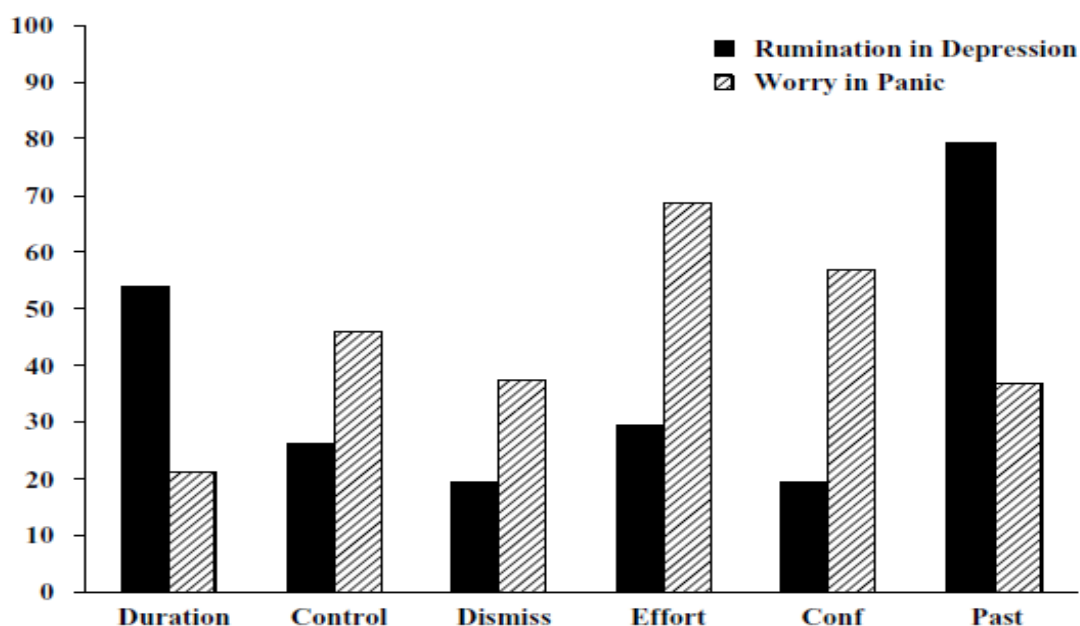


Figure 2.1 Process and metacognitive differences between rumination in patients with depression and worry in patients with panic disorder

Source: Papageorgiou, C. & Wells, A. (1999, November) *Dimensions of depressive rumination and anxious worry: A comparative study*. Paper presented at the 33rd Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada; (2004) Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells, (Eds), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. Chichester, UK; John Wiley & Sons, Ltd.

Pertanto, l'evidenza empirica suggerisce che sebbene il worry e la ruminazione condividano un gran numero di somiglianze, differiscono anche su alcune dimensioni (Papageorgiou & Wells, 1999a, 1999b, 2004), quali caratteristiche motivazionali (sforzi) e giudizi metacognitivi di fiducia nel problem solving e orientamento al passato. La sovrapposizione tra worry e ruminazione può spiegare gli alti livelli di comorbilità spesso rilevata tra ansia e disturbi depressivi.

Perché le persone si preoccupano e ruminano?

La conoscenza dei fattori implicati nella propensione al worry e alla ruminazione possono contribuire a farci comprendere i meccanismi alla base della frequenza e della severità dei sintomi dell'ansia così come i sintomi della depressione.

Inoltre, la modifica di questi fattori può aiutare a ridurre la vulnerabilità del worry e ruminazione e massimizzare l'efficacia degli interventi psicologici per ansia e depressione.

Le ipotesi avanzate per spiegare il ruolo della preoccupazione nell'ansia la vedono come una forma di evitamento (Borkovec & Inz, 1991), problem solving (Davey, 1994), strategia di coping (Wells, 1994, 1997) e intolleranza all'incertezza (Dugas, Gagnon, Ladouceur e Freeston, 1998).

Allo stesso modo, la ruminazione è stata concepita come risultato di un mancato raggiungimento di obiettivi di ordine superiore (Martin & Tesser, 1989, 1996), come un modo per aiutare le persone a focalizzarsi interiormente e valutare i propri sentimenti e la loro situazione problematica (Nolen-Hoeksema, 1991) e come un'attività di coping primario (Papageoriou & Wells, 2003, 2004).

In particolare, la ruminazione può essere vista come una strategia utilizzata per comprendere i propri problemi, emozioni e circostanze e come mezzo per trovare soluzioni ai problemi che precipitano nella depressione (Papageorgiou & Wells, 2001a, Wells & Matthews, 1994, 1996).

La ricerca dev'essere rivolta a capire i meccanismi responsabili dell'avvio e del mantenimento di queste attività e dei fattori che contribuiscono allo sviluppo delle forme patologiche, all'insorgenza, perpetuazione e recidiva di ansia e depressione.

Basandosi sul modello S-REF generico dei disturbi emotivi di Wells & Matthews (1994, 1996), sono stati sviluppati e valutati due modelli metacognitivi del worry nell'ansia (Wells, 1995, 1997) e ruminazione in depressione (Papageorgiou & Wells, 2003, 2004) che suggeriscono come il worry e la ruminazione insorgono, vengono mantenuti e diventano patologici.

1) *Modello metacognitivo di worry nel GAD (Wells, 1995, 1997)*

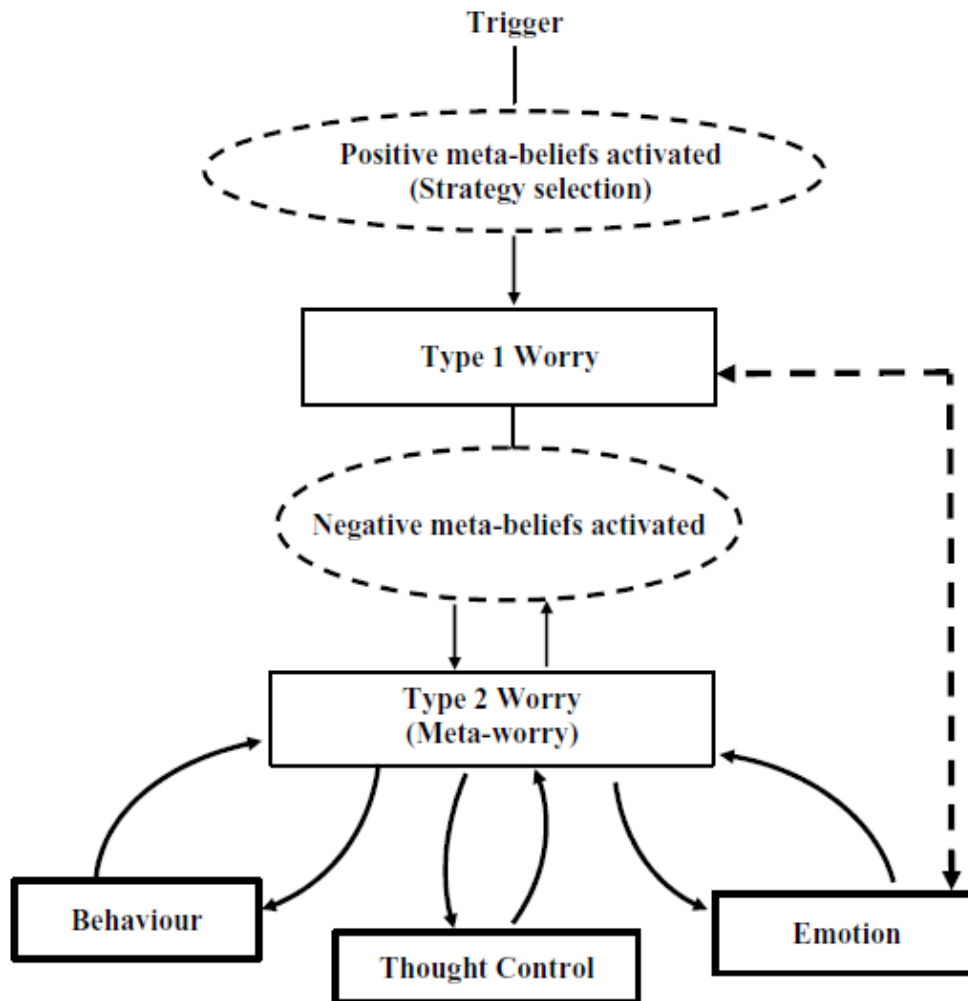


Figure 2.2 A cognitive model of generalised anxiety disorder

Source: Papageorgiou, C. & Wells, A. (1995, 1997) An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261–273; (2004) Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells, (Eds), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. Chichester, UK; John Wiley & Sons, Ltd.

In questo modello, in risposta ad un fattore scatenante (es, una cattiva notizia, un pensiero o un'immagine intrusiva negativa) le persone con GAD “scelgono” la preoccupazione come strategia di coping. Questa selezione è guidata dall'attivazione di convinzioni positive sui benefici della preoccupazione (es, “se mi preoccupo posso essere sempre preparato”). Quindi, una volta che le preoccupazioni di **tipo I** (che riguardano eventi quotidiani esterni e non eventi cognitivi interni) vengono messe in moto, le valutazioni negative sul processo di preoccuparsi e le emozioni relative vengono attivate. Le valutazioni negative del worry riguardano temi

dell'incontrollabilità e pericolo associati a questo processo (es, “le mie preoccupazioni sono incontrollabili”, “preoccuparsi è pericoloso”).

Secondo il modello di Wells (1995,1997) è la preoccupazione di **tipo II o meta-preoccupazione** (cioè “preoccuparsi di preoccuparsi”) che è associata alla psicopatologia. Infatti, in questo modello, nel GAD troviamo un'elevata incidenza di preoccupazioni di questo tipo.

Una volta che la “preoccupazione per la preoccupazione” è innescata, troviamo tre ulteriori fattori che sono coinvolti nell'escalation e mantenimento del problema. Questi fattori includono risposte comportamentali, come l'evitamento e la ricerca di rassicurazione, strategie di controllo del pensiero, come la soppressione e distrazione e sintomi emotivi come ansia, tensione, dissociazione e perfino attacchi di panico e depressione. Ampie evidenze empiriche supportano il modello metacognitivo del worry e GAD.

2) *Modello metacognitivo clinico della ruminazione e depressione (Papageorgiou & Wells, 2003, 2004).*

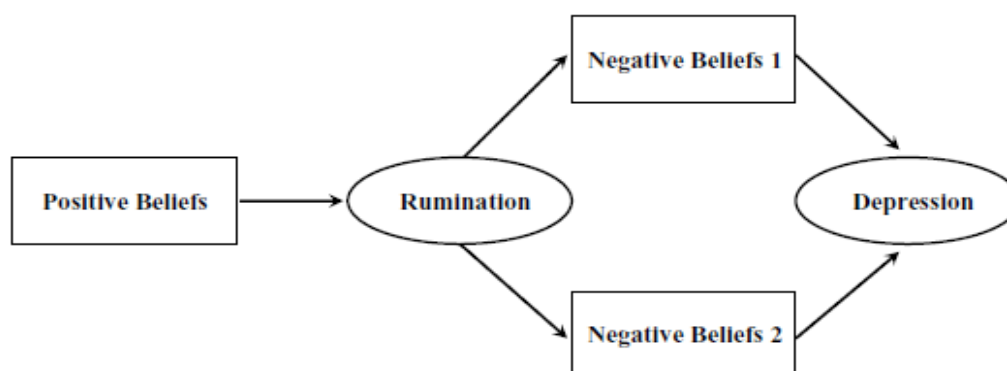


Figure 2.3 Basic components and structure of a clinical metacognitive model of rumination and depression

Source: Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261–273; (2004) Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells, (Eds), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. Chichester, UK; John Wiley & Sons, Ltd.

Secondo questo modello, a seguito di uno specifico trigger (es, un pensiero intrusivo negativo o immagine, un ricordo di una perdita o di un fallimento, o un evento) si attivano credenze metacognitive positive circa i benefici e i vantaggi della ruminazione che motivano gli individui con depressione a impegnarsi in un sostenuto pensiero

ruminativo. Gli individui depressi possono credere che “la ruminazione sulla mia depressione mi aiuta a comprendere errori e fallimenti passati”. Una volta che la ruminazione è attivata e a causa delle numerose conseguenze associate a questo processo, gli individui valutano la ruminazione come incontrollabile e dannosa (ad es, “è impossibile non ruminare sulle cose brutte che sono accadute in passato”), e probabilmente, questo produrrà danni interpersonali e conseguenze sociali (es, convinzioni negative “tutti mi eviterebbero se sapessero quanto ruminano su me stesso”). Questo modello afferma che l’attivazione delle convinzioni sulla ruminazione contribuiscono alla depressione. Pertanto, si ipotizza che una serie viziosa di ruminazione e metacognizione sia responsabile della perpetuazione della depressione.

Diversi studi trasversali, prospettici e sperimentali forniscono iniziale supporto per il modello metacognitivo clinico di ruminazione e depressione (Papageorgiou & Wells, 2003,2004). Papageorgiou e Wells (2001a) hanno condotto una serie di interviste qualitative semistrutturate con pazienti con depressione maggiore ricorrente DSM-IV e hanno scoperto che tutti riportavano credenze metacognitive positive e negative sulla ruminazione.

Usando queste credenze sono stati sviluppati il *Positive Beliefs about Rumination Scale* (PBRs; Papageorgiou & Wells, 2001b) e *The negative Beliefs about Rumination Scale* (NBRs; Papageorgiou, Wells & Meina, in preparazione). Sia il PBRs che l’NBRs hanno mostrato di avere buone proprietà psicometriche di affidabilità e validità.

Gli studi hanno dimostrato che il PBRs è significativamente e positivamente associato a ruminazione e depressione sia in ambito non clinico (Papageorgiou & Wells, 2001a, Study 4; 2001c; 2003; Study 2) sia su pazienti con depressione (Papageorgiou & Wells, 2003, Study 1, Papageorgiou et al.).

Inoltre, entrambi i sottotipi di credenze metacognitive negative sulla ruminazione (cioè convinzioni riguardanti l’incontrollabilità, danni e le conseguenze interpersonali e sociali della ruminazione), come misurato rispettivamente da NBRs1 e NBRs2, hanno dimostrato di essere correlati in modo significativo e positivo con ruminazione e depressione in campioni non clinici (Papageorgiou & Wells, 2001c; 2003, Studio 2) e in pazienti con depressione (Papageorgiou & Wells, 2003, Study 1; Papageorgiou et al., in preparazione). Gli studi hanno dimostrato che sia le credenze positive che negative sulla ruminazione distinguono in modo significativo i pazienti con depressione maggiore

ricorrente da pazienti con disturbo di panico e agorafobia e pazienti con fobia sociale (Papageorgiou & Wells 2001a; Papageorgiou et al.), suggerendo un'associazione specifica a tali credenze metacognitive.

3.7 Intolleranza all'incertezza (UI)

Un altro costrutto di fondamentale importanza nello sviluppo e mantenimento del worry è l'**intolleranza all'incertezza (UI)**. L'intolleranza all'incertezza può essere definita come *“l'incapacità disposizionale dell'individuo di sopportare la risposta avversiva innescata dall'assenza percepita di informazioni salienti, chiave o sufficienti e sostenuta dalla percezione associata dell'incertezza”* (Carleton, 2016).

Gli individui ad alto livello di UI trovano le situazioni incerte come minacciose, sconvolgenti e indesiderabili, indipendentemente dalla probabilità che si verifichi un evento negativo (Dugas et al., 1998). UI come costrutto è stato originariamente sviluppato dal team Laval che lavorava su modelli e trattamenti del GAD nei primi anni '90 (Freeston et al., 1994), Dugas et al., 1998).

Tra i modelli esplicativi sistematicamente convalidati di GAD (Behar et al., 2009), **“L'intolerance of Uncertainty Model of GAD (IUM)** proposto da Dugas et al., (1998) originariamente affermava che quattro fattori contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento del worry, la caratteristica principale di GAD (APA, 2013): **UI, Positive Beliefs about Worry (PBW), Negative Problem Orientation (NPO) e Cognitive Avoidance (CA)**.

L'Intolerance of Uncertainty Model (IUM) of GAD attribuisce un ruolo chiave all'Intolleranza all'Incertezza (UI) e ruoli aggiuntivi alle Credenze Positive sulla Preoccupazione (PBW), all'Orientamento Negativo al Problema (NPO) e all'Evitamento Cognitivo (CA), nello sviluppo e nel mantenimento del worry.

Un robusto corpo di ricerca ha rafforzato l'evidenza di UI come fattore di vulnerabilità cognitiva per il worry, nonché un fattore di mantenimento per il GAD (es, Ladouceur et al., 2000); Sexton et al., 2003; Koerner & Dugas, 2008).

Le convinzioni negative sull'incertezza di solito interferiscono con la capacità dell'individuo di affrontare efficacemente queste situazioni e promuovono l'uso del worry come strategia disfunzionale per far fronte o prevenire esiti temuti (Dugas et al., 1998; Behar et al., 2009).

I **PBW** sono credenze distorte sull'utilità del worry: gli individui che adottano PBW credono che la preoccupazione sia una caratteristica positiva della personalità (cioè, "essere preoccupati significa essere premurosi" e che preoccuparsi sia un'efficace strategia di risoluzione dei problemi in grado di prevenire il verificarsi di situazioni negative e di evitare le emozioni spiacevoli associate) (Freeston et al., 1994).

NPO si riferisce a un atteggiamento negativo nei confronti dei problemi e consiste in un insieme di reazioni cognitive ed emotive negative che si attivano quando si verifica una situazione problematica. È associato a bassi livelli di fiducia sulla capacità di risolvere i problemi con successo, basso controllo personale sul processo di risoluzione e pessimismo sui risultati. (D'Zurilla & Nezu, 1999, 2006). Quando affrontano una situazione problematica gli individui con GAD di solito non si concentrano su una strategia di problem solving e non si considerano efficaci risolutori di problemi. (Dugas et al., 1995, 1997; Robichaud & Dugas 2005b; Koerner & Dugas, 2006).

Infine, la **CA** è un processo cognitivo adottato per evitare e/o sopprimere contenuti mentali indesiderati, in particolare immagini mentali paurose che inducono l'attivazione fisiologica periferica (Borkovec et al., 1993, 2004). CA include una serie di strategie (sia automatiche che controllate) come la sostituzione di pensieri minacciosi con pensieri neutri o positivi, la trasformazione di immagini mentali in pensieri verbali-linguistici ecc. Ed è particolarmente rilevante per il GAD (Dugas et al., 1998; Dugas e Koerner, 2005), in particolare, poiché l'evitamento compromette l'elaborazione emotiva della paura (Foa & Kozak, 1986), CA di solito porta al mantenimento di alti livelli di worry e ansia (Dugas et al., 1998; Borkovec et al., 2004).

Nonostante il ruolo di tutti i componenti in worry e GAD sia stato notevolmente dimostrato (es, Freeston et al., 1994; Borkovec & Roemer, 1995; Dugas et al., 1997, 2005; Ladouceur et al., 1998,1999; Robichaud et al., 2003; Buhr & Dugas, 2006; Koerner & Dugas, 2008), sono stati condotti solo pochi studi per far luce sui meccanismi attraverso i quali i componenti IUM agiscono nel determinare i livelli di worry e ansia somatica. Ad es, Dugas et al., (2007) hanno esaminato le associazioni tra i componenti IUM e diversi indicatori di gravità (gravità diagnostica, gravità del worry e gravità dei sintomi somatici), in pazienti con una diagnosi primaria di GAD.

I risultati delle correlazioni hanno mostrato che l'UI e NPO erano correlati con tutti e tre gli indicatori di gravità mentre CA era correlata con la gravità dei sintomi diagnostici e somatici e la PBW era associata solo alla gravità diagnostica.

Inoltre, quando l'età, il sesso e i sintomi depressivi sono stati controllati, l'UI e NPO hanno mantenuto le loro correlazioni positive con il worry e l'UI ha mostrato correlazioni più forti con la gravità del worry piuttosto che con la gravità dei sintomi somatici. Infine, la conduzione delle regressioni lineari ha evidenziato che la NPO non era più un predittore significativo di gravità diagnostica, gravità del worry e gravità dei sintomi somatici, suggerendo così che il ruolo dell'UI nel determinare i livelli di worry è più rilevante del ruolo svolto dalle altre variabili (Dugas et al., 2007).

L'UI è sempre stato specificatamente affrontato solo all'interno del GAD e nella popolazione con DOC (Robichaud & Dugas, 2006; Whittal & McLean, 2002). Negli ultimi anni il costrutto di "intolleranza all'incertezza" è postulato come fattore di mantenimento *transdiagnostico* alla base di una serie di disturbi psicologici (McEvoy & Mahoney, 2011, 2012).

Danielle A. Enstein, (2014), in uno studio ha esaminato la ricerca sul costrutto di UI. Si è utilizzata una recente analisi fattoriale (Journal of Anxiety Disorder, 25, 2012, p.533) per estendere il modello transdiagnostico articolato da Mansel (2005), per concentrarsi sul *ruolo di UI come aspetto del modello che è importante affrontare nel trattamento*. La ricerca suggerisce che le differenze individuali in UI possono compromettere la resilienza e che gli individui alti in UI sono suscettibili di un aumento degli affetti negativi. L'estensione del modello fornisce una guida per il trattamento di pazienti che presentano incertezza nel contesto di un singolo disturbo o più disturbi in comorbilità. Applicando l'estensione, il clinico è sollecitato a esplorare gli aspetti di UI, *"Need for Predictability" (NP) (bisogno di prevedibilità) e "Uncertainty Arousal" (arousal da incertezza)*.

Il presente articolo ha avuto l'obiettivo primario di informare lo sviluppo del modello e mira a rivedere la ricerca nello sviluppo del costrutto, la sua misurazione e le dimensioni sottostanti, la sua presenza nella popolazione clinica e l'attuale comprensione della relazione di UI con altre variabili psicologiche.

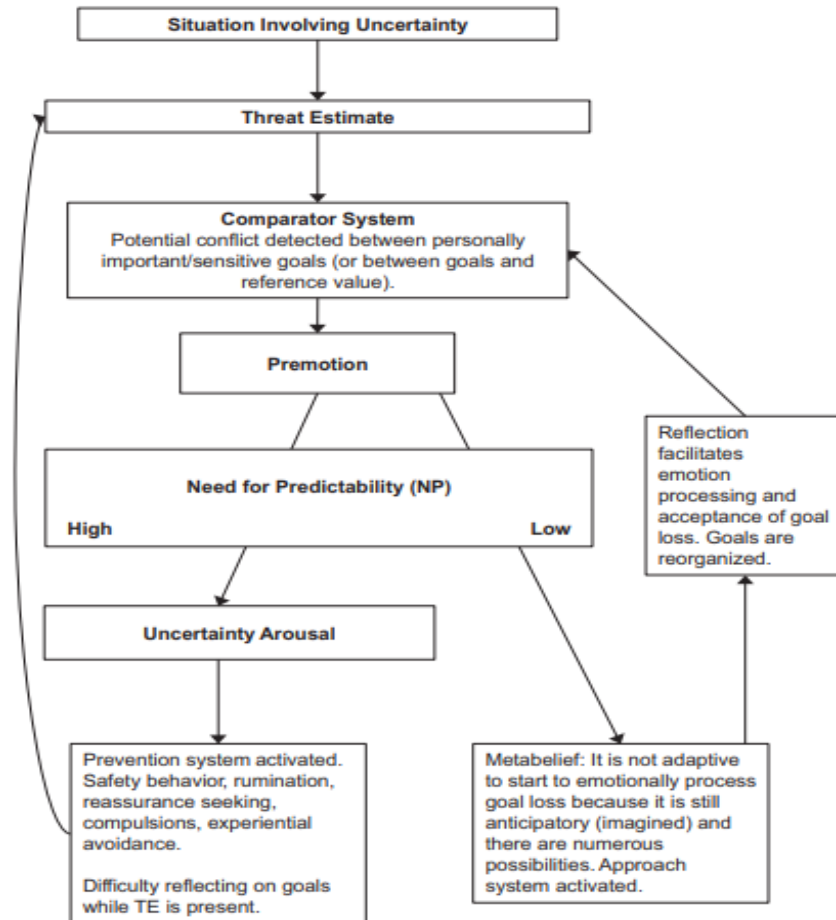


Figure 1. Model of intolerance of uncertainty.

3.8 Il Modello transdiagnostico esteso con l'incorporazione di UI

La figura 1, descrive il modello di incertezza proposto con tre possibili strade. Di fronte all'incertezza, l'individuo effettua una *stima della minaccia (TE)*. Questa stima è una conseguenza avversa immaginata. Gilbert e Wilson (2009) descrivono il TE come “una simulazione mentale o anteprima del futuro”. Coerentemente con i modelli cognitivi di aspettativa di pericolo, ogni previsione può comportare esagerate stime di uno o più dei tre fattori (cioè, probabilità, costo o incapacità di far fronte). Queste stime possono nascere da pregiudizi cognitivi nei nostri ricordi di esperienze passate (Gilbert & Wilson, 2009).

Il primo percorso prevede che se l'aspettativa della minaccia è bassa, non si avverte arousal nonostante la presenza di incertezza. Il TE attiva l'eccitazione emotiva se l'incertezza si trova in un'area di importanza e/o sensibilità personale (es, la minaccia di negativa valutazione sociale per un individuo con disturbo d'ansia sociale). Le stime di

importanza personale sono mantenute all'interno di un **sistema di comparazione (Comparator System)**.

Il sistema di comparazione è stato originariamente delineato da Gray (1982) e successivamente elaborato da McNaughton & Gray (2000). Nella loro esposizione sulla neuropsicologia dell'ansia, essi delineano un "comparatore di input" che metta a confronto cosa è percepito (eventi reali) e ciò che si desidera (eventi attesi). Quando si nota una discrepanza, il sistema comparatore potrebbe interrompere il programma in corso nel tentativo di risolvere tale discrepanza e alterare le azioni dell'individuo.

Mansell (2005) ha descritto un sistema di comparazione basato su PCT (Perceptual Control Theory) (Powers, 1973). PCT è stato utilizzato come base per questo modello a causa dell'evidenza che l'identificazione degli obiettivi è atipico nei disturbi psicologici (vedi Watkins, 2011). All'interno di PCT, il sistema comparatore è un sistema di autoregolamentazione in cui strati di controllo sono organizzati gerarchicamente. In breve, gli obiettivi di ordine superiore stabiliscono valori di riferimento per gli obiettivi di ordine inferiore all'interno del sistema. All'interno di questo sistema, i livelli di ordine superiore non sempre sono disponibili alla consapevolezza. La teoria propone che il disagio psicologico derivi da un conflitto irrisolto tra obiettivi. Questi obiettivi possono esistere all'interno di diversi livelli del sistema (Higginson, Mansell & Wood, 2011).

Il comparatore descritto in figura 1 si riferisce alla "modalità di immaginazione" di una gerarchia di controllo. Tale "modalità di immaginazione" conduce un processo comparativo, per cui il sistema di controllo di livello superiore fornisce la percezione del feedback internamente "come se" fosse percepito, e tuttavia cortocircuitare il sistema di livello inferiore che sarebbe necessario per attuare questa simulazione mentale nel mondo reale. Heine, Proulx & Vohs (2006) hanno proposto che l'obiettivo sovraordinato degli esseri umani è generare una vita con significato, composto da molteplici domini (es, autostima e appartenenza). Quando un senso del significato è minacciato, l'individuo può compensare l'incapacità di raggiungere una serie di obiettivi spostando lo sforzo verso un altro set (noto come "compensazione fluida", Heine et al., 2006; Proulx, 2012).

Tornando al modello (fig.1), ogni anteprima è associata con un arousal emotivo descritto come **Premotion (premozione)**, che si verifica come diretta conseguenza dell'anteprima che l'individuo ha realizzato (Gilbert & Wilson, 2009).

Gli individui possiedono anche una metacredenza sulla loro disponibilità a sperimentare l'incertezza. Questo si riferisce alla *“Need for Predictability” (NP)*. Fattori ipotizzati per influenzare un individuo NP sono: (a) standard elevati (perfezionismo), (b) rigidità e (c) necessita di controllo. In risposta a NP, i percorsi divergono. Per chi ha alto NP, il riconoscimento di una discrepanza all'interno del sistema comparativo crea un secondo livello di eccitazione descritto come **UA (*Uncertainty Arousal*) (Fattore IU 2)**.

L'UA è sgradevole e porta a una serie di comportamenti (es, ricerca di rassicurazione, comportamenti di sicurezza, compulsioni e/o evitamento). Il comportamento tenta di gestire l'eccitazione senza tornare al sistema comparatore per riflettere e riorganizzare gli obiettivi. L'attenzione rimane focalizzata sul TE. L'alto ciclo NP è mantenuto dalla metacredenza che è utile anticipare più anteprime con azioni associate che potrebbero entrare in conflitto. L'inibizione di queste azioni conflittuali può contribuire a UA. L'UA è solitamente esperita in bassa intensità e vi è una mancanza di comprensione della sua presenza. Nel tempo, i comportamenti di evitamento possono diventare così automatici e abituali che le anteprime (TE) non sono più accessibili alla consapevolezza.

Il gruppo che manifesta basso NP presenta invece, una UA minima o assente. Gli individui in questo gruppo credono che non è adattivo iniziare a elaborare emotivamente la perdita dell'obiettivo perché è ancora anticipatoria (immaginata) e ci sono numerose possibilità. Elaborare in anticipo sarebbe uno spreco delle loro risorse. Pertanto, questi individui esercitano un controllo attento sul TE, dimostrano pazienza, accettando che la situazione non sarà risolta a breve. Nell'individuo con basso NP l'eccitazione funge da segnale per attirare l'attenzione e spostare il cambiamento psicologico sul sistema in conflitto e sull'obiettivo sovraordinato che li guida. Quando gli individui esercitano un controllo attento sul loro ambiente, sono in grado di riflettere sui loro obiettivi e riorganizzarli in modo compatibile con compensazione fluida, trasferendo il loro sforzo ad una serie di obiettivi diversi, in precedenza meno apprezzati. Questo processo è utilizzato efficacemente durante la rivalutazione cognitiva, problem solving e ristrutturazione dell'immagine in terapia. La riflessione facilita il processo di elaborazione delle emozioni e la considerazione di nuove informazioni. Così, sono abilitate azioni che consentono all'individuo di rimanere in un sistema motivato dalla premiazione (Tritt, Inzlicht & Harmon-Jones, 2012).

Concludendo, possiamo ribadire che la comorbilità è una sfida per i clinici e approcci transdiagnostici possono aiutare il clinico a enfatizzare i processi sottostanti che possono essere condivisi tra i disturbi (Fairburn, 2011; Mansell, Harvey, Watkins & Shafran, 2009). Il recente rinnovato interesse per l'UI offre l'opportunità di esplorare modi in cui un focus su l'UI può espandere gli approcci transdiagnostici e migliorare il trattamento. L'obiettivo primario del modello proposto, nel sopracitato articolo, è quello di fornire al clinico una formulazione transdiagnostica per integrare tecniche di trattamento. Il modello è utile perché l'incertezza ha dimostrato di essere presente e centrale in tutti i disturbi e aumentare con la comorbilità. Utilizzando questo modello, i clinici possono condurre i propri clienti a riconoscere le risposte emotive all'incertezza e ridurre la loro paura di queste.

Il modello suggerisce che anche il desiderio generale di prevedibilità dell'individuo diventa un obiettivo nel trattamento. Inoltre, come suggerito dalla maggior parte degli approcci esistenti di terapia cognitivo comportamentale (CBT), dovrebbero essere affrontate le risposte emotive che derivano da previsioni esagerate.

Il modello non è unico se confrontato all'idea sostenuta all'interno di entrambe le teorie di accettazione e impegno (ACT) (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello, 2011) o modelli CBT tradizionali di ansia e altri disturbi (es, Clark, 1996; Salkovskis, 1996).

Il modello mira a fornire al clinico una comprensione concettuale in quanto l'UI è un fattore fondamentale e dovrebbe essere specificatamente mirato all'interno del trattamento. Ad es, un clinico può utilizzare l'esposizione nel trattamento di un disturbo d'ansia, ma può trascurare l'incertezza come parte importante della logica e dell'obiettivo per l'intervento. Lo scopo dell'estensione del modello è di garantire che l'UI sia chiaramente compresa e considerata come un fattore di mantenimento tra i disturbi.

UI è lo stesso costrutto di worry?

Si è sostenuto che *l'UI rifletta la tendenza generale a ritenere inaccettabile che si verifichi un evento negativo* (per quanto piccola sia la probabilità) mentre il *worry è un atto mentale* (Buhr & Dugas, 2002). Di conseguenza, la fig.1 illustra il worry come comportamento che si manifesta a valle di UI.

In supporto di UI e worry come costrutti separati, c'è una maggiore incidenza di worry segnalata dalle donne, invece non ci sono differenze di genere in UI (Buhr & Dugas, 2002).

3.10 La capacità di UI di prevedere la varianza nei Disturbi dell'Asse I

Attraverso una serie di studi sui disturbi (es, disturbi d'ansia, disturbi d'alimentazione, disturbi depressivi e ipocondria) è stato osservato che le UI sono più elevate in gruppi clinici rispetto ai gruppi di controllo non clinici (Deacon & Abramowitz, 2008; Dugas et al., 2001; Gentes & Ruscio, 2011; Holaway, Heimberg & Coles, 2006; de Jong-Meyer, Beck & Riede, 2009; Sternheim, Startup & Schmidt, 2011; Tolin, Abramowitz, Brigidi & Foa, 2003).

In uno studio Holaway et al., (2006) hanno dimostrato che in individui con comorbidità GAD e DOC ci sono livelli più alti di UI, leggermente superiori a un gruppo GAD e superiore rispetto agli individui con DOC da solo e controlli non ansiosi.

Yook, Kim, Suh e Lee (2010), hanno scoperto che gli individui con comorbidità GAD e disturbo depressivo maggiore (MDD) riportano una maggiore UI rispetto agli individui con MDD o GAD da soli. In supporto di questi risultati, il numero di diagnosi previste UI in un campione di individui in cerca di cure per ansia e depressione, aumenta con l'aumentare della comorbilità (Mahoney & McEvoy, 2011a). In un esplorazione dell'UI all'interno di un campione simile, (McEvoy & Mahoney, 2011) hanno scoperto che l'UI spiegava la varianza di tutti i sintomi dopo aver controllato per nevroticismo e altri costrutti correlati. I sintomi includevano la depressione, panico/agorafobia, worry, ansia sociale, ossessioni e compulsioni. I costrutti controllati erano metacredenze, sensibilità all'ansia, nevroticismo, paura dell'ansia e affetti positivi/negativi. Come previsto, il nevroticismo era altamente correlato con l'UI ($r=0,55$). È interessante notare che l'estroversione era negativamente correlata con l'UI ($r= -.18$). Rispettivamente, l'UI ha spiegato la maggior varianza nei sintomi di ansia sociale e worry, seguita da depressione, disturbo da panico e agorafobia e DOC.

In sintesi, gli studi sull'UI all'interno dei disturbi dell'Asse I mostrano che l'UI è presente nei disturbi alimentari, nei disturbi d'ansia e disturbi depressivi. L'UI sembra aumentare con l'aumento della comorbilità (Holaway et al., 2006; Yook et al., 2010) e ha una forte presenza nell'ansia sociale e nel DOC (Boelen & Reijntjes, 2009; McEvoy & Mahoney, 2011).

In conclusione, il presente modello ha enfatizzato le implicazioni cliniche della ricerca attuale in UI. Secondo il modello, il bisogno di prevedibilità è un fattore generale che può aumentare l'incertezza. Entrambi gli elementi di UI dovrebbero essere presi in considerazione nel trattamento.

Il modello offre un'opportunità per una migliore comprensione dell'UI come fattore trandiagnostico alla base di una vasta gamma di disturbi psicologici. Comprendere questi fattori può facilitare l'identificazione, la differenziazione e il trattamento di questi fenomeni nella pratica clinica, sviluppando interventi efficaci per la terapia.

Conclusioni

“I pensieri non sono importanti, l’importante è come vi reagiamo” scrive Wells, *“i pensieri appaiono e scompaiono”*. La presenza di un disturbo psicologico è un segnale che i pensieri si stanno protraendo nella nostra mente senza che siano stati smaltiti: essi, infatti, dovrebbero semplicemente scorrere via.

Non è il contenuto del pensiero ad essere responsabile di un disturbo ma lo è il “modo” con cui pensiamo agli eventi, a noi stessi, alle nostre esperienze e alla realtà che ci circonda che può condurci alla sofferenza emotiva e determinare il nostro umore.

L’atto del pensare può essere paragonato a un concerto: un’orchestra che comprende strumenti e musicisti diversi che armoniosamente producono una sinfonia. In questa metafora, l’orchestra è la metacognizione: *il pensiero applicato al pensiero, che monitora, controlla e valuta il processo e il prodotto della coscienza.*

Come abbiamo visto in questo elaborato, il pensiero non sempre scorre fluidamente, ma si “inceppa”, diventando un problema per la persona, intrappolandola in un vortice di pensieri contorti, ripetitivi.

L’approccio terapeutico della TMC, a differenza di approcci già esistenti, riesce a cogliere alcune caratteristiche fondamentali del pensiero disfunzionale e dei fattori che lo determinano. La teoria metacognitiva riesce a spiegare dove e come, a un certo punto, il funzionamento mentale delle persone si “blocca” e diventa disadattivo.

L’approccio metacognitivo individua uno stile di pensiero, il CAS, presente in tutti i disturbi psicologici. I disturbi mentali implicano un insuccesso nel riportare il CAS sotto il controllo dell’individuo e una scarsa flessibilità nel mettere in atto modalità di pensiero e stili di risposta alternativi. Il CAS ostacola la guarigione spontanea e il riequilibrio emotivo, orientando il flusso cognitivo verso fonti percepite di pericolo e rafforzando le valutazioni e le credenze negative. Sono quindi questi fenomeni *a far da ponte* fra le credenze della persona e i disturbi emotivi.

La forza della teoria metacognitiva è l’assunzione che queste forme disfunzionali di pensiero siano alla base di quasi tutti i disturbi psicologici, rappresenti cioè una *modalità transdiagnostica* e sia quindi possibile lo sviluppo di un unico trattamento standard efficace per tutti i disturbi. Ciò avrebbe il vantaggio di semplificare il lavoro del terapeuta: un unico modello fornirebbe le basi per la formulazione di tutti i casi e la terapia potrebbe essere applicata in modo più strutturato.

Il fatto che la TMC possa essere utilizzata per il trattamento di molti disturbi, come il DAG, il DOC, la Fobia Sociale, il PTSD, la Depressione, l'Ipocondria, suggerisce che si tratti di uno strumento ad *ampio spettro ed efficace in tempi rapidi*.

In tutti questi disturbi, e in special modo nel DOC, le credenze e i processi metacognitivi sono fattori chiave nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo stesso.

Il DOC è concettualizzato come un disturbo del pensiero in quanto le cognizioni intrusive e le ossessioni sono la caratteristica nucleare. Ma non solo, questa condizione psicologica presenta una relazione disfunzionale con l'esperienza interna: percezione sensoriale, stati emotivi, sensazioni fisiche e cognizioni. Alcune persone con problemi ossessivi (casi cronici e con una lunga storia di malattia) possono non avere alcuna consapevolezza delle cognizioni associate alle compulsioni, cosicché i rituali sono diventati nel tempo comportamenti automatici.

La Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) è stata riconosciuta come una terapia efficace per il trattamento del DOC, e in particolare, l'Esposizione e la Prevenzione della Risposta (ERP) è il trattamento psicologico maggiormente validato per il DOC (Menzies & De Silva, 2003).

La TMC ha dimostrato con numerosi studi, di essere anch'essa un trattamento efficace ed efficiente in termini di tempo e facilmente erogabile per il DOC. Essa si focalizza sulla rimozione degli stili di pensiero inadeguati, proponendo che qualsiasi modificazione del contenuto cognitivo possa avvenire solamente se affrontato a livello metacognitivo. La TMC per il DOC ha l'obiettivo di aumentare la consapevolezza nei pazienti del ruolo che la metacognizione ha nel mantenere i loro sintomi. Lo scopo è consentire ai pazienti di valutare oggettivamente le loro ossessioni come eventi meramente mentali che non richiedono ulteriori processi. Il terapeuta suggerisce che, per prendere le distanze dai propri pensieri e scoprire come essi siano solo degli eventi mentali non troppo importanti, anziché tentare di sbarazzarsene si può emettere il rituale, tenendolo però a mente. Questa tecnica prende il nome di Esposizione con concessione della risposta (ERC).

Inoltre, alcuni studi preliminari e l'osservazione clinica suggeriscono che i training basati sulle tecniche di mindfulness possono essere un utile ed efficace intervento per i soggetti affetti da DOC per prevenire e neutralizzare la tendenza a ruminare che i pazienti ossessivi hanno, permettendo di imparare a stare in contatto con i pensieri intrusivi (normali) senza reagire a essi in modi disfunzionali e controproducenti.

Osservare il contenuto dei pensieri mentre compaiono e lasciarli poi andare ritornando al focus originario dell'attenzione aiuta i pazienti a sviluppare una prospettiva decentrata e distaccata in relazione a qualsiasi tipo di cognizione. La pratica di mindfulness incoraggia i pazienti a sospendere la "lotta" che essi tendono a ingaggiare con i loro pensieri ed emozioni e a rinunciare alle inefficaci strategie di evitamento esperienziale utilizzate fino a quel momento per difendersi dal contenuto di quella esperienza interna. Il fatto che le cognizioni disturbanti nel DOC sono generalmente accompagnate da insight o egodistonia (il riconoscimento che i propri sintomi sono eccessivi, inappropriati o irrealistici) rendono tale disturbo particolarmente idoneo ai metodi basati sulla mindfulness. Infatti, i sintomi in sé possono diventare oggetti di osservazione da parte del paziente, che è indotto a vederli con maggiore chiarezza e consapevolezza e a iniziare un processo di decentramento e disidentificazione degli stati interni. Non esiste stato mentale più estremo di quello ottenuto per mezzo della Detached Mindfulness, in cui si esperisce il senso di sé come spettatore dei prodotti della propria coscienza: è questa l'essenza assoluta dell'essere consapevoli.

Anche nei disturbi d'ansia e depressione troviamo dei processi di pensiero disfunzionali simili, quali il rimuginio (worry) e la ruminazione. Questa costante attività mentale porta a ragionare in modo continuativo e ripetitivo su certi pensieri negativi.

Secondo Borkovec et al., (1998), il rimuginio non è solo un sintomo dell'ansia, ma è un fenomeno clinico a sé stante, un processo mentale che si accompagna all'ansia e contribuisce al suo mantenimento e aggravamento. Il worry è la componente cognitiva dell'ansia ed è considerato la caratteristica cardinale del disturbo d'ansia generalizzato (GAD) ma è comune in molti altri disturbi: disturbi di panico, fobia sociale, fobie specifiche, ipocondria, PTSD, insonnia, depressione, distimia.

Un altro aspetto importante presente nel rimuginio è la presenza di metacredenze negative e positive sul rimuginio stesso (Wells, 2000). Queste credenze conducono alla percezione del rimuginio come pericoloso o incontrollabile e sono particolarmente deleterie poiché danno origine a un secondo tipo di rimuginio, la tendenza a "rimuginare sul proprio rimuginio" (meta-worry) e sulle sue conseguenze. I pazienti si spostano dal rimuginare sulle preoccupazioni a fare del rimuginio la principale preoccupazione.

La persona ansiosa inizia a sperimentare la paura di non riuscire più a controllare la propria attività mentale. Secondo il modello del worry di Wells, è proprio la preoccupazione di tipo II ad essere associata alla psicopatologia. Infatti nel GAD troviamo un'alta incidenza di preoccupazione di questo tipo.

Allo stesso modo funziona il processo della ruminazione. Secondo il modello della ruminazione di Wells, a seguito di uno specifico trigger (una perdita o un insuccesso) si attivano credenze metacognitive circa i vantaggi e i benefici della ruminazione stessa, che motivano gli individui con depressione a impegnarsi in un sostenuto pensiero ruminativo. Una volta che la ruminazione è attivata, gli individui la valutano come incontrollabile e dannosa (meta-ruminazione). Wells afferma quindi, che una serie viziosa di ruminazione e metacognizione sono responsabili della perpetuazione della depressione.

Infine, un altro costrutto che ha un ruolo chiave nel mantenimento del worry è l'Intolleranza all'Incertezza (UI), cioè l'incapacità dell'individuo di sopportare, di tollerare la precarietà della vita, la provvisorietà delle esperienze.

L'UI è considerato un fattore di vulnerabilità e di mantenimento per il GAD (Ladouceur et al.; 2000) e il DOC (Robichaud & Dugas, 2006). Negli ultimi anni, l'UI è postulato come fattore di mantenimento transdiagnostico alla base di molti disturbi psicologici (McEvoy & Mahoney, 2011, 2012), quindi un fattore fondamentale che dovrebbe essere specificatamente mirato all'interno del trattamento.

In questo elaborato si è mostrata la complessità della mente umana, la capacità dell'individuo di attorcigliare i propri pensieri in tortuosi ragionamenti, l'incredibile abilità di innescare dilemmi senza fine, di alimentare paure, ansie, preoccupazioni in una lotta interna senza pari dalla quale l'essere umano ne esce perdente.

Salkovskis propone di considerare *“le intrusioni come fossero rumore”*: *privarle così di valore, non fondere il pensiero con la persona e la realtà.*

Coltivare la capacità di prendere le distanze dai pensieri negativi, dalle pretese, dalle aspettative troppo rigide che ci appesantiscono e influiscono negativamente sul nostro stato d'animo. Sviluppare la capacità di cogliere le occasioni che la vita ci presenta dando un peso “relativo” a contrattempi e incomprensioni senza lasciarsi andare a considerazioni pessimistiche o tragiche.

È questa la capacità che ogni essere umano dovrebbe sviluppare, ricordarsi che la vita è anche cambiamento, ciclicità e imprevedibilità.

“Prendete la vita con leggerezza, che leggerezza non è superficialità, ma planare sulle cose dall'alto, non avere macigni sul cuore!”. (Italo Calvino, 1985)

Ringraziamenti

I miei più sinceri ringraziamenti vanno alle persone che mi sono vicine ogni giorno, che mi supportano e mi sopportano in questa impresa, a mio marito Mauro, che è stata la mia “sponda”, sempre presente, con i suoi consigli e suggerimenti. Ai miei figli Kevin, Alan e Antoneta, che mi hanno sempre incitato a proseguire e mi hanno “salvato” nei momenti di crisi con la tecnologia.

Inoltre, devo esprimere una grande e profonda gratitudine alla Prof.ssa Caterina Novara che con gentilezza, pazienza e cordialità mi ha condotta fin qui.

Grazie alla sua professionalità e alla costante presenza mi ha permesso di raggiungere questo traguardo tanto desiderato ma altrettanto carico di fatica e sacrificio.

Grazie a tutti di cuore!

Bibliografia

Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2003). Seeing white bears that are not there: Inference processes in obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 23–37.

Aardema, F., O'Connor, K., (2003). Seeing white bears that are not there: Inference processes in obsessions. *Cognitive Psychotherapy*, 17,23–37.

Aardema, F., O'Connor, K., Emmelkamp, P., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: Inferential Confusion Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 293–308.

Aardema, F., Emmelkamp, P. M. G., & O'Connor, K. (2005). Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 337–345.

Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: The inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 293–308.

Aardema, F., Emmelkamp, P. M., O'Connor, K. P., (2005b). Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Psychotherapy*. 12,338–345.

Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M., Marchand, A., Todorov, C., (2005b). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research Therapy*. 43,293–308.

Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M., (2006). Inferential confusion and obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*. 35, 138–147.

Aardema, F., O'Connor, K., & Emmelkamp, P. M. G. (2006). Inferential Confusion and Obsessive Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 35(3):138-47

Aardema, F., Trihey, M., Kleijer, T. M., O'Connor, K., Emmelkamp, P. M., (2006b). Processes of inference, schizotypal thinking, and obsessive-compulsive behavior in anormal sample. *Psychological Reports*, 99,213–220.

Aardema, F., O'Connor, K., (2007). The menace within: obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy* .21,182–197.

Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2007). The menace within: Obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy: International Quarterly*, 21, 182–197.

Aardema, F., & O'Connor, K. (2007). The menace within: Obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 182–197.

Aardema, F., Radomsky, A. S., O'Connor, K., & Julien, D. (2008). Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms: A multidimensional investigation of cognitive domains. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 227–238.

Aardema, F., Radomsky, A. S., O'Connor, K. P., Julien, D., (2008). Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms: a multidimensional investigation of cognitive domains. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.15,227–238.

Aardema, F., O'Connor, K. P., Pelissier, M.-C., Lavoie, M. E., (2009). The quantification of doubt in obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 188–205.

Aardema, F., O'Connor, K., Pélissier, M.-C., & Lavoie, M. (2009). The quantification of doubt in

obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 188–205.

Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D., & Dennie, S. (2010). The expanded version of the inferential confusion questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 448–462.

Aardema, F., O'Connor, K., Cote, S., Taillon, A., (2010b). Virtual reality induces dissociation and lowers sense of presence in objective reality. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 13,429–435.

Aardema, F., Wu, K.D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D., Dennie, S., (2010b). The expanded version of the Inferential Confusion Questionnaire: further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32,448–462.

Aardema, F., Wu, K.D., (2011). Imaginative, dissociative, and schizotypal processes in obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, .67,74–81.

Aardema, F., O'Connor, K., (2012). Dissolving the tenacity of obsessional doubt: implications for treatment outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 43,855–861.

Aardema, F., & O'Connor, K. (2012). Dissolving the tenacity of obsessional doubt: Implications for treatment outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 855–861.

Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A.S., Doron, G., Allamby, J., Souki, E., (2013). Fear of self and obsessionality: development and validation of the fear of self questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive Related Disorders*, 2, 306–315.

Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the fear of self questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 306–315.

Aardema, F., Moulding, R., Melli, G., Radomsky, A. S., Doron, G., Audet, J. S., et al. (2017). The role of feared possible selves in obsessive-compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive self-construct in clinical samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25,19,29.

Aardema, F., Wu, K., Careau, Y., O'Connor, K., & Dennie, S. (2019). The expanded version of the Inferential Confusion Questionnaire : Development and validation. *Journal of Psychopathology & Behavioural Assessment*, 32; 448-462

Aardema, F., Wong, S. F., Audet, J. S., Melli, G., & Baraby, L. P. (2019). Reduced fear-of-self is associated with improvement in concerns related to repugnant obsessions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 327–341.

Aardema, F., & Wong, S. F. (2020). Feared possible selves in cognitive-behavioral theory: An analysis of its historical and empirical context, and introduction of a working model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24, 100479.

Aardema, F. (2020). COVID-19, Obsessive-Compulsive Disorder and invisible life forms that threaten the self. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100558.

Ainslie, G., & Haslam, N. (1992). Hyperbolic discounting. In G. Loewenstein & J. Elster (Eds.), *Choice over time* (pp. 57–92).

Abramowitz, A., Doron, G., Sar-El, D., & Altenburger, E. (2013). Subtle threats to moral self-perceptions trigger obsessive-compulsive cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 1132–1139.

Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 44-52.

- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29, 339–355.
- Abramowitz, J. S., & Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1016–1035.
- Abramowitz, J. S., TOLIN, D.F., Street, G.P. (2001), “Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies”. In *Clinical Psychology Review*, 21, 5, pp. 683-703
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Whitehouse, W.G., Hogan, M.E., Tashman, N.A., Steinberg, D.L., Rose, D.T., Donovan, P. (1999), “Depressogenic cognitive styles: Predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins”. In *Behaviours Research and Therapy*, 37, pp. 503-531.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775–777.
- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Audet, J. S., Wong, S. F., Radomski, A. S., & Aardema, F. (2020). Not all intrusions are created equal: The role of context, feared self-perceptions and inferential confusion in the occurrence of abnormal intrusions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100537.
- Baker, C. A., & Morrison, A. P. (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition. *Psychological Medicine*, 28, 1199–1208.
- Barlow DH. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of panic*, 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Beck A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press (trad. it. 1984, «Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi», Astrolabio, Roma)
- Beck A.T., Freeman A.& Associates (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. London: The Guilford Press
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J.S. (2011). *La terapia cognitivo comportamentale*. Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore.
- Behar, E., DiMarco, I.D., Hekler, E.B., Mohlman, J., and Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of Generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorder*. 23, 1011–1023.

- Bélanger L, Morin CM, Langlois F, Ladouceur R.(2004). Insomnia and generalized anxiety disorder: effects of cognitive behavior therapy for gad on insomnia symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2004;18(4):561-71
- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F (2008). *Manual de psicopatología*. Volúmenes I y II. McGraw-Hill. Madrid.
- Berle, D., & Starcevic, V. (2005) . Thought-action fusion: Review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 263–284.
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190:97–104.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 612–624.
- Boelen, P.A., and Reijntjes, A.(2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*. 23, 130–135.
- Borkovec TD, Inz J (1990): The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy* 28:153-158.
- Borkovec, T.D., Ray, W.J., Stober, J. (1988), “Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes”. In *Cognitive Therapy and Research*, 22, pp. 561-576.
- Borkovec TD, Inz J (1990): The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy* 28:153-158.
- Borkovec, T.D., Lyonfields, J.D., Wisner, S.L., Diehl, L., (1993), “The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery”. In *Behaviour Research and Therapy*, 31, pp. 321-324.
- Borkovec TD, Ruscio AY (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*;62:37–42.
- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 321–324.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalised anxiety subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25–30.
- Borkovec, T. D., Lyonfields, J. D., Wisner, S. L., & Deihl, L. (1993). The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 321–324.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9–16.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T. & DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9–16.

- Borkovec, T.D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in Generalised Anxiety Disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153–158.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N., & Hopkins, M. (1991). The Nature of Normal and Pathological Worry. In R. M. Rapee, & D. H. Barlow (Eds.) *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression* (pp. 29-51)
- Borkovec, TD.; Alcaine, OM.; Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg, RG.; Turk., CL.; Mennin, DS., editors. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. Guilford; New York: 2004. p. 77-108
- Bortolon, C., Larøi, F., Stephan, Y., Capdevielle, D., Yazbek, H., Boulenger, J. P., & Raffard, S. (2014). Further insight into the role of metacognitive beliefs in schizophrenia and OCD patients: Testing a mediation model. *Psychiatry Research*, 15, 698–701.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Carraro, E., Barclay, N., Payne R. & Freestone, M. H. (2016). Revising the Intolerance of Uncertainty Model of Generalized Anxiety Disorder: Evidence from UK and Italian Undergraduate Samples. *Frontiers in Psychology*, 7, 1723.
- Buhr K, Dugas MJ. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*;40:931–945.
- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. (2005). A multidimensional metaanalysis of psychotherapy for PTSD. *Am Journal of Psychiatry*;162:214–27.
- Brakoulias, V., Starcevic, V. (2011). The Characterization of Beliefs in Obsessive–Compulsive Disorder. *The Psychiatric Quarterly* 82, 151–161
- Brown TA, Di Nardo PA, Lehman CL, Campbell LA (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*; 110:49–58.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835–844.
- Brown, O’Leary and Barlow D.A. (2001). *Generalized Anxiety Disorder* pp 154-208 in D.A. Barlow (Ed) *Clinical Handbook of psychological disorders; a step by step manual* (3rd edition). New York: Guilford Press
- Bruce, S. E., Machan, J. T., Dyck, I., & Keller, M. B. (2001). Infrequency of "pure" GAD: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depression and Anxiety*, 14(4), 219–225
- Butow P. N., Turner J., Gilchrist J., Sharpe L., Smith A. B., Fardell J. E., et al. . (2017). Randomized trial of conquerfear: A novel theoretically based psychosocial intervention for fear of cancer recurrence. *Journal of Clinical Oncology*. 35, 4066–4077.
- Carleton, R.N. (2016). Into the unknown: a review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*. 39, 30–43. doi: 10.1016
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279–296.
- Caselli, G., Giovini, M., Giuri, S., Rebecchi, D. (2011), “Psicopatologia cognitiva della ruminazione”. In *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 17, 2, pp- 174-185

- Caselli, G., Ruggiero, G.M., Sassaroli, S. (2017). *Rimurginio – Teoria e terapia del pensiero ripetitivo*. Raffaello Cortina Editore
- Catalano, A., Martino, G., Bellone, F., Gaudio, A., Lasco, C., Langher, V., ... & Morabito, N. (2018). Anxiety levels predict fracture risk in postmenopausal women assessed for osteoporosis. *Menopause*, 25(10), 1110-1115.
- Cavanagh M. J., & Franklin, J. (2000). Attention Training and Hypochondrias: Preliminary Results of a Controlled Treatment Trial. Paper presented at the World Congress of Cognitive Therapy, Vancouver, Canada.
- Clark (Eds.), *Cognitive therapy for psychiatric problems a practical guide* (pp. 235–276). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guildford Press.
- Clark, D. A. (2016). Finding the self in a cognitive behavioral perspective. In M. Kyrios, R.
- Clark, D.M., Wells, A., (1995), “A cognitive model of a social phobia”. In Heimberg, M.R., Liebowitz, D.A., Hope, F.R., Shneider, F.R. (a cura di), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 69-93). New York, NY: Guilford Press
- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 546–553.
- Clark, D. A. and Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161±167.
- Clark, D. M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318–344). New York, NY: Guilford Press.
- Cooper Myra J, Kavita Deepak, Elizabeth Grocutt, Emma Bailey, (2007). The experience of ‘feeling fat’ in women with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: an exploratory study European Eating Disorders Review, 15, 5, 366-372
- Cornoldi C., (1995). "*Metacognizione ed Apprendimento*", Il mulino, Bologna.
- Cornoldi C., Caponi B., (1991). "*Memoria e metacognizione*", Erickson, Trento.
- Craske MG, Rapee RM, Jackel L, Barlow DH. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and non anxious controls. *Behaviour Research and Therapy* 27:397–402.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety Disorders: Psychological Approaches to Theory and Treatment*. Boulder, CO: Westwide Press.
- D’Zurilla, T.J., and Nezu, A.M. (1999). *Problem-Solving Therapy: A Social Competence Approach to Clinical Intervention*. New York, NY: Springer.
- D’Zurilla, T.J., and Nezu, A.M. (2006). *Problem-Solving Therapy: A Positive Approach to Clinical Intervention*. New York, NY: Springer.

- De Jong-Meyer R, Beck B, Riede K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*; 46:547–551.
- Danielle A. Enstein, (2014), “Extension of the Transdiagnostic Model to Focus on Intolerance of Uncertainty: A Review of the Literature and Implications for Treatment”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 280-300
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 115–127.
- Doron, G., & Kyrios, M. (2005). Obsessive-compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415–432.
- Doron, G., Kyrios, M., & Moulding, R. (2007). Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of OCD. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 433–444.
- Doron, G., Kyrios, M., Moulding, R., Nedeljkovic, M., & Bhar, S. (2007). “We do not see things as they are, we see them as we are”: A multidimensional world-view of obsessive compulsive disorder (OCD). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 221–235.
- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Sensitivity of self beliefs in obsessive compulsive disorder (OCD). *Anxiety and Depression*, 25, 874–884.
- Doron, G., Sar-El, D., & Mikulincer, M. (2012). Threats to moreal self-perceptions trigger obsessive compulsive contamination-related behavioral tendencies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 884–890.
- Doron, G., Sar-El, D., Mikulincer, M., & Talmor, D. (2012). Experimentally-enhanced attachment security influences obsessive compulsive related washing tendencies in a non-clinical sample. *E-Journal of Applied Psychology*, 8(1), 1–8.
- Doron, G., Szepeswol, O., Karp, E., & Gal, N. (2013). Obsessing about intimate-relationships: Testing the double relationship-vulnerability hypothesis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 433–440.
- Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*;21:593–606.
- Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*;36:215–226.
- Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. (2001) Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*; 25:551–558.
- Dugas MJ, Koerner N. (2005); Cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*;19:61–81.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593–606.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215–226.

- Dugas, M.J., Freeston, M.H., and Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy Research*, 21, 593–606.
- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladoceur, R., and Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research Therapy*, 36, 215–226.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011-1030.
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(3), 217-249.
- Ehlers, A.; Mayou, R.A.; Bryant, B.; (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*. Volume 41, Issue 1, Pages 1-10
- Einstein, D. A. (2014). Extension of the Transdiagnostic Model to Focus on Intolerance of Uncertainty: A Review of the Literature *and Implication for Treatment*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 280-300
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2008). Does magical thinking improve across treatment for obsessive-compulsive disorder? *Behaviour Change*, 25, 149–155.
- Elif, K., Basaran, D., Hilal, D., & Ali Emre, S. (2008). Thought-Action Fusion: Is it present in schizophrenia? *Behaviour Change*, 25, 169–177.
- Ellis, A. (1962), *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Astrolabio, Roma 1989. Ruggiero G.M., Ammendola E., Caselli G., Sassaroli S. (2014)
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. Prentice-Hall.
- Emmelkamp, P. M. G., & Aardema, A. (1999). Metacognition, specific obsessive–compulsive beliefs and obsessive–compulsive behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139–145.
- Fairburn, C. (2011). The current status of transdiagnostic research and practice. Keynote presented at AACBT 34th National Conference: CBT across the lifespan, Sydney, Australia.
- Fantinelli, S., Marchetti, D., Verrocchio, M. C., Franzago, M., Fulcheri, M., & Vitacolonna, E. (2019). Assessment of psychological dimensions in telemedicine care for gestational diabetes mellitus: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Frontiers in psychology*, 153.
- Fisher, P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder? In G. C. L. Davey, & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 359e378) Chichester: Wiley.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005a). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive–compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543–1558.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: a case series. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117–132.

Fisher, P. L., McNicol, K., Young, B., Smith, E., and Salmon, P. (2015). Alleviating emotional distress in adolescent and young adult cancer survivors: an open trial of metacognitive therapy. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 4, 64–69.

Fisher, P.L. & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, Volume 43, Issue 12, Pages 1543-1558

Fisher, P.L. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 6, 821-829

Fisher, P.L. & Wells, A. (2006). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* Volume 39, Issue 2, Pages 117-132

Fisher, P.L. (2009). Obsessive Compulsive Disorder: A comparison of CBT and Metacognitive Approach. *International Journal of Cognitive Therapy* 2(2):107-122

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906±911.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive–Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485–496.

Freeman, W.J. (1999), *Come pensa il cervello*. Tr. It. Einaudi, Torino 2000.

Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*;17:791–802.

Freeston, M. H. and Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 335±348.

Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1996). Thoughts, images, worry, and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 265–273.

Freeston, M.H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Letarte, H., Gagnon, F., Thibodeau, N., (1994). Self-report of obsessions and worry. *Behaviour Research and Therapy*. 32,29–36.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Retarte, H., Rhéaume, J., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1994). Measurement of obsessive–compulsive symptoms with the Padua Inventory: Replication and extension. Unpublished research report. Quebec, Canada: Ecole de psychologie, Université Laval.

Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Mennin, D. S., & Turk, C. L. (2002). Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 313–323.

Fresco, D.M., Frankel, A.N., Mennin, D.S., Turk, C.L. & Heimberg, R.G. (2002). Distinct and Overlapping Features of Rumination and Worry: The Relationship of Cognitive Production to Negative Affective States. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 26, No. 2, pp. 179–188

- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291–296.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (Eds.). (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. Amsterdam: Pergamon/Elsevier.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), 449-468.
- García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., Odriozola-González, P., Perona-Garcelán, S., Cuevas-Yust, C., & Vallina-Fernández, O. (2013). Suma Psicológica Volume 23, Issue 2, Pages 80-89
- García-Montes, J.M., Pérez-Álvarez, M., Balbuena, C.S., Garcelán, S.P., & Cangas, A.J. (2006). Behaviour Research and Therapy Volume 44, Issue 8, Pages 1091-1104
- José M. García-Montes; Marino Pérez-Álvarez; Paula Odriozola-González; Oscar Vallina-Fernández & Salvador Perona-Garcelán (2014). The role of magical thinking in hallucinations. Comparisons of clinical and non-clinical groups. *Nordic Journal of Psychiatry* 68, 605-610
- Gentes, E.L., and Ruscio, A.M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review* 31, 923–933.
- Gilbert, D. T., & Wilson, T. D. (2009). Why the brain talks to itself: Sources of error in emotional prediction. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 364, 1334–1351.
- Golden, K. M. (1977). Voodoo in Africa and the United States. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1425–1427.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Ramussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012–1016.
- Graham C.L. Davey & Wells, A. (2006). *Worry and its Psychological Disorders - Theory, Assessment and Treatment*. John Wiley & Sons Ltd
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Grøtte, T., Solem, S., Vogel, P. A., Guzey, I. C., Hansen, B., & Myers, S. G. (2015). Metacognition, responsibility, and perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 41–50.
- Grotte, T., Solem, S., Vogel, P.A., Guzey, I.C., Hansen, B. & Myers, S.G. (2014). Metacognition, Responsibility, and Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder. Cognitive Therapy and Research volume 39, 41–50

Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137–144.

Hammarberg, M. (1992). Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment*, 4, 67-76.

Hayes, S., Hirsch, C., Mathews, A. (2008), “Restriction of working memory capacity during worry”. In *Journal of abnormal psychology*, 117, 3, pp. 712-717.

Halvorsen, M., Hagen, R., Hjemdal, O., Eriksen, M. S., Sørli, A. J., Waterloo, K., . . . & Wang, C. (2015). Metacognitions and thought control strategies in Unipolar Major Depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 31–40.

Harrington, J. A., & Blankenship, V. (2002). Ruminative Thoughts and Their Relation to Depression and Anxiety. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(3), 465–485

Harvey, A. G., & Greenall, E. (2003). Catastrophic worry in primary insomnia. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 34(1), 11-23.

Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 41, 383-401.

Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*;64:1152–1168.

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2011). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180–198.

Harvey AG, Greenall E. (2003) Catastrophic worry in primary insomnia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*;34(1):11-23.

Hasselhorn, M. & Labuhn, A.S. (2011). *Encyclopedia of Adolescence*. Elsevier.

Hazlett RL, McLeod DR, Hoehn-Saric R (1994): Muscle tension in generalized anxiety disorder: Elevated muscle tonus or agitated movement? *Psychophysiology* 31:189-195.

Heine, S. J., Proulx, T., & Vohs, K. D. (2006). The meaning maintenance model: On the coherence of social motivations. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 88–110.

Higginson, S., Mansell, W., & Wood, A. M. (2011). An integrative mechanistic account of psychological distress, therapeutic change and recovery: The perceptual control theory approach. *Clinical Psychology Review*, 31, 249–259.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15(5), 389–395.

Hoehn-Saric R, Masek BJ. (1981). Effects of naloxone on normals and chronically anxious patients. *Biological Psychiatry*;16(11), 1041-50.

- Holaway, R.M., Heimberg, R.G., and Coles, M.E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158–174.
- Hollander, E., Greenwald, D., Neville, D., Johnson, J., Hornig, C. D., & Weissman, M. M. (1996). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depression and Anxiety*, 4, 111–119.
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 277–290.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218
- Jahoda, G. (1969). *The psychology of superstition*. New York, NY: Penguin Books.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemen, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2002). Too much thinking about thinking: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 418, 1–15.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemen, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2002). Too much thinking about thinking: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 418, 1–15.
- Jordan, J., Carter, J. D., McIntosh, V. V., Fernando, K., Frampton, C.M., Porter, R. J., and Joyce, P. R. (2014). Metacognitive therapy versus cognitive behavioural therapy for depression: a randomized pilot study. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 48, 932–943.
- Julien, O'Connor, & Aardema. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *Journal of Affective Disorders*, 202, 187–196.
- K. Buhr and M. J. Dugas, "The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version," *Behaviour Research and Therapy*, vol. 40, no. 8, pp. 931–945, 2002.
- Kabakci, E., Demir, B., Demirel, H. & Sevik, A.E. (2008). Thought – Action Fusion: It is Present in Schizophrenia. *Journal of Behaviour Change*, 25, 169-177.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 149(7):936-43.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. - U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kivi, H. G., & Ne'mat Mohammadipour Rik, F. S. (2013). Explanation of obsessive-compulsive disorder and major depressive disorder on the basis of thought-action fusion *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7, 44–50.
- Koerner, N., and Dugas, M.J. (2006). "A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty," in *Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment*, eds G.C.L. Davey and A. Wells (Chichester: Wiley), 201–216.

Koerner, N., and Dugas, M.J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: the role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Research and Therapy*. 32, 619–38.

Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1997). *Mastery of obsessive–compulsive disorder: a cognitive-behavioral approach*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Kubzansky, L.D., Kawachi, I., Spiro, A., Weiss, S.T., Vokonas, P.S., Sparrow, D. (1997), “Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study”. In *Circulation*, 95, 4, pp. 918-824.

Kushner, M., Abrams, K., & Borchardt, C.M. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical psychology review*, 20 2, 149-71 .

Ladouceur R, Paquet C, Dubé D, (1996). Erroneous Perceptions in Generating Sequences of Random Events. Journal of Applied Social Psychology. Volume 26, Issue 24 p. 2157-2166

Ladouceur R, Gosselin P, Dugas MJ (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy* 2000;38:933–941.

Langlois F, Freeston MH, Ladouceur R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 2. *Behaviour Research and Therapy*; 38(2):175-89

Larøi, F., Van der Linden, M., & Marczewski, P. (2004). The effects of emotional salience, cognitive effort and meta-cognitive beliefs on a reality monitoring task in hallucination-prone subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 221-233.

R Ladouceur¹, M J Dugas, M H Freeston, E Léger, F Gagnon, N Thibodeau, (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 957-64.

Lee, H.-J, Cogle, J.R., & Telch, M.J. (2005). Thought–action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 29–41.

Le Doux, J. (1996), *Il cervello emotivo: alle origini delle emozioni*. Tr. It. Baldini e Castoldi, Milano.

Lenzo, V., Geraci, A., Filastro, A., & Quattropani, M. C. (2019). Effect on post-stroke anxiety and depression of an early neuropsychological and behavioural treatment. *Journal of Psychopathology*, 25, 63-69.

Lenzo, V., Sardella, A., Marino, G. & Quattropani, C. (2020). A Systematic Review of Metacognitive Beliefs in Chronic Medical Conditions.

Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., and Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 107, 109–117.

Lyubomirsky, S., Kasri, F., Zehm, K. (2003), “Dysphoric rumination impairs concentration on academic task”. In *Cognitive Therapy and Research*, 27, pp. 309-330

Ludvik, D. & Boschen, M.J. (2015). Cognitive restructuring and detached mindfulness: Comparative Impact on a compulsive checking task. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 5, 8-15.

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, 176–190.

- Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S. C., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P. A., Fakhry, H. I., et al. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 18(1), 21–33.
- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva - Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Raffaello Cortina Editore
- Mansell, W. (2005). Control theory and psychopathology: An integrative approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 141–178.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafan, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6–19.
- Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., et al. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 78–88.
- Martin, J. R. (2002). The common factor of mindfulness – An expanding discourse: Comment on Horowitz (2002). *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 139–142.
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In J. S. Uleman, & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thoughts* (pp. 306-325)
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In R. S. Wyer Jr. (Ed.), *Ruminative thoughts* (pp. 1-47). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Martino, M. L., & Freda, M. F. (2016). Meaning-Making Process Related to Temporality During Breast Cancer Traumatic Experience: The Clinical Use of Narrative to Promote a New Continuity of Life. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 622-634.
- Myers, S.G., Fisher, P.L. & Wells, A. (2008). An empirical test of the metacognitive model of Obsessive-Compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signal. *Journal of Anxiety Disorders* 23, Issue 4, Pages 436-442
- McEvoy, P., and Mahoney, A.E. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 25, 112–122.
- McEvoy, P.M., and Mahoney, E.A.J. (2012). To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behaviour Therapy*. 43, 533–545.
- McLean, C.P., and Anderson, E.R. (2011). Brave men and timid women? Are view of the gender difference sin fear and anxiety. *Clinical Psychology Review* 6, 496–505.
- McNaughton, N., & Gray, J. A. (2000). Anxiolytic action on the behavioural inhibition system implies multiple types of arousal contribute to anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 61, 161-176.
- McLaughlin, K.A., Mennin, D.S., Farach, F.J., (2007), “The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder”. In *Behaviour Research and Therapy*, 45, 8, pp. 1735-1752.
- Melli, G., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Fear of self and unacceptable thoughts in OCD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23, 226–235.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD (1990). Development and validation of the Penn State

- Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* ;28:487–495.
- Molina, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., & Person, D. (1998). Content analysis of worrisome streams of consciousness in anxious and dysphoric participants. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 109–123.
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour, Research and Therapy*, 41, 251–256.
- Moulding, G. Doron, S. S. Bhar, M. Nedeljkovic, & M. Mikulincer (2016), *The self in understanding and treating psychological disorders*. Cambridge University Press, 91-101.
- Moulding, R., Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2014). Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 161–168.
- Muris, P., & Merkelbach, H. (2003). Thought–action fusion and schizotypy in undergraduate students. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 211–216.
- Muris, P., Roelofs, J., Meesters, C., & Boomsma, P. (2004). Rumination and Worry in Nonclinical Adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 539-554.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive–compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806–817.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2013). An experimental manipulation of metacognition: A test of metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 177–184.
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 132–142.
- Myers, S.G. Fisher. P.L. & Wells. A. (2009) An empirical test of metacognitive model of obsessive-compulsive symptom fusion beliefs, beliefs about rituals and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders* 23. 436-442
- Nisita, C., Petracca, A., Akiskal, H.S., Galli, L., Gepponi, I., Cassano, G.B. (1990), “Delimitation of gebneralized anxiety disorder: Clinical comparisons with panic and major depressive disorders”. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 5, pp. 409-415.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569–582.
- Nelson, T.o., Stuart, R.B., Howard, G., & Crawley, M. (1999). Metacognitiion and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 73-80.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504–511.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561–570.
- 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.
- Nordhal, H.M., Halvorsen, J.O., Hjemdal, O., Ternava, M.R. & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy

vs. eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder: study protocol for a randomized superiority trial. *Trials* 19, 164

Normann, N. & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, 14;9:2211

Normann, N., van Emmerik, A., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, 31/5, 402–411.

O'Connor, K., Aardema, F., (2012). *Clinician's Handbook for Obsessive Compulsive Disorder: Inference-Based Therapy*. Wiley-Blackwell, Chichester.

O'Connor, K. and Robillard, S. (1995). Inference processes in obsessive-compulsive disorder: Some clinical observations. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 887–896.

Odrizola-González, P., Pérez-Alvarez, M., García-Montes, J.M., Perona-Garcelán, S., Vallina-Fernández, O. (2016). The mediating role of metacognitive variables in the relationship between Thought-Action Fusion and Obsessive-Compulsive Symptomatology. *Suma Psicológica*, 24 Pages 80-89

Olatunji, B.O., Cisler, J.M., & Tolin, D.F. (2007). Quality of life in anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572–581.

Olstad, S., Solem, S., Hjemdal, O., & Hagen, R. (2015). Metacognition in eating disorders: comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating behaviors*, 16, 17-22 .

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2008). *Ruminazione depressiva - Teoria e trattamento*. Erickson

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with Attention Training. *Cognitive and Behavioural Practise*, 7, 407–413.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261–273.

Papageorgiou, C., and Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behaviour Therapy*, 32, 13–26.

Papageorgiou, C., Wells, A., and Meina, L. J. (2003). Development and Preliminary Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behavioural Research and Therapy*, 46, 757–765.

Papageorgiou, C., Wells, A., and Meina, L. J. (2003). Development and Preliminary Evaluation of the Negative Beliefs About Rumination Scale. Unpublished manuscript.

Papageorgiou, C., Wells, A., (2004), *Ruminazione Depressiva. Teoria e Trattamento*. Tr. It. Erickson, Trento 2008.

Piaget (1934) *La nascita dell'intelligenza nel bambino* / Jean Piaget Piaget, Jean ; Gorla, Gioia; Mennillo, Alessandra Firenze : La nuova Italia ; 1973

Pollard, C. A., Henderson, G., Frank, M., & Margolis, M. (1989). Help-seeking patterns of anxiety-disordered individuals in the general population. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 131–138.

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a 'theory of mind'? *Behaviour and Brain Sciences*, 4, 515-526.

Purdon, C. and Clark, D. A. (1998a). Suppression of unwanted thoughts: A case of delayed habituation? Manuscript under review.

Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102–110.

Purdon, C., Harrington, J. (2006), “Worry in psychopathology”. In Davey, G.C., Wells, A. (a cura di), *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment*. Wiley, Chichester (UK), pp. 41-50

Quattropani M. C., Lenzo V., Mucciardi M., Toffle M. E. (2016). Metacognition as predictor of emotional distress in cancer patients. *Life Span and Disability*. 19, 221–239

Quattropani Maria Catena, Alessandra Geraci, Vittorio Lenzo, Roberto delle Chiaie, Antonella Filastro, (2018). Post-stroke anxiety and depression: Relationships to cognitive rehabilitation outcome. *Clinical Neuropsychiatry* 15(1):12-18

Quattropani M. C., La Foresta S., Russo M., Faraone C., Pistorino G., Lenzo V., et al. (2018d). Emotional burden and coping strategies in amyotrophic lateral sclerosis caregivers: The role of metacognitions. *Minerva Psichiatrica*. 59, 95–104.

Rachman, S. &. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior research and therapy*. 16(4):233-248

Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35(9).

Rachman, S. (1981), “Part I. Unwanted intrusive cognitions”. In *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 3, pp. 89-99.

Rachman, S., de Silva, P. (1978), “Abnormal and normal obsessions”. In *Behaviour Research and Therapy*, 16, 4, pp. 233-248.

Rachman, S. J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793–802.

Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385–401.

Rachman, S. J. and Hodgson, R. J. (Eds) (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Rachman, S.J. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behavior Research and Therapy*, 39, 813–822.

Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ:

Rassin, E., & Koster, E. (2003). The correlation between thought–action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 361–368.

Rassin, E., Merkelbach, H., Muris, P., & Schmidt, H. (2001b). The thought–action fusion scale: Further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 537–544.

Rees, C. S., & Anderson, R. A. (2013). A review of metacognition in psychological models of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychologist*, 17, 1–8. research and practice. Guilford; New York: 2004. p. 77-108. *Review*, 24, 1011-1030.

Rygh and Sanderson's (2004) Treating Generalized Anxiety Disorder: Evidence-Based Strategies, Tools, and Techniques. *Cognitive and Behavioral Practice* 13(1):106-108

Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive behavioral treatment targeting intolerance for uncertainty. In G. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders* (pp. 289–304).

Robichaud, M., and Dugas, M. J. (2005b). Negative problem orientation (Part II): construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy* 43, 403–412.

Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: Clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 197(3), 259–264.

Robichaud, M., Dugas, M. J., and Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*. 17, 501–516.

Rochat, L., Manolov, R., and Billieux, J. (2018). Efficacy of metacognitive therapy in improving mental health: a meta-analysis of single-case studies. *Journal of Clinical Psychology*. 74, 896–915.

Roemer L, Molina S, Borkovec TD. 1997. An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185:314–319.

Roemer, L.; Orsillo, SM.; Barlow, DH. (2002) Generalized anxiety disorder. In: Barlow, DH., editor. *Anxiety and Its Disorders*. 2nd ed.. Guilford; New York: p. 477-515.

Ruggero, G.M., Stapinski, L., Caselli, G., Fiore, F., Gallucci, M., Sassaroli, S., Rapee, R.M. (2012), "Beliefs of control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry". In *Personality and Individual Differences*, 53, 3, pp. 224-230.

Ruscio, A.M., Borkovec, T.D., and Ruscio, J. (2001). A taxometric investigation of the latent structure of worry. *Journal of Abnormal Psychology*. 110, 413–422.

Ryum, T., Leif, E., Kennair, O., Hjemdal, O., Hagen, R., Overaas, J. & Solem, S. (2017). Worry and Metacognitions as Predictors of Anxiety Symptoms: A Prospective Study. *Frontiers in Psychology*, 8.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.

Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677–682.

Salkovskis, P.M. (1989). Somatic problems. In: K.E. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, & D.M. Clark (eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 235–276)

Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 33–50). The Guilford Press.

Salkovskis, P. M., Forrester, E., & Richards, C. (1998). Cognitive-behavioral approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173, 53-63.

- Salkovskis, P., & Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In D. M. Clark, & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy*, 179-208. New York: Oxford University Press.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sassaroli, S.; Lorenzini, R.; Ruggiero, M. Giovanni. (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo e evitamento. Psicologia clinica we psicoterapia. Raffaello Cortina Editore*
- Sassaroli, S., Lauro, L. J., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*; 46(6):757-765
- Sassaroli, S., Lorenzini, R., Ruggiero, G.M. (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Raffaello Cortina Editore*
- Sauvageau, J., O'Connor, K., Dupuis, G., Aardema, F. (2020). Experimental priming of feared self-perceptions increases obsessive-compulsive symptoms in a clinical OCD sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 27:100577
- Schneider, W., & Pressley, M. (1997). *Memory development between 2 and 20*. Hillsdale, NJ: Erlbaum .
- Semler CN, Harvey AG. (2005). Misperception of sleep can adversely affect daytime functioning in insomnia. *Behaviour Research and Therapy*. 43(7):843-56.
- Spada, M. M, Gay, H, Nikcevic, 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.
- Sexton, K.A., Norton, P.J., Walker, J.R., and Norton, G.R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 82-4.
- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107.
- Shafran, R., & Robinson, P. (2004). Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 399-407.
- Shafran, R., Teachman, B.A., Kerry, S., & Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 167-179.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-Action Fusion in Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.
- Schönplflug, U., & Bilz, L. (2008). The Transmission Process: Mechanisms and Contexts. In U. Schönplflug (Ed.), *Cultural Transmission: Psychological, Developmental, Social, and Methodological Aspects (Culture and Psychology)*, pp. 212-239).
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: a preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 258-268.

- Siev, J., & Cohen, A.B. (2007). Is thought–action fusion related to religiosity? Differences between Christians and Jews. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 829–837.
- Slade, T., Johnston, A., Browne, M.A.O., Andrews, G., & Whiteford, H. (2009). National survey of mental health handwell being: methods and key findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 594–605.
- Smari, J., & Holmsteinsson, H. E. (2001). Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought-action fusion, and chronic thought suppression in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 13–20.
- Solem, S., Håland, Å. T., Vogel, P. A., Hansen, B., & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive–compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 301–307.
- Solem, S., Myers, S.G., Fisher, P.L., Vogel, P.A. & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*. 23, 436-442
- Sookman, D., & Pinard, G. (2002). Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 63–89). Oxford: Elsevier.
- Spada, M., Georgiou G.A., & Wells, A. (2009). The relationship among Metacognitions, Attentional Control, and State Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 64-71.
- Spada, M.M., Caselli, G., Manfredi, C., Rebecchi, D., Rovetto, F., Ruggero, G.M., Sassaroli, S. (2012) “Parental overprotection of metacognitions and predictions of worry and anxiety”. In *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 3, pp. 287-296.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379–391.
- Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: A preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 55–56.
- Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy* 33:55–56.
- Startup, H., Freeman, D., Garety, P.A. (2007), “Persecutory delusions and catastrophic worry in psychosis: Developing the understanding of delusion distress and persistence”. In *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3, pp. 523-537.
- Sternheim, L., Konstantellou, A., Startup, H., & Schmidt, U. (2011). What does uncertainty mean to women with anorexia nervosa? An interpretative phenomenological analysis. *European Eating Disorders Review*, 19, 12– 24.
- Stober, J., & Joermann, J. (2001). Worry, Procrastination, and Perfectionism: Differentiating Amount of Worry, Pathological Worry, Anxiety, and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 49-60.
- Stöber, J., Borkovec, T.D. (2002). Reduced Concreteness of Worry in Generalized Anxiety Disorder: Findings from a Therapy Study. *Cognitive Therapy and Research* 26, 89–96
- Sun, X., Zhu, C., and So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *European Psychiatry* 45, 139–153.

Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Arch Gen Psychiatry. (1989) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. Archive of general psychiatry;46(4):335-41.

Swinson, M. M. Antony, S. Rachman and M. A. Richter (Eds), Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment. New York: Guilford, pp. 33±50.

Tallis, F., & de Silva, P. (1992). Worry and obsessional symptoms: a correlational analysis. Behaviour Research and Therapy, 30, 103–105.

Tolin, D.F., Abramowitz, J.S., Brigidi, B.D., and Foa, E.B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233–242.

Tolin, D.F., Woods, C.M., Abramowitz, J.S., (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 657–669.

Tritt, S. M., Inzlicht, M., & Harmon-Jones, E. (2012). Toward a biological understanding of mortality salience (and other threat compensation processes). *Social Cognition*, 30, 715–733.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Stanley, M. A. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12(2), 257–270.

Van Balkom, A. J. L. M., van Oppen, P., Vermeulen, A. W. A., van Dyck, R., Nauta, M. C. E., & Vorst, H. C. M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14(5), 359–381.

Vorst, H. C. M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14(5), 359–381.

Vrana, S.R., Cuthbert, B.N., Lang, P.J., (1986), “Fear imagery and text processing”. In *Psychophysiology*, 23, 3, pp.247-253.

Watkins, E., Brown, R.g. (2002), “Rumination and executive function in depression”. In *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 72, pp. 400-402.

Warwick HM, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*. 1990;28(2):105-17

Wells A, Colbear J. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*;68:373–381.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Meta-Cognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Therapy*, 42, 385–396.

Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and metacognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 899–913.

Wells A, Matthews G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*;34:881–888.

Wells A, Sembi S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*;35:307–318.

Wells, A., & McNicol, K. (2004). The beliefs about rituals inventory (unpublished self-report scale). UK: University of Manchester.

- Wells A. (2000) *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells A. Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Cognitive Psychotherapy* 1995;23:301–320.
- Wells A. (2009) *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: an attentional training approach to treatment. *Behaviour Therapy*, 21, 273–280.
- Wells, A. (1994a). Attention and the control of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and Worry: A cognitive Model of Generalised Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy of generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86–95.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 337-355.
- Wells, A. (2007). The attention training technique: Theory, effects, and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 134–138.
- Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: The Guilford Press.
- Wells, A. (2009). *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione*. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.
- 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, 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, 385–396.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum & Associates. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 134-134

- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881–888.
- Wells, A., & McNicol, K. (2004). The Beliefs about Rituals Inventory (unpublished self-report scale). University of Manchester, UK.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and metacognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 899–913.
- Wells, A., Gwilliam, P., & Cartwright-Hatton, S. (2001). The Thought Fusion Instrument (unpublished self-report scale). University of Manchester, UK.
- Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226–232.
- Whittal, M. L., & McLean, P. D. (2002). Group cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 417–434). Amsterdam, The Netherlands: Pergamon.
- Wilhelm, S., & Steketee, G. S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*. New Harbinger Publications.
- Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 51(5):355-64.
- Yerkes, R.M., & Dodson, J.D. (1908). The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit Formation. *Journal of Comparative Neurology & Psychology*, 18, 459–482
- Yook K, Kim KH, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010; 24:623–628.
- Yook, K., Kim, K., Suh, S., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 623–628.