SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

SEDE CATANIA

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

CREDENZE METACOGNITIVE, SINDROME COGNITIVO-ATTENTIVA (CAS) E DISTRESS NELLA SCLEROSI MULTIPLA E NELLA MALATTIA DI PARKINSON: IMPLICAZIONI PER LA TERAPIA METACOGNITIVA (MCT)

UNA REVIEW NARRATIVA

Dott.ssa Carla Susinna

Anno 2026

ABSTRACT

Introduzione: Le credenze metacognitive e i processi della sindrome cognitivo-attentiva (CAS) costituiscono possibili correlati del disagio emotivo nelle persone con sclerosi multipla (MS) e malattia di Parkinson (PD).
Obiettivo: Sintetizzare le evidenze sulle associazioni tra credenze metacognitive, processi della CAS e distress emotivo nelle persone con sclerosi multipla e malattia di Parkinson, alla luce del modello Self-Regulatory Executive Function (S-REF) ed esaminare, come obiettivo secondario, le possibili implicazioni per l'applicazione della terapia metacognitiva (MCT) in queste popolazioni.

Metodi: È stata effettuata una ricerca bibliografica sulle principali banche dati (PubMed, Scopus) per identificare studi pertinenti. La selezione del materiale è stata guidata da specifici criteri di inclusione e i dati estratti sono stati organizzati e discussi in macro-aree tematiche.

Risultati: Il corpus comprende l'analisi di dieci studi, quattro relativi la MS e sei sulla PD, prevalentemente cross-sectional, quali suggeriscono un'associazione tra credenze metacognitive disfunzionali e disagio emotivo nelle popolazioni indagate. In particolare, le credenze relative all'incontrollabilità e alla pericolosità del pensiero risultano essere associate ad una maggiore percezione di distress in diversi studi.

Conclusioni: I risultati sostengono l'interesse clinico per la valutazione delle credenze metacognitive e dei processi della CAS nella comprensione del disagio emotivo, tuttavia ad oggi le evidenze sono prevalentemente osservazionali e non consentono di stabilire rapporti causali né di trarre conclusioni sull'efficacia della terapia metacognitiva.

Key words: Credenze metacognitive; Sindrome cognitivo-attentiva (CAS); Self-Regulatory Executive Function (S-REF); Terapia metacognitiva (MCT); Sclerosi multipla (MS); Malattia di Parkinson (PD).

ABSTRACT

Metacognitive beliefs and cognitive-attentional syndrome (CAS) processes may be associated with emotional distress in people with multiple sclerosis (MS) and Parkinson's disease (PD). This narrative review aimed to synthesize the evidence on these associations within the Self-Regulatory Executive Function (S-REF) model, and, as a secondary objective, to examine the potential implications for applying metacognitive therapy (MCT) in these populations. A literature search was conducted to identify relevant studies. Selection was guided by predefined eligibility criteria, and the extracted data were organized and discussed thematically. Ten studies were included, four concerning MS and six concerning PD, with predominantly cross-sectional designs. The findings suggest an association between dysfunctional metacognitive beliefs and emotional distress in these populations. In particular, beliefs about the uncontrollability and danger of thoughts were associated with greater distress in several studies. These findings suggest the potential clinical relevance of assessing metacognitive beliefs and CAS processes to understand emotional distress. However, the predominantly observational evidence does not establish causal relationships or support conclusions about the efficacy of metacognitive therapy.

Keywords: Metacognitive beliefs; Cognitive-attentional syndrome (CAS); Self-Regulatory Executive Function (S-REF); Metacognitive therapy (MCT); Multiple sclerosis (MS); Parkinson's disease (PD).

Abbreviations: ATT, Attention Training Technique; BDI, Beck Depression Inventory; CAS, Cognitive-Attentional Syndrome; CAS-10, Cognitive-Attentional Syndrome Scale; CBT, Cognitive Behavioural Therapy; EDSS, Expanded Disability Status Scale; EMA, Ecological Momentary Assessment; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; MAIA-2, Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, versione 2; MaSCS, Metacognitions about Symptoms Control Scale; MaTiMS, Metacognitive Training in Multiple Sclerosis; MCQ-30, Metacognitions Questionnaire; MCT, Metacognitive Therapy; MFI-20, Multidimensional Fatigue Inventory; MFIS, Modified Fatigue Impact Scale; MoCA, Montreal Cognitive Assessment; MS, Multiple Sclerosis; OSA, Occupational Self-Assessment; PD, Parkinson's Disease; PPMS, Primary Progressive Multiple Sclerosis; QUIP-RS, Questionnaire for Impulsive-Compulsive Disorders in Parkinson's Disease–Rating Scale; RRMS, Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis; SANRA, Scale for the Assessment of Narrative Review Articles; SF-12, 12-Item Short Form Health Survey; SPMS, Secondary Progressive Multiple Sclerosis; S-REF, Self-Regulatory Executive Function.

1. INTRODUZIONE

Le malattie neurodegenerative croniche sono accomunate da un carico di sofferenza psicologica che non si riduce nei sintomi motori o cognitivi della condizione di base. Tra queste, la sclerosi multipla (MS), patologia infiammatoria, demielinizzante, neurodegenerativa del sistema nervoso centrale e la malattia di Parkinson (PD) sono condizioni in cui ansia e depressione incidono in modo sostanziale sul funzionamento e sulla qualità di vita dei soggetti (Margoni et al., 2023; Pontone et al., 2019). Persistono tuttavia delle criticità nella valutazione e nel trattamento del disagio emotivo, nella PD l'ansia, pur essendo molto comune, resta spesso sottostimata, mentre nella SM le manifestazioni neuropsichiatriche, nonostante la rilevanza clinica, possono essere ancora trascurate nella pratica. Pertanto, accanto alla disabilità neurologica, il disagio emotivo richiede quindi una valutazione specifica dei bisogni psicologici.

La comprensione del disagio emotivo richiede pertanto modelli che esaminino anche i processi psicologici coinvolti nella sua persistenza. Specificatamente il modello Self-Regulatory Executive Function (S-REF) (Wells e Matthews 1994, 1996) si configura come modello top-down dei bias nella regolazione cognitiva in cui la sindrome cognitivo-attentiva (CAS) deriva da conoscenze metacognitive, come le convinzioni sull'utilità della preoccupazione o sull'attenzione alla minaccia, insieme a metacognizioni procedurali di ordine superiore (Capobianco & Nordahl, 2021). In questa cornice, le credenze positive riguardano l'utilità attribuita a preoccupazione, ruminazione e monitoraggio della minaccia, mentre quelle negative concernono l'incontrollabilità e la nocività della cognizione e sono considerate di maggiore rilevanza causale perché interferiscono con il controllo efficace (Wells, 2019). Quindi, secondo questa prospettiva teorica, ciò che assume rilievo non è il contenuto della cognizione negativa, bensì la perseverazione con cui essa viene elaborata. Ed è proprio su queste fondamenta che si sviluppa la terapia metacognitiva (MCT), quale interviene sulle credenze relative al pensiero e sui processi della CAS attraverso specifiche strategie, descritte successivamente, volte ad interrompere il coinvolgimento perseverativo e favorire nei soggetti la flessibilità attentiva. (Batmaz, 2026; Normann & Morina, 2018). Al giorno d'oggi vi sono diverse evidenze scientifiche quali sostengono l'interesse clinico per tale approccio nei disturbi psicologici, senza consentirne ancora l'estensione automatica alle popolazioni neurologiche; tali evidenze ne indicano il potenziale interesse clinico insieme alla necessità di ulteriori verifiche mediante studi metodologicamente controllati. In letteratura sono presenti anche rassegne sistematiche riguardanti le credenze metacognitive nelle patologie croniche, compresi paragrafi volti all'indagine della PD, in cui le credenze di incontrollabilità e pericolo emergono come predittore più consistente dell'ansia, con un contributo aggiuntivo medio del 40% della varianza nell'ansia e del 27% nella depressione (Lenzo et al., 2020; Capobianco et al., 2020). Tali lavori, tuttavia, da una prospettiva di rigore metodologico, aggregano patologie eterogenee, non distinguono sistematicamente le credenze dai processi della CAS e non separano gli esiti emotivi da fatica, fiducia cognitiva e sintomi impulsivo-compulsivi. Nel presente lavoro l'accostamento delle due patologie, MS e PD, non postula una sovrapposizione delle due condizioni dal momento che non sono equivalenti; il confronto è condotto unicamente sul piano del modello psicologico e vengono confrontate rispetto ai processi psicologici associati al disagio mantenendo distinte le caratteristiche delle due patologie. La presente review narrativa si propone pertanto di sintetizzare le evidenze sulle associazioni tra credenze metacognitive, processi della CAS e distress emotivo nella MS e nella PD, alla

luce del modello S-REF. Come obiettivo secondario intende discuterne le implicazioni psicoterapeutiche e delineare le prospettive di ricerca sulla possibile applicazione clinica della MCT in queste popolazioni.

2. METODI

2.1 Strategia di ricerca

È stata condotta una review narrativa mediante una ricerca bibliografica tramite i seguenti database: PubMed e Scopus, senza restrizioni temporali. La ricerca è stata impostata utilizzando combinazioni di termini liberi e parole chiave, in lingua inglese, attraverso l'utilizzo degli operatori booleani AND e OR. La strategia ha combinato termini relativi la metacognizione, la SM e la PD, utilizzando le seguenti stringhe:

PubMed/MEDLINE: metacognit*[Title/Abstract] AND (Parkinson*[Title/Abstract] OR "multiple sclerosis"[Title/Abstract])

Scopus – ricerca avanzata: TITLE-ABS-KEY (metacognit* AND (Parkinson* OR "multiple sclerosis"))

La selezione degli studi è stata guidata dai criteri di inclusione ed esclusione descritti nella sezione successiva, privilegiando la pertinenza delle credenze e dei processi metacognitivi al modello S-REF. SANRA è stata utilizzata come riferimento per la revisione della qualità espositiva e metodologica del manoscritto (Baethge et al., 2019).

2.2 Design di ricerca

Al fine di implementare la strategia di ricerca è stato impiegato il seguente modello: Population, Exposure, Comparison, Outcomes (PECO), selezionato in quanto strumento approvato e impiegato dalla Cochrane Collaboration per formulare efficacemente una domanda di ricerca. Il modello PECO organizza la domanda osservazionale e la definizione di popolazione, esposizione, confronto ed esiti (Morgan et al., 2018) (Tab. 1).

Elemento	***Definizione operativa***
P – Population	Adulti con sclerosi multipla o malattia di Parkinson.
E – Exposure	Livelli di credenze metacognitive e coinvolgimento nei processi della CAS, secondo gli strumenti dei singoli studi.
C – Comparison	Variazioni dei livelli delle variabili; confronto con controlli sani soltanto quando previsto. Nessuna dicotomizzazione aggiunta dalla review.
O – Outcome	Distress, ansia e sintomi depressivi. Fatica, coping e sintomi impulsivo-compulsivi come estensioni, senza equivalenza con il distress.

Tab.1. Modello PECO della review. Adattamento della cornice metodologica di Morgan et al. (2018).

2.3 Criteri di inclusione ed esclusione

Per delimitare il campo d'analisi sono stati applicati i seguenti criteri:

Inclusione: Articoli originali peer-reviewed in lingua inglese; No restrizioni temporali; Soggetti adulti con MS o PD; Valutazione di credenze metacognitive/processi della CAS coerenti con il modello S-REF in relazione

a distress, ansia o sintomi depressivi; Fatica, coping e sintomi impulsivo-compulsivi sono stati considerati esiti complementari.

Esclusione: Duplicati; Studi pediatrici; Relativi animali/altre patologie; Pubblicazioni non in inglese; Revisioni, editoriali, commenti, abstract congressuali, tesi non pubblicate e protocolli senza risultati; Studi sulla sola prestazione cognitiva o consapevolezza dei deficit.

2.4 Selezione degli studi

La ricerca bibliografica su PubMed e Scopus ha identificato complessivamente 208 record, rispettivamente 81 e 127. La procedura di selezione degli articoli si è svolta secondo tre distinte fasi di screening: i papers ottenuti mediante la stringa di ricerca avanzata sono stati sottoposti ai criteri di inclusione e di esclusione; titoli e abstracts sono stati esaminati per valutarne la coerenza con lo scopo della review; i full texts degli studi rimasti sono stati letti totalmente per confermare che fossero effettivamente in linea con lo scopo della ricerca. Gli articoli ritenuti non conformi nei vari stadi della selezione sono stati esclusi. Inoltre, le bibliografie degli studi considerati adeguati sono state ulteriormente visionate al fine di individuare altri lavori potenzialmente rilevanti. Pertanto, dopo la rimozione di 79 duplicati, sono rimasti 129 record da sottoporre a screening secondo i criteri di inclusione ed esclusione precedentemente riportati. In totale, a seguito dello screening approfondito sono stati selezionati 10 studi per la presente revisione narrativa. Per ciascuno studio sono state considerate le caratteristiche del campione, il disegno, gli strumenti di valutazione, i risultati principali e i limiti metodologici. Le informazioni sono state confrontate e organizzate in aree tematiche riguardanti le credenze metacognitive, i processi della CAS e le loro associazioni con il disagio emotivo.

3. RISULTATI

Analizzando i full text è stata riscontrata una significativa associazione tra credenze metacognitive disfunzionali e distress emotivo in diversi studi inclusi. Il corpus totale comprende dieci studi, quattro relativi la MS e sei relativi la PD, con prevalenza di dati e disegni trasversali. I risultati sono articolati per patologia e successivamente integrati in una sintesi comparativa.

3.1 Malattia di Parkinson

I sei studi sulla PD comprendono tre indagini trasversali su distress o fatica, un profiling esplorativo, uno studio con rilevazioni ecologiche ripetute e uno studio sui sintomi impulsivo-compulsivi (Tab. 2). Nel primo studio del 2005 viene esaminato un campione di 44 soggetti PD, gli autori hanno riscontrato un'associazione tra credenze metacognitive e distress emotivo anche dopo aver considerato i fattori di malattia, in particolare, le credenze negative sul rimuginio risultano particolarmente rilevanti. Tali osservazioni sostengono già precocemente la pertinenza di variabili psicologiche nell'inquadramento del disagio, senza escludere fattori neurologici o stabilire la direzione dell'associazione (Allott et al. 2005). Successivamente altri ricercatori rilevano, in 106 soggetti PD, associazioni tra metacognizioni e ansia dopo il controllo delle esperienze motorie quotidiane e dell'intolleranza dell'incertezza. Nello specifico nei 93 soggetti con periodi off è stato riscontrato un maggiore disagio emotivo direttamente associato alla convinzione che i propri pensieri fossero

incontrollabili o pericolosi. La possibilità di prevedere i periodi off, invece, non risultava significativamente associata al distress (Brown e Fernie, 2015). Diversamente dagli studi precedenti il profiling di Fernie et al. (2015) approfondisce le risposte di soli 10 soggetti ad un periodo off particolarmente difficile. Emergono credenze di utilità e dannosità del pensiero sui sintomi e difficoltà ad identificare segnali di arresto dell'elaborazione. Lo studio integra interviste e misure quantitative esplorative, ma non impiega un'analisi qualitativa formale né valuta un possibile trattamento. Le descrizioni sono puramente informative ai fini della formulazione del caso e pertanto non generalizzabili all'intera popolazione (Fernie et al., 2015).



Figura 1. Variabili associate al distress episodico nella PD (Fernie et al., 2019). Le linee rappresentano associazioni osservate, non relazioni causali.

Nel 2019, i ricercatori Fernie, Spada e Brown hanno monitorato per sette giorni 20 soggetti PD, raccogliendo complessivamente 496 valutazioni relative il disagio emotivo percepito, lo stato motorio e i processi cognitivi nella vita quotidiana. È stato riscontrato che il distress variava sia in relazione a fattori cognitivi, motori e al momento della giornata, ma era inoltre associato alle credenze metacognitive negative (Fernie et al., 2019). Le credenze metacognitive sono state esaminate anche in relazione alla fatica e ai sintomi impulsivo-compulsivi; ad esempio Siciliano et al. (2021) hanno valutato 98 soggetti, 21 di essi presentavano fatica ed è stato rilevato che rispetto agli altri questi ultimi riferivano una maggiore quantità di credenze metacognitive disfunzionali e minore fiducia nella propria memoria e attenzione. Ovviamente questo dato non sottintende che avessero deficit cognitivi accertati, bensì fa riferimento alla loro percezione delle proprie capacità (Siciliano et al., 2021). Infine, nell'ultimo paper, in un campione di 38 soggetti, gli autori hanno osservato un'associazione tra alcune credenze metacognitive e sintomi impulsivo-compulsivi, considerando nell'analisi anche le caratteristiche del trattamento farmacologico. Il risultato estende l'indagine agli aspetti comportamentali, senza dimostrare un rapporto causale (Triscari et al. 2026).

Studio	Patologia	Campione	Study design	Strumenti e misure	Risultati principali
Allott et al. (2005)	PD	44 soggetti	Cross-sectional study	MCQ-30; misure di distress e fattori di malattia	Associazione tra stile metacognitivo e distress considerando le variabili cliniche, con particolare rilievo delle credenze negative.
Brown e Fernie (2015)	PD	106 soggetti; 93 con periodi *off*	Cross-sectional study	MCQ-30; HADS; misure di intolleranza dell'incertezza; valutazione motoria e cognitiva	Credenze metacognitive associate ad ansia e distress durante i periodi *off* nei modelli aggiustati. Il modello complessivo dell'ansia presenta R^2 = 0,56.
Fernie et al. (2015)	PD	10 soggetti	Exploratory metacognitive profiling study	Intervista di profiling metacognitivo; MaSCS; misure di ansia,	Identificazione di credenze sull'utilità e sulla dannosità delle risposte cognitive ai periodi *off*.

				depressione e pensiero perseverativo	
Fernie et al. (2019)	PD	20 soggetti; 496 rilevazioni complete in sette giorni	Observational study with ecological momentary assessment	Rilevazioni ripetute di stato motorio, distress episodico, processi cognitivi e metacognizioni	Processi cognitivi e credenze metacognitive negative associati al distress anche considerando lo stato motorio.
Siciliano et al. (2021)	PD	98 soggetti; 21 con fatica	Cross-sectional study	MCQ-30; misure cliniche e comportamentali	Il gruppo con fatica presenta punteggi maggiori nelle credenze metacognitive disfunzionali complessive e nella sfiducia cognitiva.
Triscari et al. (2026)	PD	38 soggetti	Exploratory cross-sectional study	MCQ-30; QUIP-RS; variabili relative al trattamento dopaminergico	Associazioni tra domini metacognitivi e sintomi impulsivo-compulsivi.

Tab. 2. Caratteristiche degli studi indagati (PD)

3.2 Sclerosi multipla

Gli studi inclusi relativi la MS (Tab. 3) hanno esaminato le associazioni tra credenze metacognitive e i processi della CAS con il distress emotivo, estendendo l'indagine anche alla fatica. In uno di essi gli autori esaminano direttamente tale l'associazione in 132 soggetti (100 RRMS) rilevando che le credenze metacognitive contribuivano a spiegare il distress anche dopo aver considerato le altre variabili incluse nell'analisi. Mentre un maggiore disagio emotivo risultava associato a minore scolarità, maggiore coinvolgimento nei processi della CAS, maggiore fatica e marcate credenze negative sul pensiero. Il dato di maggiore importanza riguarda i processi della CAS, quali mostravano l'associazione più forte con il distress (Heffer-Rahn e Fisher, 2018).

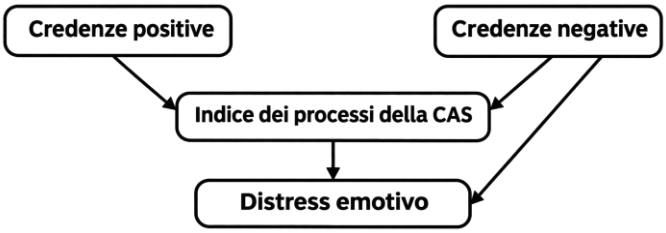


Figura 2. Percorsi del modello di mediazione esaminato nella MS (Heffer-Rahn e Fisher, 2018). Le frecce rappresentano i percorsi statistici analizzati, non relazioni causali dimostrate.

Altri ricercatori invece, analizzando 240 soggetti RRMS hanno rilevato che una minore preoccupazione per sensazioni corporee spiacevoli era associata a minore fatica, attraverso un'associazione indiretta che coinvolgeva minore ansia e maggiore fiducia nelle proprie capacità cognitive. Non dimostra che preoccuparsi meno riduca necessariamente la fatica (Akboğa e Türkel, 2026). Gli autori Totuk et al. (2026) in 504 soggetti, hanno invece identificato delle differenze nelle credenze metacognitive indagando due forme cliniche della patologia. La PPMS era caratterizzata da maggiore sfiducia cognitiva e credenze più marcate sull'incontrollabilità del pensiero, mentre nella RRMS emergevano una maggiore autoconsapevolezza cognitiva e necessità di controllo dei pensieri. Nel complesso, in entrambe le varianti le credenze disfunzionali risultavano associate alla presenza di maggiore fatica, maggiore sintomatologia depressiva, minore prestazione cognitiva e peggiore qualità di vita (Totuk et al., 2026). Diversamente alle indagini degli studi precedenti,

Quattropani et al. (2018) confrontano 50 soggetti MS con 50 controlli dimostrando l'assenza di differenze significative nelle dimensioni metacognitive valutate mediante il MCQ-30. Specificatamente, in entrambi i gruppi, le credenze relative all'incontrollabilità e alla pericolosità del pensiero mostravano le associazioni più forti con l'ansia; pertanto, l'assenza di differenze tra gruppi non contraddice l'associazione tra credenze metacognitive e disagio emotivo (Quattropani et al., 2018).

Studio	Patologia	Campione	Study design	Strumenti e misure	Risultati principali
Heffer-Rahn e Fisher (2018)	MS	132 soggetti	Online cross-sectional study	MCQ-30; item 1–6 della CAS-10; HADS; misure di fatica, dolore e valutazioni di malattia	Le credenze metacognitive aggiungono il 4,5% di varianza spiegata nel distress nel modello gerarchico. Associazioni indirette attraverso la CAS per le credenze positive e negative.
Quattropani et al. (2018)	MS	50 soggetti con MS e 50 controlli	Cross-sectional comparative study	MCQ-30; HADS; Brief COPE	Associazioni delle credenze metacognitive con ansia, depressione e coping; assenza di differenze significative tra gruppi nei fattori metacognitivi dopo correzione.
Akboğa e Türkel (2026)	MS	240 soggetti con RRMS	Cross-sectional study	MCQ-30; MAIA-2; HADS; MFI-20	Associazioni tra interocezione, credenze metacognitive, sintomi affettivi e fatica.
Totuk et al. (2026)	MS	504 soggetti con RRMS, SPMS o PPMS	Observational comparative study	MCQ-30; MoCA; BDI; MFIS; EDSS; SF-12; OSA	Differenze nei profili metacognitivi tra fenotipi e associazioni con fatica, sintomi depressivi e funzionamento.

Tab. 3. Caratteristiche degli studi indagati (MS)

3.3 Strumenti e costrutti

Tra gli strumenti frequentemente utilizzati negli studi inclusi vi sono il Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30) e la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Il primo questionario valuta cinque domini: credenze positive sulla preoccupazione, credenze negative su incontrollabilità e pericolo, fiducia cognitiva, bisogno di controllare i pensieri e autoconsapevolezza cognitiva. La HADS invece, rileva la sintomatologia ansiosa e depressiva mediante due sottoscale e i corrispettivi punteggi descrivono la gravità dei sintomi e non equivalgono, da soli, ad una diagnosi clinica (Zigmond e Snaith, 1983). Relativamente i costrutti, occorre inoltre distinguere le credenze metacognitive dai processi della CAS; le prime sono le convinzioni che una persona ha sul proprio pensiero, sulla sua utilità, controllabilità e pericolosità, possono essere positive "Preoccuparmi mi aiuta a prepararmi al peggioramento della malattia", oppure negative "Non riesco a controllare questa preoccupazione". Credenza positiva significa che si attribuisce un'utilità a quella specifica preoccupazione, non che la credenza sia necessariamente benefica. Nel modello di Wells, queste convinzioni possono sostenere il protrarsi della preoccupazione e della ruminazione (Wells e Matthews, 1996; Wells, 2019). Mentre, i processi della CAS, ovvero preoccupazione persistente, ruminazione e monitoraggio della minaccia, descrivono le modalità di elaborazione e le strategie con cui risponde ai pensieri. Il MCQ-30 non costituisce una misura diretta di tali processi, infatti vengono valutati separatamente mediante gli item 1–6 della CAS-10 (Heffer-Rahn e Fisher, 2018). La fiducia cognitiva indica la valutazione soggettiva delle proprie capacità di memoria e attenzione, pertanto punteggi elevati nella relativa sottoscala del MCQ-30 esprimono

maggiore sfiducia, non una compromissione cognitiva oggettivamente accertata (Wells e Cartwright-Hatton, 2004). Il pensiero perseverativo comprende preoccupazione e ruminazione persistenti, che costituiscono componenti della CAS insieme al monitoraggio della minaccia e alle strategie di controllo disfunzionali (Wells, 2019). Infine, con il termine distress viene indicato il disagio emotivo secondo le misure adottate nei singoli studi.

3.4 Sintesi delle evidenze

Nel complesso, gli studi esaminati sulla PD e sulla MS convergono nel cercare di stabilire un'associazione tra credenze metacognitive negative sulla preoccupazione, in particolare relative all'incontrollabilità e alla pericolosità del pensiero e maggiore distress emotivo (Allott et al., 2005; Brown e Fernie, 2015; Heffer-Rahn e Fisher, 2018). Un ulteriore elemento ricorrente comune nelle due patologie riguarda la scarsa fiducia nelle proprie capacità cognitive, ovvero la convinzione soggettiva di non potersi affidare a memoria, attenzione e percezione. Nella PD i pazienti con fatica riportavano punteggi più alti in questa sottoscala rispetto agli altri partecipanti (Siciliano et al., 2021), mentre nella MS la stessa dimensione è stata esaminata in modo diverso, non confrontando i livelli, ma stimando la posizione della variabile in una rete di sintomi; la scarsa fiducia cognitiva fungeva da collegamento tra il versante affettivo (depressione) e quello della fatica generale. Gli autori infatti la interpretano come un passaggio attraverso cui fatica e sintomi emotivi possono rinforzarsi reciprocamente (Akboğa & Türkel, 2026). In entrambe le popolazioni, dunque, la dimensione metacognitiva compare accanto alla fatica, ma il tipo di evidenza non è sovrapponibile. Nel complesso, i risultati ottenuti dall'indagine suggeriscono sia la rilevanza delle variabili metacognitive, sia la presenza di processi psicologici potenzialmente comuni tra le due patologie, ma l'eterogeneità delle misure e la natura osservazionale degli studi, con disegni trasversali, non consentono di affermare che le associazioni siano riconducibili ad un medesimo meccanismo causale.

4. DISCUSSIONE

Nelle patologie neurodegenerative, ansia e depressione rappresentano dimensioni clinicamente rilevanti del disagio, associate a una peggiore qualità di vita. Al giorno d'oggi, ci sono moltissimi contributi scientifici che sostengono l'importanza di considerare il disagio emotivo al pari delle manifestazioni neurologiche, evitando una lettura esclusivamente centrata sulla disabilità fisica. Nella PD, è stato spesso evidenziato un divario tra l'impatto dell'ansia e il suo riconoscimento e trattamento (Pontone et al.,2019); nella MS invece, viene continuamente ribadita la complessità delle manifestazioni ansioso-depressive dei soggetti e la necessità di una loro valutazione specifica (Margoni et al., 2023). Il contributo del presente lavoro consiste nell'accostare le evidenze relative alle due popolazioni e nel chiarire la distinzione tra credenze metacognitive, processi della CAS ed esiti emotivi. Questi livelli sono teoricamente collegati, ma non equivalenti. Sono state esaminate le associazioni tra credenze metacognitive, processi della CAS e distress nelle due patologie indagate con lo scopo primario di indicare se il disagio emotivo riscontrato nei soggetti fosse associato anche alle convinzioni che si hanno sui propri pensieri e al modo in cui li gestiscono soggettivamente, in particolare attraverso preoccupazione persistente, ruminazione e monitoraggio della minaccia. Ovvero come le credenze

metacognitive (negative/positive), le convinzioni che una persona ha sul proprio pensiero, sulla sua utilità, controllabilità e pericolosità possano impattare la percezione di distress. Lo scopo intrinseco secondario riguarda le possibili implicazioni psicoterapeutiche alla luce del modello S-REF. Infatti il significato delle evidenze può essere discusso attraverso la distinzione, proposta dal modello, tra la presenza di pensieri negativi e le modalità con cui questi vengono elaborati dai soggetti. Secondo gli autori Wells e Matthews (1996), le conoscenze metacognitive orientano sia l'attenzione che le strategie di autoregolazione. Tale modello attribuisce quindi rilievo alle convinzioni che sostengono la persistenza della preoccupazione e della ruminazione. Pertanto secondo questa prospettiva, la comprensione del distress, richiede di considerare ciò che la persona teme, ma anche il modo in cui risponde alla comparsa di tali timori (Wells, 2019). Sul piano clinico, questa distinzione assume particolare interesse quando le preoccupazioni riguardano difficoltà concrete legate alla malattia. Il razionale della MCT consiste nell'esaminare le convinzioni che sostengono il coinvolgimento persistente nella preoccupazione e le strategie adottate per gestirla. L'obiettivo terapeutico riguarda quindi la possibilità di modificare la risposta ai pensieri, senza richiedere che ogni timore venga considerato infondato (Wells, 2019). In questo senso, il modello offre una prospettiva per affrontare il disagio emotivo anche in presenza di condizioni mediche persistenti come le patologie croniche neurodegenerative. Nonostante le numerose informazioni presenti in letteratura, la distinzione tra razionale teorico ed evidenza terapeutica è centrale nell'interpretazione della presente revisione. Recentemente, un gruppo di ricerca riporta risultati favorevoli della MCT nel trattamento dei disturbi psicologici, che costituiscono un riferimento per ulteriori approfondimenti, senza rappresentare ancora una dimostrazione di efficacia nelle due popolazioni neurologiche (Normann et al., 2018). Allo stesso modo, diverse revisioni sull'ATT riportano risultati promettenti, ma anch'esse sottolineano la necessità di ulteriori studi controllati per valutarne l'efficacia e chiarire se i benefici emotivi siano associati a cambiamenti nel controllo dell'attenzione e nella tendenza a concentrarsi su pensieri e segnali di minaccia (Knowles et al., 2016; Davison et al., 2026). Tali evidenze favorevoli costituiscono riferimenti per la ricerca, senza rappresentare prove direttamente trasferibili alle due popolazioni neurologiche. Il valore della presente revisione risiede pertanto nell'identificazione di un razionale per ulteriori verifiche psicoterapeutiche e nella delimitazione delle conoscenze disponibili: le associazioni osservate sostengono l'approfondimento clinico delle variabili metacognitive, mentre l'efficacia e i meccanismi del trattamento richiedono evidenze specifiche. Nel complesso, la sintesi evidenzia la pertinenza di questa cornice per organizzare le conoscenze disponibili.

4.1 Implicazioni e strategie della MCT

L'ambito d'interesse della MCT nelle patologie neurodegenerative riguarda la possibilità di intervenire sul coinvolgimento persistente nella preoccupazione e nella ruminazione, anche quando in questi specifici casi, i timori si riferiscono a difficoltà concrete determinate dalla malattia. Il focus della terapia è rappresentato dalle credenze sull'utilità, sull'incontrollabilità e sulla pericolosità del pensiero e dalle strategie cognitive e attentive che possono sostenerne la persistenza (Wells, 2019). Secondo il modello, l'obiettivo non richiede quindi che ogni timore relativo alla malattia venga giudicato infondato, ma riguarda la possibilità di rispondervi senza un'elaborazione perseverativa prolungata. La valutazione metacognitiva può contribuire alla formulazione del caso identificando le risposte ai sintomi e le convinzioni che ne sostengono il protrarsi. Rispetto alla

ristrutturazione cognitiva, che esamina il significato e l'attendibilità delle interpretazioni, la MCT pone l'accento sulle convinzioni relative al pensare e sulle modalità di regolazione dell'attenzione, pertanto la distinzione tra MCT e interventi cognitivi centrati sulla ristrutturazione delle interpretazioni riguarda principalmente il bersaglio terapeutico, poiché questi ultimi interventi esaminano il contenuto e il significato del pensiero. Come affermato precedentemente nelle malattie croniche come MS e PD tale orientamento assume particolare interesse e il potenziale beneficio da verificare consiste nella riduzione del distress attraverso una diversa risposta ai pensieri, pur in presenza di sintomi neurologici persistenti e difficilmente modificabili. Tale razionale al momento, non costituisce comunque una dimostrazione di superiorità rispetto alla CBT standard (Brown e Fernie, 2015; Wells, 2019).

Sul piano operativo e strategico, la MCT integra la modificazione delle credenze metacognitive con strategie volte a interrompere il coinvolgimento perseverativo e favorire la flessibilità attentiva. La detached mindfulness, il rinvio della preoccupazione e l'ATT rappresentano procedure rivolte a questi obiettivi, secondo modalità differenti (Wells, 2005; Batmaz, 2026; Davison et al., 2026) (Tab. 4).

Strategia	Descrizione e obiettivo terapeutico
Modificazione delle credenze metacognitive	Esame delle convinzioni sull'utilità, sull'incontrollabilità e sulla pericolosità della preoccupazione e della ruminazione, per modificare le credenze che sostengono il ricorso all'elaborazione perseverativa.
Detached mindfulness	Riconoscimento dei pensieri come eventi mentali, senza proseguirne l'analisi o tentare di sopprimerli. Mira a favorire una relazione decentrata con il pensiero e il disimpegno dall'elaborazione concettuale persistente.
Rinvio della preoccupazione	Differimento intenzionale dell'attività di preoccupazione a un momento prestabilito, per intervenire sul coinvolgimento perseverativo e verificare le convinzioni circa l'incontrollabilità del processo.
Attention Training Technique (ATT)	Esercizi su stimoli uditivi esterni che coinvolgono attenzione selettiva, spostamento e divisione dell'attenzione. Mira a favorire la flessibilità del controllo attentivo e ridurre l'autofocalizzazione persistente; non è concepita come una procedura di rilassamento o di evitamento dei pensieri.

Tab. 4. Principali strategie della MCT e relativi obiettivi terapeutici secondo le fonti teoriche e cliniche.

4.2 Prospettive future

Gli studi osservazionali esaminati sostengono l'opportunità di approfondire la fattibilità, l'accettabilità e gli esiti della MCT nelle patologie indagate, ma la complessità delle manifestazioni neuropsichiatriche nella MS e la variabilità dell'ansia nella PD suggeriscono di approfondire le caratteristiche cliniche e psicologiche rilevanti per la possibilità di attuare il trattamento (Margoni et al., 2023; Pontone et al., 2019). Tale prospettiva di ricerca consiste nel verificare se la MCT possa contribuire alla gestione del distress anche quando persistono i sintomi neurologici e l'incertezza sul decorso. L'interesse riguarda la possibilità di modificare le risposte perseverative alle preoccupazioni di malattia, secondo il razionale del modello S-REF e le indicazioni formulate per queste popolazioni (Wells, 2019; Brown e Fernie, 2015; Heffer-Rahn e Fisher, 2018).

Considerate le specifiche caratteristiche di questa tipologia di pazienti, un passaggio successivo riguarda la definizione dell'indicazione clinica, ovvero l'applicabilità delle procedure alle diverse condizioni funzionali, cioè stabilire per quali soggetti (MS o PD) la MCT possa rappresentare un'opzione appropriata e se possa offrire benefici rispetto agli interventi già utilizzati. Considerata la possibile presenza di fatica e difficoltà cognitive, occorrerebbe valutare la comprensibilità delle consegne, la sostenibilità degli esercizi e la possibilità di mantenerne la pratica nella quotidianità, preservando le componenti specifiche dell'intervento. La rilevanza delle caratteristiche neuropsicologiche nella progettazione di interventi risulta fondamentale per la possibile attuazione degli stessi. Inoltre, la valutazione del trattamento, quindi l'utilità della MCT, dovrebbe considerare sia l'importanza del beneficio per la vita quotidiana dei soggetti, affiancando alla sintomatologia emotiva esiti quali qualità di vita e funzionamento, centrali nel carico clinico delle due condizioni, sia rispetto al beneficio mantenuto nel tempo e alla sua integrazione con la costante assistenza neurologica. Qualità di vita e funzionamento quotidiano rappresentano esiti pertinenti al carico clinico (Pontone et al., 2019; Margoni et al., 2023). La prospettiva è quindi quella di chiarire quale spazio questa terapia possa assumere nell'assistenza psicologica delle persone con MS e PD e successivamente proporre un'eventuale estensione ad altre patologie neurodegenerative con evidenze dedicate.

5 CONCLUSIONI E LIMITI

Le evidenze esaminate indicano che le credenze metacognitive e i processi della CAS rappresentano correlati rilevanti del distress nelle patologie indagate e la MCT offre un razionale interessante per intervenire su tali processi. Nonostante la buona base teorica, la sua efficacia nelle popolazioni considerate richiede verifiche terapeutiche specifiche, infatti la prevalenza di disegni trasversali, la numerosità contenuta di alcuni campioni e l'eterogeneità delle misure limitano le inferenze causali e la generalizzabilità dei risultati. Infatti, sono documentate delle associazioni, senza dimostrare che la modificazione dei processi metacognitivi determini un miglioramento emotivo. Il principale limite delle evidenze disponibili riguarda appunto il passaggio dall'associazione al trattamento, i risultati sono osservazionali e non consentono di stabilire efficacemente se modificare le credenze metacognitive e i processi della CAS produca una riduzione del distress.

Per concludere possiamo affermare che il razionale clinico è da verificare e non ci sono indicazioni terapeutiche già consolidate, ma con il presente lavoro si vuole ipotizzare che il passaggio necessario per definire il ruolo della MCT nell'assistenza psicologica delle persone con specifiche patologie è quello di indagare se il distress possa essere ridotto intervenendo sulle credenze metacognitive e sulla CAS. Il ruolo della MCT nella MS e nella PD resta pertanto da definire mediante studi di interventistici, randomizzati controllati, con campioni adeguati e valutazioni di follow-up.

REFERENCES

Akboğa, Y. E., & Türkel, N. N. (2026). Interoceptive and metacognitive contributors to fatigue in multiple sclerosis: Network and mediation analyses. *Acta Neurologica Belgica, 126*, 999–1008. https://doi.org/10.1007/s13760-025-02986-7

Allott, R., Wells, A., Morrison, A. P., & Walker, R. (2005). Distress in Parkinson's disease: Contributions of disease factors and metacognitive style. *The British Journal of Psychiatry, 187*(2), 182–183. https://doi.org/10.1192/bjp.187.2.182

Baetge, S. J., Filser, M., Renner, A., Raithel, L. M., Lau, S., Pöttgen, J., & Penner, I. K. (2023). Supporting brain health in multiple sclerosis: Exploring the potential of neuroeducation combined with practical mindfulness exercises in the management of neuropsychological symptoms. *Journal of Neurology, 270*, 3058–3071. https://doi.org/10.1007/s00415-023-11616-2

Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—A scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review, 4*, 5. https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8

Batmaz, S. (2026). Attention-focused and attention-related interventions in metacognitive therapy. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies and Research, 15*(3), 172–182. https://doi.org/10.14744/JCBPR.2026.27415

Brown, R. G., & Fernie, B. A. (2015). Metacognitions, anxiety, and distress related to motor fluctuations in Parkinson's disease. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(2), 143–148. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.021

Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PLOS ONE, 15*(9), e0238457. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238457

Capobianco, L., & Nordahl, H. (2023). A brief history of metacognitive therapy: From cognitive science to clinical practice. *Cognitive and Behavioral Practice, 30*(1), 45–54. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.11.002

Davison, C., Capobianco, L., Carter, K., & Wells, A. (2026). Cognitive and neuropsychological correlates of the attention training technique: A systematic review and evidence synthesis. *Frontiers in Psychiatry, 17*, 1766748. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2026.1766748

Fernie, B. A., Spada, M. M., & Brown, R. G. (2019). Motor fluctuations and psychological distress in Parkinson's disease. *Health Psychology, 38*(6), 518–526. https://doi.org/10.1037/hea0000736

Fernie, B. A., Spada, M. M., Chaudhuri, K. R., Klingelhoefer, L., & Brown, R. G. (2015). Thinking about motor fluctuations: An examination of metacognitions in Parkinson's disease. *Journal of Psychosomatic Research, 79*(6), 669–673. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.05.001

Heffer-Rahn, P., & Fisher, P. L. (2018). The clinical utility of metacognitive beliefs and processes in emotional distress in people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research, 104*, 88–94. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.11.014

Knowles, M. M., Foden, P., El-Deredy, W., & Wells, A. (2016). A systematic review of efficacy of the attention training technique in clinical and nonclinical samples. *Journal of Clinical Psychology, 72*(10), 999–1025. https://doi.org/10.1002/jclp.22312

Margoni, M., Preziosa, P., Rocca, M. A., & Filippi, M. (2023). Depressive symptoms, anxiety and cognitive impairment: Emerging evidence in multiple sclerosis. *Translational Psychiatry, 13*, 264. https://doi.org/10.1038/s41398-023-02555-7

Morgan, R. L., Whaley, P., Thayer, K. A., & Schünemann, H. J. (2018). Identifying the PECO: A framework for formulating good questions to explore the association of environmental and other exposures with health outcomes. *Environment International, 121*(Pt 1), 1027–1031. https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.07.015

Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 9*, 2211. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211

Pontone, G. M., Dissanayaka, N., Apostolova, L., Brown, R. G., Dobkin, R., Dujardin, K., Friedman, J. H., Leentjens, A. F. G., Lenze, E. J., Marsh, L., Mari, L., Monchi, O., Richard, I. H., Schrag, A., Strafella, A. P., Vernaleo, B., Weintraub, D., & Mari, Z. (2019). Report from a multidisciplinary meeting on anxiety as a non-motor manifestation of Parkinson's disease. *npj Parkinson's Disease, 5*, 30. https://doi.org/10.1038/s41531-019-0102-8

Quattropani, M. C., Lenzo, V., & Filastro, A. (2018). The role of metacognition in multiple sclerosis: A clinical study and assessment of possible correlation with anxiety, depression and coping strategies. *EuroMediterranean Biomedical Journal, 13*(9), 39–45. https://doi.org/10.3269/1970-5492.2018.13.9

Siciliano, M., De Micco, R., Trojano, L., Sant'Elia, V., Giordano, A., Russo, A., Passamonti, L., Tedeschi, G., Chiorri, C., & Tessitore, A. (2021). The psychological correlates of fatigue in Parkinson's disease: Contribution of maladaptive metacognitive beliefs. *Parkinsonism & Related Disorders, 91*, 135–138. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2021.09.020

Totuk, Ö., Türkkol, M., Gudek, H. C., Doğan, İ. G., Tezer, D. C., Sahin, S., & Demir, S. (2026). Differential metacognitive profiles in relapsing-remitting and progressive multiple sclerosis: Associations with fatigue, cognition, and perceived disability. *Archives of Clinical Neuropsychology, 41*(3), acaf119. https://doi.org/10.1093/arclin/acaf119

Triscari, S., Lenzo, V., Sardella, A., Caponnetto, P., Galati, A., Lupica, P., Tasca, D., Muratore, S., Marano, P., Caraci, F., & Quattropani, M. C. (2026). The role of metacognitive beliefs in impulse control disorders and addictive-like behaviors in Parkinson's disease: An exploratory study. *Frontiers in Psychiatry, 17*, 1893510. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2026.1893510

Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 23*, 337–355. https://doi.org/10.1007/s10942-005-0018-6

Wells, A. (2019). Breaking the cybernetic code: Understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. *Frontiers in Psychology, 10*, 2621. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*(4), 385–396. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5

Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Lawrence Erlbaum Associates.

Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy, 34*(11–12), 881–888. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x