ISTITUTO TOLMAN
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

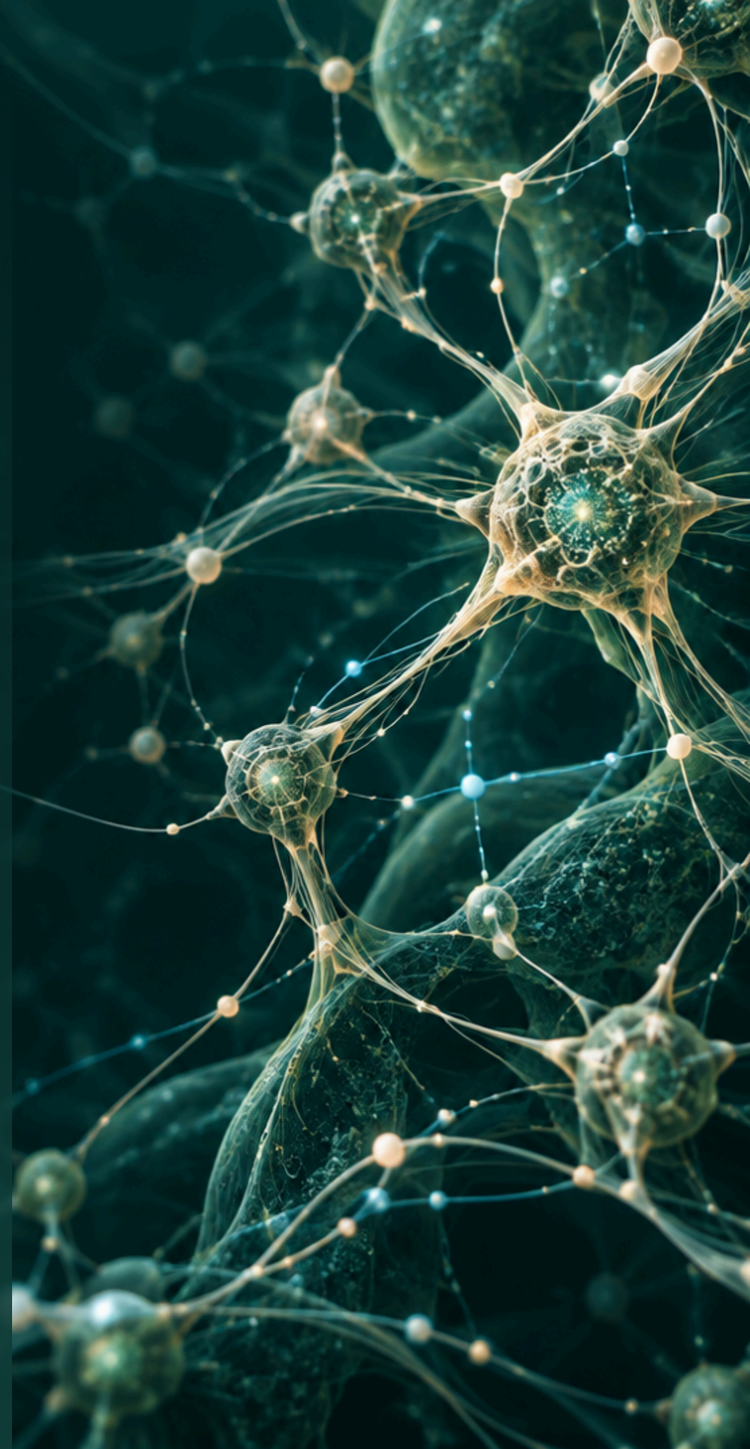
ELABORATO BREVE

Credenze metacognitive, CAS e distress nelle patologie neurologiche

Revisione narrativa

Carla Susinna · Secondo anno

Anno accademico 2026



Perché studiare il distress nelle patologie neurologiche?

Il carico emotivo non coincide semplicemente con la gravità neurologica: processi cognitivi e metacognitivi possono contribuire a mantenerlo.

Malattia cronica

Incertezza, sintomi fluttuanti, perdita di autonomia e richieste di adattamento prolungate.

Distress

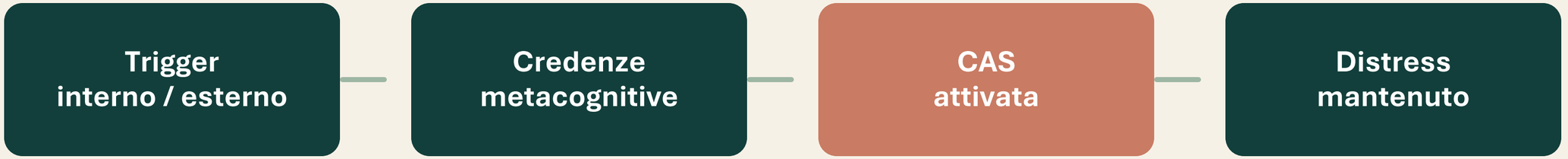
Ansia e depressione incidono su qualità di vita, funzionamento e aderenza; richiedono lettura clinica integrata.

Processi modificabili

Rimuginio, ruminazione, monitoraggio della minaccia e coping disfunzionale sono bersagli plausibili.

Associazione ≠ causalità

Il modello S-REF: metacognizioni e CAS



CAS = ruminazione / rimuginio + attenzione alla minaccia + strategie di coping disfunzionali

Il modello propone un meccanismo transdiagnostico: la persistenza del pensiero, più del suo contenuto, alimenta il disagio.

Obiettivi della revisione

01

Mappare

le associazioni tra credenze metacognitive, CAS e distress.

02

Confrontare

pattern emergenti in sclerosi multipla e Parkinson.

03

Valutare

il razionale clinico della MCT senza eccedere le evidenze.

Metodologia

Domanda clinica → **Ricerca narrativa** → **Selezione tematica** → **Sintesi critica**

Ambito

Studi su metacognizioni, CAS, ansia, depressione e distress in persone con MS o PD.

Lettura prudente

Revisione narrativa: eterogeneità di misure e disegni; nessuna inferenza causale automatica.



Quadro emergente: associazioni coerenti con il modello S-REF, ma base empirica ancora limitata e prevalentemente correlazionale.

Risultati · Sclerosi multipla

La letteratura suggerisce un ruolo delle metacognizioni nel collegare esperienza di malattia e distress.

Incertezza

Sintomi imprevedibili e futuro percepito come poco controllabile.

Pensiero perseverativo

Ruminazione e rimuginio associati a maggiore sofferenza emotiva.

Minaccia

Attenzione selettiva a segnali corporei e possibili peggioramenti.

Funzionamento

Distress intrecciato con fatica, qualità di vita e adattamento.

Sintesi comparativa MS vs PD

Sclerosi multipla

Accenti ricorrenti

Incertezza, fatica, adattamento, qualità di vita e monitoraggio dei sintomi.

Terreno comune

Metacognizioni
CAS
Distress

Parkinson

Accenti ricorrenti

Minaccia, perdita di controllo, pensiero perseverativo e coping disfunzionale.

Convergenza concettuale; differenze cliniche e metodologiche impediscono equivalenze semplici.

Implicazioni per la terapia metacognitiva

Dal razionale...

- **Processi modificabili**
- **Target transdiagnostici**
- **Protocollo focalizzato**

...alla verifica clinica

Ipotesi promettente, non prova

La MCT offre un razionale coerente per ridurre CAS e distress. Efficacia, fattibilità e adattamenti specifici in MS e PD richiedono studi controllati.

Principali strategie della MCT

01

Socializzazione al modello

Rendere visibile il ciclo metacognitivo.

02

Attention Training Technique

Allenare flessibilità e controllo attentivo.

03

Detached Mindfulness

Osservare i pensieri senza ingaggiarsi.

04

Modifica delle credenze

Testare utilità, controllabilità e pericolosità.

Limiti e prospettive future

LIMITI	PROSSIMI PASSI
Campioni piccoli o selezionati	Studi longitudinali
Disegni soprattutto trasversali	Trial controllati di MCT
Misure e outcome eterogenei	Adattamenti neuropsicologici

Priorità: distinguere predittori, mediatori e veri meccanismi di cambiamento.

Conclusioni

Un razionale promettente, un’efficacia clinica ancora da dimostrare

In MS e PD, credenze metacognitive e CAS risultano associate al distress. La MCT è una prospettiva clinica interessante, ma non ancora dimostrata: servono disegni longitudinali, trial rigorosi e adattamenti sensibili al profilo neurologico.

Grazie per l’attenzione