

**TERAPIA METACOGNITIVA  
DEI DISTURBI D'ANSIA  
E DELLA DEPRESSIONE**

**ADRIAN WELLS**

Edizione italiana a cura di: Gabriele Melli

**ECLIPSI**

**Collana *Scienze Cognitive e Psicoterapia*, con la Supervisione Scientifica  
dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e  
Cognitiva (IPSICO, Firenze)**

Traduzione italiana di:

**Metacognitive therapy for anxiety and depression**

Adrian Wells

Traduzione: Elisa Brumat

Cura: Gabriele Melli

Videimpaginazione: Camilla Romoli

Copyright © 2009 The Guilford Press  
A Division of Guilford Publications, Inc.  
72 Spring Street, New York, NY 10012  
[www.guilford.com](http://www.guilford.com)

Copyright © 2012 Eclipsi srl  
Via Mannelli 139  
50132 Firenze  
Tel. 055-2466460  
[www.eclipsi.it](http://www.eclipsi.it)

978-88-89627-19-8

*I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica, di adattamento  
totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati  
per tutti i paesi.*

# L'AUTORE

**Adrian Wells, PhD**, è professore di Psicopatologia Clinica e Sperimentale all'Università di Manchester (Regno Unito) e professore in psicologia clinica all'Università Norvegese delle Scienze e Tecnologie (Trondheim, Norvegia). È noto a livello internazionale per i suoi contributi alla comprensione dei meccanismi psicopatologici e allo sviluppo della terapia cognitivo-comportamentale, in particolare relativamente ai disturbi d'ansia. Fondatore della Terapia Metacognitiva, il dr. Wells ha pubblicato oltre 130 articoli scientifici, capitoli di libri e monografie. È Associate Editor delle riviste "Behavioral and Cognitive Psychotherapy" e "Cognitive Behavior Therapy", nonché membro fondatore dell'Academy of Cognitive Therapy.



# SOMMARIO

	Prefazione	VII
	Ringraziamenti	XI
CAPITOLO 1	Natura e teoria della terapia metacognitiva	1
CAPITOLO 2	<i>Assessment</i>	25
CAPITOLO 3	Le competenze di base della terapia metacognitiva	39
CAPITOLO 4	Il <i>training</i> attentivo	61
CAPITOLO 5	Le tecniche della <i>detached mindfulness</i>	77
CAPITOLO 6	Disturbo d'Ansia Generalizzato	95
CAPITOLO 7	Disturbo da Stress Post-Traumatico	133
CAPITOLO 8	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	165
CAPITOLO 9	Disturbo Depressivo Maggiore	209
CAPITOLO 10	Evidenze empiriche della teoria e della terapia metacognitiva	239
CAPITOLO 11	Considerazioni conclusive	265
	Appendice 1	275
	Appendice 2	283
	Appendice 3	287
	Appendice 4	291
	Appendice 5	295
	Bibliografia	297



# PREFAZIONE

Le cognizioni contano; è ormai noto, infatti, che i pensieri hanno un forte impatto sul benessere emotivo e psicologico. Ma consideriamo quanto segue: ieri ognuno di noi ha avuto centinaia di pensieri, alcuni di essi erano piacevoli e altri meno; dove sono andati a finire?

I pensieri appaiono e scompaiono. Una premessa fondamentale all'approccio presentato in questo libro è che la presenza di un disturbo psicologico sia il segnale che i pensieri si stanno protraendo nella nostra mente senza che siano stati, in un modo o in un altro, smaltiti: essi, infatti, dovrebbero semplicemente scorrere via. Questo grazie a un processo di selezione e controllo delle modalità di pensiero che dipende dalla metacognizione; è una questione di come ognuno si relaziona con le proprie esperienze interne.

Nelle terapie cognitivo-comportamentali è stata attribuita una grande importanza al contenuto dei pensieri, considerandolo come il responsabile della presenza di un disturbo. In realtà, però, ad avere un impatto molto più decisivo è il "modo" in cui noi pensiamo agli eventi, a noi stessi, alla miriade di situazioni e alla realtà che ci circonda: è questo, infatti, che può condurci alla sofferenza emotiva, cosa che accade anche troppo di frequente.

Negli ultimi 40 anni, l'approccio cognitivo-comportamentale ha posto l'accento sull'impatto che ha la cognizione sul benessere psicologico e ha proposto determinate tecniche per trattare diversi disturbi, tra cui quelli d'ansia e dell'umore. Anche la terapia metacognitiva (MCT), allo stesso modo, assume che i disturbi psicologici derivino da determinati *bias* di pensiero, ma fornisce una spiegazione alternativa riguardo alla loro natura e alle loro cause. Gli approcci terapeutici più recenti hanno parlato sorprendentemente poco del motivo per cui si generano *pattern* cognitivi disfunzionali. Non è esaustivo attribuirli alla presenza sottostante di credenze su di sé e sul mondo del tipo "sono vulnerabile" o "sono un fallimento". Esse, infatti, possono dare l'impulso a mettere in atto un'ampia gamma di risposte alternative per fronteggiare un problema e stimolare, ad esempio, a utilizzare soluzioni diverse per poter ottenere un successo dopo un fallimento; ciò può implicare imparare dai propri errori, lavorare più duramente, sviluppare nuove strategie o, semplicemente, ritenere la propria credenza infondata e quindi abbandonarla.

Le credenze negative non conducono necessariamente a *pattern* di pensiero disfunzionali e a una sofferenza emotiva che perdura nel tempo. La terapia metacognitiva propone che i pensieri e le emozioni disfunzionali derivino dalle metacognizioni, che sono un concetto separato da quello dei pensieri e delle credenze che vengono enfatizzate nella terapia cognitivo-comportamentale (TCC).

C'è qualcosa di peculiare nei *pattern* di pensiero che si osservano nei disturbi psicologici: essi hanno una qualità ripetitiva, auto-perpetuante e di rimuginazione che è difficile da tenere sotto controllo. Le teorie precedenti hanno detto poco o niente rispetto a queste qualità e hanno preferito focalizzarsi sul contenuto dei pensieri. Hanno prestato attenzione solo alle specifiche credenze irrazionali o ai pensieri automatici negativi del momento, ma tutto ciò rappresenta soltanto una parte delle caratteristiche della cognizione e potrebbe avere un'importanza limitata. La maggior parte dei pazienti, ad esempio, riferisce lunghe sequenze di attività cognitive incontrollabili, difficili da far ricadere nella descrizione dei pensieri automatici. Il cuore della sofferenza emotiva starebbe piuttosto nel controllo dei processi mentali e nella selezione di alcune idee persistenti. Anziché identificare i problemi emotivi con i pensieri automatici, la MCT considera gli stati interni problematici come strettamente legati a preoccupazioni, ruminazioni e strategie di controllo mentale maladattivi.

All'inizio del viaggio ultraventennale che mi ha condotto allo sviluppo della MCT, pensavo che ciò a cui avrebbe portato il progresso della terapia sarebbe stata una spiegazione più ricca ed estesa dei fattori che controllano il pensiero e causano *distress*. Credevo anche che questo progresso sarebbe stato legato all'approfondimento del concetto di metacognizione e delle relative strategie di *assessment*, per poter comprendere il ruolo del controllo dell'attenzione e degli altri processi mentali nei disturbi psicologici.

La metacognizione si riferisce a quei fattori cognitivi interni che controllano, monitorano e valutano il pensiero. Essi possono essere suddivisi in: *conoscenze metacognitive* (ad es., "Per riuscire ad affrontare qualcosa devo pensarci di continuo"), *esperienze metacognitive* (ad es., una sensazione "di sapere") e *strategie metacognitive* (ad es., modi di controllare i pensieri e credenze protettive).<sup>1</sup>

Un'idea centrale è che i fattori metacognitivi siano cruciali nel determinare gli stili di pensiero dannosi caratteristici dei disturbi psicologici e il persistere delle emozioni negative. Nella sua forma "*hard*", la teoria metacognitiva suggerisce che le credenze irrazionali e gli schemi descritti da Albert Ellis e Aaron T. Beck nelle loro teorie – o almeno, la loro persistenza e influenza – siano i prodotti della metacognizione.

Quest'ultima, infatti, orienta l'attenzione, determina lo stile di pensiero e promuove le riposte di *coping*, in modo tale da generare ripetutamente pensieri di-

---

<sup>1</sup> Vorrei far notare che ci sono argomenti importanti relativi alle strutture cognitive, agli effetti dei livelli di controllo sull'attenzione e a fenomeni riguardanti le risorse cognitive, cui si fa riferimento in quest'opera, che sono stati trattati in altri testi (Wells e Matthews, 1994, 1996). Il modello metacognitivo assimila teorie e ricerche relative a queste importanti aree e offre una spiegazione dei *bias* e degli effetti dell'attenzione su compiti di *performance*. In ogni caso, questi temi sono di interesse marginale per i clinici che applichino la MCT e quindi non verranno considerati in questo libro.

sfunzionali. Si tratta, quindi, di una visione dinamica delle credenze, considerate come il prodotto di metacognizioni più stabili, che implica che l'oggetto del cambiamento nel corso del trattamento dovrebbero essere tali metacognizioni e non le loro conseguenze.

In una forma più “*soft*”, la teoria propone che le credenze metacognitive coesistano con altre credenze su di sé e sul mondo, come entità separate responsabili delle strategie di controllo cognitivo e dell'uso che viene fatto delle altre credenze e conoscenze più generali. In questa forma, il trattamento può prevedere una componente di disputa delle credenze tradizionali, ma deve anche affrontare le compresenti metacognizioni.

Sia nella forma “*hard*” che in quella “*soft*”, l'approccio metacognitivo ha implicazioni determinanti per quanto concerne il trattamento, poiché indirizza il terapeuta verso l'utilizzo di strategie che possano rendere i pazienti in grado di sviluppare nuove modalità di relazionarsi nei confronti dei propri pensieri e delle proprie credenze. Anziché porsi il problema della validità dei pensieri e delle credenze – come accade nella TCC tradizionale – il terapeuta dovrebbe concentrarsi sulla modificazione di quelle metacognizioni che danno vita a stili di pensiero maladattivi e difficili da controllare. Ad esempio, l'approccio metacognitivo per il trattamento dei traumi postula che il motivo per cui i sintomi non svaniscono spontaneamente derivi dalle credenze metacognitive e dalle conseguenti strategie di controllo cognitivo, che intralciano un'autoregolazione efficace. La tendenza a preoccuparsi eccessivamente, a ruminare, a focalizzare l'attenzione sulla minaccia e a far fronte al problema per mezzo dell'evitamento cognitivo interferiscono con il normale processo di adattamento psicologico e conducono a un pensiero costantemente orientato al pericolo e, quindi, al mantenersi dei sintomi.

Da ciò consegue che il trattamento dovrebbe mirare a interrompere il rimuginio e la ruminazione e a far abbandonare al paziente le strategie attentive di monitoraggio costante della minaccia. L'obiettivo sarebbe quello di aiutare le persone a esperire i propri pensieri intrusivi, senza cercare inutilmente di evitarli o sopprimerli e cercando di non ricorrere all'uso di strategie di ruminazione o di controllo. Questo trattamento differisce dalla TCC tradizionale, in quanto non si basa sulla modificazione dei pensieri inerenti il trauma o sulla ripetuta esposizione ai ricordi del trauma stesso, quanto piuttosto sull'insegnare a relazionarsi con i propri pensieri in maniera diversa, smettendo di opporvi resistenza e di compiere elaborate analisi concettuali e sospendendo gli stili maladattivi di rimuginio, ruminazione e monitoraggio costante della minaccia. Anche nella MCT vengono confutate le credenze, ma ci si focalizza su quelle relative ai propri pensieri.

Per quanto concerne il trattamento della depressione, la MCT si focalizza sul processo di ruminazione, piuttosto che sul contenuto dei vari pensieri automatici negativi. Il trattamento prevede un *training* di tecniche attentive, finalizzato a

interrompere gli stili ripetitivi di pensiero negativo e a riconquistare una flessibilità nei propri stili cognitivi. Ciò si ottiene discutendo le credenze metacognitive negative riguardo all'incontrollabilità del pensiero depressivo, così come quelle positive inerenti il bisogno di ruminare per riuscire ad affrontare la tristezza e per darle una spiegazione.

Inevitabilmente, ogni persona che si avvicina a questo libro avrà i propri obiettivi nel leggerlo e il proprio stile per elaborare il materiale contenuto al suo interno. Si tratta di un manuale dettagliato per il trattamento e fornisce tecniche terapeutiche che poggiano su solide basi scientifiche. Vi troverete schemi per condurre i colloqui, nonché per sviluppare formulazioni del caso e piani di trattamento, oltre a strumenti utili durante l'*assessment*. Molte delle idee espresse vi risulteranno nuove e richiederanno che facciate un po' di esperienza pratica per poter apprezzare pienamente la natura della MCT. Ho provato a evitare una terminologia eccessivamente tecnica, per quanto mi è stato possibile, e mi auguro di averlo fatto senza aver sminuito il valore scientifico e concettuale dell'approccio.

# RINGRAZIAMENTI

Il percorso che è culminato nel lavoro presentato in questo libro è iniziato più di 20 anni fa. Ho lavorato assieme a molte persone in questo periodo, sia colleghi che studenti. Nella mia ricerca di dottorato mi sono interessato ai processi di attenzione verso le esperienze interne nell'ansia; il mio supervisore e il mio mentore è stato D. Roy Davies, che ha avuto un grande ascendente su di me. In seguito, ho avuto la fortuna di essere affiancato da Gerald Matthews, coautore del libro *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*, che ha provveduto a gettare le prime basi teoriche della MCT. Ho lavorato con Aaron T. Beck a Philadelphia, dove sono stato addestrato all'uso della terapia cognitiva. Dall'inizio alla metà degli anni '90 ho collaborato con David M. Clark e collaboratori a Oxford, dove abbiamo sviluppato un modello cognitivo e un trattamento della Fobia Sociale basandoci sui miei primi lavori riguardo alla metacognizione. A quel tempo stavo sviluppando parallelamente sia la terapia cognitiva che la MCT e ciò è abbastanza evidente nel mio libro *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide* (Tr. it., *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. McGraw Hill, 1999).

Dopo essermi trasferito all'Università di Manchester ho continuato a sviluppare e validare la MCT, pubblicando il primo lavoro completamente dedicato a questo approccio, *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy* (Tr. it., *Disturbi emozionali e metacognizione. Nuove strategie di psicoterapia cognitiva*. Erickson, 2002). Non sono stato abbastanza coraggioso da omettere dal titolo il termine "terapia cognitiva", dato che la MCT era ancora oggetto di dibattito. In ogni caso, oggi giorno in molti praticano e studiano la MCT. Sono particolarmente grato ai miei colleghi accademici di Trondheim – Hans Nordahl, Tore Styles e Patrick Vogel – che stanno portando avanti delle ricerche sulla MCT. Sono anche grato a Chris Brewin per la nostra recente collaborazione su un progetto, finanziato dal *Medical Research Council*, che si occupa dell'uso della MCT per il trattamento della depressione.

Uno dei miei studenti di dottorato, Costas Papageorgiou, è un collaboratore di vecchia data; il nostro lavoro sulla depressione ci ha portato alla stesura del libro *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (Tr. it., *Ruminazione depressiva. Teoria e trattamento*. Erickson, 2008). La mia segretaria, Joyce Russel, mi è stata sempre di grande supporto. Sundeep Sembi è stato coinvolto nel primo studio sull'uso della MCT per il trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), Peter Fisher nella valutazione dell'efficacia della MCT per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e Marcantonio Spada ha lavorato sulle dipendenze. Karin Carter ha giocato un ruolo importante nei primi lavori sul *training* attento e nelle ricerche sul Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG) e mi ha dato

## XII Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione

---

suggerimenti preziosi su come perfezionare questo manoscritto. Sono davvero riconoscente verso ognuna di queste persone, così come lo sono nei confronti di tutti coloro con cui ho lavorato nel corso degli anni.

ADRIAN WELLS

# 1

## NATURA E TEORIA DELLA TERAPIA METACOGNITIVA

*I pensieri non sono importanti, l'importante è come vi reagiamo.*

Vi è mai capitato di avere dei pensieri negativi? E di averli considerati veri? Se un'esperienza del genere è senza dubbio comune, è altrettanto vero che non tutti, in seguito, sviluppano un elevato livello d'ansia, sintomi depressivi o una sofferenza emotiva conclamata. Ci potremmo domandare, a questo punto, cos'è che controlla i pensieri e con che criterio una persona riesce a lasciar perdere quelli negativi, mentre un'altra, a causa di questi, può sviluppare un *distress* profondo e duraturo.

Lo scopo del volume che state leggendo è proprio quello di dare una risposta a questo interrogativo, proponendo che la vera responsabile del controllo – adeguato o meno – della nostra mente sia la metacognizione. Non è tanto il contenuto del pensiero che sembra essere rilevante (il “cosa” pensiamo), quanto piuttosto il modo, il “come” pensiamo a qualcosa: è proprio quest'ultimo fattore che determina la tonalità emotiva e il controllo che riusciamo a esercitare sulle nostre emozioni.

L'atto del pensare può essere paragonato a un concerto: l'orchestra che lo esegue comprende molti strumenti e musicisti diversi e, affinché il tutto risulti armonico, sono necessari una partitura e un direttore. In questa metafora, la metacognizione rappresenta sia la partitura che il direttore. La metacognizione è il pensiero applicato al pensiero: monitora, controlla e valuta il processo e il prodotto della coscienza.

Dato che nel corso della vita abbiamo imparato diverse strategie per gestire in maniera flessibile i pensieri e le credenze negative, per la maggior parte di noi la loro comparsa crea un disagio solo transitorio. Secondo l'approccio metacognitivo, alcune persone rimangono imprigionate nel vortice della sofferenza emotiva perché la loro metacognizione, di fronte a determinate esperienze interiori, dà vita a un modello particolare di risposta che contribuisce a mantenere e a rinforzare sia le emozioni che le idee negative. Il *pattern* in questione prende il nome di *Sindrome Cognitivo-Attentiva* (*Cognitive Attentional Syndrome*, CAS) e si manifesta con fenomeni di preoccupazione, ruminazione, focalizzazione dell'attenzione e con l'uso di strategie di  *coping*  e/o di autoregolazione disfunzionali.

La risposta che mi ha dato una mia paziente è un utile esempio di questa modalità disadattiva di affrontare i pensieri. Avevo chiesto alla signora quale fosse la cosa più importante che aveva imparato durante la terapia metacognitiva per il trattamento della sua depressione e lei ha così replicato: "Il vero problema non era tanto il fatto di avere pensieri negativi su di me, quanto piuttosto il modo in cui vi reagivo. Non facevo altro che gettare benzina sul fuoco e non l'avevo mai capito prima!". Questa paziente aveva scoperto che la maniera in cui reagiva ai propri pensieri negativi aveva inavvertitamente creato un modo di pensare dannoso, disfunzionale, che finiva solamente per rinforzare l'immagine negativa di sé che si era creata. Tra poco torneremo sulla natura di questo processo.

La terapia metacognitiva (*Metacognitive Therapy*, MCT) si basa sul presupposto che la metacognizione sia di vitale importanza per comprendere come opera la cognizione e come questa generi l'esperienza cosciente che abbiamo di noi e della realtà che ci circonda. La metacognizione è responsabile di quello a cui prestiamo attenzione e di quello che giunge alla coscienza; dà forma alle nostre valutazioni e determina le strategie che usiamo per regolare i pensieri e le emozioni. La tesi illustrata e sviluppata in quest'opera propone che essa sia di fondamentale importanza per quanto concerne ciò che crediamo e pensiamo e che stia alla base della nostra esperienza cosciente e della sua tonalità emotiva, normale o anormale che sia.

Una premessa fondamentale delle terapie cognitivo-comportamentali (TCC) tradizionali – come la teoria degli schemi di Beck (ad es., Beck, 1967, 1976) e la terapia razionale emotiva di Ellis (REBT; Ellis, 1962; Ellis e Harper, 1961) – è che i disturbi psicologici insorgano a causa di specifici *bias* cognitivi; in entrambi gli approcci, i pensieri disfunzionali rivestono un ruolo centrale.

In linea generale, la MCT è in accordo con questi presupposti e quindi anch'essa fa parte delle terapie cognitive. Allo stesso tempo, però, si differenzia dagli approcci classici perché attribuisce le cause dei disturbi a un particolare stile cognitivo e a dei particolari tipi di credenze che non sono stati altrettanto approfonditi dalle teorie precedenti. Ciò a cui si presta attenzione, quindi, non riguarda tanto le distorsioni cognitive (come gli standard elevati o il pensiero tutto o nulla), quanto

piuttosto il CAS, che è contraddistinto da un eccessivo indugiare su pensieri di tipo verbale sotto forma di rimuginii o ruminazioni. Tutto ciò si accompagna a uno specifico *bias* attentivo, tale per cui il paziente focalizza l'attenzione sulla minaccia. Le credenze messe maggiormente in risalto nella MCT non sono tanto quelle proposte dalla TCC e dalla REBT, riguardanti il mondo e se stessi, quanto piuttosto quelle riguardanti il pensiero stesso (cioè le credenze metacognitive).

L'approccio tradizionale della TCC nei confronti dei disturbi psicologici asserisce che il problema sia determinato non tanto dagli eventi in sé, quanto piuttosto dal modo in cui essi vengono interpretati: 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 problema, quindi, occorre lavorare affinché il paziente modifichi il contenuto del proprio pensiero, in realtà distorto, e quanto vi crede.

Secondo la MCT, invece, la difficoltà dei pazienti 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.

Ad esempio, se consideriamo il caso di una paziente depressa con una credenza del tipo "Non valgo nulla", un terapeuta cognitivo-comportamentale la farebbe ragionare sulla validità di questo assunto, domandandole "Quali sono le prove a riguardo?". Il terapeuta MCT, invece, chiederebbe: "Qual è il criterio per valutare il suo valore? Come fa a stabilire quanto vale?".

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'autovalutazione portano a depressione. La MCT, invece, non condivide questo presupposto: non possono essere i contenuti a provocare il problema, dal momento che la maggior parte delle persone ha questo tipo di pensieri, ma solitamente l'emozione che ne consegue ha carattere solamente transitorio. Il problema emotivo si sviluppa, piuttosto, quando una persona rimane intrappolata in una condizione di *distress* cronico o ricorrente, e ciò è determinato dalla metacognizione, che dà vita a degli stili cognitivi tali per cui questa rimane "bloccata" in una spirale di autovalutazioni negative persistenti e ricorrenti. La MCT, in breve, si occupa dei fattori che portano alla ripetitività del pensiero e a una cattiva gestione delle proprie strategie di *coping*.

Secondo la TCC, le interpretazioni erranee di un evento derivano dalle credenze che caratterizzano il sistema cognitivo (del tipo "Il mondo è pericoloso" o "Sono inadeguato"); nella MCT, invece, queste credenze vengono considerate

come un mero prodotto della metacognizione, che dà vita a *pattern* attentivi e di pensiero che si rigenerano di continuo o si fissano su queste idee. Da ciò deriva che a essere oggetto di trattamento saranno sia i *pattern* di pensiero disfunzionali che la metacognizione, dato che sono questi i processi soggiacenti sia al modo di pensare comune che alle credenze negative stabili. Il professionista che pratici la MCT non considera le credenze (o schemi) della TCC come unità stabili da dover eliminare, quanto piuttosto dei meri prodotti del processo cognitivo.

È chiaro, a questo punto, che la MCT introduce un'importante distinzione tra cognizione e metacognizione, con la conseguenza che il lavoro terapeutico si focalizzerà maggiormente su quest'ultimo aspetto. Nelle terapie precedenti non si faceva una netta distinzione tra cognizione e metacognizione, come si può notare da ciò che scrive Beck: "Parlando con una madre depressa, ho scoperto che il suo pensiero era controllato da idee distorte su di sé e sul mondo. Anche se esistevano prove che ciò non fosse vero, credeva di essere stata un fallimento come madre." (Beck, 1976, pag. 16).

In questo caso, appare evidente come la presenza di credenze negative circa l'essere un "fallimento" abbia determinato il pensiero di tipo depressivo; Beck assume che il pensiero di questa paziente sia governato dalle sue idee erranee. Non è verosimile, però, che credere di essere un fallimento implichi inevitabilmente che questo pensiero riuscirà ad avere la meglio: se consideriamo tutti coloro che sono convinti di una cosa del genere, infatti, è impossibile pensare che tutti cadranno in depressione. In base alle teorie della terapia cognitiva dovrebbe accadere proprio questo, ma ciò è ben lontano dall'essere vero. La MCT 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.

Consideriamo il processo nel dettaglio: la maggior parte di noi, in qualche momento della propria vita, ha pensato di essere un fallimento. Se per qualcuno, però, la comparsa di questo pensiero avrà determinato una rinnovata spinta a ottenere il successo, per altri, invece, sarà stato accompagnato da una catena di pensieri negativi e di ruminazioni riguardo ai fallimenti personali e alla propria inettitudine. A questo punto, occorre ipotizzare un meccanismo che dia ragione dell'esistenza di questi diversi *pattern* di risposta cognitivi ed emotivi: io propongo che questo sia la metacognizione, cioè quell'aspetto della cognizione che controlla il modo in cui una persona pensa e si comporta in risposta a un pensiero, una credenza o un'emozione.

Nel caso della madre depressa citata da Beck, potremmo assumere che il suo pensiero sia guidato da credenze metacognitive che potrebbero suonare come: "Se penso ai miei fallimenti e analizzo il perché mi siano capitati, sarò una madre

migliore”. Sfortunatamente, il processo di ruminazione che ne deriva è ben lungi dal portare a una risposta soddisfacente e la paziente finirà per continuare a credere di essere un fallimento.

Nel resto del capitolo descriverò approfonditamente i principi teorici di base della MCT e il trattamento che ne deriva. Considerare la metacognizione il motore principale dei disturbi psicologici implica che il trattamento non dovrebbe mirare a monitorare e a testare la veridicità dei pensieri e delle credenze, quanto piuttosto focalizzarsi sul modificare il *modo* in cui una persona reagisce a queste idee. Il *focus* dell'intervento si sposta dunque verso i processi cognitivi e le metacognizioni che ne derivano, abbandonando l'analisi delle prove e controprove dei contenuti cognitivi (come, ad es., “Sono un fallimento”). L'unica eccezione si ha quando i contenuti stessi sono delle metacognizioni, ad esempio quando questi assumono la forma di “preoccupazioni riguardo alla preoccupazione stessa” (“Preoccuparmi sarà dannoso per me”).

Dopo aver ampiamente introdotto il tema della metacognizione, passerò ora ad approfondire questo costrutto più nel dettaglio, per poi presentare il modello completo della MCT per i singoli disturbi.

## LA NATURA DELLA METACOGNIZIONE

Lo studio della metacognizione è iniziato nell'ambito della psicologia dello sviluppo e, in seguito, ha trovato applicazione nella psicologia della memoria, nella psicologia dell'invecchiamento e nella neuropsicologia (Brown, 1978; Flavell, 1979; Metcalfe e Shimamura, 1994). Solo di recente si è riconosciuto il fatto che la metacognizione è una base fondamentale per la maggior parte – se non per tutti – i disturbi psicologici (Wells e Matthews, 1994; Wells, 1995, 2000).

Essa comprende un'ampia gamma di fattori – di cui fanno parte le credenze e i processi cognitivi – che interagiscono tra loro e che sono coinvolti nell'interpretazione, nel monitoraggio e nel controllo della cognizione. Tali fattori si possono utilmente suddividere in: credenze, esperienze e strategie (ad es., Flavell, 1979; Nelson, Stuart, Howard e Crawley, 1999; Wells, 1995).

### Pensieri e credenze

Con l'espressione “credenze metacognitive” si indicano 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. Si può credere, ad esempio, che alcuni pensieri siano dannosi: una persona religiosa può essere convinta che avere determinati pensieri sia peccaminoso e che sarà punito per il fatto stesso di averli avuti. Questi esempi di credenze metacognitive influenzano l'importanza attribuita ai pensieri: possedere credenze di questo tipo avrà infatti delle ripercussioni su come gli individui li organizzeranno e vi reagiranno.

Secondo la terapia metacognitiva dei disturbi psicologici, esistono due tipi di credenze metacognitive (Wells e Matthews, 1994; Wells, 2000): 1) credenze esplicite (dichiarative) e 2) credenze implicite (procedurali).

La *credenza esplicita* è quella che può essere espressa verbalmente; degli esempi possono includere: “Se mi preoccupa può venirmi un attacco di cuore”; “Il fatto che io abbia pensieri cattivi significa che c'è qualcosa che non va nella mia mente”; “Se mi focalizzo sul pericolo riuscirò a evitare il danno”.

La *credenza implicita*, invece, può essere considerata la regola – o il programma – che guida il pensiero; ne sono degli esempi i fattori che controllano ciò a cui prestiamo attenzione, le ricerche che compiamo tramite la memoria e l'utilizzo che facciamo delle euristiche nell'emettere giudizi. Non è così semplice, però, riuscire a indagare direttamente questo tipo di credenze a livello verbale: la regola – o programma – che guida l'elaborazione può essere inferito per via indiretta, usando determinate strategie di *assessment*, quali ad esempio il *profiling* metacognitivo (Wells e Matthews, 1994). La credenza implicita o procedurale, quindi, rappresenta “lo stile di pensiero” che hanno le persone.

Oltre a distinguere questi due tipi di credenze metacognitive, il modello della MCT prevede anche due possibili orientamenti delle stesse, positivo e 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; possibili esempi includono concetti del tipo: “È utile focalizzare l'attenzione sulla minaccia” e “Se mi preoccupa del futuro, riuscirò a evitare il pericolo”.

Le *credenze metacognitive negative* riguardano invece l'incontrollabilità, il significato, l'importanza e la pericolosità dei pensieri e delle esperienze cognitive; ne sono degli esempi credenze quali: “Non ho il controllo sui miei pensieri”, “La preoccupazione danneggerà la mia mente”, “Se ho pensieri violenti, finirò per metterli in pratica contro il mio volere” e “Se non sono capace di ricordare un nome, vuol dire che ho un cancro al cervello”.

Nell'approccio MCT si assume che le credenze metacognitive influenzino pesantemente il modo in cui le persone reagiscono ai propri pensieri, alle proprie credenze, ai propri sintomi e alle proprie emozioni negative. Queste credenze, infatti, sono la forza motrice che sta alla base dello stile di pensiero “tossico” che porta a una sofferenza emotiva protratta nel tempo.

## Esperienze metacognitive

Si parla di *esperienze metacognitive* per descrivere come le persone valutano le situazioni e le sensazioni riguardo alla propria condizione mentale. Alcuni esempi possono essere le interpretazioni negative che effettuano i pazienti ossessivi riguardo ai propri pensieri intrusivi, così come la preoccupazione per le preoccupazioni.

pazioni – caratteristica del Disturbo d’Ansia Generalizzato – o, ancora, l’interpretazione erronea degli eventi interni che effettuano i pazienti affetti da Disturbo di Panico (DP) quando credono di essere sul punto di perdere il controllo o di impazzire.

Le esperienze metacognitive includono anche sensazioni soggettive; un esempio – familiare a tutti e normale – è il fenomeno “sulla punta della lingua”, cioè quando si ha la netta sensazione di avere un’informazione presente in memoria anche se questa non è immediatamente accessibile. Alcuni lavori sperimentali sulla meta-memoria e sulle valutazioni cognitive (ad es., Nelson, Gerler e Narens, 1984; Nelson e Dunlosky, 1991) hanno esaminato fenomeni simili, come la sensazione di non sapere o di non aver appreso qualcosa. Queste esperienze soggettive influenzano il comportamento, in quanto la persona si sforzerà attivamente per cercare di recuperare l’informazione mancante, oppure metterà in pratica nuove strategie di apprendimento.

Nella formulazione della MCT 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. Le valutazioni delle persone in merito alle proprie cognizioni e ai propri stati d’animo sono degli utili strumenti per riuscire capire cos’è che influenza i giudizi riguardo alla minaccia e come sarà affrontata la situazione. Spesso, queste esperienze non capitano di proposito: ad esempio, un uomo che aveva dei dubbi ossessivi di aver commesso un omicidio, per riuscire a stabilire se lo aveva commesso o meno verificava i contenuti della propria memoria, focalizzando l’attenzione su un periodo ben preciso. Ogni lacuna nei suoi ricordi, però, veniva interpretata come un possibile momento durante il quale avrebbe potuto effettivamente compiere il delitto. In questo esempio, le valutazioni sullo stato della propria memoria (meta-esperienza) non sono risultate utili e hanno giocato un ruolo importante nel mantenimento dell’ansia.

## Strategie metacognitive

Per riuscire a raggiungere un’autoregolazione cognitiva ed emotiva le persone adoperano delle *strategie metacognitive*, con cui cercano di controllare e modificare i propri pensieri. L’uso di queste strategie si ripercuote sull’attività cognitiva che, in questo modo, può essere modificata, intensificata o bloccata. Alcune di queste 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. Una persona, ad esempio, può focalizzare la propria attenzione sulla minaccia in modo da essere pronta ad affrontarla o, in alternativa, può cercare di sopprimere i pensieri stressanti e formularne di positivi o, ancora, può 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, il provare a predire cosa accadrà in futuro per riuscire a evitare i problemi. Nei disturbi d'ansia, le persone tendono a interpretare negativamente la comparsa di determinati pensieri e cercano di arginare il problema tentando di bloccarli. Un paziente ipocondriaco, ad esempio, mi ha raccontato di aver analizzato tutte le possibili cause che avrebbero potuto provocare la sua debolezza muscolare, per avere la certezza di non aver trascurato niente d'importante. Il problema di questa strategia, così come quello della maggior parte delle strategie adoperate dai pazienti, è che contribuisce a mantenere un senso di minaccia.

In un altro caso, una donna depressa, durante la terapia MCT, ha affermato di gestire i propri sentimenti di tristezza per mezzo della ruminazione, dilungandosi sulla propria inadeguatezza e sui propri errori. Il suo obiettivo era quello di stare ancora peggio, per poi sentirsi a un certo punto “obbligata a venirne fuori”.

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”.

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

La teoria metacognitiva prevede che i disturbi psicologici derivino da specifici *pattern* di pensiero disfunzionale, che derivano da credenze, esperienze e strategie metacognitive maladattive. Prima di descrivere questi *pattern* nel dettaglio, però, vorrei sottoporre alla vostra attenzione un aspetto dell'esperienza metacognitiva che gioca un ruolo importante nella MCT. 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, che in passato ho denominato “modi” (Wells, 2000).

## I “MODI”

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 o si vedono cadere i fiocchi di neve sui tetti. 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: è come se guardassimo noi stessi e il mondo attraverso dei filtri che colorano le rappresentazioni che abbiamo riguardo a ogni cosa. Commettiamo però un errore nel momento in cui consideriamo i nostri pensieri come delle semplici rappresentazioni interne della realtà, indipendenti da sé e dal mondo. 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. Questi, in pratica, costituiscono delle rappresentazioni che possono avere un grado di accuratezza variabile: 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 conscie.

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. Si riesce ad acquisire questa capacità solo facendo pratica e, per riuscire a sperimentarla, è necessario allenarsi: facendo esperienza del modo metacognitivo si riescono a sviluppare e a rafforzare sia il meccanismo metacognitivo stesso sia il processo alla base di questa modalità di elaborazione.

Se la persona fa pratica e si allena, sarà poi in grado di creare e di portare avanti un programma d'intervento metacognitivo integrato, che le renderà possibile ottenere una conoscenza di tipo procedurale.

All'interno del modo metacognitivo, è possibile – se non addirittura auspicabile – vivere un altro tipo di esperienza, ovvero la cosiddetta “*detached mindfulness*” (DM; Wells e Matthews, 1994). In questo contesto, il termine “*mindfulness*” si riferisce al fatto di riuscire ad avere una consapevolezza oggettiva dei pensieri e delle credenze, mentre il “*detached*” implica due fattori: 1) disimpegnarsi da ogni attività concettuale o di *coping* in risposta al proprio pensiero e 2) riuscire a separare la rappresentazione consapevole di sé dal pensiero stesso. Quest'ultimo fattore è legato al fatto che 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 negati-

vo 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 se stessa o per dare significato al proprio mondo.

## IL MODELLO METACOGNITIVO DEI DISTURBI PSICOLOGICI

Dopo aver introdotto alcuni concetti base del modello metacognitivo dei disturbi psicologici, passerò a descriverlo nel dettaglio.

Il Modello dell'Autoregolazione delle Funzioni Esecutive (*Self-Regulatory Executive Function model*, S-REF; Wells e Matthews, 1994, 1996; Wells, 2000) – rappresentato nella figura 1.1 con le sue componenti – è così chiamato in quanto descrive i fattori cognitivi e metacognitivi che sono coinvolti nel controllo e nel mantenimento dei disturbi emotivi.

In questo modello si può notare come i processi cognitivi si sviluppino 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.

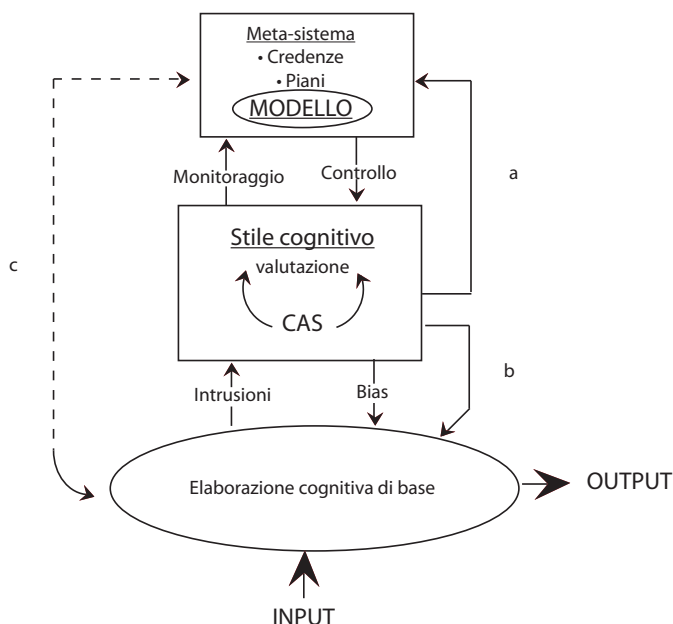


FIG. 1.1. Il modello S-REF dei disturbi psicologici con le metacognizioni in evidenza. Tratto da Wells and Matthews (1994).

Nella figura 1.1 si nota come il meta-sistema sia distinto dal sistema cognitivo ordinario ma anche come, al pari degli altri sistemi, preveda vari livelli di elaborazione. Esso comprende una rappresentazione consapevole dell'elaborazione cognitiva ordinaria e guida quest'ultima in base all'attivazione dei propri piani cognitivi.

Un principio base della MCT è che i disturbi psicologici siano legati all'attivazione di un particolare stile di pensiero "dannoso", denominato CAS. Per la maggior parte delle persone, infatti, i periodi permeati da emozioni e valutazioni negative (come tristezza, ansia, paura, sensazione di essere un fallimento, ecc.) hanno carattere isolato e limitato nel tempo; il CAS, invece, ha un effetto tale per cui le persone rimangono "incastrate" nella spirale di questi disturbi in maniera durevole e ripetitiva.

Il CAS si contraddistingue, tipicamente, per uno stile di pensiero perseverante che si esprime con rimuginio o ruminazione, focalizzazione dell'attenzione sulla minaccia, comportamenti di *coping* inefficaci e disfunzionali (come, ad esempio, la soppressione del pensiero, l'evitamento, l'abuso di sostanze). Ciò fa sì che l'emozione si mantenga e le idee negative vengano rinforzate; in generale, quindi, il CAS perpetua un senso generale di minaccia.

Un esempio degli effetti del CAS si nota nello sviluppo del Disturbo di Panico: gli attacchi di panico spontanei sono una cosa abbastanza comune e diverse persone possono averne uno nel corso della propria vita. Continuare a preoccuparsi dei possibili attacchi futuri (effetto del CAS), però, finisce con il prolungare lo stato d'ansia. Anche monitorare le proprie sensazioni corporee (anche questo effetto del CAS) aumenta gli stimoli attivanti (intrusione delle sensazioni corporee) che facilitano il ripresentarsi di un attacco futuro. La persona che è incline ad attivare tale *pattern* di risposta cognitivo-attentivo, quindi, sarà più soggetta ad attacchi di panico ripetuti e, nel contempo, svilupperà la credenza che l'ansia abbia conseguenze pericolose e incontrollabili.

Il CAS, quindi, non deriva tanto dalle tipiche credenze su di sé e sul mondo, quanto piuttosto da conoscenze e credenze di natura metacognitiva. In particolare, risultano rilevanti due tipi di credenze: 1) quelle positive, inerenti la necessità di concentrarsi su specifici aspetti del CAS (ad esempio, "Se mi preoccupo dei miei sintomi, non perderò nulla di importante") e 2) quelle negative relative all'incontrollabilità, la pericolosità o l'importanza dei pensieri e delle emozioni ("Non ho il controllo della mia mente; la mia ansia può farmi impazzire").

A questo punto, prima di scendere nei dettagli, credo sia utile riassumere i punti principali dell'approccio metacognitivo:

1. Le emozioni d'ansia e di tristezza sono principalmente dei segnali interni, che indicano la presenza di una discrepanza nei processi di autoregolazione e che il proprio benessere è minacciato.

2. Queste emozioni, normalmente, sono di breve durata, dato che la persona riesce a mettere in atto delle strategie di *coping* allo scopo di ridurre la minaccia e controllare i propri pensieri.
3. I disturbi psicologici derivano da un protrarsi della risposta emotiva.
4. Lo stile di pensiero e le strategie utilizzate dal soggetto fanno sì che i disturbi si mantengano nel tempo.
5. In tutti i disturbi è presente uno stile cognitivo disfunzionale, denominato CAS, che si manifesta con fenomeni di rimuginio, ruminazione, monitoraggio della minaccia, strategie di controllo del pensiero maladattive e con altre modalità di comportamento (come ad esempio l'evitamento) che non permettono di utilizzare altre strategie maggiormente adattive.
6. Il CAS deriva da credenze metacognitive erranee che guidano l'interpretazione e il controllo sia dei pensieri che delle emozioni.
7. Le esperienze emotive negative durano nel tempo e si intensificano a causa di meccanismi specifici dovuti al CAS.

### IL CAS

Nei disturbi psicologici ci sono, tipicamente, dei *pattern* di pensiero difficili da tenere sotto controllo, che hanno caratteristiche di ripetitività e di rimuginazione e si focalizzano su temi riguardanti se stessi: queste sono le peculiarità del CAS, che comportano un aumento dell'attenzione rivolta verso di sé. A causa del CAS, le persone rimangono intrappolate nei propri processi di elaborazione cognitiva, che si manifestano con preoccupazioni eccessive e ruminazioni: sono presenti, infatti, lunghe catene di pensiero – in forma preminentemente verbale – in cui la persona cerca risposte alle domande “E se...?” (inerenti alla preoccupazione), oppure interrogativi connessi al significato degli eventi (ad esempio, “Perché mi sento così?”).

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 e Matthews, 1994). Un uomo rimasto traumatizzato nel corso di una rapina, ad esempio, descriveva come in seguito continuasse a “scannerizzare” l'ambiente in cerca di un'eventuale minaccia. Una paziente con bassa autostima temeva di essere ignorata dagli altri, ma questa particolare sensibilità si traduceva nell'andare in cerca di segnali che confermassero il fatto che gli altri non la gradivano.

Questi processi costituiscono le strategie personali che le persone adoperano per affrontare le minacce percepite, le discrepanze relative a sé e le emozioni che ne derivano. Il CAS è anche costituito da strategie di controllo del pensiero (ad esempio, la soppressione dei pensieri) e di evitamento a livello comportamentale, cognitivo ed emotivo. Seguono alcuni esempi delle manifestazioni del CAS:

Una donna di 43 anni aveva sofferto di ripetuti episodi depressivi fin da adolescente; quello in atto era sopraggiunto dopo la nascita della seconda figlia, approssimativamente 14 mesi prima. Quando le è stato domandato quanto tempo avesse trascorso, nelle settimane precedenti, a pensare alle proprie emozioni e alla propria depressione, ha ammesso di aver impiegato in questo modo diverse ore. Chiedendole come si manifestava questo fenomeno, ha riferito di starsene semplicemente seduta a fissare lo schermo della TV pensando quanto fosse anormale sentirsi così, riflettendo sul perché si sentiva triste e su quanto fossero inadeguati i sentimenti nei confronti di sua figlia, sul perché tutto questo fosse capitato proprio a lei e su cosa significasse riguardo alla propria adeguatezza come madre. Si è scoperto che, in risposta ai pensieri negativi che aveva nei confronti della propria figlia, trascorrevva una gran quantità di tempo a rimuginare in quel modo e, quando le è stato chiesto quale fosse il suo scopo, ha risposto che stava cercando di rendere il proprio tono dell'umore ancora peggiore, al fine di potersi arrabbiare e quindi di riuscire a "saltar fuori" dalla depressione.

La paziente dell'esempio sopra menzionato reagiva al proprio tono dell'umore depresso focalizzando l'attenzione sulle proprie sensazioni e mettendo in atto un processo di ruminazione, nel tentativo di fronteggiare la depressione. In pratica, per mezzo della ruminazione era convinta di prendersi cura di se, visto che alla base era presente la credenza che arrabbiandosi avrebbe potuto superare la sua tristezza.

Un nostro paziente aveva sviluppato un Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) a esordio tardivo dopo aver assistito all'esplosione di una bomba. Ha riferito di non aver manifestato alcun sintomo per diversi anni dopo l'evento ma, dopo aver letto un articolo su un attentato terroristico, di aver avuto incubi ed essere diventato molto ansioso quando si trattava di usare i mezzi pubblici e muoversi per la città. Quando gli è stato chiesto come stesse gestendo i propri pensieri intrusivi, ha risposto solo che stava cercando di "venirne fuori". Approfondendo l'argomento, tuttavia, è emerso che si sforzava di ripensare all'evento e di provare le emozioni collegate al trauma, perché aveva letto che in questo modo sarebbe riuscito ad accelerare il processo di guarigione. Credeva anche che preoccuparsi degli eventi terroristici futuri gli fosse in qualche modo vantaggioso, permettendogli di "stare in guardia" nei confronti dell'eventuale pericolo.

Questo paziente tentava di rendere più rapido il proprio processo di guarigione pensando (ruminando) e cercando di rivivere determinate emozioni nel momento in cui si presentavano dei pensieri intrusivi; si preoccupava anche delle possibili minacce future, in modo da essere pronto ad affrontarle. Queste carat-

teristiche del CAS, però, gli si sono ritorte contro e hanno finito per accrescere la sua percezione di minaccia.

Una paziente di 39 anni si descriveva come una preoccupata cronica. Analizzando un episodio recente si è visto come ella avesse reagito al pensiero negativo “E se mio figlio si facesse del male?” preoccupandosi a lungo e immaginando una serie di modi alternativi in cui avrebbe potuto affrontare un evento simile. In tal modo, però, le si era scatenato un attacco di panico, tale da farle credere di essere sul punto di perdere il controllo della propria mente. Da quella volta, cercava di sopprimere i pensieri relativi a suo figlio coinvolto in un incidente ed evitava anche di leggere i giornali locali, nel caso in cui riportassero qualche notizia che avrebbe potuto offrire nuovo materiale su cui preoccuparsi.

In questo esempio si possono osservare chiaramente alcuni elementi che compongono il CAS, quali la preoccupazione eccessiva in risposta ai propri pensieri negativi, il tentativo di sopprimere i pensieri e l'evitamento. Approfondendo il discorso, la paziente ha ammesso di considerare la preoccupazione un mezzo efficace per riuscire a evitare futuri problemi, dimostrando così di possedere sia credenze metacognitive positive (riguardo all'utilità nella gestione del problema), sia negative (riguardo alla conseguente perdita di controllo), sulla preoccupazione stessa.

Un uomo di 23 presentava un problema d'ansia in quelle situazioni sociali in cui temeva di risultare apprensivo e “strano”. Gli è stato chiesto di descrivere un episodio recente e ha dichiarato di essersi sentito ansioso subito prima della seduta. Quando si è indagato cosa avesse pensato prima di entrare e per quanto tempo si fosse preoccupato, ha raccontato di aver cercato di immaginarsi l'incontro con il terapeuta, per poi provare a rispondere mentalmente a ogni sua possibile domanda difficile. Gli è stato anche domandato se, nel corso della seduta, avesse focalizzato l'attenzione su di sé o sull'ambiente esterno. Ha spiegato allora di aver rivolto l'attenzione su di sé soprattutto all'inizio della seduta e, in particolare, di essersi focalizzato su come poteva apparire agli occhi del terapeuta: si era sforzato di sembrare normale controllando il proprio comportamento.

In questo caso, la caratteristica più evidente del CAS è la perseverazione della preoccupazione anticipatoria. Si nota anche la presenza del monitoraggio della minaccia: il paziente, infatti, si concentra principalmente sull'impressione che dà e cerca di comportarsi in modo da sembrare “il più normale possibile”.

In tutti i casi sopracitati è possibile identificare e isolare il CAS. Si può, però, notare come l'uso di questa strategia sia problematico: la persona, infatti, 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 e sulle proprie emozioni.

## CONSEGUENZE DEL CAS

Cosa comporta il CAS? Esso ha diverse conseguenze che portano al disturbo psicologico: nella figura 1.1 le frecce A e B ne mostrano gli effetti negativi sul processo di autoregolazione. La freccia A evidenzia l'effetto che hanno le metavalutazioni e i comportamenti di *coping* maladattivi sulle credenze: focalizzare l'attenzione sulla minaccia, ad esempio, non fa altro che rendere più veritiere le credenze riguardo all'effettiva presenza di un pericolo, così come il fatto di continuare a evitare le situazioni ansiogene impedisce alla persona di scoprire la verità riguardo alla natura irrazionale dell'emozione. La freccia B, invece, mostra come gli stili di pensiero e di *coping* producano un effetto a livello dell'elaborazione cognitiva e a livello emotivo.

Il rimuginio, ad esempio, mantiene in vita il meccanismo dell'ansia e non permette di elaborare le immagini intrusive; così facendo, infatti, si impedisce il processamento a livello emotivo. Esistono anche dei collegamenti diretti tra il metasistema e il livello cognitivo sottostante: la freccia C mostra infatti come certe elaborazioni automatiche possano attivare sistemi di credenze – o piani – che guideranno l'elaborazione successiva.

Consideriamo ora in dettaglio gli effetti dannosi del CAS. Il rimuginio e la ruminazione sono inevitabilmente dei fenomeni controproducenti, che portano la persona a focalizzarsi principalmente sulle informazioni negative in suo possesso: il risultato è che si avrà un'impressione distorta sia di se stessi, sia della realtà che ci circonda. Ad esempio, ci si può preoccupare di eventuali futuri pericoli, anche se la possibilità che esistano realmente è piuttosto remota. Per mezzo della ruminazione si cercano risposte a domande del tipo “Perché è capitato a me?”, che però non hanno una risposta chiara o univoca; ciò finisce per mantenere l'incertezza e la discrepanza tra ciò che la persona sa e quello che desidererebbe sapere. 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 transitorie, persistono. Questi processi consumano preziose risorse attentive e possono indebolire la capacità di pensare e di prendere una decisione chiara e ponderata in condizioni stressanti. Il fatto di rimuginare e ruminare di frequente incrementa l'abitudine ad adoperare questo tipo di strategie, al punto che la persona non si accorge neanche 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. Il rimuginio e la ruminazione possono interferire con altri processi cognitivi di autoregolazione: il primo, ad esempio, si

esplicita preminentemente in forma verbale e può interferire con l'elaborazione delle immagini necessaria per riuscire a superare i traumi a livello emotivo. In maniera simile, ruminare sul passato, così come ripensare continuamente ai propri errori e ai propri fallimenti, aumenta l'accessibilità di questo materiale quando, in futuro, si dovranno formulare dei giudizi su se stessi.

La componente di "monitoraggio della minaccia" del CAS fa sì che l'attenzione si focalizzi sulle potenziali fonti di pericolo. Ciò rappresenta un problema in quanto: 1) accresce il senso soggettivo di pericolo, aumentando o mantenendo in vita l'emozione negativa; 2) rinforza il piano – o il programma – metacognitivo che guida i processi cognitivi, così la persona andrà in cerca di eventuali segnali minacciosi in modo ancora più scrupoloso; 3) in casi di trauma o PTSD, ostacola il processo di guarigione, dato che il sistema cognitivo dovrebbe tornare a focalizzarsi su un ambiente normale e privo di minacce e 4) può influenzare la rete di elaborazione che genera l'intrusione di stimoli nella coscienza. Il monitoraggio della minaccia, quindi, può far aumentare le esperienze mentali intrusive.

L'elaborazione cognitiva normale, di solito, favorisce il processo di abitua-zione, perché la persona si espone ripetutamente ai propri pensieri. Le strategie che vengono messe in atto per controllare il pensiero (come la soppressione, oppure il pensare in una maniera particolare), invece, sono problematiche perché impediscono che questo processo si realizzi. La soppressione non è una strategia efficace, perché non riesce a bloccare i pensieri indesiderati e questo fallimento può essere interpretato come una perdita di controllo, dato che la percezione di minaccia rimane attiva. Alcune strategie di regolazione emozionale hanno effetti paradossali, perché si basano su processi dissonanti: un paziente, ad esempio, potrebbe tentare di superare la depressione dilungandosi a pensare quanto sta male e perché si sente così. Focalizzare l'attenzione in tal modo inasprisce e perpetua la depressione, giacché la persona richiama alla mente informazioni su di sé che hanno un'accezione prettamente negativa. Allo stesso modo, i "preoccupati cronici" continuano a preoccuparsi per mantenere uno stato di allerta che permetta loro di riuscire a cavarsela in futuro.

Anche altre strategie comportamentali di *coping*, come l'evitamento e l'abuso di sostanze, volti a regolare le emozioni e le cognizioni, sono disfunzionali, poiché non permettono alla persona di scoprire che sarebbe in grado di affrontare le situazioni e che le emozioni non sono qualcosa da temere. Alcuni comportamenti di *coping* impediscono l'esame di realtà dei pensieri e delle credenze negative, mantenendo in vita un senso di potenziale pericolo. Il fatto che non si sia verificata una catastrofe, come ad esempio arrivare a un "esaurimento nervoso", può venire attribuito all'aver evitato lo *stress*, anziché condurre alla constatazione che la credenza che lo *stress* possa portare a un esaurimento sia del tutto priva di fondamento.

## CREDENZE METACOGNITIVE POSITIVE E NEGATIVE

Il CAS è governato da credenze erranee sui pensieri, che possono appartenere a due specifici domini di contenuto; distinguiamo infatti le credenze metacognitive positive e le credenze metacognitive negative.

Le credenze metacognitive positive riguardano l'utilità del preoccuparsi e del ruminare e implicano l'utilizzo di strategie quali il monitoraggio della minaccia o similari. Seguono alcuni esempi:

“Se mi preoccupo, sarò preparato”

“Il fatto di focalizzarsi sul pericolo mi proteggerà”

“Devo ricordarmi qualsiasi cosa, solo così saprò se sono da biasimare”

“Se analizzo il perché mi sento così, troverò delle risposte”

“Devo controllare i miei pensieri o farò qualcosa di sbagliato”

A livello superficiale, queste credenze potrebbero sembrare ragionevoli ma, per dimostrarne la natura distorta ed erranea, le riporto qui sotto assieme a qualche domanda che il terapeuta metacognitivo può adoperare per riformularle:

“Se mi preoccupo, sarò preparato”

*È possibile essere preparati senza preoccuparsi?*

*È possibile preoccuparsi di tutto quello che può accadere?*

*La preoccupazione offre una visione del futuro verosimile, oppure distorta?*

“Il fatto di focalizzarsi sul pericolo mi proteggerà”

*Come sa su quale pericolo concentrarsi?*

*Quale pericolo la sorprenderà, quello che vede o quello che non riesce a vedere?*

*Il fatto che si concentri sul pericolo potrebbe renderla meno sicuro, visto che tralascia le cose quotidiane?*

“Devo ricordarmi qualsiasi cosa, solo così saprò se sono da biasimare”.

*È davvero possibile riuscire a ricordarsi tutto?*

*In che modo sapere se lei è o meno una persona da biasimare può farla sentire meglio e aiutarla ad andare avanti?*

*Può andare avanti senza biasimarsi?*

“Se analizzo il perché mi sento così, troverò delle risposte”.

*Per quanto tempo ha fatto così? E per quanto tempo ha intenzione di continuare a farlo?*

*Che cosa succederebbe se trovasse una risposta che interrompe la sua analisi?*

*E se non ci fossero risposte, modificherebbe il suo modo di pensare?*

“Devo controllare i miei pensieri o farò qualcosa di sbagliato”.

*Come sa quali sono i pensieri da controllare?*

*È possibile riuscire a controllare tutti i propri pensieri?*

*Il fatto di controllare i suoi pensieri potrebbe ostacolarla nel riuscire a scoprire la verità su di essi?*

Il secondo dominio di credenze metacognitive riguarda il significato negativo che le persone attribuiscono ai propri eventi cognitivi interni (cioè ai pensieri e alle credenze comuni). Ci sono due principali sottoinsiemi di meta-credenze negative; uno riguardante l'incontrollabilità dei pensieri, l'altro relativo alla loro pericolosità, alla loro importanza e al loro significato. Dato che queste meta-credenze comportano fallimentari tentativi di controllo e un'interpretazione negativa e minacciosa degli eventi mentali, contribuiscono a mantenere in vita il CAS. Anche gli stati d'animo e le esperienze emotive, infine, possono venir interpretati alla luce di queste.

Seguono alcuni esempi:

“Non ho alcun controllo sul mio rimuginio (o sulla mia ruminazione)”

“Preoccuparmi può danneggiare il mio corpo”

“Il *distress* psicologico può farmi perdere la testa”

“I pensieri negativi hanno il potere di farmi fare cose brutte”

“Alcuni pensieri possono far sì che succeda qualcosa di brutto”

“I miei pensieri possono trasformarmi in qualcosa che non voglio essere”

“I pensieri incontrollabili sono un sintomo di pazzia”

“Se credo di essere cattivo, allora devo esserlo per davvero”

“Se mi sento ansioso, vuol dire che sono effettivamente in pericolo”

“Pensare a qualcosa vuol dire renderlo reale”

## **RIEPILOGO DEL MODELLO METACOGNITIVO**

Per riassumere, la MCT si basa sul principio che i disturbi psicologici persistano a causa del CAS, processo che ha un effetto diretto sia sull'esperienza emotiva, sia sui contenuti cognitivi. Esso, attraverso meccanismi specifici, contribuisce a tenere in vita sia un'idea di sé negativa, sia un senso generale di minaccia.

Il CAS è collegato all'attivazione delle credenze metacognitive sia positive che negative. Dato che si presuppone l'esistenza di due livelli cognitivi – quello cognitivo di base e quello metacognitivo – anche gli eventi interni (come i pensieri, le credenze e le emozioni) possono essere vissuti in due modi: cognitivo o metacognitivo. Questa visione delle cose offre delle possibilità di trattamento orientate alla rimozione del CAS, alla modificazione delle credenze metacognitive e allo sviluppo di modi alternativi di esperire gli eventi interni e di rapportarsi ad essi.

## UNA RIFORMULAZIONE DEL MODELLO A-B-C

Per apprezzare la relazione che intercorre tra il modello metacognitivo e le teorie cognitivo-comportamentali tradizionali, esaminiamo la riformulazione proposta dalla MCT del modello A-B-C (che ne è alla base).

Nel modello classico, rappresentato nella figura 1.2, un evento (A) comporta l'attivazione di un pensiero o di una credenza irrazionale (B), il che provoca conseguenze a livello emotivo e comportamentale (C).

In ogni caso, come abbiamo visto, nelle teorie cognitive rimane irrisolta la questione di come delle credenze talvolta molto comuni possano mantenere in vita delle emozioni e dei pensieri così negativi. Non è chiaro, inoltre, cosa dia vita ai *pattern* di pensiero incontrollabili, che rappresentano il cuore della sofferenza psicologica.

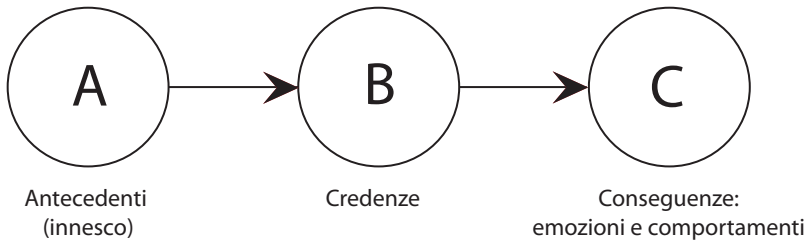


FIG. 1.2. Il modello A-B-C.

La MCT riformula il classico A-B-C ponendo al centro del modello le credenze metacognitive (M) e sostituendo l'evento attivante con un'esperienza interna, che può essere un pensiero negativo o una credenza comune.

Questo modello, denominato A-M-C, è rappresentato nella figura 1.3. Inizia a valle del modello A-B-C classico, dato che qui l'antecedente è rappresentato da un evento cognitivo interno piuttosto che da un evento esterno. La componente M è costituita dalle credenze metacognitive e dal CAS. I pensieri automatici negativi, così come le credenze comuni (B), sono sia valutati che influenzati dai processi metacognitivi.

Un esempio clinico può aiutare a chiarire queste differenze di approccio.

Una donna di 30 anni aveva sofferto di depressione per circa 2 anni prima di iniziare la terapia MCT. Aveva dichiarato di essersi sentita depressa e di aver avuto pensieri suicidari per la maggior parte del tempo nel biennio passato, ovvero da quando aveva lasciato la sua città natale per andare in cerca di lavoro. Durante

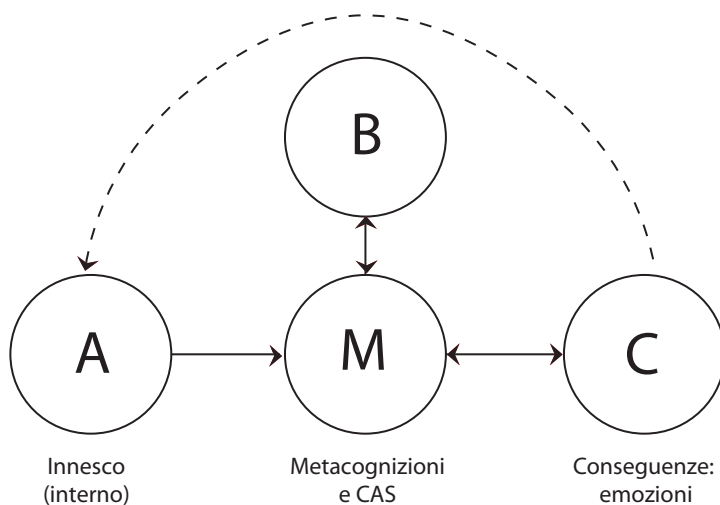


FIG. 1.3. Il modello A-M-C riformulato da Wells (2000). Copyright di John Wiley e Sons Limited.

L'*assessment* aveva descritto come, una volta trovatasi da sola, avesse pensato continuamente "le cose non cambieranno mai", sentendosi triste per la maggior parte del tempo e provando un sentimento di disperazione.

Una formulazione A-B-C di questa catena di eventi è presentata nella figura 1.4. Come si evince dalla figura, l'antecedente "sono sola" avrebbe attivato la credenza "le cose non cambieranno" che, a sua volta, avrebbe suscitato i sentimenti di tristezza e disperazione. L'approccio metacognitivo offre un'analisi in qualche modo diversa, perché va in cerca della natura delle metacognizioni e del CAS della paziente. Il terapeuta le ha infatti chiesto quanto tempo avesse trascorso a pensare a perché si sentiva in quel modo e lei ha ammesso di aver dedicato molto tempo a far ciò. I suoi ragionamenti consistevano nel tentare di trovare risposte a domande quali: "Perché sono

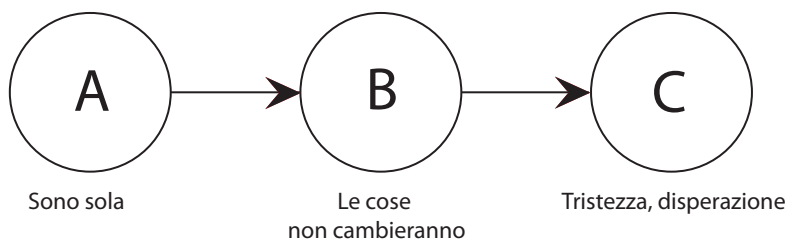


FIG. 1.4. Un esempio di formulazione A-B-C di un caso di depressione.

così? Le cose cambieranno prima o poi? Che cosa significa tutto questo? Perché non riesco a fare le cose? Perché le persone sono più felici di me? Tutto questo finirà mai?”. Le è stato chiesto di riflettere su quale fosse il vantaggio di pensare in quel modo e lei ha identificato la credenza di dover riflettere su quanto le cose andassero male (ruminazione) per riuscire a cambiare la situazione e che, se provava tristezza, avrebbe potuto essere più motivata. Il terapeuta le ha chiesto cosa facesse per sentirsi triste e la paziente gli ha spiegato come raggiungesse questo obiettivo focalizzandosi sui propri pensieri e sulle proprie sensazioni, ascoltando musica triste e riducendo le proprie attività in modo da avere più tempo per riflettere. Nella figura 1.5 sono illustrate queste metacognizioni e il CAS in base alla formulazione A-M-C.

Mettendo a confronto le figure 1.4 e 1.5, si può vedere come la TCC miri a confutare la credenza di essere senza speranza (le cose non cambieranno), mentre nella formulazione metacognitiva (MCT) la causa scatenante della tristezza persistente e ricorrente e della disperazione viene identificata nelle metacognizioni e nel CAS. La MCT, quindi, si focalizza sulla rimozione del CAS e sulla confutazione delle credenze che sono alla sua base. È da notare anche come nell’analisi A-M-C l’an-

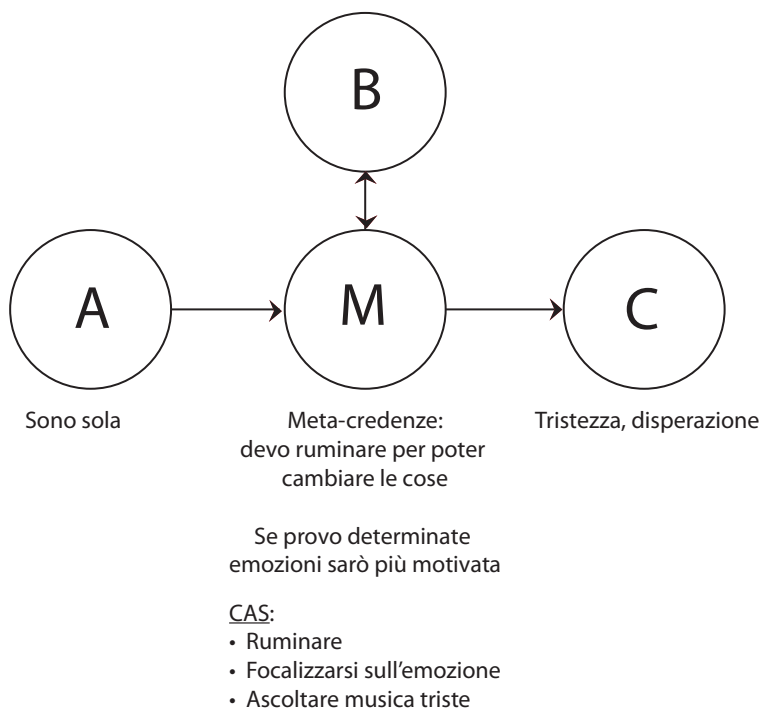


FIG. 1.5. Una formulazione metacognitiva (A-M-C) del medesimo caso di depressione.

tecedente (A) venga fatto coincidere con un evento interno – cioè un pensiero – piuttosto che con una situazione.

Dall'esempio possiamo cogliere la natura della formulazione MCT: in questo tipo di trattamento si lavora affinché i pazienti riescano a riconoscere i *pattern* di pensiero e le strategie di *coping* che fanno sì che il *distress* emotivo perduri nel tempo, in modo da riuscire a modificare sia questi *pattern* disadattivi, sia le proprie meta-credenze sui pensieri e sulle emozioni. La MCT, al contrario delle forme più tradizionali di TCC, non si focalizza sull'analisi della veridicità delle credenze negative su di sé e sul mondo. Nel caso di depressione appena considerato, ad esempio, il terapeuta non ha effettuato un esame di realtà riguardo alla credenza della paziente (“Le cose non cambieranno”) mettendone in discussione le prove e ricercandone le controprove; piuttosto, l'ha aiutata a generare modalità di reazione alternative ai propri pensieri di essere sola, confutando le sue credenze metacognitive e rimuovendo il CAS. È quest'ultimo, infatti, che rende persistenti e salienti i pensieri e le credenze riguardo l'immodificabilità delle cose.

## **UNA PRECISAZIONE SULLE TERAPIE CHE SI BASANO SUL PROCESSO RISPETTO A QUELLE CHE SI BASANO SUL CONTENUTO**

I trattamenti cognitivo-comportamentali esistenti si basano essenzialmente sul contenuto cognitivo: i terapeuti, infatti, si concentrano per lo più sui pensieri e sulle credenze delle persone per riuscire a metterne in discussione i relativi contenuti. La MCT, invece, è principalmente interessata ai processi e si focalizza sui contenuti soltanto per quanto riguarda il dominio metacognitivo. Nel trattamento cognitivo-comportamentale della depressione tradizionale, ad esempio, il terapeuta mette in discussione le prove che sostengono i pensieri e le credenze negative su di sé, sul mondo e sul futuro del paziente, usando domande del tipo “Qual è la distorsione cognitiva presente nel suo pensiero?” e “Qual è la controprova?”. Nella MCT, invece, il terapeuta cerca di ridurre il fenomeno della ruminazione, modifica le credenze negative circa l'incontrollabilità di questo processo e confuta le credenze metacognitive positive riguardanti la necessità di reagire alla tristezza innescandolo. Il livello metacognitivo d'intervento prevede domande del tipo “Può rinviare la ruminazione in risposta al suo pensiero?” e “Quali sono gli svantaggi di soffermarsi su quel pensiero?”.

Quando ci riferiamo al “contenuto della cognizione”, stiamo parlando del sistema di elaborazione dell'informazione immagazzinata o attiva nella nostra coscienza; le credenze possono essere considerate come componenti di una “biblioteca” di informazioni o di conoscenze. Quando invece ci riferiamo ai “processi”, intendiamo le azioni che mettiamo in atto quando adoperiamo quella conoscenza

e quando impariamo cose nuove. Usando nuovamente la metafora della biblioteca, potremmo paragonare il processo al ricercare un libro che ha una precisa collocazione nello spazio, a leggerne il contenuto per poi usarlo per modificare quello che facciamo, pensiamo o sappiamo. I processi collegano le cognizioni alle conseguenze emotive e comportamentali e determinano gli effetti che le esperienze di vita hanno sulle cognizioni stesse.

Non è possibile intervenire direttamente su una credenza quale “Non valgo nulla”, mentre ci si può concentrare sul processo che la mantiene in vita. Per compiere questo passo avanti, dobbiamo assumere che ciò che pensiamo e crediamo sia un prodotto dei nostri processi cognitivi. I pazienti affermano di essere “cattivi”, di stare per “avere un attacco di cuore” o di “non valere nulla” perché sono ripetutamente coinvolti in processi cognitivi che contribuiscono a generare o a mantenere in vita queste informazioni scorrette.

Nell'approccio MCT si sottolinea la necessità di modificare questi processi (lo stile di pensiero), la modalità con cui si presta attenzione agli eventi interni e le particolari strategie usate per formulare giudizi basandosi su informazioni interne.

## CONCLUSIONI

In questo capitolo ho descritto le basi teoriche della MCT e le principali caratteristiche del modello S-REF su cui si poggia. Ho tralasciato alcuni aspetti che sono meno rilevanti per la pratica clinica: il lettore interessato potrà consultare altre fonti (ad esempio, Wells e Matthews, 1994, 1996; Wells, 2000; Matthews e Wells, 1999) per trovare ulteriori dettagli sull'architettura cognitiva e su quanto il modello è in linea con i dati sperimentali sui *bias* cognitivi.

Il modello metacognitivo identifica la causa dei disturbi psicologici in uno specifico *pattern* di pensiero, chiamato CAS, conseguente al controllo che hanno le metacognizioni sulla valutazione cognitiva e sulle strategie di *coping*. Le metacognizioni sono delle credenze riguardo ai propri pensieri e alle proprie sensazioni, ma implicano anche delle strategie che controllano la modalità di *coping* e di pensiero. Si può paragonare il processo metacognitivo a un programma – o un piano – superiore di rappresentazione mentale che controlla la cognizione.

Le implicazioni del modello metacognitivo sono che il trattamento può focalizzarsi su diversi livelli e su diversi aspetti del sistema cognitivo, creando così nuove opportunità d'intervento. Il terapeuta dovrebbe focalizzarsi sulla rimozione del CAS e per poter far questo sono state sviluppate tecniche specifiche. Il trattamento, pertanto, dovrebbe concentrarsi sulla modificazione delle credenze metacognitive erranee. È importante inoltre, potenziare la conoscenza procedurale dei pazienti (piani metacognitivi impliciti); ciò significa formarli in modo che sviluppino nuove abilità per rispondere agli eventi interni, in maniera più flessibile

e decentrata. La persona deve sviluppare i programmi metacognitivi necessari per gestire meglio le esperienze conscie indesiderate, rimanendo in contatto con esse e riuscendo a viverle in modo distaccato.

In conclusione, da quest'analisi emergono tre importanti obiettivi terapeutici: 1) la modificazione dello stile o della strategia di pensiero (il CAS); 2) la modificazione delle credenze metacognitive esplicite; 3) l'acquisizione di nuove modalità procedurali, o piani impliciti, per guidare i processi cognitivi e le esperienze soggettive. In questo volume descriverò in maniera dettagliata il modo per poter rendere operativa questa terapia, che è stata pensata e sviluppata proprio per riuscire a ottenere questi effetti.