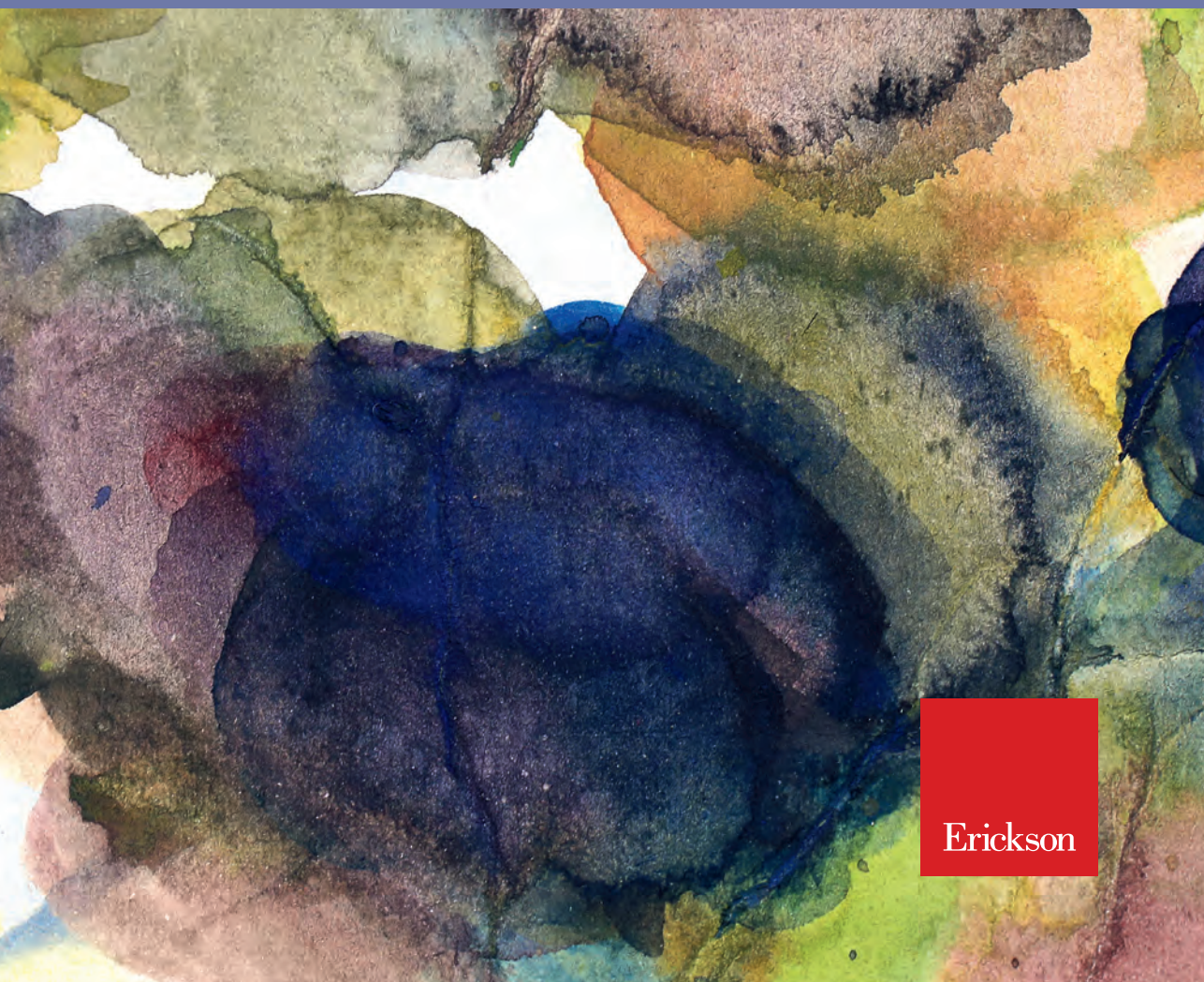


*Adrian Wells*

# TERAPIA METACOGNITIVA DEI DISTURBI D'ANSIA E DELLA DEPRESSIONE

Edizione italiana a cura di Gabriele Melli



Erickson

Questo volume, scritto in uno stile chiaro e pragmatico che ne rende la consultazione e l'applicazione particolarmente semplici, illustra nel dettaglio teoria e pratica della Terapia Metacognitiva: un approccio che si colloca nell'ambito della terza generazione delle terapie cognitivo-comportamentali e che vanta crescenti evidenze empiriche di efficacia.

Adrian Wells mostra come il disagio emozionale non dipenda tanto dal contenuto dei pensieri negativi, come postulava la terapia cognitiva standard, quanto da come le persone reagiscono ad essi con strategie disfunzionali, quali la ruminazione e la rimuginazione, in base alle proprie credenze metacognitive. Scopo della terapia diventa quindi quello di aiutare il paziente a sviluppare una nuova e più funzionale relazione con i propri eventi interni, quali pensieri, emozioni e sensazioni negative. Passando in rassegna le strategie e le tecniche proprie di questo approccio per il trattamento dei singoli disturbi d'ansia e della depressione — tra cui il dialogo sovratico, gli esperimenti comportamentali, l'esposizione metacognitiva, il training attentivo e la detached mindfulness — il manuale si propone come risorsa valida e preziosa per i clinici che si occupano di queste problematiche.

ISBN 978-88-590-1605-2



9 788859 016052

€ 34,00

Ecl<sup>o</sup>psi

# 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	279
	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 compierne 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.

le credenze riguardo alla necessità di mettere in atto i rituali sono inaccurate o inutili.

Ad esempio, evocare immagini positive in risposta a pensieri intrusivi negativi non permette di rendersi conto che questi ultimi non sono in grado di provocare conseguenze negative, dal momento che la persona attribuisce il non verificarsi dell'evento temuto all'uso di rituali *covert*, anziché al fatto che le credenze sull'importanza dell'intrusione sono distorte.

Un altro problema connesso alle risposte di *coping* è che la persona rischia di crearsi uno spettro sempre più ampio di associazioni tra situazioni e pensieri ossessivi. Ad esempio, se il soggetto reagisce al pensiero di essersi contaminato lavandosi, l'ambiente in cui ha messo in atto il rituale evocherà a sua volta il pensiero intrusivo di contaminazione.

Infine, un problema fondamentale delle strategie di neutralizzazione è che, ripetutamente, la persona agisce "come se" il pensiero fosse importante e significativo e, quindi, rinforza il proprio "modo oggetto" di elaborazione cognitiva e diminuisce la propria flessibilità nei confronti degli eventi interni, indebolendo sempre di più il proprio "modo metacognitivo" di rapportarsi con questi.

Nella figura 8.2 è rappresentato un esempio di formulazione del caso basato sul modello descritto; in questo caso, lo stimolo attivante è costituito da pensieri intrusivi in merito alla possibilità di aver commesso un crimine.

## IL MODELLO IN AZIONE

Per illustrare meglio il modello, prenderemo ad esempio il caso di una donna con ossessioni di contaminazione; la concettualizzazione del caso è rappresentata nella figura 8.3.

Quando la donna si trovava in cucina provava disagio: osservava il pavimento e pensava "Qui c'è stato un topo morto"; questo pensiero, a volte, si associava al ricordo di un topo morto che era stato effettivamente portato in cucina dal gatto. Il pensiero intrusivo attivava la credenza metacognitiva implicita che i pensieri in merito alla contaminazione fossero importanti e significassero che le cose erano effettivamente contaminate (TEF). In questo caso, la paziente credeva: "Pensare che il pavimento sia contaminato significa che dev'esserlo realmente". Anche se, all'inizio, ignorava di avere questa convinzione implicita, una volta che il terapeuta l'ha esplicitata ha riferito di esserne convinta al 70%.

Una volta attivata, questa credenza dava origine a interpretazioni inerenti al pericolo e la paziente si preoccupava di poter diffondere germi e far ammalare il proprio figlio, sperimentando un aumento dell'ansia e delle sensazioni di disgusto.

Oltre a queste interpretazioni negative, si attivavano anche delle credenze riguardo alla necessità di gestire la situazione, in base alle quali riteneva di poter rimanere al sicuro solo disinfettando qualsiasi cosa; il problema reale, però, era



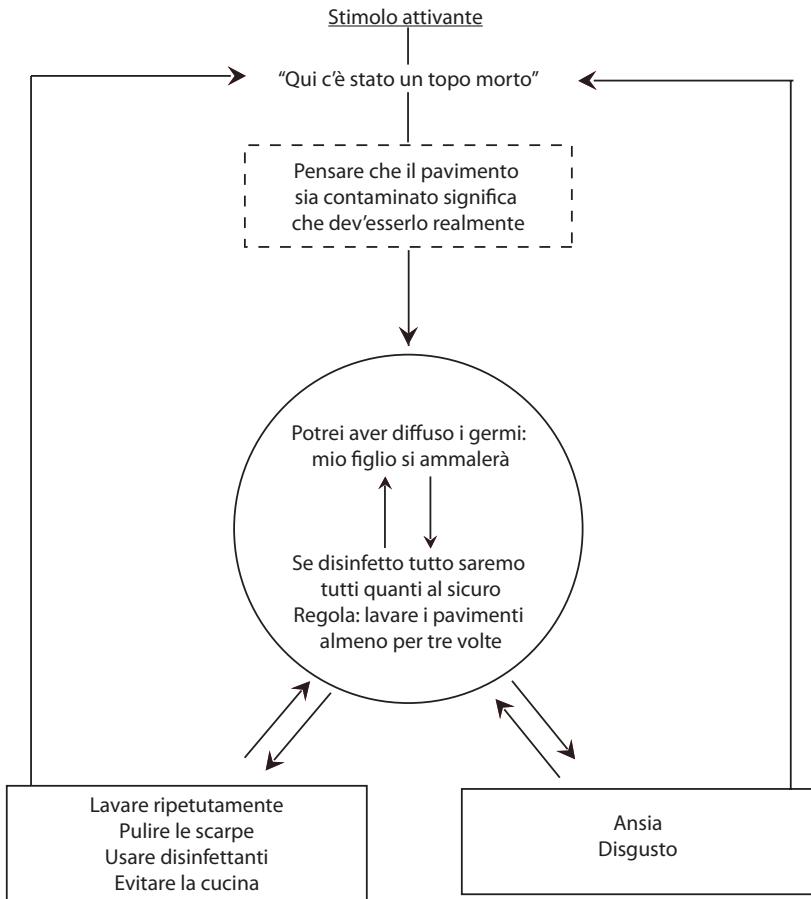


FIG. 8.3. La formulazione tipica di un caso di ossessioni di contaminazione.

di riuscire a capire quando considerare sicura la situazione, senza poter contare su alcuna misura di sicurezza oggettiva. La paziente aggirava questo problema seguendo la regola di lavare il pavimento almeno tre volte, l'ultima delle quali costituiva il cosiddetto "segnale di arresto" del rituale.

Il suo comportamento manteneva in vita la preoccupazione per la contaminazione e alimentava le intrusioni, associandole ad altri stimoli, come lo straccio e il secchio che, a loro volta, attivavano i pensieri ossessivi successivi. L'ansia e il disgusto che provava, inoltre, alimentavano retroattivamente la valutazione della minaccia, dato che queste sensazioni venivano erroneamente interpretate come la

prova della presenza di un pericolo di contaminazione. I comportamenti di neutralizzazione, quindi, mantenevano in vita la credenza in merito all'utilità dei rituali e quella relativa all'importanza delle intrusioni, impedendone la disconferma.

## STRUTTURA DEL TRATTAMENTO

Le sedute di trattamento, di solito, hanno cadenza settimanale e durano approssimativamente dai 45 ai 60 minuti l'una. Tipicamente, il numero di sedute necessario è pari a 12. All'inizio è molto importante che il paziente passi dal "modo oggetto" di elaborazione al "modo metacognitivo", tramite la familiarizzazione col modello e l'utilizzo intensivo della DM e di altre strategie correlate, come l'ERC.

La sequenza del trattamento è la seguente:

1. Concettualizzazione del caso
2. Familiarizzazione col modello
3. Addestramento all'uso della *detached mindfulness* (e passaggio al "modo metacognitivo")
4. Modificazione delle credenze metacognitive (ad es., di fusione) relative alle intrusioni
5. Modificazione delle credenze relative ai rituali e ai segnali di arresto
6. Rinforzo dei nuovi piani metacognitivi di elaborazione
7. Prevenzione delle ricadute

## CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO

### Strumenti di misura

In questo stadio si utilizzano:

1. *Obsessive-Compulsive Disorder Scale* (OCD-S)
2. Intervista per la formulazione del caso di DOC
3. *Checklist* per le sedute

Per iniziare, il terapeuta somministra la OCD-S (🌐) per formarsi una prima impressione in merito alle credenze metacognitive e ai comportamenti da valutare e da inserire nella formulazione del caso. Prima del trattamento, si possono anche far compilare il BAI (Beck et al., 1988), il BDI-II (Beck et al., 1996) e altri strumenti di misura specifici per il DOC, come ad esempio la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (YBOCS; Goodman, Price, Ramussen, Mazure, Fleischmann et al., 1989), il *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* (Hodgson e Rachman, 1977) o il *Padua Inventory* (Sanavio, 1988). Per un assessment più dettagliato delle credenze metacognitive si

può prendere anche in considerazione l'utilizzo del *Thought Fusion Instrument* (TFI; Wells, Gwilliam e Cartwright-Hatton).

### **Ordine del giorno della prima seduta**

Nella prima seduta l'obiettivo è quello di stendere una formulazione del caso, di aumentare la consapevolezza del paziente in merito ai fattori che mantengono in vita il disturbo e di mettere in pratica le strategie iniziali della terapia metacognitiva. La prima di queste è la *detached mindfulness*, che viene presentata come un nuovo modo di relazionarsi ai pensieri e alle intrusioni ossessive. La prima seduta viene proposta in questo modo:

“Nella seduta odierna vorrei che analizzassimo un episodio recente in cui ha avuto dei pensieri intrusivi e/o si è sentito costretto a eseguire un rituale. Nel fare questo, considereremo i fattori che mantengono in vita i suoi sintomi e, nel frattempo, inizieremo anche a esaminare alcuni modi con i quali potrà affrontare il problema. Vorrei anche fornirle qualche dettaglio in più riguardo alla MCT e al trattamento che prevede. Se rimarrà ancora del tempo a disposizione, poi, vorrei spiegarle una nuova modalità con cui potrà reagire ai suoi pensieri di tipo ossessivo. C'è qualcosa d'altro di cui vorrebbe parlare oggi?”

### **Formulare una concettualizzazione del caso**

Il terapeuta, quindi, procede formulando una versione personalizzata del modello metacognitivo, che rappresenti le reazioni del paziente a un pensiero, un'immagine o un impulso intrusivo recente.

Un mezzo abbastanza efficace per formulare la concettualizzazione del caso è quello di porre una particolare sequenza di domande riportate nella specifica intervista per il DOC (🌐). Il terapeuta, in un primo momento, indaga la presenza di un pensiero ossessivo, di un rituale o di un'altra strategia di neutralizzazione recenti e, quindi, si informa in merito alle emozioni suscitate dallo stimolo che ha innescato il processo. Indaga poi come il paziente ha valutato l'intrusione e la credenza che ha su di essa, la natura della sua risposta comportamentale e le sue credenze relative al bisogno di mettere in atto il rituale. Per maggiore chiarezza, ognuno di questi passaggi verrà descritto in dettaglio.

#### *Passo 1: identificare l'intrusione che innesca il processo*

Il terapeuta inizia identificando un'intrusione che ha scatenato un'emozione negativa e/o l'urgenza di emettere un comportamento di neutralizzazione:

“Ripensi all’episodio più recente in cui si è accorto della presenza di un pensiero intrusivo – o di una sensazione – che l’ha angosciata. [oppure: “Si ricorda l’ultima volta in cui si è accorto che stava ripetendo qualcosa, oppure doveva fare qualcosa in un modo particolare?”]. Quand’è successo? Si trattava di un pensiero, di un’immagine o di un impulso?”

*Passo 2: identificare l’emozione*

Nel passaggio successivo, seguendo un percorso che conduce all’esplorazione delle meta-valutazioni (spesso tacite) riguardo alle intrusioni, il terapeuta si informa sulle reazioni emotive e sul disagio sperimentati dal paziente:

“Quando è comparso il pensiero/sensazione attivante, che emozione ha provato? Ad esempio, si è sentito in ansia, in apprensione, in colpa o disgustato?”

*Passo 3: identificare la meta-valutazione dell’intrusione*

Una volta colti l’emozione o il disagio, il terapeuta chiede al paziente come ha valutato l’intrusione che li ha scatenati, dicendo:

“Sembra che avere quel pensiero/sensazione per lei abbia un significato negativo. Quale? (In che misura crede che avere quel pensiero significhi che [inserire qui la credenza del paziente]?)”

“Qual è la cosa peggiore che potrebbe succedere se continuasse a sperimentare quella sensazione?”

“Sembra che questo pensiero per lei sia importante. Cos’è che lo rende tale?”

“Qual è la cosa peggiore che potrebbe succedere se continuasse ad avere quel pensiero?”

“Che cosa dice quel pensiero di lei come persona?”

“Quel pensiero ha qualche significato particolare?”

“Avere quel pensiero può essere nocivo o pericoloso? In che modo?”

“Quando è in ansia, c’è qualche altro pensiero che le passa per la mente?”

“Avverte un senso di pericolo o di minaccia?”

*Passo 4: determinare la credenza metacognitiva relativa all’intrusione*

Una volta identificata la meta-valutazione dell’intrusione, il terapeuta deve determinare la credenza metacognitiva che la sostiene. Per ottenere ciò, di solito può essere sufficiente riformulare la valutazione:

“Crede che questi pensieri significhino qualcosa?”

“Sembra che lei attribuisca un qualche significato a queste intrusioni; in particolare, sembra che lei creda implicitamente che [inserire qui la TEF, la TAF o la TOF]. In che misura ci crede?”

*Passo 5: identificare la natura dei rituali e delle strategie di neutralizzazione*

Il terapeuta, a questo punto, indaga la natura delle strategie di neutralizzazione *overt* e *covert* che costituiscono la reazione alle intrusioni:

“Fa qualcosa per riuscire a scongiurare [l'esito negativo]?”

“Quando lo pensa, cosa fa per prevenire [l'esito negativo]?”

Alcune domande utili per determinare la natura di questi comportamenti sono:

“Ripete alcune cose, le fa in qualche modo particolare o evita alcune situazioni?”

“Cerca di controllare i suoi pensieri? Se è così, come riesce a farlo?”

“Quanto spesso mette in atto questo tipo di comportamenti, e per quanto tempo?”

*Passo 6: identificare le credenze in merito ai rituali e ai segnali di arresto*

Il terapeuta, infine, cerca di determinare la natura delle credenze relative ai rituali e alle strategie di neutralizzazione, chiedendo:

“Quali sono i vantaggi di mettere in atto questi comportamenti? Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere se non li mettesse in atto?”

Una parte importante delle credenze relative ai rituali è quella relativa ai cosiddetti segnali di arresto, che costituiscono una guida per le azioni da emettere. Il terapeuta ne determina la natura chiedendo:

“Come sa quando interrompere [il controllo, il lavaggio, le neutralizzazioni, le ripetizioni]?”

“Come fa a sapere che è giusto interrompere il rituale?”

“Qual è il suo obiettivo nel mettere in atto i rituali e come sa quando sono stati efficaci?”

“Ha qualche regola specifica relativa a quanto tempo è necessario dedicare al rituale?”

Di seguito, viene riportato un dialogo in cui si fa uso di queste domande; la concettualizzazione del caso che ne è derivata è rappresentata nella figura 8.4.

*Terapeuta:*     Quando è stata l'ultima volta in cui si è sentito tormentato da un pensiero o da una sensazione intrusiva?

*Paziente:*       Stamattina. Mi sono preoccupato per i miei figli.

*Terapeuta:*     Qual è stato il primo pensiero angosciante che ha avuto?

*Paziente:*       Non riuscivo a sentirli, così ho pensato di aver fatto loro del male.

- Terapeuta:* Questo pensiero si è presentato in forma verbale oppure era un'immagine?
- Paziente:* Era in forma verbale.
- Terapeuta:* Quali emozioni ha provato quando ha avuto quel pensiero?
- Paziente:* Mi sentivo teso e impaurito.
- Terapeuta:* Sembra che quel pensiero significasse qualcosa per lei. Che cosa voleva dire?
- Paziente:* Beh, sarebbe stato terribile se fosse accaduto veramente!
- Terapeuta:* Dunque, pensare una cosa del genere significa che probabilmente è accaduta davvero?
- Paziente:* Proprio così: se lo penso, potrebbe essere successo realmente.
- Terapeuta:* In che misura crede che pensare di aver fatto del male ai suoi figli significhi che l'ha fatto veramente, su una scala da 0 a 100%?
- Paziente:* Al 60%.
- Terapeuta:* Quali altre preoccupazioni le hanno attraversato la mente dopo quel pensiero iniziale?
- Paziente:* Ho pensato: "E se questa volta fosse successo davvero?"
- Terapeuta:* Cosa ha fatto per gestire quel pensiero?
- Paziente:* Sono andato a vedere se stavano bene.
- Terapeuta:* Fa qualcos'altro, di solito?
- Paziente:* Sì, chiedo a mia moglie di andare a controllare.
- Terapeuta:* Per quante volte controlla?
- Paziente:* Diverse volte, per essere davvero sicuro. Posso arrivare a farlo anche 4 o 5 volte.
- Terapeuta:* Come sa quando smettere?
- Paziente:* Quando sono certo che loro sono al sicuro.
- Terapeuta:* E come sa quando sono al sicuro?
- Paziente:* Credo che sia quando, andandomene, non mi viene in mente nessun altro pensiero. A volte, ad esempio, ho un'immagine di loro che si stanno soffocando con il cuscino.
- Terapeuta:* Cosa succederebbe se non andasse a controllare?
- Paziente:* Non sarei assolutamente in grado di rilassarmi.
- Terapeuta:* È come se avesse la credenza: "Devo controllare, altrimenti non mi rilasserò mai". È corretto?
- Paziente:* Sì, sarei sopraffatto dall'ansia.

## FAMILIARIZZAZIONE COL MODELLO

Il passo successivo alla formulazione del caso è quello della familiarizzazione col modello, il cui obiettivo è di introdurre l'idea che il problema principale non è tanto l'aver pensieri/dubbi/sensazioni ossessive, quanto il significato

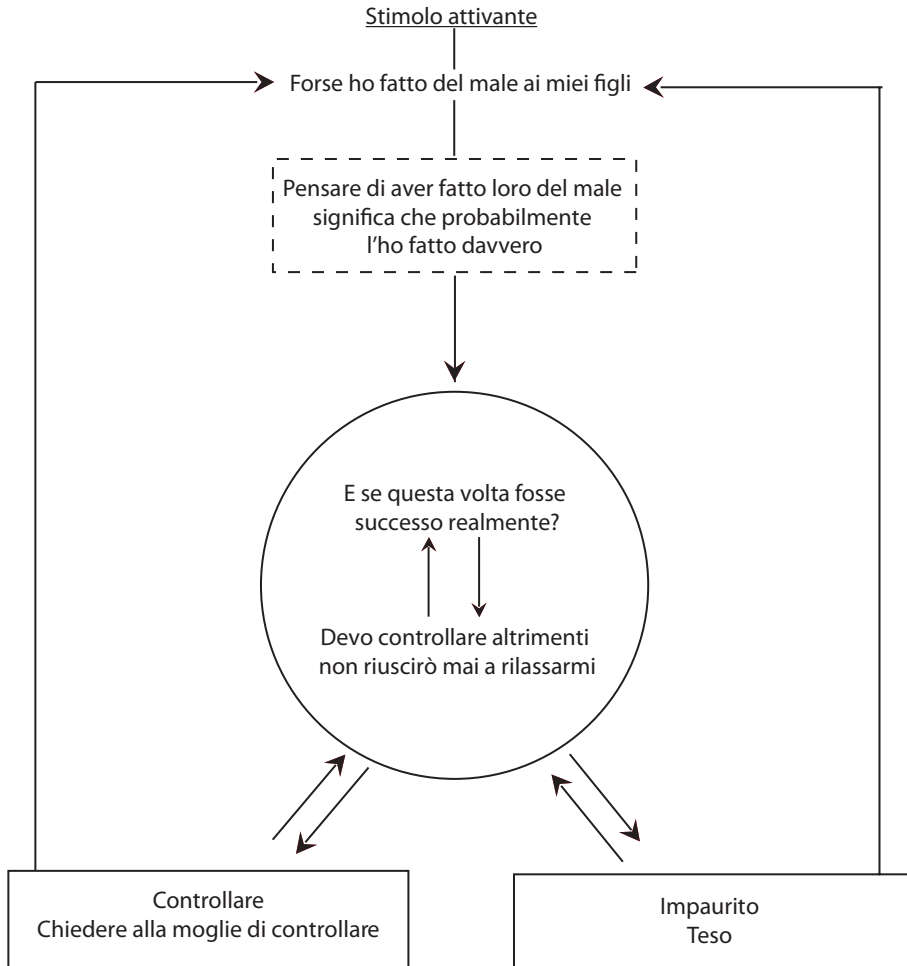


FIG. 8.4. La formulazione del caso relativo a un paziente con rimuginio ossessivo.

che viene loro attribuito e le reazioni che vengono messe in atto alla loro comparsa.

A questo punto, è utile che il terapeuta spieghi come i pensieri ossessivi siano un fenomeno normale, sperimentato all'incirca dall'80% della popolazione, sottolineando l'idea che la vera causa del DOC sia da attribuirsi alle credenze relative a questi eventi interni e al modo in cui vi si reagisce. Il terapeuta prosegue

poi spiegando come, riuscendo a modificare le credenze in merito ai pensieri e alle sensazioni e cambiando il modo in cui ci si relaziona a queste, sarà possibile arginare il problema.

Illustra quindi il ruolo delle credenze e dei comportamenti di *coping* nel provocare l'intensificazione e il mantenimento dei sintomi, facendo riferimento alla formulazione del caso.

Ad esempio, può dire:

“Dando un'occhiata alla formulazione del caso, possiamo notare come, in quest'occasione, lei abbia avuto un pensiero – o un dubbio – intrusivo e vi abbia reagito in maniera particolare: l'ha considerato vero, semplicemente perché l'ha pensato. Questo accade perché lei crede che [ad es., “Avere un pensiero significa che dev'essere accaduto qualcosa di male”]. Se non fosse così convinto che i suoi pensieri ossessivi siano importanti, quanto crede che si sarebbe sentito in ansia?”

“Vede, allora, come ciò che lei crede riguardo ai suoi pensieri ossessivi abbia un impatto sulle sue emozioni? Quando si sente più ansioso, cosa accade alla frequenza dei suoi pensieri o all'importanza che attribuisce loro? Comprende quindi come uno dei circoli viziosi che mantiene in vita il suo problema si basi sulle credenze che ha in merito ai suoi pensieri, che le creano ansia e fanno sembrare le cose ancora più reali?”

“Esiste anche un altro circolo vizioso: cosa accade, infatti, quando tenta di scacciare il pensiero o di abbassare l'ansia? Finora ci è riuscito? Certi comportamenti di *coping* possono causare dei problemi; ad esempio, tentare di non pensare a qualcosa può rendere un determinato pensiero ancora più invadente, e tra un attimo glielo dimostrerò attraverso un esperimento. Ci sono anche altri problemi causati dai suoi comportamenti: alcuni di essi – come controllare ripetutamente – possono infatti farle perdere fiducia in se stesso. Evitare le situazioni in cui potrebbero attivarsi i pensieri ossessivi può creare delle associazioni tali per cui quelle stesse situazioni avranno una maggior probabilità di scatenarli in futuro. Adoperando il controllo o altre strategie di neutralizzazione non riesce a rendersi conto che i suoi sono solamente dei pensieri, mantenendo così in vita le sue credenze a riguardo. Ogni volta si comporta come se il pensiero fosse importante e significativo, senza riuscire a sviluppare dei modi migliori e più efficaci per relazionarsi con le sue esperienze interne.”

Mettendo in discussione le conseguenze dei comportamenti di *coping*, il terapeuta aiuta il paziente a considerare come alcuni aspetti del suo modo di reagire contribuiscano a mantenere in vita l'ansia, dato che continuano ad attribuire importanza e significato a certi pensieri.

Una domanda utile per evidenziare la natura disfunzionale dei rituali – e delle credenze in merito – è: “Se i suoi rituali sono utili, come mai continua a essere affetto da DOC?”



Altre domande utili sono: “Da quando è iniziato il problema, quante volte ha controllato?”, “Quante volte i controlli hanno rivelato che i suoi pensieri/dubbi erano corretti?” e “Come mai non ha ancora imparato che i suoi pensieri/dubbi ossessivi potrebbero essere semplicemente ignorati?”

Solitamente, la familiarizzazione col modello si ottiene attraverso esperimenti comportamentali che mettono in luce gli effetti controproducenti dei comportamenti di *coping*. In particolare, ce ne sono due molto utili: la soppressione dei pensieri e il monitoraggio degli stessi. Nel primo caso, si chiede al paziente di sforzarsi di contrastare attivamente un pensiero – ad esempio, quello di un coniglio bianco – per dimostrargli come raramente si ottenga un successo totale. Nell'esperimento di monitoraggio del pensiero, invece, inizialmente si chiede al paziente di prestare attenzione al proprio flusso di pensieri per circa un minuto. Successivamente, si ipotizza che uno di questi in particolare – ad esempio quello di un elefante blu – sia pericoloso e che sia importante individuarne la presenza nel flusso di coscienza. Il terapeuta chiede quindi al paziente di monitorare nuovamente il fluire dei propri pensieri per un minuto, per poi domandargli quante volte ha pensato ha un elefante blu. In questo modo, è possibile dimostrare come, cercando di monitorare la presenza di alcuni pensieri, si possa finire per aumentarne la frequenza.

## **PRESENTARE IL RAZIONALE DEL TRATTAMENTO**

Durante la formulazione del caso, il terapeuta illustra i processi che mantengono e determinano l'*escalation* dei sintomi. Successivamente, introduce i fondamenti e il razionale della terapia metacognitiva, che fanno da ponte tra la formulazione del caso e l'apprendimento del nuovo modo di rapportarsi ai pensieri ossessivi, che richiederà di acquisire le abilità di DM e di modificare le credenze metacognitive di fusione, oltre a quelle relative alla necessità di mettere in atto le compulsioni.

Innanzitutto, il terapeuta presenta il razionale generale della MCT:

“Dalla formulazione del caso si evince che ci sono due fattori importanti che costituiscono il nucleo del suo problema; il primo è legato alle credenze implicite che ha in merito ai pensieri intrusivi, il secondo riguarda invece quelle relative alla necessità di reagirvi in qualche modo. Queste credenze la portano a considerare i suoi pensieri intrusivi come se fossero davvero importanti. Non li tratta, infatti, come dei semplici pensieri, ma li vive come se fossero “fusi” con la realtà. Se riuscisse a considerarli dei meri eventi mentali, senza alcun significato particolare, quanto crede che risulterebbero problematici? L'obiettivo del trattamento è proprio quello di ridare a questi pensieri il loro ruolo, quello di eventi irrilevanti di passaggio nella sua mente.”