

Istituto A.T. Beck

Roma

IL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

Dott.ssa Sara Valeri

Anno Accademico

2011-2012

Indice

1. – IL DISTURBO D’ANSIA GENERALIZZATO

- Parte teorica -

1. 1 – Inquadramento storico e teorico del disturbo	3
1. 2 – Quadro sintomatologico	5
1. 3 – Incidenza e prevalenza	8
1. 4 – Strumenti diagnostici.....	9
1. 5 – Teorie eziopatogenetiche.....	12
1. 6 – Principi di trattamento farmacologico.....	22
1. 7 – Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche	24
1. 8 – Prevenzione della ricaduta.....	29
1. 9 – Efficacia della terapia.....	30
▪ Riferimenti bibliografici.....	32

2. – IL DISTURBO D’ANSIA GENERALIZZATO

- Un caso clinico -

2. 1 – Invio, informazioni generali e aspettative del paziente	41
2. 2 – Assessment.....	43
▪ <i>Primo colloquio</i>	43
▪ <i>Colloqui successivi</i>	44
▫ <i>Profilo evolutivo</i>	45
▫ <i>Storia di vita</i>	46
▫ <i>Struttura e comunicazione intra-familiare</i>	48
▫ <i>Modello di attaccamento</i>	49
▪ <i>Interviste, test e questionari</i>	51
▪ <i>Schede di auto-osservazione</i>	61
2. 3 – Diagnosi finale secondo il DSM-IV TR.....	66
2. 4 – Concettualizzazione del caso clinico	67
2. 5 – Elementi del contratto terapeutico	69
2. 6 – Relazione terapeutica	69
2. 7 – Trattamento	70
2. 8 – Prevenzione delle ricadute.....	76
2. 9 – Esito e valutazioni psicometriche	77
2. 10 – Follow-up.....	80
– Appendice I.....	82
▪ <i>La natura dell’ansia</i>	82
▪ <i>La natura delle preoccupazioni</i>	88
▪ <i>Psicoeducazione sul modello cognitivo dell’ansia</i>	90
▪ <i>Psicoeducazione sul rimuginio</i>	91
▪ <i>Esempi di credenze metacognitive in merito alla preoccupazione</i> ..	92
– Appendice II	93
▪ <i>RPD</i>	93
▪ <i>ABC</i>	94

1 – IL DISTURBO D’ANSIA GENERALIZZATO

– Parte teorica –

1. 1 – Inquadramento storico e teorico del disturbo

I disturbi d’ansia sono stati riconosciuti dall’American Psychiatric Association (APA) solamente nel 1980. Prima di allora le persone che sperimentavano sintomi ansiosi ricevevano una diagnosi di “stress” o di “nervosismo” e per tale motivo non subivano un trattamento adeguato. In passato i termini “ansia” e “angoscia” erano scarsamente utilizzati, e fu probabilmente per opera di Morell (1866) che si è giunti alla prima descrizione di una manifestazione nevrotica, da lui definita “delirio emotivo”, contrassegnata da un’intensa sintomatologia somatica e con la quale, come egli stesso ha chiarito, *“non si deve confondere né l’isteria, né l’ipocondria, né a maggior ragione la follia propriamente detta”*.

Freud ha coniato il termine “nevrosi d’ansia” per descrivere una sintomatologia che si manifesta con un senso diffuso di preoccupazione o di timore e che trae la sua origine da un pensiero o un desiderio represso. Questa forma di ansia è responsabile dell’isteria, delle fobie e delle nevrosi ossessive.

In seguito, il lavoro di Brissaud (1890) ha ulteriormente spiegato e differenziato il concetto di ansia da quello di angoscia, termini che oggi sono ormai considerati totalmente sovrapponibili.

Con il passare degli anni la ricerca scientifica in tale ambito ha avuto ampia diffusione soprattutto per opera di Beard (1969) che ha identificato nella neurastenia un vero e proprio “esaurimento nervoso” generato dagli *stressors* della vita moderna. Il termine neurastenia fu in seguito impiegato anche per lo studio di pazienti con sintomi ossessivi, isterici, ipocondriaci e nevrotici in genere, assumendo quindi un significato ampio e comprensivo di quadri clinici anche disparati. Tutti i pazienti con patologie psichiatriche possono presentare ansia patologica e le reazioni ansiose sono un fenomeno ubiquitario nella vita di ogni individuo. Queste osservazioni giustificano in parte le controversie che hanno accompagnato i tentativi di riconoscere l’ansia come entità clinica distinta.

La nevrosi ansiosa così come veniva descritta nella prima edizione del DSM (1952), comprendeva un quadro sintomatologico in cui si palesava una tendenza a rimuginare, e a preoccuparsi, associate ad emicrania e ad attacchi di panico.

Soltanto in seguito agli studi di Donald Klein (1964) è stato possibile giungere alla differenziazione, operata successivamente nel DSM-III, dei quadri d'ansia (associati o meno ad evitamento fobico) dalle sindromi ansiose a decorso cronico. Questa suddivisione prodotta nell'ambito dei disturbi ansiosi ha tracciato i presupposti per una diagnosi differenziale tra le manifestazioni d'ansia acuta (Attacco di Panico) e l'ansia cronica generalizzata (Disturbo d'Ansia Generalizzato).

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG) è stato differenziato dagli altri disturbi d'ansia soltanto a partire dal 1980. I criteri diagnostici del DAG sono stati revisionati in ogni edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM). Nel DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), il DAG è stato classificato come una categoria residua (ad es., la diagnosi poteva essere fatta solo se non si sovrapponeva ad altri disturbi di asse I) e la sintomatologia doveva essere caratterizzata dalla presenza di ansia generalizzata persistente per un periodo di tempo di almeno un mese. Studi successivi hanno evidenziato che un numero sempre crescente di pazienti lamentava sintomi clinici di ansia e tensione generati dalla preoccupazione (*worry*) che non erano riferibili ad altri disturbi emozionali (ad es., preoccupazioni circa la performance in ambito lavorativo, apprensioni rispetto alla situazione finanziaria, timori circa problemi minori della vita quotidiana, etc.). In seguito a queste considerazioni, i criteri diagnostici del DAG sono stati revisionati nel DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) e definite le caratteristiche diagnostiche del disturbo che fino a quel momento non erano state chiaramente stabilite. Il DAG era infatti considerato una categoria diagnostica residua per individui con agitazione persistente i cui sintomi non soddisfacevano i criteri per un altro disturbo d'ansia. Nel DSM-III-R e nel DSM-IV (APA, 1994) la caratteristica chiave del DAG è una preoccupazione cronica ed eccessiva (*worry* o apprensione) e non sarà a lungo considerato una categoria residua.

Nel DSM-IV il DAG si caratterizza per la presenza dei seguenti elementi clinici: un'ansia persistente ad andamento cronico, una fenomenologia clinica di intensità moderata e un decorso prolungato. A livello fisiologico sono evidenti segni di tensione motoria e di iperattività neurovegetativa, manifestazioni a carico della vigilanza e dell'attenzione.

Sheehan (1983) ha distinto:

- l'ansia *esogena* legata ad esperienze precedenti e all'apprendimento;
- l'ansia *endogena* determinata dall'interazione di fattori biologici e di fattori di condizionamento.

Secondo Sheehan esiste quindi un continuum tra l'ansia generalizzata e gli attacchi di panico. Diverse interpretazioni sono state in seguito proposte per l'ansia generalizzata, che è stata definita come una forma di neurastenia, o come l'effetto di una personalità ansiosa, o ancora come categoria residua, ed infine come l'espressione attenuata del Disturbo di Panico. L'opinione attuale esclude la presenza di attacchi acuti nell'ansia generalizzata e mantiene quindi la distinzione operata da Klein nell'ambito della nevrosi ansiosa. Con il passare degli anni la ricerca scientifica ha palesato le limitazioni che tali disturbi generano nella vita di un individuo sottolineando l'importanza di una diagnosi precoce abbinata ad un adeguato trattamento.

1. 2 – Quadro sintomatologico

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato è caratterizzato da sintomi d'ansia generalizzati e persistenti indotti dalla preoccupazione (*worry*). La preoccupazione è sproporzionata rispetto all'evento temuto, è inoltre pervasiva e difficilmente controllabile dal soggetto. Il contenuto di tali preoccupazioni si estende solitamente a diverse aree tematiche, quali: la famiglia, il denaro, il lavoro e la salute. Il *worry* è un'esperienza umana pervasiva ed è il nucleo centrale del DAG. Il worry è una risposta di evitamento cognitivo. Partendo da una prospettiva evolutiva, la paura è vantaggiosa, facilita risposte di attacco o fuga (*fight or flight*) per la sopravvivenza. Sebbene la paura abbia una funzione adattiva questa può rivelarsi nei disturbi d'ansia in una forma patologica. Il focus dell'ansia e delle preoccupazioni del DAG non dovrebbe rientrare in altre classificazioni dei disturbi dell'Asse I (quali ad es., la paura di essere in imbarazzo in pubblico tipica della Fobia Sociale, di avere una malattia come nell'Ipocondria o di avere un attacco di panico come nel Disturbo di Panico) ma causare significativi disagi e difficoltà nella vita quotidiana, non imputabili all'uso di sostanze chimiche come droghe o a particolari patologie come l'ipertiroidismo, né evidenti esclusivamente durante i disturbi dell'umore o disturbi psicotici. Gli individui con DAG riferiscono generalmente sensazioni di ansia o apprensione che trovano riscontro in un'incapacità generale di rilassarsi o in sintomi più specifici come esaurimento muscolare e irritabilità. I sintomi fisici correlati all'ansia comprendono: tensione motoria (irrequietezza, tremori, tensione muscolare) e uno stato di attivazione eccessivo (irrequietezza o "nervi tesi", irritabilità, o difficoltà di concentrazione). Con il tempo l'ansia e le preoccupazioni costanti

possono contribuire a determinare un senso di eccessiva stanchezza, cefalea tensiva, disturbi epigastrici e insonnia. I criteri diagnostici per il DAG proposti dal DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) sono riassunti nel riquadro sottostante (vedi *Figura 3.1*)

<p><u>Critério A</u></p> <p>Presenza di ansia e preoccupazioni eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno sei mesi. Presenza di almeno due ambiti diversi di preoccupazione.</p>
<p><u>Critério B</u></p> <p>La persona ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.</p>
<p><u>Critério C</u></p> <p>L'ansia e la preoccupazione sono associate con almeno tre dei sintomi seguenti: irrequietezza, facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, alterazioni del sonno.</p>
<p><u>Critério D</u></p> <p>L'oggetto dell'ansia e della preoccupazione non è limitato alle caratteristiche di un altro disturbo in Asse I.</p>
<p><u>Critério E</u></p> <p>L'ansia non è dovuta agli effetti di una sostanza o a una condizione medica.</p>

Fig. 1.1 – Criteri diagnostici per il DAG. *American Psychiatric Association (APA), 2000.*

Gli individui con questo disturbo si descrivono di solito come persone sensibili, tendenti al nervosismo e alla preoccupazione. La preoccupazione cronica, detta anche rimuginio, essendo la caratteristica cognitiva principale del DAG dovrebbe essere identificata e differenziata in terapia rispetto ad altre attività cognitive affini come la ruminazione o il

pensiero ossessivo. Il rimuginio è inteso come una catena di pensieri negativi, in forma preminentemente verbale, che mira alla risoluzione di problemi (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & Depree, 1983). Nelle descrizioni della natura e del processo della preoccupazione vi è la tendenza a concentrarsi sulla natura incontrollabile della preoccupazione e sul suo possibile ruolo nell'evitare gli esiti negativi degli eventi anticipati. Ciò che rende la preoccupazione patologica nel DAG non è né il contenuto, né il grado con il quale la preoccupazione è riconosciuta come irragionevole, ma piuttosto la percezione che la preoccupazione è eccessiva e incontrollabile (Barlow & Winze, 1998). Ruminare è una condizione normale che si verifica in una varietà di disturbi emotivi, infatti il nucleo del DAG e dei suoi processi si riscontra in tutti i disturbi appartenenti a questo spettro (ad es., Barlow, 2002). E' stato infatti dimostrato che non vi è molta differenza tra i contenuti delle preoccupazioni di questi pazienti e della popolazione non clinica, i primi, però, riferiscono una minore capacità di controllo e uno scarso successo dei tentativi di riduzione delle stesse. I pazienti con DAG percepiscono di avere meno controllo sulle proprie preoccupazioni e riferiscono di avere una più alta proporzione di preoccupazioni non causate da eventi esterni (Craske et al., 1989). La strategia utilizzata per diminuire lo stato di attivazione del sistema nervoso simpatico nella popolazione clinica è la verbalizzazione. Le strategie di verbalizzazione possono essere adattive in alcune situazioni specialmente in quelle interpersonali ma, a causa di una ridotta variabilità del sistema nervoso autonomo, l'inibizione dell'elaborazione emotiva può essere maladattiva poiché mantiene un significato emotivo negativo e previene l'estinzione della risposta di paura. I contenuti astratti che caratterizzano le preoccupazioni possono contribuire alla diminuzione dell'immaginazione mentale che limita la capacità di risoluzione dei problemi (Stöber, 1998). La funzione assunta dalla preoccupazione potrebbe essere inoltre quella di evitare eventi negativi o di prepararsi al peggio, e poiché raramente accade il peggio, la funzione della preoccupazione è negativamente rinforzata. (Borkovec et al., 1983a). Le ruminazioni possono durare da pochi minuti a ore e sono vissute come disturbanti e relativamente incontrollabili, sebbene spesso i pazienti riferiscano di riuscire a interromperle grazie ad eventi distraenti; infine, queste non si generano solo in seguito all'intrusione di pensieri involontari ma talvolta è il paziente stesso ad avviarne deliberatamente il processo. In letteratura le rimuginazioni hanno assunto significati differenti: esse sono state distinte dai pensieri automatici negativi e dalle ossessioni (Wells, 1994a; Wells & Morrison, 1994), sono state definite come "catene di pensieri e

immagini associate a emozioni negative e relativamente incontrollabili” (Borkovec, Robinson, Pruzinski, & Depree, 1983a), successivamente sono state considerate come un processo di *problem-solving* (ad es., Borkovec e al., 1983a; Davey, 1994) e infine sono state ritenute attività tipicamente verbali, piuttosto che di immaginazione (Borkovec & Inz, 1990; Wells & Morrison, 1994).

Wells (1994) ha individuato due fasi della ruminazione: quella iniziale e quella di mantenimento. Mentre la prima si avvia con un processo automatico, la seconda è soggetta ad un controllo volontario da parte del soggetto. La maggior parte dei pazienti con DAG riconoscono di trascorrere molto tempo della loro giornata preoccupandosi per cose di secondaria importanza. Le loro preoccupazioni tendono a riflettere una vulnerabilità nel senso di minaccia percepito (ad es., “Qualche cosa andrà male”) e la mancanza di risorse personali nel fronteggiamento delle situazioni (ad es., “Non sono in grado di farcela”) (Butler & Booth, 1991).

1. 3 – Incidenza e prevalenza

Indagini condotte dalla National Comorbidity Survey (NCS) che ha impiegato come strumenti diagnostici il DSM-III-R e l’ICD-10 (Wittchen et al., 1995) e la National Survey of Mental Health che ha utilizzato il DSM-IV e l’ICD-10 (Hunt et al., 2002), hanno fornito le informazioni più recenti e complete sull’epidemiologia del disturbo. È stato riscontrato un tasso di prevalenza nella popolazione statunitense dell’1,6% per il DAG in corso, del 3,1% per la prevalenza a 12 mesi e del 5,1% per la prevalenza nel corso dell’intera vita (Wittchen et al., 1994). Il DAG è relativamente raro, se considerato come disturbo in atto, ma comune se valutato nel corso della vita di una persona. Il DAG è una diagnosi clinica di comune riscontro a livello di assistenza sanitaria di base (Burvill, 1990; Goldberg & Lucubier, 1995) ma sembra essere sottorappresentato nei centri di trattamento specialistici. La proporzione relativamente inferiore, rispetto alle stime, di soggetti con DAG in cura presso i centri psichiatrici, può essere spiegata dal fatto che la maggior parte delle persone non soffre abbastanza da richiedere un trattamento specialistico, oppure considera l’ansia come parte della propria natura e ritiene quindi che non sia trattabile (Rapee, 1991b). Rispetto ad altri disturbi d’ansia, gli individui affetti da DAG richiedono un trattamento tardivamente rispetto all’esordio della sintomatologia (Nisita et al., 1990). Potrebbe inoltre esserci

una problematica relativa al mancato riconoscimento della sintomatologia ansiosa con tempi di invio relativamente lunghi a livello di assistenza di base.

Wittchen et al. (1994) hanno riscontrato che la diagnosi di DAG era due volte più comune nelle donne che negli uomini ed era associata ad un'età superiore a 24 anni e alla condizione di separata, vedova, divorziata, disoccupata o casalinga. I dati della NCS (Wittchen, 1994) indicano, tuttavia, che il DAG è relativamente meno frequente nell'adolescenza e all'inizio dei vent'anni e che individui più giovani hanno maggiori probabilità di andare incontro ad episodi brevi che non soddisfano i criteri di durata di 6 mesi del DSM-IV. L'incidenza tra i pazienti che manifestano ansia è di circa il 12%.

1.4 – Strumenti diagnostici

Scale di misura: standard

Le scale standard sono misure disegnate per particolari gruppi di pazienti o disturbi, che offrono buone proprietà psicometriche, quali validità e attendibilità. Quelle più frequentemente impiegate nella terapia cognitiva sono riportate di seguito.

- *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, & Steer, 1990).

Strumento di autovalutazione composto da 21 domande e impiegato per misurare la gravità dei sintomi psicologici e cognitivi di matrice ansiosa (per es., sensazioni di formicolio e di calore, senso di instabilità degli arti inferiori e paura che possa accadere il peggio). Il tempo che viene preso in considerazione include la settimana precedente fino al giorno della valutazione. La gravità dei sintomi ansiosi viene valutata su una scala che va da 0 (*per nulla*) a 3 (*grave, a malapena sopportabile*). Un punteggio totale compreso tra 0-9 è considerato nella norma, tra 10-18 indica un'ansia media, tra 19-29 rileva un'ansia moderatamente alta, e tra 30-63 è indicativo di un'ansia grave.

- *Beck Depression Inventory - II* (BDI - II; Beck, Steer, & Brown, 1996).

Questionario composto da item che valuta la gravità della depressione nelle settimane precedenti la somministrazione. Consente di distinguere e valutare separatamente due fattori distinti: quello Somatico-Affettivo, che raccoglie manifestazioni somatiche-affettive della depressione (ad es., perdita di interessi, perdita di energie, modificazioni nel sonno e nell'appetito, agitazione e pianto, etc.); e quello Cognitivo, che riguarda le manifestazioni cognitive della depressione (quali

pessimismo, senso di colpa, autocritica e autostima, etc.). Ogni domanda comprende quattro affermazioni graduate per intensità dei sintomi depressivi. Il soggetto deve rispondere in base alla risposta che descrive meglio il suo stato d'animo su una scala che va da 0 a 3. I singoli punteggi vengono poi sommati in un punteggio totale che viene interpretato come segue: 0-9 = prestazione normale; 10-15 = depressione lieve; 16-19 = depressione da lieve a moderata; 20-29 = depressione da moderata a grave; 30-36 = depressione grave.

- *Beck Hopelessness Scale* (BHS; Beck, Weissman, Lester, & Trocler, 1974).
Strumento in grado di predire la propensione al suicidio e il senso di disperazione del soggetto. Misura le attitudini negative verso il futuro e si compone di 21 domande che richiedono una risposta chiusa di tipo Vero/Falso. Il punteggio totale fornito dalla somma delle singole risposte viene interpretato come segue: 0-3 = nessuno/minimo senso di disperazione; 4-8 = lieve senso di disperazione; 9-14 = moderato senso di disperazione; 15-20 = grave senso di disperazione.
- *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spelberg, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1993). Scala composta da due sezioni separate che valutano: l'ansia di *stato* e l'ansia di *tratto*. L'ansia di *stato* rappresenta l'intensità dello stato emozionale dell'ansia in un determinato momento, l'ansia di *tratto* è una disposizione relativamente stabile dell'individuo e viene considerata una caratteristica stabile della personalità. Entrambe le sezioni (ansia di *stato* e di *tratto*) sono composte da 20 domande con un sistema di risposta a 4 punti che vanno da "quasi mai" a "quasi sempre".
- *Hamilton Rating Scale of Anxiety* (HRSA; Hamilton, 1959).
Scala di valutazione clinica che stima la gravità della sintomatologia ansiosa. Si compone di 14 item, ciascuno dei quali indaga una specifica area. Ogni sintomo è valutato su una scala che va da 0 (*non presente*) a 4 (*molto grave/invalidante*). Un *cut-off* di 14 è necessario per fare diagnosi di disturbo d'ansia.

Scale di misura: specifica

Le scale specifiche si utilizzano per casi singoli e includono: misure di frequenza degli attacchi di panico, la valutazione delle proprie credenze, l'uso dei diari, la stima del tempo di esposizione al sintomo o della frequenza dei comportamenti di controllo e così via.

- *Penn-State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). Questionario utilizzato per valutare la tendenza degli individui a preoccuparsi

in rapporto a stimoli generali e non in risposta a temi specifici. Gli item valutano la propensione ad angosciarsi eccessivamente e ripetutamente. Il soggetto deve fornire risposte su una scala a 5 punti da “*per nulla comune*” a “*molto comune*”.

- *Worry Domains Questionnaire* (WDQ; Tallis, Eysenck, & Mathews, 1992).
Strumento di valutazione dei contenuti delle preoccupazioni. E' costituito da 25 item che servono per indagare cinque aree connesse alle preoccupazioni: timori relativi alle relazioni interpersonali, mancanza di fiducia in sé stessi, mancanza di prospettive per il futuro, lavoro e finanziaria. Il punteggio totale consiste in una stima della frequenza con cui si presentano le preoccupazioni, mentre i singoli item possono essere esaminati per valutare il contenuto dei problemi salienti.
- *Anxious Thoughts Inventory* (AnTI; Wells, 1994b).
Questionario composto da 22 item volti a valutare le preoccupazioni in tre dimensioni diverse: le preoccupazioni sociali, le preoccupazioni connesse allo stato di salute, le metapreoccupazioni. Le sezioni relative alle preoccupazioni sociali e a quelle sullo stato di salute misurano esclusivamente la dimensione di contenuto, mentre le metapreoccupazioni valutano la paura di avere paura (contenuto) e aspetti processuali, quali l'involontaria e incontrollabile natura della rimuginazione. La sezione relativa alle metarappresentazioni discrimina i pazienti con ansia generalizzata da pazienti affetti da sintomatologia ansiosa di altro tipo.
- *Thought Control Questionnaire* (TCQ; Wells & Davies, 1994).
Questionario costituito da 30 item che valutano empiricamente cinque tipi distinti di strategie, usate nel controllo dei pensieri spiacevoli e indesiderati: 1. Distrazione (ad es., “faccio qualcosa che mi piace”); 2. Controllo sociale (ad es., “Chiedo ad alcuni miei amici se anche loro hanno simili pensieri”); 3. Preoccupazioni (ad es., “Mi concentro su altri pensieri negativi”); 4. Punizione (ad es., “Mi punisco per aver pensato ciò”); 5. Rivalutazione (ad es., “Provo ad interpretare diversamente il pensiero”). Il questionario è utile per valutare i tentativi di controllo dei pensieri.
- *Meta-Cognitions Questionnaire* (MCQ; Cartwright-Hatton & Wells, 1997).
Questionario di valutazione delle convinzioni circa le rimuginazioni, gli atteggiamenti e i processi associati all'elaborazione cognitiva. E' composto da cinque sottoscale: 1. Convinzioni positive; 2. Convinzioni che riguardano pensieri incontrollabili; 3. Confidenza cognitiva; 4. Bisogno di responsabilità, controllo e punizione; 5. Autoconsapevolezza.
- *Fear Questionnaire* (FQ; Marks & Mathews, 1979).

Strumento valido per l'accertamento dell'ansia generalizzata in quanto include la valutazione dei comportamenti di evitamento, una componente solitamente trascurata di questo disturbo. E' costituito da 15 domande corrispondenti alle forme più comuni di fobia: agorafobia, fobia del sangue, fobia sociale. Ai soggetti esaminati è chiesto di valutare su una scala a 9 punti, da 0 (*non lo evito*) a 8 (*lo evito sempre*), una svariata gamma di situazioni.

- *Generalized Anxiety Disorder Scale-Revised* (GADS-R; Wells, 2012).

Strumento di valutazione delle credenze metacognitive positive e negative del paziente al fine di formarsi una prima idea dei tipi di credenze da vagliare nel corso della formulazione del caso. E' possibile, inoltre, individuare i comportamenti che vengono messi in atto per evitare la minaccia e la preoccupazione che possono presentarsi nel DAG.

1. 5 – Teorie eziopatogenetiche

Il modello biologico e l'influenza dei fattori ambientali

Le prime teorie formulate per spiegare la natura e le origini della nevrosi d'ansia sono da ricondursi alle interpretazioni psicoanalitiche fornite da Freud sul significato adattivo ed evolutivo di tale disturbo nella nostra specie. Successivamente etologi e comportamentisti hanno individuato attraverso studi sperimentali su animali alcuni aspetti comportamentali delle manifestazioni dello stato di ansia.

Nella “nevrosi sperimentale” di Pavlov, Gantt e Liddell sono stati osservati quadri caratterizzati da irrequietezza psicomotoria, accelerazione del battito cardiaco e della frequenza respiratoria, tensione muscolare e da segni di iperattività neurovegetativa che tendevano a persistere ed a peggiorare ad esperimento concluso, in associazione ad una grave limitazione delle prestazioni (Mineka & Kohlstrom, 1978). Dagli studi su modelli animali è stata evidenziata una predisposizione genetica alle reazioni di ansia e di paura evocate da situazioni conflittuali (Gray, 1971; Rosenthal, 1971).

Un'ipotesi abbastanza suggestiva, seppur limitata al campo animale, è quella sviluppata da Kandel (1983) per l'ansia cronica sulla base delle ricerche di biologia molecolare effettuate su un invertebrato marino (*Aplysia*). Le manifestazioni “ansiose” osservate nell'*Aplysia* dopo una prolungata sensibilizzazione risultano correlate all'aumentata liberazione dei neurotrasmettitori dovuta ad una proteina AMP-ciclico dipendente che

sarebbe in grado di bloccare il canale del potassio limitando la polarizzazione della cellula. Ciò sarebbe collegato ad una serie di modificazioni morfologiche e funzionali quantificabili (numero, distribuzione, misura delle vescicole sinaptiche) nonché ad alcuni referenti comportamentali. In tal senso l'ansia cronica potrebbe essere reinterpretata come espressione di mutamenti indotti a livello sinaptico dall'ambiente attraverso la modulazione dell'espressione di un gene.

Recentemente studi effettuati su antagonisti delle benzodiazepine (β -carboline) hanno evidenziato la capacità di queste sostanze di scatenare quadri simili a quelli dell'ansia generalizzata e caratterizzati da ipervigilanza, irrequietezza e aumento della tensione motoria.

L'ipotesi della iperattività del sistema noradrenergico nei disturbi d'ansia è stata ampiamente sostenuta da numerose ricerche che hanno evidenziato elevati livelli ematici ed urinari di adrenalina e noradrenalina, nonché dei loro metaboliti, in soggetti sani sottoposti a stress (Jacobs, 1986). Le attuali conoscenze scientifiche suggeriscono che altri sistemi neuronali possono essere coinvolti nella genesi del DAG. Tra questi il sistema serotoninergico merita di essere più specificatamente indagato, in virtù di recenti osservazioni che associano l'effetto ansiolitico delle benzodiazepine e di altri composti alla riduzione dell'attività serotoninergica.

Le prove del coinvolgimento della serotonina nella genesi degli stati ansiosi derivano da studi neuroanatomici sulle vie serotoninergiche, da indagini su animali e da ricerche cliniche. Tecniche di evidenziazione nevrotica e anterograda di fibre nervose e metodi immunoistochimici hanno individuato neuroni serotoninergici che prendono origine dai nuclei del rafe mesencefalico in connessione con tutte le strutture implicate nei processi emozionali: corteccia, ippocampo, amigdala, caudato, ipotalamo, etc. Gli studi sugli animali hanno dimostrato che la stimolazione del sistema serotoninergico ha un effetto ansiogeno simile alla cosiddetta "*serotonin-syndrome*" in animali pretrattati con composti che aumentano la sensibilità dei recettori post-sinaptici; in animali non pretrattati la somministrazione di agonisti serotoninergici non produceva ansia. In certi modelli animali una ridotta funzione del sistema serotoninergico si dimostrava in grado di produrre un effetto ansiolitico (Faravelli, 1991).

In assenza di fondanti rilievi nello sviluppo del DAG in ambito biologico, sono stati chiamati in causa anche i fattori ambientali emersi sulla base delle osservazioni di psicologia sperimentale inerenti i comportamenti di "*learned fear*" e della "*fight or flight response*" descritta da Cannon. In questa prospettiva la presenza di eventi

esistenziali stressanti, che provocano reazioni ansiose multiple ripetute nel tempo, sarebbe in qualche misura collegata alla genesi del disturbo d'ansia generalizzato. Studi sinora effettuati sull'incidenza degli eventi di vita non differenziano il DAG dalla patologia effettiva e/o ansiosa di altro genere e sottolineano invece la presenza di una vulnerabilità più marcata in questo disturbo rispetto al disturbo da attacchi di panico e all'agorafobia (Noyes et al., 1987). La sensibilità agli eventi, presumibilmente legata a tratti dipendenti di personalità, potrebbe giustificare la tendenza di questi pazienti a collegare l'esordio della fenomenica ansiosa ad eventi stressanti accaduti anche in un'età lontana nel tempo e/o di attenuata gravità o a modificazioni dello stato sociale (matrimonio, nascita dei figli, inizio di una nuova attività lavorativa).

Il modello cognitivo e ricerche empiriche

Barlow (1988) ha fornito un quadro completo per comprendere il contributo dei fattori biologici, psicologici e ambientali all'eziologia del disturbo. Una vulnerabilità biologica e psicologica genera il contesto nel quale gli eventi di vita negativi producono percezioni negative che danno avvio ad “uno stato di attivazione fisiologica associato alle reazioni neurobiologiche correlate allo stress e un sentimento che gli eventi si svolgano in maniera incontrollabile” (Barlow, 1988). I processi di base dell'ansia che sono presenti nel DAG causano un circolo vizioso di apprensione che incrementa la vigilanza. Questa è a sua volta alimentata da uno spostamento dell'attenzione verso se stessi piuttosto che sulla circostanza del momento.

Rapee (1991b) ha spiegato il processo di mantenimento del DAG secondo una prospettiva di elaborazione delle informazioni. I soggetti con alti livelli di ansia generalizzata sembrano impiegare notevoli risorse di attenzione alla ricerca di informazioni minacciose e sviluppano quindi una “soglia inferiore” per questo tipo di informazioni (ad es., MacLeod et al., 1986; Dibartolo et al., 1997). Secondo Rapee la preoccupazione è un processo conscio, che richiede attenzione e che può avere un effetto inibitorio sulle emozioni d'ansia. La riduzione d'ansia che ne risulta può perciò rinforzare il ruolo della preoccupazione. Altre prove sostengono che le informazioni correlate alla minaccia siano più accessibili nella memoria e portino ad una codifica selettiva di informazioni analoghe (ad es., Butler & Mathews, 1983; McLeod & McLaughlin, 1995). In un'ottica cognitivo comportamentale “l'intolleranza all'incertezza ha un ruolo fondamentale” e livelli più alti di intolleranza all'incertezza portano ad un aumento della preoccupazione riferita (Dugas et al., 1998; Ladouceur et

al., 2000b). L'idea che la preoccupazione "aiuti ad evitare delusioni" oppure che "prevenga gli eventi negativi", può essere rinforzata negativamente dal fatto che l'evento temuto, che ha un ruolo centrale nella preoccupazione, non si verifichi. Un aspetto centrale tipico di molte persone con DAG è inoltre la mancanza di fiducia nelle propria capacità di risolvere i problemi (Ladouceur et al., 1998) e non tanto l'abilità nel farlo. La preoccupazione diviene pertanto un evitamento della paura che ha l'effetto di diminuire lo stato di attivazione somatico innescato primariamente da immagini che spaventano il soggetto. In seguito ad una diminuzione dei sintomi somatici, la preoccupazione viene rinforzata negativamente. La preoccupazione è intenzionale in quanto diviene un presupposto quasi superstizioso, in base al quale, così facendo, possono evitare la minaccia" (Rapee, 1991b). Sebbene la preoccupazione sia un fenomeno normale e comune all'esperienza di tutti, il DAG diviene un meccanismo patologico in quanto diventa una strategia di adattamento verso quei fattori che scatenano l'ansia.

Dal punto di vista cognitivo è stato posto l'accento sull'impatto di avvenimenti negativi le cui caratteristiche essenziali sono rappresentate dalla non controllabilità e dalla non prevedibilità. A questo proposito i modelli animali offrono ancora una volta interessanti spunti di osservazione e riflessione: l'esposizione ad eventi imprevedibili rispetto ad altri prevedibili comporterebbe un più elevato grado di stress associato alla inibizione di alcuni comportamenti, alla comparsa di ulcere, alla alterazione quantitativa di importanti neurotrasmettitori (Mineka & Kohlstrom, 1978; Mineka & Hendersen, 1985) ed infine alla incapacità di riconoscere come prevedibili gli eventi futuri. In particolare, la sensazione di scarsa controllabilità sugli eventi, soprattutto quelli negativi, sembra sostenere sintomi di ansia cronica, poiché mancando un segnale per l'evento negativo, viene a mancare in parallelo un segnale di significato opposto in grado di indurre rilassamento e senso di sicurezza (Seligman, 1975).

Il modello cognitivo di Beck e Clark

Il modello cognitivo di Clark e Beck (2010) si basa sul modello cognitivo standard e concettualizza il disturbo in tre fasi: 1) Fase evocativa; 2) Fase del processamento automatico; 3) Fase del processamento elaborativo.

Secondo il modello cognitivo di Beck e Clark, il rimuginio ruota attorno a circostanze di vita, obiettivi personali e valori. Tutti i costrutti cognitivi si riferiscono all'influenza che gli sforzi finalizzati ad un obiettivo hanno sul comportamento e sull'esperienza mentale

(Cantor, 1990). Il valore dei propri obiettivi diventa pertanto il catalizzatore del rimuginio. Le convinzioni personali di inadeguatezza, di bassa autostima, la sensazione di scarso padroneggiamento della minaccia, l'intolleranza per l'incertezza, sono tutti fattori che sottendono i disturbi d'ansia, compreso il DAG (Clark & Beck, 2010).

- Nella *fase evocativa* si assiste alla combinazione di più fattori (eventi, vulnerabilità psicologica e obiettivi personali) che fungono da stimolo per pensieri intrusivi di minaccia. Per pensieri intrusivi si intende “ogni identificabile evento cognitivo, non voluto, non progettato e ricorrente che tende ad interrompere il normale flusso dei pensieri, che interferisce con i compiti, che è associato ad emotività negativa ed è difficile da controllare” (Clark & Rhyno, 2005).
- Nella *fase del processamento automatico* i soggetti hanno un'attenzione selettiva per gli stimoli minaccianti e un *bias* cognitivo per gli stimoli neutri interpretati come minaccianti (Clark & Beck, 2010). I soggetti con DAG hanno una elevata intolleranza all'incertezza e questo comporta il tentativo estremo di evitare le situazioni incerte o ambigue (*Figura 3.2*).

SCHEMA	ESEMPLIFICAZIONE
Minaccia generalizzata Credenze sulla probabilità e sulle conseguenze di minacce sulla propria sicurezza psicologica e fisica	“Esiti negativi che minacciano importanti obiettivi è più facile che capitino a me”. “Se mi accade un evento negativo che minaccia un importante obiettivo, avrà un effetto grave a lungo termine su di me”. “Lo stress e l'ansia saranno forti se accade questo evento negativo”
Vulnerabilità personale Credenze riguardo all'impotenza, all'inadeguatezza e alla mancanza di risorse personali per la riuscita	“Potrei essere incapace di fronteggiare un evento negativo se accadesse”. “Non posso controllare se questo evento negativo accade e i suoi effetti su di me”. “Sono debole e impotente di fronte a quest'evento”
Intolleranza all'incertezza Credenze riguardo la frequenza, le conseguenze, l'evitamento e l'inaccettabilità degli eventi negativi, incerti o ambigui	“L'incertezza aumenterà lo stress e gli effetti ostili dell'evento negativo.” “E' importante essere pronti a qualsiasi cosa brutta inaspettata che potrebbe capitarmi”. “Se posso ridurre il dubbio e l'ambiguità di una potenziale situazione negativa, sarò più capace di fronteggiarla”
Metacognizione del rimuginio Credenze riguardo gli effetti positivi o negativi del rimuginio e la loro controllabilità	“Il rimuginio aiuta a risolvere i problemi e a prepararsi al peggio”. “Se rimuginio significa che sto prendendo la situazione sul serio”. “Se fossi una persona più forte, sarei capace di controllare i miei rimuginii”. “Se provo una gran quantità di ansia e stress è causa del rimuginio incontrollabile”

Fig. 3.2 – Schemi del DAG (Clark & Beck, 2010).

La fase del processamento è la fase centrale del modello e dell'intervento cognitivo. Il rimuginio è una strategia per ragionare su possibilità future negative per ridurre al minimo il rischio di danni. Il DAG è legato ad una serie di distorsioni cognitive e metacognitive. Il “*worry about worry*” porta a razionalizzazione, distanziamento, soppressione, evitamento cognitivo. La fase finale è quella del processamento elaborativo in cui il soggetto inizia a valutare il rimuginio come inefficace, dannoso, bloccante, incontrollabile. Rachman e Woody (1994) hanno suggerito che il soggetto con DAG abbia una difficoltà a percepire un senso di sicurezza poiché non appare in grado di usare al meglio i segnali di sicurezza: li minimizzano mentre esagerano il rischio. Rimangono vigili per il rischio, apprensivi e costantemente alla ricerca di sicurezza.

- *Fase di processamento elaborativo.* Wells ha introdotto il concetto di credenze metacognitive nel modello del DAG. Con metacognizione si intende la valutazione e le convinzioni relative ai fenomeni cognitivi e alla propria abilità di padroneggiarli (Wells & Matthews, 2006). Le credenze metacognitive del DAG ruotano attorno all'importanza di controllare i propri pensieri, all'importanza del pensiero in sé e alla negatività del pensiero. Le credenze metacognitive portano, di conseguenza, ad una sorta di “metarimuginio”. Wells identifica due tipi di convinzioni sul rimuginio: 1) *Positive* “il rimuginare mi aiuterà a gestire le cose”. Questo espone al rimuginio e l'attenzione si focalizza sui rischi e sui pericoli, aumenta quindi la sensazione di incertezza e di conseguenza aumenta il rischio del rimuginio; 2) *Negative* “devo smettere di rimuginare o impazzisco” il tentativo di sopprimere il rimuginio aumenta la forza delle metacognizioni negative. I pensieri intrusivi sull'incertezza elicitano maggior rimuginio in persone vulnerabili rispetto a quelle non vulnerabili. Le credenze maladattive circa minacce generiche, personale vulnerabilità, intolleranza all'incertezza e natura del rimuginio legate a scopi rilevanti sono più presenti nel DAG rispetto ad altri disturbi (*Figura 3.3*).

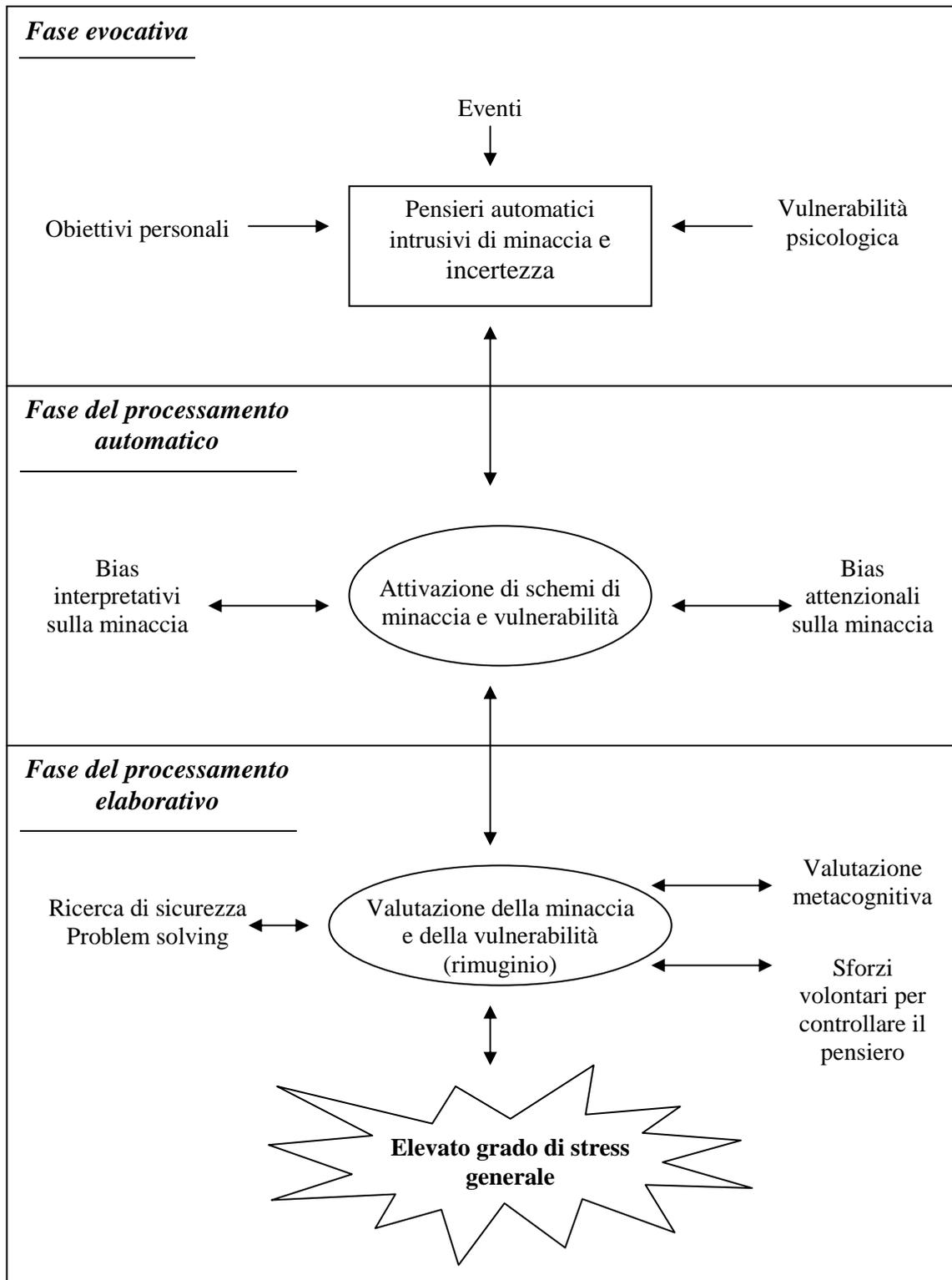


Fig. 1.3 – Il modello cognitivo di Clark & Beck, 2010.

Il modello metacognitivo di Wells

Nel modello metacognitivo del DAG, il rimuginio è considerato una componente centrale del disturbo. Le preoccupazioni presenti nel DAG hanno caratteristiche simili

alla normale preoccupazione (ad es., Ruscio & Borkovec, 2004) ma a differenza di quest'ultima si associano a pensieri e credenze più negative sulla preoccupazione stessa (Wells & Carter, 2001; Ruscio & Borkovec, 2004) (vedi *Figura. 3.4*).

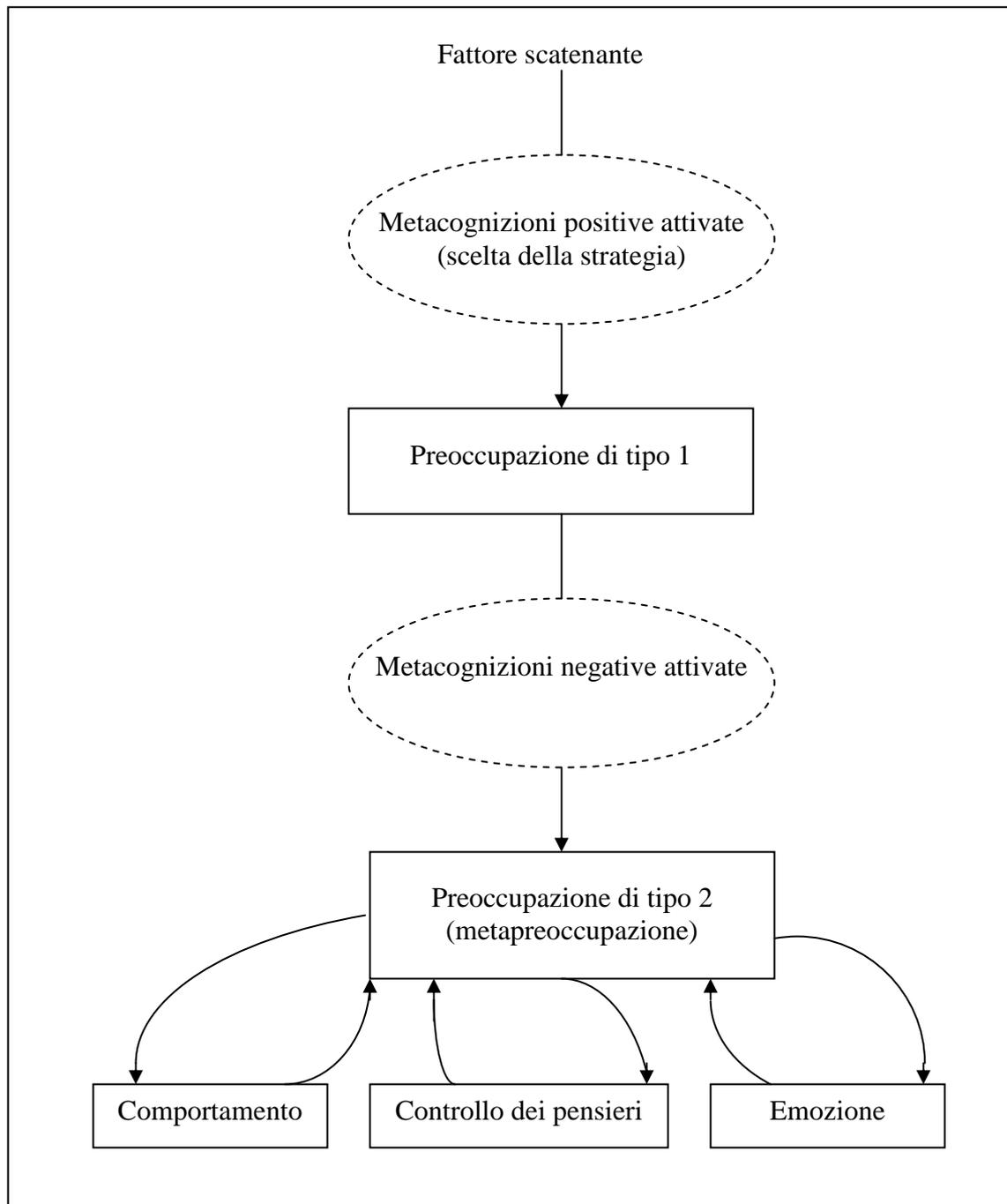


Fig. 1.4 – Il modello metacognitivo del DAG. Tratto da *Terapia metacognitiva dei disturbi d’ansia e della depressione* (Wells, 2012).

Wells ha identificato pertanto due tipi distinti di preoccupazioni: quelle di Tipo 1 che riguardano tutti gli eventi giornalieri, la salute fisica, le interazioni con gli altri e gli

eventi interni non cognitivi, come la sensazione generata da sensazioni fisiche; quelle di Tipo 2, al contrario, riguardano la natura e la manifestazione dei pensieri stessi a livello metacognitivo (ad es., “Preoccuparmi mi aiuta a evitare problemi futuri, se mi preoccupo sarò preparato”), vale a dire “rimuginare sulle proprie rimuginazioni”. L’uso della preoccupazione diviene una strategia di *coping* in risposta a pensieri intrusivi negativi. Il modello sostiene che le angosce presenti nel DAG siano imputabili a una più elevata presenza di preoccupazioni del Tipo 2 che rifletterebbero credenze negative. La preoccupazione diviene quindi un modo per “essere sempre pronti” ad affrontare l’evento temuto. Al contrario, tali apprensioni non fanno altro che aumentare la sensazione di vulnerabilità, incrementando il numero di aspettative negative. Piuttosto che il controllo e la soppressione dei pensieri intrusivi che alimentano il circolo vizioso della preoccupazione, l’obiettivo condiviso con il paziente è invece quello di placare il processo di rimuginio che segue le intrusioni.

Secondo il modello metacognitivo il paziente utilizza le preoccupazioni (preoccupazioni di Tipo 1) come una modalità strategica per rispondere ad un fattore scatenante. La rimuginazione viene utilizzata come strategia di gestione delle situazioni a causa di latenti credenze positive riguardo all’utilità dell’impiego delle ruminazioni mentali. Si sviluppano quindi credenze negative relative alle rimuginazioni in cui due categorie rivestono un’importanza specifica: quelle in merito all’incontrollabilità e quelle riguardanti la pericolosità o le conseguenze disastrose della preoccupazione che stimolano la formazione di valutazioni pessimistiche sulle stesse. Le persone con DAG quindi “sono preoccupate di essere preoccupate” e questo alimenta l’ansia e la sensazione di non essere in grado di gestire la situazione. La metapreoccupazione (preoccupazioni di Tipo 2) si riferiscono alla preoccupazione negativa in merito alla preoccupazione stessa e i sintomi ad essa associati (ad es., “Sto perdendo il controllo”, “Sto impazzendo”) (Wells, 1994). L’utilizzo di strategie maladattive per ridimensionare la percezione di pericolo percepita, non fa altro che consolidare le credenze negative e di conseguenza incrementare l’ansia. Esistono due fattori che contribuiscono al mantenimento del problema: le *risposte comportamentali* (ad es., la ricerca di rassicurazioni, di informazioni, gli evitamenti, le distrazioni, l’uso di alcool, etc.) e le *strategie di controllo dei pensieri*. (ad es., una persona preoccupata per la propria prestazione lavorativa cercherà di allontanare tutti i pensieri in merito al lavoro quando si trova altrove). Le risposte comportamentali mantengono la valutazione negativa in merito alla preoccupazione, perché impediscono il normale processo di autocontrollo

spostando l'attenzione su fattori esterni. Il controllo sui pensieri o i tentativi di soppressione, possono indurre ad un aumento della frequenza di fattori scatenanti le preoccupazioni rinforzando le relative credenze negative, come la mancanza di controllo. Queste strategie maladattive comportano un rimuginio continuo sul problema senza riuscire a farvi fronte e quindi, con il protrarsi dell'attività concettuale, l'individuo non è in grado di interrompere il processo. Questa difficoltà può essere alimentata da diversi fattori: la persona potrebbe ritenere che non preoccuparsi equivalga a non provare ad affrontare il problema, oppure potrebbe non essere consapevole del controllo che tende ad esercitare sulla propria preoccupazione e pensare che il problema non sia risolvibile. I due tipi di preoccupazione sono infine associate a risposte emotive. Il Tipo 1 può portare ad un incremento dell'ansia e della tensione, e l'incremento dei sintomi emotivi potrebbero essere interpretati nel Tipo 2 come prove che avvalorano e giustificano le apprensioni. La perdita di controllo dei propri pensieri che si susseguono velocemente, la dissociazione e l'incapacità di rilassarsi, sono sintomi interpretabili come prove della perdita di controllo mentale.

Nel modello ideato da Clark & Beck (2010) "la preoccupazione della preoccupazione" è un concetto chiave del modello metacognitivo per il trattamento del DAG. La preoccupazione è egosintonica, in quanto di solito viene usata come una propria caratteristica, coerente con l'immagine di sé. Altri pensieri negativi ricorrenti, come i pensieri intrusivi ossessivi, sono invece egodistonici, in quanto vengono considerati inappropriati, ripugnanti e disgustosi dall'individuo che li esperisce.

E' opportuno infine chiarire cosa differenzia le ossessioni dalle preoccupazioni (Wells & Morrison, 1994): le *ossessioni* hanno una durata inferiore, coinvolgono i processi immaginativi e possono essere costituite da impulsi e pulsioni, le *preoccupazioni*, invece, sono espresse in forma verbale, più realistica e spontanea. I pensieri ansiosi presentano anche molte somiglianze con quelli depressivi (Papageorgiou & Wells, 1999b): il *rimuginio* è maggiormente orientato verso il futuro, mentre la *ruminazione* depressiva si focalizza sul passato. La preoccupazione ricorrente come i pensieri ansiosi ruotano attorno a temi riguardanti il pericolo, mentre la ruminazione si focalizza per lo più sulla perdita, il fallimento e l'inadeguatezza personale.

1. 6 – Principi di trattamento farmacologico

Le benzodiazepine (BDZ) sono state considerate il trattamento di prima scelta per il DAG (ad es., Rickels, 1987; Dubovsky, 1990; Gorman & Papp, 1990) in quanto offrono un efficace sollievo sintomatologico per la maggior parte dei pazienti. Le benzodiazepine producono un buon effetto terapeutico a breve termine, ma dopo un uso prolungato potrebbero dare una serie di effetti collaterali, quali: compromissione delle prestazioni cognitive, sonnolenza e letargia, dipendenza fisica e psicologica. La sospensione del trattamento può provocare un'intensificazione dei sintomi precedenti in una percentuale che varia dal 25% al 75% dei soggetti, una sindrome di astinenza nel 40-100% e una ricaduta con un ritorno ai sintomi originari nel 63-81% dei casi (Dubovsky, 1990). E' consigliabile pertanto un uso intermittente, soprattutto per evitare i rischi di dipendenza, e di usare la minima dose efficace per il minor tempo possibile (Rickels, 1987; Gorman & Papp, 1990). Sebbene le benzodiazepine siano un trattamento efficace per il DAG, vi è comunque uno sbilanciamento tra benefici e danni in quanto aumenterebbero il rischio di dipendenza, di sedazione, di infortuni sul lavoro e di incidenti stradali (Gale & Oakely-Browne, 2000). Attualmente sono disponibili varie classi di BDZ, che differiscono sotto il profilo farmacologico per quanto riguarda le caratteristiche di assorbimento, emivita plasmatica e liberazione di metaboliti attivi. Accanto ai primi composti sintetizzati quali il clordiazepossido e successivamente il diazepam, entrambi a lunga emivita, si sono via via aggiunte molecole ad emivita breve quali l'oxazepam ed il lorazepam. Tuttavia non sono state riscontrate sostanziali differenze tra le varie classi per quanto riguarda l'effetto ansiolitico.

Recentemente l'alprazolam, una delle ultime BDZ introdotte sul mercato, differisce dalle altre per una più limitata azione sedativa ma soprattutto per una azione antidepressiva ed antipanicò. In generale occorre tenere presente che le modalità di assorbimento e di distribuzione sono responsabili degli effetti a breve termine del farmaco, mentre le modalità ed i tempi di eliminazione devono essere considerati in un trattamento a lungo termine. La durata dell'emivita plasmatica è importante invece per la valutazione del "*rebound*" dei sintomi ansiosi alla brusca interruzione del trattamento. L'efficacia terapeutica si evidenzia a partire dalla prima settimana e raggiunge il massimo dell'intensità intorno alla sesta settimana di trattamento, dopodiché tende a mantenersi stabile senza ulteriore incremento (Rickels et al., 1982). In condizioni di cronicità l'uso ininterrotto di BDZ può richiedere un continuo adattamento della dose

giornaliera per l'instaurarsi di una "tolerance"; questa modalità di assunzione appare comunque controindicata per il possibile sviluppo di dipendenza fisica.

Il buspirone (ansiolitico non benzodiazepinico) ha un'efficacia equivalente alle benzodiazepine ma a differenza di queste non produce effetti sedativi, né sintomi di astinenza. Il buspirone è un azaspirodecanedione, ha un'attività ansiolitica con elevate affinità ai recettori dopaminergici e possiede proprietà simili agli agonisti ed agli antagonisti della dopamina. Diversamente dalle BDZ è sprovvisto di proprietà anticonvulsivante e miorilassanti; l'effetto ansiolitico appare scarsamente sedativo-astenizzante e non in grado di potenziare gli effetti dell'alcool. L'interruzione del trattamento può provocare, come per le benzodiazepine, un ritorno ai sintomi originari (Rickels & Schweizer, 1990). Il buspirone può essere utile per la sua mancanza di potenziale dipendenza, quando occorre un trattamento prolungato. E' stato inoltre dimostrato che gli antidepressivi (paroxetina, imipramina, trazodone, venlafaxina e mirtazapina) "potrebbero avere affetti positivi" nel trattamento del DAG (Gale & Oakely-Browne, 2000). Studi sull'efficacia degli antidepressivi hanno dimostrato che questi erano più efficaci nel ridurre i sintomi psichici dell'ansia.

La letteratura scientifica sul trattamento conferma che le benzodiazepine sono efficaci nel trattamento a breve termine dell'ansia generalizzata. Tuttavia, l'alto rischio di dipendenza e il frequente ritorno dei sintomi dopo l'interruzione precludono l'utilità di questi farmaci in un disturbo cronico. Il buspirone con analoga efficacia clinica e assenza di dipendenza, può rappresentare una migliore alternativa terapeutica. Non viene però prescritto frequentemente, forse a causa dei tempi di attesa più lunghi prima che si percepisca una sostanziale diminuzione dell'ansia. In merito agli studi di efficacia per il trattamento del DAG vi sono ancora pochi dati a lungo termine per qualsiasi forma di farmacoterapia. La maggior parte degli studi di confronto tra terapia con ansiolitici e terapia con antidepressivi ha concluso che, sebbene gli esiti complessivi fossero equivalenti, gli antidepressivi determinano un maggior effetto nella riduzione dei sintomi psichici dell'ansia.

Dal momento che l'uso di benzodiazepine potrebbe impedire ai pazienti di sviluppare le proprie abilità di fronteggiamento per il superamento dell'ansia, alcuni studi hanno suggerito di usare contemporaneamente più interventi, quali: la modificazione comportamentale o la terapia cognitiva (Rickels & Schweizer, 1990). Power et al. (1990) hanno invece sostenuto che i trattamenti psicologici e farmacologici possono essere combinati senza una riduzione della loro efficacia, suggerendo che probabilmente

l'uso a lungo termine delle benzodiazepine non interferisce significativamente con la terapia cognitiva. I trattamenti cognitivo comportamentali hanno tuttavia raggiunto risultati analoghi anche in assenza di un trattamento farmacologico attivo. Pertanto, l'uso delle benzodiazepine, benché non sia di ostacolo alla terapia cognitivo comportamentale, sembra non aggiungere nulla all'effetto del trattamento. Al contrario, in una revisione dei trattamenti psicologici del DAG (Durham & Allan, 1993) è stato constatato che il gruppo di pazienti che non assumeva farmaci ansiolitici otteneva un miglioramento dei sintomi superiore alla media con cambiamenti clinici significativi. Emerge quindi con chiarezza che il ruolo della farmacoterapia come aggiunta al trattamento psicologico del DAG resta ancora da chiarire.

1. 7 – Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche

Il trattamento del disturbo d'ansia generalizzato dispone di differenti approcci a seconda del modello teorico di riferimento e delle strategie di intervento. I principali orientamenti di cui ci si avvale sono: la psicoterapia psicodinamica, la terapia cognitivo comportamentale e la terapia metacognitiva.

Psicoterapia psicodinamica

La psicoterapia psicodinamica è una terapia espressiva tesa all'analisi delle difese e allo svelamento del materiale rimosso nell'inconscio. E' un trattamento indicato per pazienti che hanno un'inclinazione psicologica a voler comprendere la matrice da cui derivano i sintomi e che sono disposti ad investire tempo, denaro ed impegno in un processo terapeutico. I pazienti hanno bisogno di imparare a tollerare l'ansia e quelli che hanno una forza dell'Io sufficientemente buona, arrivano a considerare l'ansia come una finestra aperta sull'inconscio.

La terapia presenta due caratteristiche: è *supportiva* (orientata a reprimere un conflitto inconscio e rafforzare le difese) ed *espressiva* (orientata all'acquisizione dell'*insight*, ovvero alla capacità di comprendere le origini e i significati inconsci dei propri sintomi e del proprio comportamento).

Il trattamento dell'ansia si origina a partire da una valutazione psicodinamica meditata e approfondita, nella quale l'ansia viene considerata la "punta dell'iceberg". L'ansia, quindi, assume un ruolo nell'organizzazione della personalità del paziente e tale

funzione deve essere compresa ed analizzata. Un obiettivo verso cui tende il trattamento è la risoluzione del conflitto che si può ottenere nel momento in cui è stata compresa la natura delle difese e del desiderio sottostante. L'obiettivo ultimo è il miglioramento della qualità delle proprie relazioni oggettuali sia interne che esterne in quanto comporta un miglioramento anche delle relazioni interpersonali.

L'ipotesi di lavoro che muove il lavoro psicodinamico è che rivolgere l'attenzione sull'ansia presentata dal paziente lo distrae da pensieri più profondi e disturbanti. Questo *pattern* difensivo e di evitamento può essere legato ad un attaccamento conflittuale insicuro nell'infanzia, così come a traumi precoci (Crits-Christoph et al., 1995).

Le tecniche psicoterapiche maggiormente utilizzate nel trattamento supportivo-espressivo (Gabbard, 1995) sono le seguenti: 1. *Interpretazione* (un'osservazione esplicativa che collega il sentimento, il pensiero o il sintomo al suo significato o origine inconscia); 2. *Confronto* (teso a chiarire l'influenza del proprio comportamento sugli altri o a rimandare al paziente un sentimento represso o negato); 3. *Chiarificazione* (riformulazione delle verbalizzazioni del paziente al fine di ottenere un'immagine più coerente di quello che ha comunicato); 4. *Incoraggiamento ad elaborare* (incoraggiare a fornire maggiori informazioni su un argomento introdotto dal paziente); 5. *Convalidazione empatica* (dimostrazione della sintonia empatica del terapeuta con lo stato interno del paziente); 6. *Consigli ed elogi* (con i consigli si elargiscono suggerimenti su come comportarsi, e con gli elogi si rinforzano determinati comportamenti del paziente attraverso la lode); 7. *Conferma* (è l'accettazione empatica del paziente da parte del terapeuta).

L'obiettivo finale del trattamento è quello di evidenziare e rielaborare i termini del conflitto, l'aumento dell'autostima, l'incoraggiamento del processo di separazione/individuazione, il rinforzo della funzione dell'Io e la canalizzazione della pulsionalità e dell'ansia. Il paziente sperimenta, pertanto, che l'ansia può essere gestita attraverso una comprensione del proprio mondo interiore.

Psicoterapia cognitivo comportamentale

La terapia cognitiva, partendo dal presupposto che le interpretazioni catastrofiche delle preoccupazioni sono la caratteristica distintiva del DAG, ha come intento quello di reinterpretare le idee, le convinzioni e le aspettative sbagliate e irrealistiche del paziente. Tali individui avvertono un senso generale di minaccia e una reazione di allarme verso

una moltitudine di stimoli della vita quotidiana e pensieri intrusivi sull'incertezza circa importanti obiettivi. L'incertezza elicitava un maggior rimuginio in persone vulnerabili rispetto a quelle non vulnerabili. Aiutare il paziente a tollerare meglio l'incertezza nelle situazioni ambigue è uno degli scopi della terapia. L'obiettivo iniziale del trattamento è quindi quello di rendere consapevole il soggetto circa il tipo di pensieri controproducenti che genera costantemente e rendere più concrete le preoccupazioni che altrimenti resterebbero confuse e astratte. L'impegno terapeutico consiste nello sfidare e confutare i pensieri disfunzionali ogni volta che si presentano stimoli in grado di scatenarli. Il DAG, infatti, rispetto ad altri disturbi presenta una serie di caratteristiche distintive, quali: la presenza di credenze maladattive circa minacce generiche, una personale vulnerabilità, un'intolleranza all'incertezza e alla natura del rimuginio legate a scopi rilevanti. I soggetti con DAG, usando con più probabilità strategie di controllo fallaci, impiegano più sforzi per sopprimere il rimuginio ed esperiscono una maggior inefficacia nel controllo del rimuginio stesso. Il rimuginio è a sua volta legato ad una marcata percezione di assenza di sicurezza e scarso *problem solving*.

Un aspetto rilevante del trattamento è quello della spiegazione (attraverso la psicoeducazione) del ruolo giocato dallo stato di apprensione e degli effetti controproducenti di modalità di risposta e di mantenimento del problema. Una caratteristica delle preoccupazioni patologiche è di essere poco centrate sul presente e riguardare, invece, preoccupazioni relative a eventi futuri che è poco probabile che accadano (Borkovec et al., 1998; Dugas et al., 1998). Per tale motivo l'aiuto terapeutico è quello di insegnare al paziente a distinguere i problemi che richiedono una soluzione immediata da quelli lontani nel tempo o che hanno una scarsa probabilità di verificarsi.

Gli obiettivi principali del trattamento sono: normalizzare il rimuginio, correggere i *bias* di pensiero, promuovere strategie positive ed adattative di controllo del rimuginio, aumentare la fiducia nel *problem solving*, sviluppare un senso di sicurezza e fiducia nell'affrontare le sfide, accettare i rischi e tollerare l'incertezza e, infine, aumentare la capacità di sostenere emozioni negative.

Nel trattamento cognitivo comportamentale del DAG ritroviamo le seguenti tecniche:

- Gli *esperimenti comportamentali* in cui si incoraggia l'individuo ad intraprendere attività o a prendere decisioni senza prima chiedere eccessive informazioni o rassicurazioni ad altri (lavoro sull'incertezza) e testare se gli esiti temuti dal soggetto accadono realmente oppure non si verificano.

- *L'esposizione graduale* alle situazioni temute. Molti pazienti con DAG possono mettere in atto una serie di evitamenti rispetto a stimoli che possono riattivare le loro paure. La maggior parte degli evitamenti subdoli può essere affrontata usando i principi di base dell'esposizione graduale identificando gli obiettivi comportamentali specifici che possono essere suddivisi, se necessario, in obiettivi intermedi o più piccoli.
- *Le tecniche di rilassamento* consistono nel volontario rilascio della tensione (fisica o mentale). La tensione generata dallo stress quotidiano non aiuta a raggiungere gli obiettivi ma può ostacolare lo svolgimento delle normali attività. La tensione genera irrequietezza, irritabilità e apprensione. La tensione costante può rendere le persone eccessivamente sensibili e portarle a rispondere ad eventi sia piccoli che grandi come se fossero delle minacce. Imparare a rilassarsi rende più facile mantenere il controllo su queste situazioni di ansia.

Il modello metacognitivo

Il modello metacognitivo, focalizzandosi sulla metacognizione relativa al rimuginio, è centrato attorno ai pensieri circa la preoccupazione che sono associati a diversi argomenti rilevanti (la tendenza a catastrofizzare, la stima delle probabilità della minaccia, il livello di incontrollabilità del rimuginio, l'estensione del rimuginio sul rimuginio, le attese positive e negative del rimuginio). Il concetto fondamentale del modello, che deve essere condiviso con il paziente, è l'essere inquieti per lo stato di angoscia sperimentato e di come egli utilizzi la rimuginazione per gestire le difficoltà. Il rimuginio diventa, quindi, l'elemento problematico a cui sono associate le credenze negative (per es. "non riesco più a controllare le mie preoccupazioni"). Durante la fase di assessment può essere utile invitare il paziente all'esperimento della soppressione del pensiero per condividere con lui quanto, il tentativo di sopprimere il pensiero, non faccia altro che aumentare la sensazione di disagio e la frequenza con cui il pensiero stesso si manifesta. Le strategie di controllo *negative* sono: la Rimozione diretta (dire a me stesso di non rimuginare), l'Autorassicurazione (dire a me stesso che è tutto ok), il Cercare rassicurazioni dagli altri (chiedere agli amici o ai familiari se va tutto bene), il Controllo (impegnarsi in atti ripetitivi per alleviare i dubbi), la Punizione (criticare se stessi per il rimuginio), la Soppressione delle emozioni (tentare di contenere lo stress e l'ansia associati al rimuginio).

Le strategie di controllo *positive*, invece, sono: l'Espressione diretta (permettere a me stesso di rimuginare, lasciare che faccia il suo corso), la Distrazione (coinvolgersi in attività distraenti, o sostituire il rimuginio con pensieri più positivi), la Riconsiderazione della minaccia (riconsiderare la minaccia immaginata che occupa il rimuginio), impegnarsi nel *Problem solving* (sviluppare un piano d'azione per affrontare il contenuto dei rimuginii), Rilassarsi (impegnarsi in meditazione o rilassamento).

Il trattamento passa attraverso una serie di fasi la cui durata varia a seconda delle caratteristiche presentate dal paziente. Le sequenze degli stadi sono:

1. Concettualizzare il caso (produrre una versione personalizzata del modello metacognitivo che rappresenti l'esperienza del paziente in una situazione recente di preoccupazione ricorrente. In questa fase si adoperano: il GADS-R, l'intervista per la formulazione del caso e il Checklist per le sedute).
2. Far familiarizzare il paziente con il modello (vengono chiariti i meccanismi che sono alla base del modello).
3. Introdurre il "modello metacognitivo" (il paziente riassume quanto ha appreso in merito alle cause della sua preoccupazione cronica).
4. Mettere in discussione le credenze metacognitive in merito alla incontrollabilità della preoccupazione (si usano strategie verbali per esplorare e indebolire le credenze riguardo all'incontrollabilità della preoccupazione. Si esplora quindi il significato che il paziente attribuisce al concetto di controllo, distinguendolo dalla soppressione dei pensieri).
5. Mettere in discussione le credenze metacognitive in merito alla pericolosità della preoccupazione (riesame delle controprove relative alla preoccupazione in cui il terapeuta fa notare al paziente come essa venga inibita da altre esigenze in competizione con questo processo e, quindi, come sia subordinata alle priorità della persona (metodi di riattribuzione verbale e comportamentale per riuscire a indebolire o a modificare queste meta-credenze).
6. Mettere in discussione le credenze metacognitive positive in merito alla preoccupazione (si offre al paziente la possibilità di utilizzare strategie alternative per reagire agli eventi interni, aumentando al contempo la motivazione a rompere l'abitudine di reagire con un'intensa attività rimuginativa).
7. Rinforzare nuove modalità per elaborare la preoccupazione (sviluppo e promozione di processi metacognitivi alternativi che favoriscono il controllo delle reazioni ai pensieri intrusivi e allo *stress*).

8. Prevenire le ricadute (consiste nel riesaminare le variabili metacognitive che si ipotizza costituiscano ancora una fonte attuale di vulnerabilità).

Gli strumenti utilizzati al fine di promuovere la consapevolezza ed incoraggiare il cambiamento sono i seguenti: a) l'utilizzo di schede di automonitoraggio ("Protocollo di registrazione delle preoccupazioni", "Scheda per la registrazione del rimuginio", "Scheda per la registrazione del rischio e dell'incertezza", "Scheda per la registrazione del rimuginio sul rimuginio", "Scheda per l'esposizione al rimuginio"); b) gli esperimenti comportamentali ("Mini-inchiesta", "Esperimento di perdita di controllo", "Danneggiare il proprio corpo con la preoccupazione", "Valutare gli effetti della preoccupazione sul corpo"); c) lo sfidare le credenze metacognitive positive ("Riattribuzione verbale", "Strategia della mancata corrispondenza tra la preoccupazione e la realtà", "Esperimenti di modulazione della preoccupazione"); d) le tecniche immaginative (hanno lo scopo di rassicurare il paziente e di portarlo ad approfondire l'immagine per coglierne, evidenziare e discutere i pensieri associati nonché produrne di alternativi); e) il protocollo di rilassamento (viene considerato opzionale, anche se presente in molti protocolli cognitivo comportamentali e nei casi in cui si trattano pazienti con un intenso *arousal* (Borkovec et al., 2004)).

Lo scopo ultimo della terapia metacognitiva è la riduzione della frequenza, dell'intensità e della durata degli episodi di rimuginio, ottenendo una diminuzione di pensieri automatici negativi ansiogeni e di ansia generalizzata.

1. 8 – Prevenzione della ricaduta

La prevenzione delle ricadute consiste nell'accettarsi che le credenze negative relative all'incontrollabilità e al pericolo delle preoccupazioni, che costituiscono l'aspetto centrale del disturbo, siano largamente superate. Per accertare la valutazione si ricorre alla somministrazione del GADS-R e di altri strumenti di valutazione come il Meta-Worry Questionnaire e l'MCQ-30. Eventuali punteggi elevati dovrebbero condurre ad ulteriori interventi volti ad indagare sia l'utilizzo della rimuginazione come strategia di *coping* e sia la persistenza di credenze positive sull'utilità del rimuginio. Ulteriori strategie come l'evitamento delle situazioni o la ricerca di rassicurazioni dovrebbero essere esplorate e modificate prima della fine del trattamento.

Al termine del processo psicoterapico, il paziente e il terapeuta traggono le conclusioni sul percorso fatto insieme individuando i punti centrali del trattamento, ovvero: il lavoro costante sulla preoccupazione cronica e l'acquisizione di modalità nuove e più funzionali nella gestione dei pensieri intrusivi.

1. 9 – Efficacia della terapia

Un ampio numero di ricerche sperimentali concordano sull'efficacia della terapia cognitivo comportamentale come trattamento d'elezione per il DAG (ad es., Marks, 1989; Butler & Booth, 1991; Hunt & Singh, 1991; Durham & Allan, 1993). Vigé un accordo generale che la terapia cognitivo comportamentale induca un miglioramento statisticamente e clinicamente significativo per la maggior parte dei pazienti e che tale cambiamento si mantenga fino ad un anno dalla conclusione del trattamento. La terapia cognitiva abbinata alle tecniche di rilassamento produce un tasso del 50-60 % di guarigione sintomatologica a sei mesi di follow-up. Le terapie comportamentali o analitiche, invece, risultano essere inefficaci in quanto generano tassi di guarigione sintomatologica dell'11% e del 4% rispettivamente. Negli studi controllati in cui sono disponibili dati di follow-up, le analisi hanno confermato che gli effetti benefici della terapia cognitiva si mantengono nel tempo. Analizzando le informazioni provenienti dall'insieme di dati a disposizione, la terapia cognitivo comportamentale è l'unico intervento che sembra essere efficace e che mostra un alto grado di affidabilità (Gale & Oakely-Browne, 2000).

Dal confronto tra la terapia cognitivo comportamentale e quella comportamentale è stato rilevato che al follow-up a 6 mesi, la prima aveva prodotto un miglioramento significativamente maggiore rispetto alla seconda sulle misure di ansia, depressione e cognizione (Butler et al., 1991). Sembra quindi importante indirizzare il trattamento del DAG verso l'analisi degli aspetti cognitivi del disturbo, considerato il ruolo centrale della preoccupazione nella sintomatologia descritta. Le caratteristiche di questi aspetti cognitivi sono sensibili alla terapia cognitiva che è orientata ad affrontare le convinzioni, gli atteggiamenti e le aspettative non realistiche ed erronee. E' stato, infine, condotto uno studio clinico controllato in cui è stato confrontato un campione sottoposto a trattamento cognitivo comportamentale con un campione facente parte di una lista d'attesa non sottoposto pertanto a trattamento. Il primo gruppo ha mostrato un

miglioramento significativamente maggiore rispetto a quello della lista di attesa su tutte le misure (ansia, depressione e cognizione). Inoltre, il gruppo sperimentale ha ottenuto miglioramenti statisticamente e clinicamente significativi dopo il trattamento, che si sono mantenuti al follow-up dopo 6 e a distanza di 12 mesi (Ladouceur et al., 2000a).

Riferimenti bibliografici

- Adrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., & Page, A. (2003). *The treatment of Anxiety Disorders. Clinican Guides and Patient Manuals – Second Edition*. Cambridge University Press.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (3th ed., text rev.) Washington, D.C: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.) Washington, D.C: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.) Washington, D.C: Author.
- Barlow, D.H. & Wincze, J. (1998). DSM-IV and beyond: what is generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (Suppl. 393), 23-9.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and Its Disorders: The nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford.
- Barlow, D.H. (2000). Unravelling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 51, 1247-63.
- Barlow, D.M. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.

- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Borkovec, T.D. & Inz, J. (1990). The nature of worry in Generalized Anxiety Disorder; A predominance of thought activity: *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Borkovec, T.D. Robinson, E., Pruzinsky, T., & Depree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T.D., Ray, W.J., & Stoeber J. (1998). Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective physiological, and interpersonal behavioural processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-76.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinski, T., & Depree, J.A. (1983a). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Burvill, P.W. (1990). The epidemiology of psychological disorders in general medical settings. In Sartorius N., Goldberg, D., De Girolamo, G., Costa, E., Silva, J., Lecribier, Y., Wittchen, H.U. (Eds), *Psychological Disorders in General Medical Settings*. Toronto: Hogrefe and Huber.
- Butler, G. & Booth, R.G. (1991). Developing psychological treatments for generalized anxiety disorder. In Rapee R.M., Balow, D.H. (Eds), *Chronic Anxiety, Generalized Anxiety Disorders and Mixed Anxiety-Depression*. New York: Guilford.
- Butler, G. & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Therapy*, 5, 51-62.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-172.

- Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders* (in press).
- Clark, D.A. & Beck, A.T. (2010). *Defeat fear and anxiety: A cognitive therapy workbook*. Manuscript in preparation, Department of Psychology, University of New Brunswick, Canada.
- Clark, D.A. & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals: Implications for clinical disorders. In D.A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment* (1-29). New York: Guilford Press.
- Craske, M.G., Rapee, R.M., Jackel, L., & Barlow, D.H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R. Generalized Anxiety Disorder subjects and non-anxious control. *Behaviour and Therapy*, 27, 397-402.
- Crits-Christoph, P., Crits-Christoph, K, Wolf-Palacio, D., & al. (1995). Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for general anxiety disorder. In: Barber, J.P., Crits-Christoph, P. (a cura di) *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. Basic Books, New York.
- Davey, G.C.L. (1994). Pathological worry as exacerbated problem solving. In: G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment* (35-60). Chichester: Wiley.
- Dibartolo, P.M., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1997). Effects of anxiety on attentional allocation and task performance: an information processing analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1101-11.
- Dubovsky, S.L. (1990). Generalized anxiety disorder: new concepts and psychopharmacologic therapies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, (Suppl.), 3-10.

- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladoucer, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model: *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-26.
- Durham, R.C. & Allan, T. (1993). Psychological treatment of generalized anxiety disorder. A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *British Journal of Psychiatry*, 163, 19-26.
- Faravelli C. (1991). *Serotonin and anxiety*. In: Cassano, G.B., Akiskal, H.S. (Eds.): *Serotonin-related psychiatric syndromes and therapeutic links*. Royal Society of medicine Service limited.
- Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: the emerging common ground. *Int. J. Psychoanal*, 76, 475-485.
- Gale, C. & Oakely-Browne, M. (2000). Extract from "Clinical Evidence": anxiety disorder. *British Medical Journal*, 321, 1204-7.
- Goldberg, D.P. & Lucrubier, Y. (1995). *Form and frequency of mental disorders across centres*. In Ustun TB, Sartorius N (Eds), *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. US: New York: Wiley.
- Gorman, J.M. & Papp, L.A. (1990). Chronic anxiety: deciding the length of treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 20, 182-7.
- Gorman, J.M. & Papp, L.A. (1990). Chronic anxiety: deciding the length of treatment: *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, (Suppl.), 11-15.
- Gray, J.A. (1971). *The psychology of fear and stress*. McGraw-Hill, New York.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 2, 50-9.

- Hunt, C. & Singh, M. (1991). Generalized anxiety disorder. *International Review of Psychiatry*, 3, 215-29.
- Hunt, C., Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). DSM-IV Generalized Anxiety Disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine* (in press)..
- Jacobs, B.L. (1986). Single unit activity of locus coreuleus neurons in behaving animals. *Progress in Neurobiology*, 27, 183.
- Kandel, E.R. (1983). From metapsychology to molecolar biology: explorations into the nature of anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 140 (10), 1277-1293.
- Klein, D.F. (1964). Delineation of two drug responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 40, 1055-1060.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M.H., & Dugas, M.J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 139-152.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Leger, E., Cagnon, F., & Thibodeau, N. (2000a). Efficacy of a cognitive-behavioural treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 957-64.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M.J. (2000b). Experimental manipulation of intollerance of uncertain: a study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933, 41.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P.(1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- Marks, I.M. & Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.

- Marks, M. (1989). Behaviour psychotherapy for generalized anxiety disorder. *International Review of Psychiatry, 1*, 235-44.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Mineka, S. & Kohlstrom, J. (1978). Unpredictable and uncontrollable aversive events. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 256-271.
- Nisita, C., Petracca, A., Akiskal, H.S., Galli, L., Gepponi, I., & Cassano, G.B. (1990). Delimitation of Generalized Anxiety Disorder: clinical comparison with panic and major depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry, 31*, 409-15.
- Noyes, R., Clarkson, C., & al. (1987). A family study of Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1019-1024.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1999b). *Dimensions of depressive rumination and anxious worry: A comparative study*. Paper presented at the 33rd annual convention of Association for Advancement of Behaviour Therapy, Toronto, Canada.
- Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, V., & Wallace, L.A. (1990). A controlled comparison of cognitive behaviour therapy, diazepam and placebo, alone in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 4*, 267-92.
- Rapee, R.M. (1991b). Generalized Anxiety Disorder: a review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review, 11*, 419-40.
- Rickels, K. & Schweizer, E. (1990). The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 10* (3, Suppl.), 101S-10S.

- Rickels, K. (1987) Antianxiety therapy: potential value of long-term treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (12, Suppl.), 7-11.
- Rickels, K., Wiseman, K., & al. (1982). Buspirone and diazepam in anxiety: a controller study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43 (12), 81-86.
- Rosenthal, D. (1971). *Genetics of Psychopathology*. McGraw-Hill, New York.
- Ruscio, A.M. & Borkovec, T.D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worries with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1469-1482.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W.H. Free-man, San Francisco.
- Sheehan, D.V. (1983). *The anxiety disease*. Charles Scribner's, New York.
- Spelberg, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1993). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Stöber, J. (1998). Worry, problem elaboration and suppression of imagery: the role of concreteness. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 751-6.
- Tallis, F., Eysenck, M.W., & Mathews, A. (1992). A questionnaire measure for the measurement of nonpathological worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 161-168.
- Wälder, R. (1925). The psychoses: their mechanism and accessibility to influence. *International Journal of Psychoanalysis*, 6, 259-281.
- Wells, A. & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorders: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behaviour Therapy*, 32, 85-102.

- Wells, A. & Davies, M. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences on the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A. & Matthews, G. (2006). *Cognitive vulnerability to anxiety disorders: An integration*. In L.B. Alloy & J.H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (303-325). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wells, A. & Morrison, A. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867-870.
- Wells, A. & Morrison, A. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsession: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867-870.
- Wells, A. (1990b). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attention training approach to treatment. *Behaviour Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. (1994). A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 269-299.
- Wells, A. (1994a). A multi-dimensional measure of worry: development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 289-99.
- Wells, A. (1999). *Cognitive therapy of Anxiety Disorders. A practice Manual and Conceptual Guide*. Health Services Research Unit, Department of Public Health. University of Aberdeen.
- Wells, A. (2006). Cognitive therapy case formulation in anxiety disorders. In N. Tarrier (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases* (52-80). Hove, Uk: Routledge.

Wells, A. (2012). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. The Guilford Press.
A Division of Guilford Publication, Inc. 72, Spring Street, New York, NY, 100012.

Wittchen, H.U., Kessler, R.C., Zhao, S., Abelson, J. (1995). Reliability and clinical validity of UM-CIDI DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 95-110.

Wittchen, H.U., Zhao, Z., Kessler, R.C., Eaton, W.W. (1994). DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-64.

2 – IL DISTURBO D’ANSIA GENERALIZZATO

– Un caso clinico –

2.1 – Invio, informazioni generali e aspettative del paziente

Il primo incontro con Paola è avvenuto nell’aprile del 2011 su consiglio del medico curante. Paola ha 55 anni, è originaria di Lecce e vive a Roma in una abitazione singola di sua proprietà con il marito (58aa) e la suocera anziana. Al piano superiore della sua abitazione vive il figlio di (34aa) con la moglie. Nella stessa città è ubicata la figlia (30aa) con il marito e le due figlie di 5 e 2 anni.

Il disturbo lamentato dalla paziente è riferibile ad una forma d’ansia invalidante che da diversi mesi limita lo svolgimento della sua vita quotidiana. Per tale motivo Paola ha inizialmente chiesto l’aiuto del medico di famiglia che ha ritenuto opportuno prescrivere un ansiolitico (Xanax) da usare al bisogno, ma la paziente rendendosi conto della dipendenza psicologica dal farmaco che si era innescata già dopo le prime assunzioni e confrontandosi ulteriormente con il medico su questa problematica, è giunta alla conclusione di chiedere un sostegno psicologico.

Paola ha lavorato in un’industria tessile come operaia per trentacinque anni. Il lavoro la soddisfaceva molto da un punto di vista professionale in quanto aveva acquisito una serie di competenze per le quali era molto stimata all’interno dell’azienda. Inoltre, la sensazione di produttività e le capacità organizzative manifestate durante le ore di lavoro la facevano sentire una persona capace, affidabile e socialmente utile, non solo ai suoi occhi ma anche agli occhi degli altri. Il rapporto con i colleghi, pertanto, era ottimo e questo alleggeriva le intense giornate lavorative.

I disturbi d’ansia sono emersi gradualmente nei mesi successivi al pensionamento e hanno segnato una transizione brusca che la signora ha riassunto nel seguente modo “*è stato per me un salto violento in quanto sono passata da uno stato di benessere che ha contrassegnato gli ultimi anni della mia vita, ad uno stato di totale fallimento ed incapacità gestionale in qualsiasi ambito della mia esistenza*”.

Il contesto familiare nel quale la paziente vive è caratterizzato da una buona armonia e da un discreto dialogo ma dal momento che la donna è sempre stata il perno attorno al quale ruota tutta la famiglia, il suo malessere si riflette allo stato attuale anche in casa in quanto vige un clima di tensione apprezzabile. Questa considerazione suscita in Paola

sentimenti di colpa per non essere in grado di “accudire” efficacemente la sua famiglia come faceva un tempo. Lo stato di ansia genera preoccupazioni così intense che il tempo trascorso con i suoi cari non è più autentico e spensierato ma è contrassegnato da uno stato di allarme che accompagna costantemente le sue attività di *routine*.

Oltre alla preoccupazione relativa alla famiglia, la paziente appare angosciata da problemi di salute. Riferisce, infatti, di soffrire di ipertensione che ha sempre gestito con la cura farmacologica, i controlli medici frequenti e le abitudini alimentari sane. Paola racconta che poco dopo il pensionamento, forse a causa del cambiamento dello stile di vita, ha avuto un innalzamento temporaneo della pressione arteriosa da cui è scaturito uno stato di allarme relativo alla salute che ancora oggi la contraddistingue. Presta, infatti, molta attenzione ai vari sintomi corporei per scongiurare problemi di ipertensione o di altra natura. Per cercare rassicurazione ha l’abitudine di chiedere informazioni a persone che soffrono dello stesso problema o di recarsi frequentemente dal medico con la richiesta di fare esami clinici approfonditi o visite specialistiche.

Il marito della paziente è a sua volta affetto da sclerosi multipla la cui diagnosi è stata fatta soltanto di recente. L’idea che il marito si possa aggravare nel tempo e che debba contare sul suo aiuto genera nella paziente la paura di non farcela a superare gli ostacoli che l’ansia impone perdendo di valore agli occhi della famiglia. Il marito viene descritto come un uomo forte e determinato che ha dedicato la sua vita al lavoro (era impiegato in un autosalone) e agli affetti. Il pensiero che la malattia del marito, di cui non sono ancora evidenti i sintomi, possa portare nel tempo a limitare la sua autonomia e quindi assistere alla trasformazione di un uomo che “da forte diventerà debole”, la preoccupa ulteriormente. Il marito, invece, non appare angustiato dal futuro in quanto si sente rasserenato dalla diagnosi fatta in un centro specialistico in cui il medico ha accertato una forma lieve della malattia che genera una progressione molto più lenta nel tempo. La paziente descrive il marito come un uomo tendenzialmente burbero e poco paziente ma con tanti lati positivi. Non si sente compresa fino in fondo circa il suo disturbo d’ansia in quanto sia il marito che i figli la esortano a reagire quanto prima senza voler, a suo dire, comprendere fino in fondo le cause del suo malessere. *“Loro vorrebbero vedermi forte e combattiva come un tempo ma penso a tante problematiche e mi sento costantemente preoccupata che qualcosa di brutto e di ingestibile possa accadere improvvisamente”*.

Rispetto alla sua vita coniugale Paola racconta di aver vissuto anni felici con il marito e di aver sempre avuto una buona affinità che si palesava soprattutto nella condivisione

delle scelte *“siamo sempre stati d'accordo in merito alle decisioni da prendere rispetto alla casa o nell'affrontare questioni di tipo economico”*. La paziente lamenta, tuttavia, una divergenza nel modo di ragionare e di arrivare alla soluzione che contraddistingue gli ultimi tempi. Ad esempio, i lavori di ristrutturazione della casa avviati di recente richiedono un dispendio economico che la paziente in questo momento non vuole affrontare e cerca in tutti i modi di rimandare pur di non attingere ai loro risparmi; il marito, invece, avendo preventivamente calcolato i costi necessari per la spesa, ritiene che non ci sia alcun motivo per sentirsi preoccupati e insiste affinché i lavori terminino quanto prima. La paziente riferisce che la determinazione del marito alimenta la sua agitazione e che, sebbene un tempo lo avrebbe probabilmente assecondato, l'idea di dissipare i loro risparmi la impensierisce in maniera significativa.

Dalle considerazioni emerse in merito alle aspettative della paziente si evince una buona adesione al trattamento e fiducia nell'aiuto che potrà trarre dal lavoro terapeutico *“mi aspetto che questo percorso allevi l'ansia e che la mia vita torni ad essere quella di un tempo”*.

2.2 – Assessment

Nella fase di assessment sono state raccolte informazioni sulla storia di vita della paziente e approfondito il ricordo di episodi clinicamente significativi. E' stato somministrato un questionario anamnestico e compilati una serie di test psicodiagnostici. I colloqui di assessment integrati con l'elaborazione dei test hanno consentito di formulare una concettualizzazione cognitiva del caso.

Primo colloquio

La sig.ra Paola accede al primo colloquio in modo cordiale e sorridente manifestando un certo stupore per la giovane età della terapeuta. Tale aspetto non sembra comunque aver influenzato negativamente l'incontro in quanto la paziente è apparsa fin dal primo momento disponibile al dialogo e ha concluso la seduta dicendo *“riflettendoci bene sono contenta che lei sia giovane perché le giovani generazioni restituiscono vitalità alla generazione più adulta”*.

La donna appare curata nell'aspetto, adeguata nel suo modo di porsi e rispettosa dei turni della conversazione. I problemi lamentati nel primo incontro sono inquadrabili in

una forma di apprensione non circoscritta ad una sfera specifica della sua vita ma a più situazioni contemporaneamente: la famiglia, la salute, i problemi economici. L'ansia genera segni di tensione motoria (affaticabilità, dolore muscolare e tremore), di iperattività neurovegetativa (palpitazioni, sensazione di soffocamento, sensazione di sbandamento, sudorazione, disfagia o nodo alla gola), di vigilanza e allarme (risposte esagerate di allarme, difficoltà nell'addormentamento, irritabilità).

La sintomatologia descritta è emersa nei mesi successivi al pensionamento durante i quali la paziente ricorda di aver percepito un leggero malessere causato probabilmente da una graduale riorganizzazione della propria vita con ritmi completamente diversi rispetto a quelli assunti negli anni di intensa attività lavorativa. Sebbene il pensionamento era ormai atteso da tempo in quanto Paola aveva espresso il desiderio di dedicarsi completamente alla famiglia e nello specifico ai nipoti, nel momento in cui la paziente ha raggiunto l'età pensionabile si è sentita disorientata dall'idea di dover ristrutturare la sua vita venendo a mancare un pilastro fondamentale: il lavoro. I principali inconvenienti che questi disturbi causano nella vita quotidiana sono: lo stress relativo alla difficoltà di portare a termine le cose da fare e il sentirsi inutile.

Colloqui successivi

Nel secondo colloquio la paziente riferisce di essersi sentita molto più serena dopo la prima seduta in quanto ha potuto esprimere apertamente le sue preoccupazioni senza il timore di essere giudicata. Sostiene che in famiglia non riesce a manifestare liberamente il suo malessere in quanto teme di essere biasimata dai familiari che non concordano sulle motivazioni alla base delle sue preoccupazioni. Questo atteggiamento piuttosto che spronarla genera incomprensione "ansia sull'ansia" con la conseguenza di non riuscire a trovare strategie efficaci di gestione della situazione. Nei colloqui successivi Paola appare demoralizzata in quanto sente di non riuscire a gestire l'agitazione sperimentata quotidianamente "*quando sembra che la situazione stia migliorando ecco che di nuovo torno a vivere quello stato di tensione in cui tutto mi sembra impossibile e difficile da superare*". Il rimuginio costante sui temi quali: la famiglia, la salute e il denaro conducono la paziente a sperimentare uno stato di ansia invalidante con la messa in atto di strategie di *coping* disadattive. A livello fisiologico Paola sperimenta abitualmente un forte mal di testa che lei riconosce essere la tipica cefalea tensiva innescata dall'agitazione e un forte bruciore di stomaco che a volte limita l'assunzione di cibo per qualche giorno. La tachicardia che spesso accompagna la sintomatologia ansiosa ha

condotto Paola a sottoporsi ad un esame cardiologico che non ha evidenziato alcuna problematica di tipo organico. Nonostante Paola riconosca che i sintomi fisici siano generati dall'ansia, la sensazione di malessere sperimentata aggrava il rimuginio e i pensieri relativi allo stato di salute.

Nelle sedute successive, in seguito alla consapevolezza raggiunta rispetto ai circoli viziosi generati dalla paziente, è affiorato un sentimento di ritrovata fiducia nelle risorse personali che ha contribuito ad alimentare un senso di autoefficacia che Paola non sperimentava da tempo. Nel corso della terapia il sostegno terapeutico e il clima di fiducia che è stato costruito hanno dato avvio ad uno slancio graduale verso un progressivo miglioramento della sintomatologia.

Profilo evolutivo

La paziente descrive la sua infanzia come un periodo “triste” della vita: ricorda infatti di essere stata una bambina timida ed impacciata e questo limitava l'instaurarsi di relazioni interpersonali. Tale difficoltà suscitava in lei una profonda sofferenza in quanto, pur riconoscendo di possedere delle risorse e delle qualità, tendeva a bloccare la libera espressione delle proprie potenzialità. Nel complesso aveva diversi amici e si relazionava con loro in maniera serena ma prima di entrare in intimità aveva bisogno di un certo periodo di tempo per superare l'impaccio iniziale. Il bisogno di punti di riferimento che placassero la sua insicurezza era fondamentale: esprimeva, infatti, il desiderio di conoscere il parere di una persona significativa (ad es., madre o maestra) di cui si fidava prima di avventurarsi ed intraprendere un percorso inesplorato. Non mostrava autonomia nelle scelte ma aveva bisogno di essere incoraggiata tutte le volte in cui si trovava in un contesto nuovo che non conosceva o che non padroneggiava a sufficienza. Il curriculum scolastico è sempre stato buono e gli unici ostacoli incontrati durante gli anni della scuola erano legati all'inserimento “*ero molto timida e mi sentivo a disagio in un ambiente nuovo. Poi facevo amicizia e la mia ansia si placava*”.

Si sentiva a suo agio quando, ad esempio, padroneggiava una materia e sapeva risolvere efficacemente i compiti che l'insegnante assegnava. Era molto brava nel disegno e la sua creatività era un canale privilegiato di comunicazione con l'esterno e fonte di apprezzamenti positivi da parte degli insegnanti.

Dal profilo evolutivo della paziente traspare la necessità di doversi dapprima orientare nelle situazioni per poi sentirsi sicura e adeguata manifestando all'esterno il suo naturale modo di essere e le sue qualità. Tale atteggiamento si è protratto nel tempo e ha

caratterizzato anche la sua carriera lavorativa nella quale soltanto dopo anni di attività, ovvero dopo aver acquisito una buona familiarità con l'ambiente, si è resa disponibile ad assumere la gestione di svariati incarichi per i quali è stata successivamente apprezzata e stimata.

Approfondendo la storia familiare emerge il profilo di un padre rigido, severo, burbero e invalidante con il quale Paola non ha mai instaurato una relazione profonda ma piuttosto atteggiamenti di chiusura e distanza interpersonale. L'uomo, ormai deceduto da circa dieci anni, era molto più grande della madre. La madre, orfana, è cresciuta con gli zii ed è stata una donna altrettanto rigida e "poco protettiva". La paziente ne parla descrivendola nel seguente modo "*è stata nel complesso una buona madre ma poco empatica ed incapace di esternare amore*". La paziente è cresciuta con due fratelli poco più grandi di lei con i quali ha attualmente buoni rapporti.

Storia di vita

I ricordi legati all'infanzia sono pochi e sfumati. Il rapporto con i genitori era carente sul piano emotivo: il padre era un uomo distante e poco presente nella vita domestica, la madre era sufficientemente attenta a soddisfare i bisogni primari dei figli ma assente da un punto di vista empatico.

Un ricordo piacevole risale agli anni delle scuole elementari: "*frequentavo la IV° elementare e feci un tema che era così ben fatto che il maestro lo fece leggere a tutte le maestre delle altre classi della scuola*". Sentendosi lusingata e sperimentando un sentimento di benessere la paziente iniziò a valutare l'importanza di fare le cose in maniera precisa e accurata delineando così le basi per una caratteristica che è poi diventata un aspetto distintivo della sua personalità e che ancora oggi la contraddistingue.

Un ricordo spiacevole relativo sempre al periodo delle scuole elementari è il seguente: "*durante una gita rubai una merendina dalla borsa di una mia compagna che andò subito a dirlo alla maestra. La mia compagna credendo di sapere chi fosse l'artefice incolpò un'altra bambina della classe con la quale non aveva buoni rapporti e la maestra la rimproverò mettendola in castigo. La mia compagna provò a giustificarsi dicendo che non era stata lei ma la maestra non le diede ragione. Io rimasi in silenzio fino alla fine, ho ancora il rimorso!*". Paola si descrive come una persona onesta e sincera e che nella vita ha sempre cercato di ottenere risultati e traguardi in modo trasparente. Quell'episodio fu significativo per lei in quanto ricorda ancora oggi il senso

di colpa che ha generato e questo la esorta tuttora a dire sempre la verità. In V° elementare ricorda che gli insegnanti assegnarono un compito in cui si chiedeva agli alunni di raccontare una buona azione che avevano compiuto, la paziente vinse il primo premio tra tutte le scuole della città. *“Mi sentii molto soddisfatta di me e del risultato raggiunto”*. Rispetto al periodo dell’infanzia ricorda che spesso andava a giocare con i figli dei vicini di casa con i quali aveva un buon rapporto. Con loro si sentiva spensierata.

I ricordi più importanti degli anni successivi riguardano la nascita dei figli (il primo figlio avuto a 21 aa e la seconda figlia a 25 aa) dopo un matrimonio frettoloso inizialmente non accettato dai suoi genitori in quanto ritenevano che non avesse l’età giusta per sposarsi. Il primo figlio è nato prematuro a seguito di una gravidanza molto difficile ma oggi si sente orgogliosa di essere riuscita, nonostante gli ostacoli e lo scarso sostegno da parte della famiglia, a superare le difficoltà di quel periodo. All’età di 18 anni andò a lavorare in fabbrica per migliorare il tenore di vita della famiglia, e a 19 anni ebbe la sua seconda gravidanza senza alcuna complicazione.

All’età di 3 anni la figlia ebbe una grave broncopolmonite e fu ricoverata d’urgenza presso il Bambino Gesù e con il tempo riuscirono a curarla. Questo episodio fece sperimentare alla paziente emozioni forti e invalidanti che in qualche modo accomuna a quelle esperite allo stato attuale quando si sente invasa dall’ansia. In quel periodo sentiva forte dentro di sé il rancore verso la suocera che, secondo lei, non prestava sufficienti attenzioni e cure ai bambini durante i suoi turni di lavoro *“non ho mai potuto parlare perché lei era sempre al centro dell’attenzione, anche se io mi facevo a pezzi era sempre lei che diceva di portare avanti ogni cosa. Tutto ciò mi faceva star male e mi sentivo incompresa perché non potevo sfogarmi con nessuno nemmeno con mio marito perché la maggior parte delle volte dava ragione alla madre”*. Paola iniziò a sentirsi poco considerata in quegli anni, non percepiva di avere un ruolo rilevante nella famiglia in quanto era la suocera a scegliere cosa era giusto o sbagliato fare. *“A volte mi capitava di sfogarmi e piangere senza farmi vedere da nessuno, perché non ero capace di reagire”*. In quegli anni iniziò a sperimentare i primi disturbi d’ansia che non furono però invalidanti come allo stato attuale.

Tra i 30 e i 40 anni ricorda di aver visto crescere i suoi figli serenamente e tutto procedeva nel migliore dei modi. Gli anni in famiglia procedevano sempre con la presenza, spesso ingombrante, dei suoceri. Il suocero, malato di Alzheimer, dopo sette anni di malattia e di vita tormentata dalle continue visite mediche morì. Dopo la sua

morte la vita in famiglia tornò ad essere più tranquilla. La suocera collaborava nella gestione della casa e nell'accudimento dei nipoti. *“Il tempo libero non esisteva perché c'era sempre qualcosa da fare. Durante la settimana si lavorava e la domenica bisognava completare tutte le faccende rimaste incompiute durante la settimana. Soltanto in estate si andava al mare ma solo di domenica”*.

Ricorda il suo primo distacco da suo figlio che partì per espletare il servizio militare. *“Stetti molto male ma poi ci feci l'abitudine”*. Degli anni successivi ricorda il matrimonio dei due figli avvenuto a distanza di poco tempo l'uno dall'altra e la sensazione di smarrimento che questo passaggio della vita ha generato. Poi la nascita del primo nipotino ha suscitato emozioni *“incredibili”* fino a quel momento mai conosciute *“io e mio marito siamo tornati bambini, lo abbiamo coccolato, cresciuto e giocavamo spesso con lui. Tutto il resto non esisteva più”*.

Degli ultimi dieci anni ricorda l'infarto della suocera e il ritorno dell'anziana donna a casa contraddistinto da un modo di porsi critico rispetto alla famiglia e *“più assillante di prima”*. L'atmosfera in casa era tesa ma nel frattempo il marito giunge all'età pensionabile e riesce a dedicare gran parte del suo tempo alla madre alleggerendo così il da fare della moglie. In questa nuova organizzazione dell'assetto domestico la vita lavorativa della paziente trascorreva serena. Nasce il secondo nipotino *“è stupendo ma il lavoro in casa aumenta e non c'è più un attimo di tempo e di pace ma siamo felici: abbiamo due nipotini stupendi! Poi, improvvisamente, dopo aver desiderato a lungo il pensionamento per godere di quel tempo che per tanti anni ho negato alla mia famiglia, è sopraggiunta l'ansia, e la mia vita sembra essersi fermata!”*.

Struttura e comunicazione intra-familiare

Paola è la terzogenita di una famiglia composta da tre figli (due maschi e una femmina). Il padre, manovale, è sempre stato un uomo distante e poco partecipe alla vita dei figli. L'atmosfera familiare era spesso tesa a causa dei litigi tra i genitori; il padre, ormai deceduto da anni, era un uomo autoritario che imponeva alla moglie e ai figli il rispetto di regole inflessibili senza alcuna possibilità di replica. La madre, casalinga, era molto più giovane del padre e spesso, pur di non alimentare l'ira del marito, era costretta a sottostare alle regole da lui imposte per proteggere i figli. Anche la madre si relazionava ai figli in maniera rigida ma i criteri adottati per le punizioni o i rimproveri erano più flessibili rispetto a quelli del padre. Nel complesso la comunicazione interna alla famiglia di origine della paziente era limitata a brevi scambi durante i pasti durante i

quali il confronto e il sostegno da parte dei genitori era circoscritto a semplici riflessioni e a gesti fugaci. Paola ha un ricordo negativo della sua famiglia e con tono infelice rievoca un'infanzia caratterizzata dall'assenza, soprattutto emotiva, dei genitori. Si descrive come una bambina timida che aveva bisogno di essere incoraggiata più del necessario per affrontare anche piccole sfide quotidiane; l'atteggiamento poco empatico dei genitori generava insicurezza alimentando piccole preoccupazioni ricorrenti. Paola si sentiva spesso disorientata in quanto desiderava quel sostegno che i suoi genitori non erano in grado di veicolare in maniera opportuna. Paola attribuisce gran parte delle sue insicurezze alla distanza relazionale che vigeva in famiglia ma ritiene di essere comunque riuscita a compensare tali mancanze grazie all'affetto dei vicini di casa che l'accudirono come una figlia. Aveva infatti l'abitudine di trascorrere il pomeriggio, dai vicini di casa e si divertiva a giocare con i loro figli. *“Quella è stata la mia seconda famiglia, con loro mi sentivo al sicuro e questo mi dava la forza per riuscire ad affrontare ogni cosa. Con loro ero felice, si poteva parlare di tutto, e riuscivano a comunicare con me in modo davvero speciale. Poi la sera rientravo a casa e mi tornavano in mente tutte le mie insicurezze, le mie preoccupazioni”*.

Crescendo la paziente è andata alla ricerca di quella famiglia ideale che avrebbe voluto e che in parte aveva conosciuto grazie all'affetto dei vicini. Paola è riuscita, pertanto, a ricreare una propria famiglia educando i figli al rispetto, alla coesione e alla condivisione. La comunicazione interna alla famiglia attuale della paziente è caratterizzata da spontaneità e trasparenza all'interno di un clima caldo e collaborativo.

Modello di attaccamento

Il principio fondamentale della formulazione di Bowlby della teoria dell'attaccamento è che i bambini possono esplorare al meglio e assumere attivo interesse nel mondo se sentono di avere una “base sicura” alla quale possono tornare se sono impauriti. In seguito a questa considerazione osserviamo come il bisogno di assicurarsi l'interesse e l'attenzione dei genitori, che è una necessità evolutiva che accomuna tutti gli individui, risulta carente analizzando la storia di sviluppo della paziente. Mancando l'empatia, il sistema di attaccamento era orientato verso uno stile insicuro (Ansioso/Ambivalente): in quanto non vi era la certezza circa la disponibilità della figura di attaccamento a rispondere ad una richiesta d'aiuto della paziente. Per tale ragione l'esplorazione del mondo era segnata da momenti di incertezza, dubbio e ansia. La figura paterna era distante e di conseguenza non rispondeva favorevolmente alle richieste di aiuto e

conforto della figlia; la madre, a sua volta, appariva disponibile in alcune occasioni ma in altre imponeva uno stile rigido e inflessibile richiamando l'attenzione al rigore senza comprendere la reale natura dei bisogni della paziente. Considerato che uno degli scopi del sistema di attaccamento è proprio la regolazione dell'emozione, l'indisponibilità manifestata dalle figure genitoriali di Paola ha aperto la strada all'insicurezza, all'indecisione, e alla preoccupazione. Il comportamento insicuro espresso dalla paziente è un tentativo per mantenere la sicurezza in assenza di una situazione di attaccamento ottimale. Se l'obiettivo esterno del sistema di attaccamento è quello di garantire la *vicinanza con il caregiver*, quello interno è di motivare il bambino alla ricerca di una *sicurezza interna*. Il ruolo assunto dalle figure di attaccamento era tutt'altro che disponibile ad accogliere i bisogni di Paola, per cui piuttosto che sentirsi sicura di poter esplorare il mondo e ritornare sapendo di essere accolta, e confortata, la paziente ha incontrato un contesto familiare ostacolante e inibente.

L'insicurezza nell'attaccamento infantile si associa, tuttavia, nel corso della fanciullezza della paziente, ad una difficoltà nella gestione della preoccupazione (ansia) e, in generale, ad una minor capacità di *problem solving*.

L'attaccamento insicuro-ambivalente è una conseguenza dell'imprevedibilità sperimentata dalla paziente rispetto alle figure di attaccamento, verso le quali ha tentato di mantenere una vicinanza, rinunciando a qualsiasi movimento esplorativo autonomo. Paola si muoveva soltanto nella direzione conosciuta piuttosto che verso l'esplorazione di percorsi nuovi ed inesplorati. Di conseguenza, per evitare invalidazioni, lo stile cognitivo della paziente era l'evitamento che conduceva alla rinuncia di una strategia di esplorazione autonoma.

Per quanto riguarda la regolazione degli affetti, l'infanzia della paziente è stata caratterizzata da ansia, disorientamento e disforia. Questa *disgregazione* ha reso Paola sprovvista di una strategia in grado di regolare il suo bisogno di sicurezza.

Interviste, test e questionari

Prima del trattamento sono stati somministrati i seguenti test: BDI – II, BAI, SCID – II, CBA 2.0, MMPI – 2. Per la concettualizzazione del caso abbiamo adoperato il GADS – R, AnTI, MCQ, e l'intervista per la formulazione del caso di DAG.

BDI – II (Beck Depression Inventory – II)

Fattore Somatico-Affettivo: grave ($p = 6$)

(Gli item della sottoscala sono relativi a: perdita di piacere, pianto, agitazione, perdita di interessi, indecisione, perdita di energia, sonno, irritabilità, appetito, concentrazione, fatica, sesso)

Fattore Cognitivo: moderato ($p = 13$)

(Gli item della sottoscala sono relativi a: tristezza, pessimismo, fallimento, senso di colpa, sentimenti di punizione, autostima, autocritica, suicidio, senso di inutilità)

Punteggio totale ($p = 19$): depressione moderata

BAI (Beck Anxiety Inventory)

Grave sintomatologia ansiosa ($p = 27$)

SCID – II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders)

Non si rileva diagnosi principale di ASSE II

CBA 2.0 (Cognitive Behavioral Assessment)

		Risposte omesse	Punteggio grezzo	Punti Z	Rango percentile
Scheda 2	STAI X1	0	31		<u>96,9</u>
Scheda 3	STAI X2	0	45		<u>98,5</u>
Scheda 5	EPQ/ RE	0	11		3,6
	EPQ / RN	0	5		58,5
	EPQ / RP	0	4		37,6
	EPQ / RL	0	9		<u>95,5</u>
Scheda 6	QPF / R	0	52		<u>99,4</u>
Scheda 7	IP F		43		<u>97,2</u>
	IP PH		0		<u>96,7</u>
	IP 1		7		<u>99,3</u>
	IP 2		21		<u>96,9</u>
	IP 3		2		<u>93,9</u>
	IP 4		3		<u>93,5</u>
	IP 5		7		34,5
Scheda 8	QD	0	4		79
Scheda 9	MOCQ / R	0	9		39,7
	MOCQ / R1		6		39
	MOCQ / R2		3		41,9
	MOCQ / R3		1		51,2
Scheda 10	STAI X1 / R	0	14		<u>99,7</u>
	STAI DIFF		0		61
	STAI ACC		0		74,1
	INDICE IR		5		6,9

Scheda 1 e 4: valutazione della storia personale e dei problemi attuali.

La paziente riferisce che, a differenza della sua vita passata, vige un elevato grado di preoccupazione circa l'attuale condizione (apprensioni circa la famiglia, la salute, il denaro). Dalle risposte al test si evince che l'esistenza della paziente ha subito rilevanti cambiamenti nello stile di vita. L'alimentazione è, allo stato attuale, irregolare: ha la tendenza a mangiare pochissimo quando è stanca e nervosa. Il sonno è talvolta

disturbato e interrotto da incubi, sogni e sensazioni sgradevoli. Si rilevano, infatti, considerevoli difficoltà sia nella fase di addormentamento (necessita di oltre 30 min. per prendere sonno) che nell'incapacità di riaddormentarsi durante la notte in seguito ai risvegli frequenti. Dorme meno di sei ore per notte e la mattina è sempre stanca e senza forze. Talvolta ha fatto uso di sonniferi. Allo stato attuale si descrive come una "persona tesa e nervosa". Le malattie di cui soffre attualmente sono: ipertensione (trattata con Atenololo e Triatec). I maggiori inconvenienti in ordine di importanza che questi problemi determinano nella sua vita quotidiana sono: difficoltà di concentrazione, fastidi generalizzati, mal di testa, bruciore allo stomaco, tachicardia, oppressione toracica.

Di seguito sono riportate solamente le scale nelle quali la paziente ottiene punteggi significativi ($rp > 95^\circ$) o tendenti alla significatività:

Scheda 2 – valutazione dell'ansia di stato

STAI X-1: elevata ansia di stato ($p = 96,9$)*

Scheda 3 – valutazione dell'ansia di tratto

STAI X-2: elevata ansia di tratto ($p = 98,5$)*

Scheda 5 – valutazione di alcune dimensioni stabili di personalità

EPQ/RL: ricerca della desiderabilità sociale ($p = 95,5$)*

Scheda 6 – valutazione dello stress e dei disturbi psicofisiologici

QPF/R: i disturbi psicofisiologici si rilevano in seguito ad eventi stressanti ($p = 99,4$)*

Scheda 7 – valutazione delle paure

IP 1: calamità naturali ($p = 99,3$)*

IP 2: rifiuto sociale ($p = 96,9$)*

IP 3: animali repellenti ($p = 93,9$)

IP 4: allontanamento ($p = 93,5$)

Scheda 10 – valutazione dell'ansia al termine della batteria

STAI X-1/R: elevata ansia di stato al termine della batteria ($p = 99,7$)*

*(punteggi significativi: rango percentile $rp > 95^\circ$)

MMPI - 2

Punteggi scale di Base

T-Score

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
52	48	54	<u>70</u>	<u>66</u>	56	52	46	51	<u>67</u>	43	46	<u>67</u>

La paziente, nel sottoporsi al test, ha tentato di porsi in luce socialmente favorevole evidenziando rigidità, difficoltà di insight e, al tempo stesso, un'elevata resistenza nei confronti del test e di ciò egli ritiene questo significhi. Si rileva un quadro di notevole tensione ed ansietà. Alterna, a fasi di accentuata irrequietezza motoria, fasi di rallentamento motorio.

Alterna fasi di grave indecisione e dubbio "paralizzante" a manifestazioni di aggressività scarsamente controllata, probabilmente come mezzo d'uscita dalla propria situazione d'incertezza ed insicurezza. Le interazioni sociali appaiono caratterizzate da difficoltà di inserimento nel gruppo. Presenta gravissimi dubbi sulle proprie capacità, sentimenti di colpa e idee di autosvalutazione. Si rileva una patologica tendenza ad accentrare l'attenzione sui propri disturbi somatici, anche in assenza di una compromissione organica dimostrata, e ad utilizzare tale comportamento come mezzo di comunicazione non verbale. E' possibile che la sospettosità e le proiezioni, siano mascherate da atteggiamenti compiacenti e formalmente dipendenti. Vigge un'accentuata tendenza a non distinguere la realtà esterna da quella interna. Le capacità di effettuare un corretto giudizio della realtà sembrano essere compromesse: la mancanza di controllo sulla sfera emotiva può provocare la perdita della capacità di critica nei confronti dei propri vissuti e dei propri comportamenti.

Le difese nei confronti dei propri disturbi e reazioni emotive appaiono particolarmente forti: la paziente può trovarsi in una situazione di equilibrio emotivo precario per cui assume la tendenza alla chiusura e alla negazione piuttosto che "rischiare" il contatto e/o la consapevolezza.

Punteggi scale di Contenuto

T-Score

Anx	Frs	Obs	Dep	Hea	Biz	Ang	Cyn	Asp	Tpa	Lse	Sod	Fam	Wrk	Trt
<u>68</u>	41	46	53	51	48	41	41	41	33	50	<u>66</u>	58	56	47

Sono frequenti gravi sintomi di ansietà con tensione e notevoli problematiche di tipo somatico, astenia, difficoltà di addormentamento, tendenza alla preoccupazione e scarsa capacità di concentrazione.

La paziente presenta gravi spunti fobici (le fobie includono la vista del sangue, l'altezza, l'uscire di casa, gli animali come i serpenti, topi, ragni, etc.). Il comportamento è condizionato dalla vita di relazione e dalla paura persistente e razionale che costringe la donna a mettere in atto complicate tecniche di evitamento degli oggetti o situazioni temute. Sono presenti gravi difficoltà nel prendere decisioni con tendenza alla rimuginazione ideativa su qualsiasi argomento o problema e presenta notevole difficoltà nell'accettare i cambiamenti. Manifesta una continua ed eccessiva preoccupazione rispetto alle problematiche della vita quotidiana.

Paola si sente notevolmente triste, scoraggiata e avverte la netta diminuzione dell'abituale livello di energia e la dolorosa incapacità di provare piacere in relazione ai comuni stimoli della vita quotidiana. Sono presenti sentimenti di inadeguatezza, malinconia, vuoto e disperazione con vissuti di incertezza rispetto al futuro ed indifferenza verso la propria vita. E' da segnalare la presenza di gravi sentimenti di colpa. Viene riferita la presenza di numerosi sintomi fisici: il soggetto si mostra preoccupato in modo eccessivo per la propria salute fisica: predomina infatti l'interpretazione non realistica di segni fisici come patologici. Ciò conduce inevitabilmente a vere e proprie convinzioni di essere affetti da qualche malattia.

Il comportamento si caratterizza per un "ritmo rapido di vita" e da risposte emotive di irritazione: non ama aspettare o essere interrotta. La sua giornata è breve: non c'è mai abbastanza tempo per portare a termine le proprie attività. Presenta gravi sentimenti di bassa stima di sé e pensa di non piacere agli altri e di non essere importante. Si percepisce goffa e maldestra e, in talune circostanze, può sentirsi sopraffatta dai difetti che percepisce in se stessa. Si descrive timida, sperimenta difficoltà a livello interpersonale e assume la tendenza a mettersi in disparte nelle situazioni di interazione sociale. La paziente non si sente adeguatamente compresa in ambito familiare. La sua

famiglia di origine è stata descritta come perennemente litigiosa, spiacevole, senza amore.

Punteggi scale Supplementari

T-Score

A	R	Es	Mac- R	FB	O- H	Do	Re	Mt	Gm	Gf	Ps- Pk	Mds	Aps	Aas
<u>68</u>	51	<u>67</u>	24	52	60	62	<u>66</u>	63	52	37	<u>66</u>	42	38	39

Dall'elevazione dei punteggi si rileva: distress, ansia, disagio e turbamento emozionale generalizzato. Appare incapace di prendere decisioni senza esitazioni e incertezze. Manifesta un certo disagio nelle situazioni sociali. Appare capace di trarre profitto da una psicoterapia individuale in quanto mostra elevanti punteggi nella capacità di recupero e di adattabilità. Si percepisce o viene percepita come pronta ad accettare le conseguenze del proprio comportamento, è affidabile, degna di fiducia, onesta e responsabile.

Manifesta una sensazione di intenso stress emotivo, ansia e disturbi del sonno, sensi di colpa, depressione, convinzione di mancanza di controllo del proprio pensiero.

Schema di Diamond (sistema interpretativo multiassiale)

- **D<Ma:** prevale ottimismo, fiducia e attività.
- **Pt>Pd:** nella valutazione di sé la paziente è dubbiosa e indecisa a causa della scarsa fiducia nella propria capacità di reagire alle situazioni. Ridotte le aspettative e il sentimento di autostima.
- **Hy>Pa:** disponibile a costruire opinioni e comportamenti che sono dettati dall'ambiente. Questa elasticità può essere data da tratti di dipendenza, motivo per il quale può dare risposte imprevedibili allo stesso stimolo.
- **Hs>>Sc:** la vita emotiva della paziente si svolge in funzione delle interazioni sociali, da cui la sig.ra può dipendere per confermare e rinforzare i propri comportamenti.
- **D-Pt<Ma-Pd:** l'ipervalutazione di sé, l'ipertrofia dell'Io possono produrre comportamenti il cui l'ottimismo può tradursi in sottovalutazione delle difficoltà o delle norme dettate dall'ambiente con tratti oppositivi o di estrema impulsività.

Indici derivati (analisi delle condizioni emotive e della personalità):

- **Average Elevation Score - AV** ($p = 63$). Punteggio riferibile a una popolazione clinica.
- **Triad Elevation Index - TI** ($p = 10,4$). Il confronto tra la triade nevrotica e psicotica evidenzia elementi di non elevata gravità.
- **Internalization Ratio - IR** ($p = 49$). Adeguate capacità di elaborazione delle risposte emotive.
- **Frustration Tolerance Index - FTI** ($p = 0,78$). Bassa tolleranza alla frustrazione.

GADS - R (Generalized Anxiety Disorder Scale – Revised)

1. In che misura, nel corso dell'ultima settimana, le sue preoccupazioni sono state stressanti o disabilitanti?

1	2	3	4	5	6	7	8	
Per nulla		Moderatamente				Estremamente (le peggiori mai provate)		

2. Per quanto tempo, nel corso dell'ultima settimana, si è preoccupato in merito alle situazioni?

1	2	3	4	5	6	7	8
Mai	Metà del tempo				Per tutto il tempo		

3. Quanto spesso, nel corso dell'ultima settimana, ha fatto qualcuna delle seguenti azioni per tentare di gestire la sua preoccupazione? (Riferendosi alla scala riportata qui sotto, inserisca un numero accanto ad ogni azione)

1	2	3	4	5	6	7	8
Mai	Metà del tempo				Per tutto il tempo		

- Cercare di distrarmi **4**
- Cercare di controllare i miei pensieri **6**
- Cercare di dare senso alle cose **3**
- Cercare rassicurazioni **8**
- Parlare tra me e me **7**
- Cercare di non pensare alle cose **4**
- Andare in cerca delle prove **8**

- Agire con cautela 7
- Pianificare come gestire le situazioni nel caso
in cui le mie preoccupazioni si rivelassero fondate 7

4. Quanto spesso, nel corso dell'ultima settimana, ha evitato qualcuna di queste cose per tentare di gestire la sua preoccupazione? (Riferendosi alla scala riportata qui sotto, inserisca un numero accanto ad ogni situazione evitata.)

1	2	3	4	5	6	7	8
Mai				Metà del tempo			Per tutto il tempo

- Argomenti nuovi 7
- Situazioni sociali 7
- Situazioni incerte 6
- Pensieri di malattia 5
- Pensieri di incidenti/perdite 7
- Altro (specificare)

5. Di seguito sono riportate alcune credenze che le persone hanno in merito alle proprie preoccupazioni. Riferendosi alla scala riportata qui sotto, indichi in che misura crede ad ognuna di esse, inserendo un numero accanto ad ogni affermazione.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Non ci credo assolutamente										Ne sono completamente convinto

- Potrei impazzire a causa delle preoccupazioni 80
- Preoccuparmi può essere dannoso 70
- La preoccupazione mette il mio corpo sotto stress 90
- Se non riesco a controllare la preoccupazione sarà lei a controllare me 60
- La mia preoccupazione è incontrollabile 90
- Se mi preoccupo troppo potrei perdere il controllo 80
- Preoccuparmi mi aiuta a gestire le cose 70
- Se mi preoccupo sarò preparato 60
- Preoccupandomi riesco a rimanere al sicuro 60
- Preoccuparmi mi aiuta a fare le cose 60
- Se non mi preoccupo potrebbe succedere qualcosa di brutto 60
- Preoccuparmi mi aiuta a risolvere i problemi 70

AnTI (Anxious Thoughts Inventory)

Sottoscala *S* (preoccupazioni sociale): $p = 28$ (punteggio massimo = 36).

Sottoscala *H* (preoccupazioni connesse allo stato di salute): $p = 20$ (punteggio massimo = 24). Sottoscala *M* (Metapreoccupazioni): $p = 26$ (punteggio massimo = 28).

Punteggio totale: $p = 74$ (punteggio massimo = 88).

MCQ (Meta-Cognition Questionnaire)

1. Credenze positive sulle preoccupazioni: $p = 50$ (punteggio massimo = 76)
2. Convinzioni riguardanti la controllabilità: $p = 55$ (punteggio massimo = 64)
3. Efficienza metacognitiva: $p = 30$ (punteggio massimo = 40)
4. Convinzioni generali negative: $p = 38$ (punteggio massimo = 52)
5. Autocoscienza: $p = 17$ (punteggio massimo = 28)

Punteggio totale: $p = 190$ (punteggio massimo = 260)

Intervista per la formulazione del caso di GAD (Wells, 2009)

Introduzione: vorrei che pensassimo all'ultima volta che ha avuto un episodio incontrollabile di rimuginio che le ha provocato disagio. Le farò una serie di domande relative a quest'esperienza.

1. Quel è stato il primo pensiero che ha innescato il rimuginio? *Ho sentito il suono dell'ambulanza e ho pensato che prima o poi tutti dobbiamo fare i conti con la malattia.*
2. Dopo aver avuto quel pensiero, di cos'altro si è preoccupato? *Ho pensato a cosa potrebbe accadere se io mi ammalassi seriamente e non fossi più in grado di gestire la famiglia (mio marito e i nipoti) o amministrare il denaro.*
3. Quando ha rimuginato su queste cose, quali emozioni ha provato? (Altre domande: Si è sentito ansioso? Quali sintomi ha sperimentato?). *Mi sentivo in ansia, ero agitata e ho iniziato ad avvertire una leggera tachicardia, poi ho sentito quel solito dolore al torace.*

4. Quando ha sperimentato quelle sensazioni e quei sintomi, ha pensato che sarebbe successo qualcosa di brutto dal momento che si sentiva in quel modo? (Altra domanda: Qual è la cosa peggiore che sarebbe potuta succedere se avesse continuato a preoccuparsi?). *Sì, ho pensato che avrei potuto avere un infarto.*
 5. a. Crede che rimuginare possa essere in qualche modo pericoloso? (Altra domanda: Rimuginare può essere dannoso?). *Beh, credo che quando una persona sia molto preoccupata per qualcosa possa realmente andare incontro a problemi di natura fisica: pressione alta o scompensi cardiaci.*
b. Sembra che il fatto di rimuginare per lei sia un problema. Perché allora non smette di farlo? (Altra domanda: Crede che il rimuginio sia incontrollabile?). *Perché non riesco a non farlo, non si può controllare in maniera volontaria.*
 6. A parte le credenze negative che ha in merito al rimuginio, pensa che preoccuparsi possa esserle in qualche modo utile? (Altre domande: Rimuginare la aiuta ad affrontare le situazioni? La aiuta a prevenire i problemi e a evitarli? Ci sono dei vantaggi nel rimuginare?). *Sì, credo che rimuginare mi aiuti ad affrontare il problema perché quando arriverà non mi coglierà di sorpresa ma avendoci riflettuto saprò come affrontarlo.*
 7. Quando inizia a rimuginare, fa qualcosa per cercare di smettere (Altre domande: Evita le situazioni, chiede rassicurazioni, cerca di capire se c'è qualcosa di reale di cui preoccuparsi, assume alcool o droghe?). *Evito di fare cose per le quali potrebbe esserci un pericolo reale: ad esempio non vado più ad accompagnare i miei nipotini a scuola perché se dovessi sentirmi male loro si troverebbero in pericolo. In generale, cerco comunque di confrontarmi con persone che possono comprendere la mia situazione o che hanno i miei stessi problemi (fisici e/o psicologici).*
 8. a. Usa alcune strategie per cercare di controllare direttamente i suoi pensieri, come provare a non pensare alle cose che potrebbero innescare le preoccupazioni? *Non credo..*
b. Ha mai cercato di interrompere la preoccupazione decidendo di accantonarla momentaneamente? *No, credo che la preoccupazione mi aiuti a gestire meglio le cose in modo tale da potermi preparare a qualsiasi evenienza.*
-

Schede di auto-osservazione

- *Scheda di auto-monitoraggio del Worry*

Avendo come obiettivo quello di incrementare la consapevolezza di Paola sugli effetti e sui contenuti relativi alla preoccupazione, abbiamo concordato con la paziente l'utilizzo di una scheda di auto-osservazione delle preoccupazioni. Prima della compilazione è stata data la seguente consegna: "Registri, utilizzando la scheda sottostante, se ha delle preoccupazioni associate all'ansia. Nella prima colonna deve riportare la situazione in cui ha sentito l'ansia (l'intensità dell'ansia su una scala da 0 a 100), e poi trascriva qual è stato il suo primo pensiero apprensivo (ansioso) durante la situazione. Nell'ultima colonna scriva tutte le preoccupazioni che aveva in quella situazione e quanto sono durate (numero di minuti o ore)".

Data e ora	Situazione ansiosa (descrivila brevemente)	Intensità dell'ansia (0-100)	Primo pensiero apprensivo (ansioso)	Contenuti delle preoccupazioni (c'è qualcosa che ti preoccupa? Temi gli effetti dell'ansia? Ti preoccupi dei pensieri? Temi qualche altra conseguenza negativa? Quanto dura la preoccupazione?)
5/10 h.8.00	In casa: <i>devo terminare tutte le faccende domestiche per tempo e accudire i nipoti</i>	70	<i>Non ce la farò a terminare e mi sentirò male</i>	<i>Mi preoccupo circa questi pensieri ansiosi e sulla difficoltà a gestirli</i> <i>Durata: 4 ore</i>
6/10 h.22.00	Al cinema: <i>ho caldo, c'è troppa gente.. ho paura che la pressione aumenti</i>	80	<i>Non posso contare su di me: la pressione sta salendo</i>	<i>Prima o poi tutti questi pensieri mi porteranno ad uno scompenso fisico</i> <i>Durata: 3 ore</i>
9/10 h.12.00	Di ritorno dal weekend in montagna: <i>faccio un bilancio delle entrate e delle uscite. Abbiamo speso molto più del previsto</i>	90	<i>Abbiamo sbagliato a partire. Se dovesse accadere un imprevisto non avremo i soldi a sufficienza</i>	<i>Ho troppi pensieri per la testa prima o poi esplodo e non mi riprenderò più!</i> <i>Durata: gran parte del pomeriggio</i>
10/10 h.12.00	In macchina: <i>sono ferma al semaforo da 10 minuti a causa di un incidente. Mio nipote si lamenta che ha fame</i>	100	<i>Non sono una brava nonna. Avrei dovuto preventivarlo e preparargli un panino</i>	<i>Temo che questa ansia mi paralizzi in tutto ciò che faccio. Povera la mia famiglia!</i> <i>Durata: tutto il pomeriggio</i>

11/10 h.15.30	In casa: <i>accudisco mia suocera che è bloccata a letto con il mal di schiena</i>	80	<i>Adesso mi farà notare che non sono brava a sistemare le sue cose nel cassetto</i>	<i>Impazzirò se queste preoccupazioni continueranno a persistere dentro la mia testa! Temo che le critiche degli altri siano fondate. Durata: 2-3 ore</i>
12/10 h.17.15	Per strada: <i>squilla il cellulare, è la mia amica che mi racconta una brutta disavventura accaduta il giorno precedente</i>	70	<i>Non posso ascoltare brutte storie in questo periodo. Ecco sto iniziando a preoccuparmi!</i>	<i>Sono malata di nervi e chissà se guarirò mai. Tutta questa situazione non la posso sopportare. Durata: 2 ore</i>

- *Diario clinico*

In una fase iniziale della terapia, avendo difficoltà a familiarizzare con il modello ABC, è stato chiesto alla paziente di annotare semplicemente su un diario settimanale le fluttuazioni giornaliere dell'ansia e gli episodi ad essa associati per un periodo di due settimane. Il compito richiesto era, inoltre, quello di specificare, per ogni giorno, se la paziente ricorreva o meno all'assunzione della terapia farmacologica.

<i>Lunedì</i>	<i>Giornata tranquilla, mi sono riposata (anche troppo!). Non ho preso Xanax</i>
<i>Martedì</i>	<i>Sono andata a visitare una parente in ospedale. Ho iniziato ad agitarmi pensando ai problemi di salute di mio marito. Ho sentito una forte ansia e sono andata via subito. Ho preso l'ansiolitico</i>
<i>Mercoledì</i>	<i>Dopo la seduta ero un po'agitata perché sentivo mal di testa. Sono tornata a casa e ho assunto lo Xanax. Nel pomeriggio sono stata dal medico per chiedere rassicurazioni. Mi ha detto che il dolore di testa potrebbe anche non essere collegato all'ansia e pensando che potesse significare la presenza di una malattia mi sono agitata. Tornando a casa ho assunto nuovamente l'ansiolitico</i>
<i>Giovedì</i>	<i>Oggi mi sento meglio, sono meno agitata. Ho un piccolo dolore di testa ma voglio resistere magari distraendomi facendo altro. Nel pomeriggio ho sentito mia sorella che è anche lei molto ansiosa e mi ha raccontato che in seguito ad un grosso spavento si è riempita di chiazze rosse</i>

	<i>relative alla psoriasi. Ho iniziato a pensarci troppo e mi è aumentata l'agitazione. Non riesco a stare tranquilla e ho preso l'ansiolitico</i>
<i>Venerdì</i>	<i>Giornata trascorsa nella norma. Comunque il pensiero che l'ansia possa aumentare c'è sempre. Sono irrequieta. Cerco quindi di tenermi occupata perché se mi riposo troppo invece di rilassarmi mi viene l'ansia senza alcun motivo. Ho pensato che ce la devo fare e non ho preso l'ansiolitico</i>
<i>Sabato</i>	<i>Sono in giro, cerco di stare bene anche se ho sempre la solita preoccupazione nella testa. Al rientro a casa avevo dimenticato di comprare una cosa e mio marito me lo ha fatto notare dicendomi che dimentico sempre tutto ultimamente e che non sono più la stessa. Mi sono sentita umiliata e ho preso l'ansiolitico. La giornata è proseguita con l'ansia e i suoi sintomi</i>
<i>Domenica</i>	<i>Mattina tranquilla ma prima di prendere il farmaco della pressione ho pensato che mi avrebbe fatto male e mi è venuta l'ansia ed è durata per un po'. Ero molto agitata, dopo è tornato tutto normale. Il pomeriggio tutto procede bene. Sto meglio e la notte vado a letto più serenamente</i>
<i>Lunedì</i>	<i>La mattina mi sono dedicata a lavori un po' pesanti nel giardino di casa. Sarà che mi sono stancata, sarà che non mi so dare una ragione ma nel pomeriggio ho avuto problemi di tachicardia, mi è durata per un po' di tempo. Ho iniziato a pensarci su e mi sono venuti tutti gli altri sintomi legati all'ansia. Non ce la facevo più e ho assunto l'ansiolitico. Ero agitatissima e arrabbiata per questa mia cattiva gestione delle emozioni</i>
<i>Martedì</i>	<i>Giornata tranquilla</i>
<i>Mercoledì</i>	<i>Avevo deciso di andare a trovare un'amica e per incontrarci lei ha rinunciato di andare dal parrucchiere. Temevo di non arrivare per tempo e che la macchina mi avrebbe dato problemi. Sono andata ma sono stata con l'ansia per tutto il pomeriggio. Tornando a casa mi sono sentita meglio</i>
<i>Giovedì</i>	<i>Giornata tranquilla: ho fatto tutto quello che avevo preventivato di fare senza l'assillo delle mie solite preoccupazioni. Il pomeriggio sono andata a camminare per circa mezz'ora. Dopo ho iniziato a sentirmi agitata. Sarà che mi sono stancata troppo? Sentivo una forte tensione</i>

	<i>muscolare. Aspetto che mi passi ma sono in pensiero</i>
<i>Venerdì</i>	<i>Tutto OK! Non ho avuto pensieri circa l'ansia. Ho dormito e riposato bene</i>
<i>Sabato</i>	<i>Sono triste e penso di non riuscire a tornare come prima. Non ce la farò! Ho preso l'ansiolitico. La sera ho provato a fare il Sudoku ma faccio fatica a concentrarmi</i>
<i>Domenica</i>	<i>Tutto abbastanza bene soltanto che nel tardo pomeriggio ho avuto il dubbio che mio nipote fosse allergico a qualche alimento che aveva mangiato a casa mia. Questo pensiero mi ha accompagnato la notte senza farmi dormire. Sono agitata e preoccupata per la sua salute!</i>

- *Schede di automonitoraggio*

In una fase avanzata della terapia, e soltanto in seguito ad una accresciuta consapevolezza della paziente in merito ai processi metacognitivi implicati nell'ansia, sono state utilizzate le schede di automonitoraggio per la registrazione del rimuginio e per la valutazione del rischio e dell'incertezza.

L'obiettivo, condiviso con la paziente, era quello di soffermarsi sugli effetti del rimuginio e dell'intolleranza all'incertezza per riuscire in seguito a ridurre la frequenza, l'intensità e la durata degli episodi di *worry*, limitando l'effetto dei pensieri automatici negativi ansigeni sull'ansia generalizzata.

Nelle schede sottostanti sono stati riportati solo alcuni degli esempi forniti dalla paziente.

Scheda per la registrazione del rimuginio					
<i>Istruzioni: questa scheda dovrebbe essere completata durante episodi di rimuginio giornaliero. Prova a completarla il più vicino possibile all'episodio al fine di aumentarne l'accuratezza</i>					
<i>Data e ora</i>	<i>Pensieri ansiosi o inizio del rimuginio</i>	<i>Contenuto del rimuginio (breve descrizione)</i>	<i>Durata del rimuginio (minuti/ore)</i>	<i>Livello di disagio (0-100)</i>	<i>Termine (come sei riuscito a terminare il rimuginio, a controllarlo? Quanto è stato efficace?)</i>
<i>2-12-11 (h.18.00)</i>	<i>Il rimuginio è iniziato dopo aver visto un film-</i>	<i>Nella vita bisogna stare sempre allerta che</i>	<i>Circa 4 ore</i>	<i>70</i>	<i>Mi son detta "ma cosa ci penso a fare? Le catastrofi non possiamo</i>

	<i>documentario sulla seconda guerra mondiale</i>	<i>quando meno te lo aspetti succede la catastrofe</i>			<i>prevederle ma la guerra è fortunatamente finita!". Mi sono sentita rasserenata</i>
<i>4-12-11 (h.11.00)</i>	<i>Sono a casa ed inizio ad immaginare che prima o poi io possa ricevere una telefonata improvvisa dal contenuto spiacevole</i>	<i>Non riesco a non pensare che qualcosa di brutto possa accadere. Ho paura per me e per la mia famiglia</i>	<i>Circa 2 ore</i>	<i>90</i>	<i>Mi sono accertata che i miei figli e mio marito stessero bene. Poi ho pensato "è la mia solita ansia alimentata dal rimuginio". Sono stata un po' meglio</i>

Scheda per la registrazione del rischio e dell'incertezza

Istruzioni: questa scheda dovrebbe essere completata durante episodi di rimuginio giornaliero. Prova a completarla il più vicino possibile all'episodio al fine di aumentarne l'accuratezza

<i>Data e durata del rimuginio</i>	<i>Preoccupazione primaria del rimuginio (descrivi brevemente i tuoi rimuginii includendo il peggiore a cui stai pensando)</i>	<i>Sequenza delle domande "cosa succede se..." (elenca le domande "cosa succede se..." che si generano durante gli episodi)</i>	<i>Livello d'incertezza (0-100)</i>	<i>Risposta all'incertezza (cosa rende intollerabile l'incertezza di questa preoccupazione? Come hai cercato di ridurre questa incertezza?)</i>
<i>28-12-11 (h.14.00) Durata: 3 ore</i>	<i>Pensare che qualcosa nella mia situazione familiare possa cambiare radicalmente</i>	<i>Cosa succede se mio marito si ammala? Cosa succede se io non ho più la forza di aiutarlo?</i>	<i>75</i>	<i>E' intollerabile la sensazione di incertezza nel non poter controllare l'andamento degli eventi. L'ho gestita facendo attività piacevoli in casa (es., ricamo, Sudoku)</i>
<i>30-12-11 (h.11.00) Durata: 2 ore</i>	<i>Mi preoccupa prima di andare a prendere i nipoti a scuola pensando che la macchina si potrebbe rompere</i>	<i>E se non riuscirò ad arrivare? E se mia figlia si dovesse pentire di avermi coinvolta?</i>	<i>90</i>	<i>E' terribile l'idea di poter mettere in pericolo la vita dei miei nipoti non arrivando in tempo. Mi sono fermata dal meccanico che mi ha assicurata</i>

2.3 – Diagnosi finale secondo il DSM - IV TR

Dall'elaborazione clinica del caso basata sull'osservazione della paziente, sull'analisi dei contenuti emersi durante i colloqui e sulla valutazione dei risultati ottenuti ai test psicodiagnostici abbiamo potuto formulare la seguente diagnosi.

- *Asse I:* Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG).

Ansia e preoccupazione eccessiva (attesa apprensiva), che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, a riguardo di una quantità di eventi o di attività (CRITERIO A).

La paziente ha difficoltà a controllare la preoccupazione (CRITERIO B).

L'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sintomi seguenti (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi):

1) irrequietezza; 2) facile affaticabilità; 3) difficoltà a concentrarsi e vuoti di memoria; 4) tensione muscolare; 5) alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi e a mantenere il sonno) (CRITERIO C).

L'oggetto dell'ansia e della preoccupazione non è limitato alle caratteristiche di un altro disturbo di asse I (CRITERIO D).

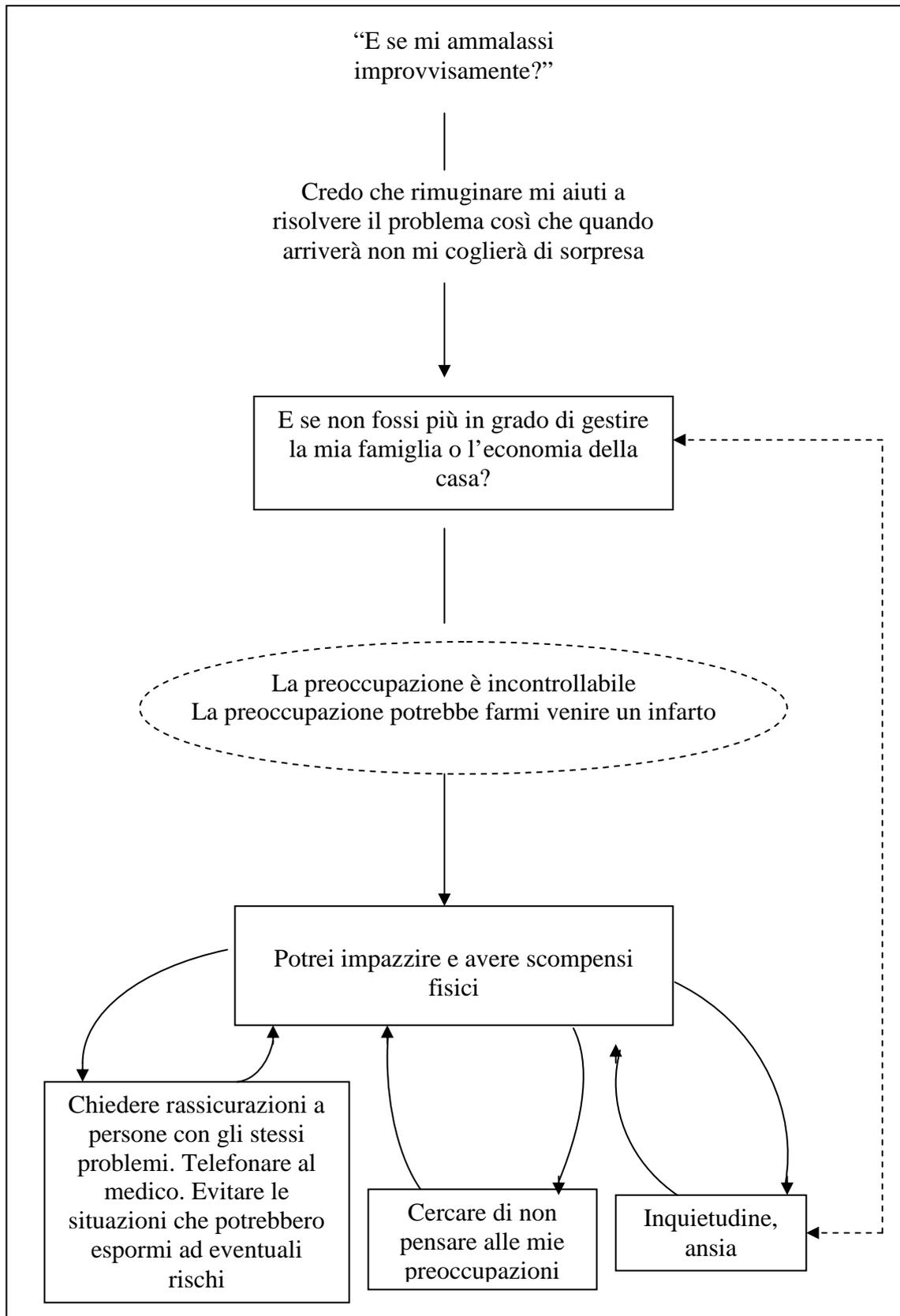
L'ansia e la preoccupazione causano disagio clinicamente significativo e menomazione nel funzionamento sociale (CRITERIO E).

L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale, e non si manifesta esclusivamente durante un Disturbo dell'Umore, un Disturbo Psicotico o un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo (CRITERIO F).

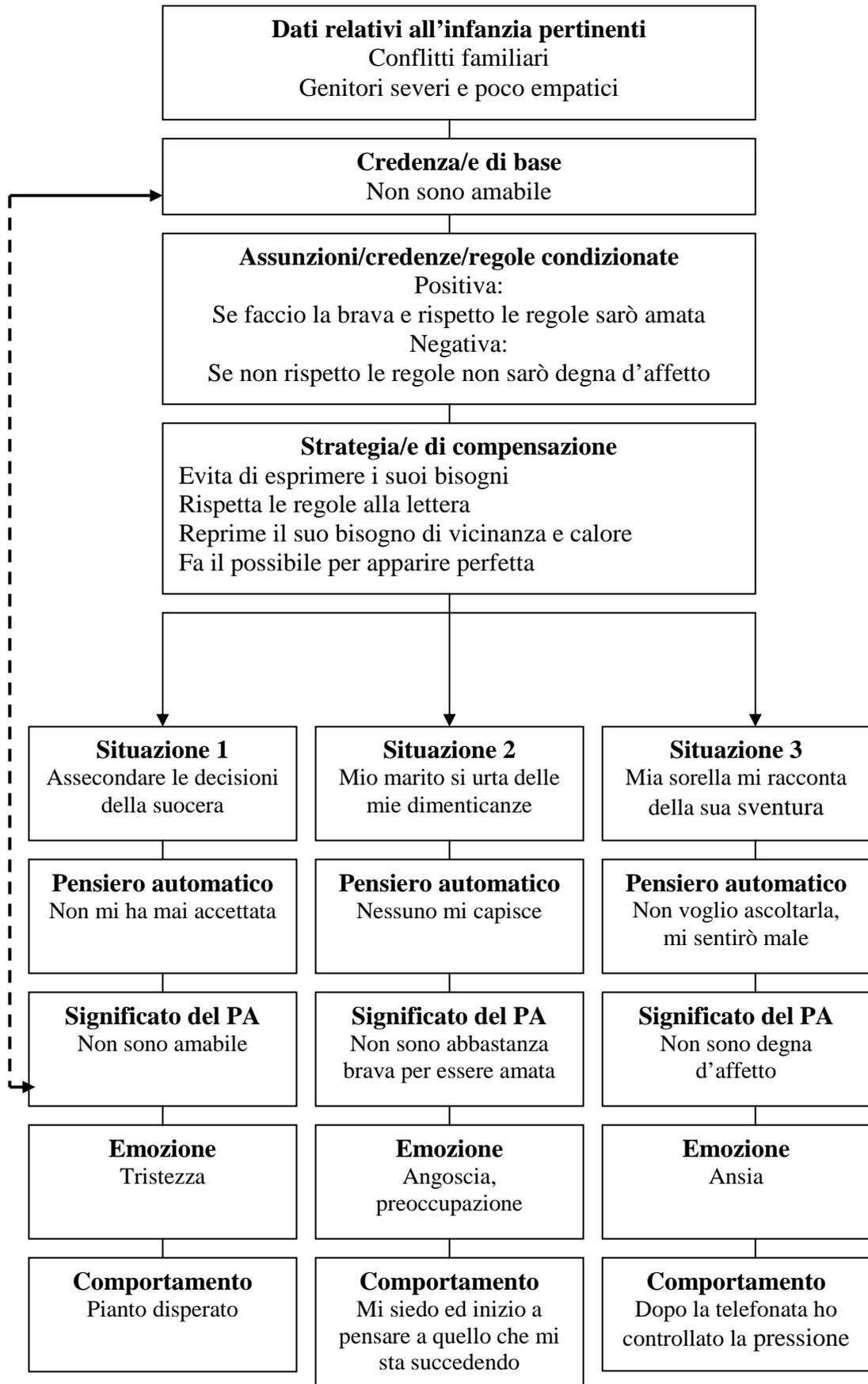
- *Asse II:* non si rilevano disturbi della personalità.
- *Asse III:* problemi di ipertensione.
- *Asse IV:* lievi fattori di stress a causa di un'attuale inadeguato sostegno familiare.
- *Asse V:* la paziente mostra alcune difficoltà nel funzionamento sociale ma generalmente funziona abbastanza bene, e ha diverse relazioni interpersonali significative. VGF = 70.

2.4 – Concettualizzazione del caso clinico

- Concettualizzazione del caso secondo il modello metacognitivo di Wells (2012)



- Concettualizzazione del caso secondo il modello cognitivo di Beck (1993)



2. 5 – Elementi del contratto terapeutico

Obiettivi a breve termine:

- familiarizzare con il modello;
- messa in discussione delle meta-credenze in merito all'incontrollabilità delle preoccupazioni;
- *Detached Mindfulness* e dilatazione del rimuginio.

Obiettivi a medio termine:

- bandire i comportamenti maladattivi di controllo/evitamento;
- messa in discussione delle meta-credenze in merito alla pericolosità della preoccupazione;
- modificazione delle strategie maladattive ancora presenti;
- dopo aver modificato le meta-credenze negative, iniziare a mettere in discussione le meta-credenze positive.

Obiettivi a lungo termine:

- modificare le strategie di *coping* maladattive;
- stimolare la pratica continua per mantenere i risultati;
- rinforzare nuove modalità per elaborare la preoccupazione.

2. 6 – Relazione terapeutica

Fin dai primi colloqui la paziente ha mostrato una buona aderenza al trattamento e un atteggiamento di apertura e fiducia nei confronti della terapeuta. Tale predisposizione ha favorito l'instaurarsi di una buona relazione terapeutica.

Nel corso di tutta la durata del trattamento Paola ha manifestato una buona apertura all'esplorazione dei suoi vissuti interni lasciandosi guidare di volta in volta dagli interventi emersi durante i colloqui. Nei momenti più delicati della terapia, in cui è stato opportuno rievocare i ricordi dolorosi relativi all'infanzia e i sentimenti di "non amabilità", la paziente ha palesato un forte disagio nel rievocare la sua storia. Il clima caldo e accogliente ha favorito il racconto di episodi infelici e dei vissuti di non accettazione che Paola non aveva mai avuto la forza di condividere. Esprimersi in

maniera negativa e giudicante nei confronti dei propri genitori suscitava in lei sentimenti di colpa e il timore di poter essere giudicata negativamente dagli altri. Per questo motivo ha preferito negli anni nascondere il suo malessere piuttosto che esprimerlo apertamente o cercare conforto. Grazie all'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica Paola, sentendosi validata e accolta, ha potuto gradualmente comunicare tutta la gamma di emozioni negative che non aveva mai avuto il coraggio di esprimere. Ricorda, infatti, che i sentimenti di rabbia vissuti da bambina verso la sua famiglia erano da lei interpretati come segni di una personalità indegna e cattiva e che nessuno avrebbe mai potuto amare. Attraverso la repressione e la non accettazione del suo malessere interno sperava di poter dimenticare il torto subito compensando con atteggiamenti compiacenti e una condotta aderente alle regole stabilite in casa. Durante il percorso terapeutico, sentendosi invece sostenuta, è riuscita ad integrare l'immagine negativa di sé in una struttura più articolata della propria persona riconoscendo che quei sentimenti repressi andavano piuttosto nella direzione dei propri desideri che oggi riconosce e valida consapevolmente.

2.7 – Trattamento

Per il trattamento del DAG è stata utilizzata la Terapia Metacognitiva (TM). Nella fase di assessment sono state raccolte informazioni per configurare il modello di mantenimento del disturbo e formulare ipotesi sull'efficacia dell'intervento: quali benefici la paziente avrebbe potuto ottenere e quali ostacoli sarebbero potuti emergere. La struttura del trattamento è suddivisibile in una serie di fasi riassumibili nell'ordine seguente:

1. Concettualizzazione del caso.
2. Far familiarizzare la paziente con il modello.
3. Introduzione del modello metacognitivo.
4. Mettere in discussione le credenze metacognitive in merito all'incontrollabilità e alla preoccupazione.
5. Mettere in discussione le credenze metacognitive in merito alla pericolosità della preoccupazione.
6. Mettere in discussione le credenze metacognitive positive in merito alla preoccupazione.

1. *Concettualizzazione del caso.* Nella prima seduta è stato preso in considerazione un episodio recente in cui la paziente, colta dalla preoccupazione, si è sentita tormentata dai pensieri riguardanti la sua condizione attuale. In questa fase preliminare è stato delineato un modello primordiale dei fattori che mantengono in vita la preoccupazione e le strategie utilizzabili per una gestione efficace dell'ansia. Sono state, pertanto, somministrate la GADS-R e l'intervista per la formulazione del caso. L'esplorazione delle credenze metacognitive riguardo all'incontrollabilità e al pericolo delle preoccupazioni sono state il punto focale della concettualizzazione del caso e sono state approfondite in maniera opportuna.

Di seguito è stato riportato un esempio delle domande formulate con lo scopo di far emergere le credenze negative riguardo alla preoccupazione:

Terapeuta: Cosa prova quando è in preda alla preoccupazione?

Paziente: Mi sento agitata e inquieta.

Terapeuta: Bene, e cosa teme potrebbe accadere qualora questo rimuginio si perpetuasse a lungo?

Paziente: Impazzirò e non potrei più farci nulla.

Terapeuta: Cosa significa "impazzirò"?

Paziente: Vuol dire che non potrò gestirlo e finirò con il perdere il controllo su tutto.

Terapeuta: E questa perdita di controllo quali conseguenze potrebbe generare?

Paziente: Potrei mettere a repentaglio la mia salute e ammalarmi seriamente.

Terapeuta: Potrebbe fornirmi ulteriori dettagli rispetto a quest'ultima cosa che mi ha detto?

Paziente: Sì, credo che morirei!

Terapeuta: Quindi lei mi sta dicendo che la preoccupazione potrebbe avere effetti catastrofici sulla sua salute, giusto!?

Paziente: Esattamente, se la situazione non migliora questa apprensione non potrà che avere questi effetti. Non ci sono alternative!

2. *Far familiarizzare la paziente con il modello.* Questa fase è stata delineata già durante la concettualizzazione del caso ma in questo secondo passaggio sono stati individuati in maniera chiara i meccanismi che sottendono il disturbo e che lo mantengono in vita. L'utilizzo del diagramma per la formulazione del caso aiuta a rendere più chiaro il modello di funzionamento della paziente sottolineando che

alcune delle strategie utilizzate sono disadattive e poco funzionali al superamento della sintomatologia sottostante. E' stato utile mettere in pratica un *esperimento di soppressione* per far comprendere a Paola l'inefficacia dei meccanismi di controllo dei pensieri. Chiedendo alla paziente di reprimere un pensiero e soffermandoci sulla difficoltà incontrata durante l'esercizio è stato possibile concludere che cercare di reprimere un pensiero non fa altro che generare l'effetto contrario a quello che si cerca di ottenere. E' stato pertanto compreso e sperimentato che le strategie di controllo del pensiero sono inefficaci e poco produttive.

3. *Introduzione del modello metacognitivo.* In questa fase è stato richiesto alla paziente un lavoro attivo in cui ha dovuto riportare le conoscenze acquisite in merito alle ragioni che sottendono la sua apprensione persistente e le conseguenze negative che questa genera.

4. *Mettere in discussione le credenze metacognitive in merito all'incontrollabilità e alla preoccupazione.* In questa fase del trattamento abbiamo esplorato il significato che la paziente attribuisce all'idea di controllo da cui ha avuto origine il seguente dialogo:

Terapeuta: Quanto ritiene che la sua preoccupazione sia incontrollabile?

Paziente: Circa al 90%.

Terapeuta: Se così fosse come potrebbe continuare a svolgere quello che stava facendo (ad es., guidare la macchina, preparare il pranzo)?

Paziente: Credo che in realtà in quei momenti la preoccupazione persista ugualmente perché il pensiero continua a tormentarmi e faccio le cose male e lentamente.

Terapeuta: E cosa accade alla sua preoccupazione quando ad esempio va a dormire?

Paziente: Accade che anziché rilassarmi e bloccare il flusso dei pensieri continuo a rimuginare. Infatti al risveglio mi sento stanca e affaticata.

Terapeuta: Sentirsi affaticati è come dire di essere preoccupato?

Paziente: Forse no.

Terapeuta: E se la preoccupazione fosse incontrollabile come riuscirebbe a dormire?

Paziente: Non è facile prendere sonno ma è probabile che durante il sonno si blocchi momentaneamente.

Terapeuta: Giusto! E quindi cosa succede alla sua ansia quando ad esempio guida la macchina o prepara il pranzo?

Paziente: Forse l'ansia non è sempre la stessa ma sale e scende.

Terapeuta: Esattamente! E quindi è ancora convinta che la preoccupazione sia totalmente incontrollabile?

Paziente: Beh, adesso che mi ci fa pensare posso esercitare una qualche forma di controllo sui pensieri che posso mettere in pratica anche per le preoccupazioni che mi sembrano più difficili da gestire.

5. *Mettere in discussione le credenze metacognitive in merito alla pericolosità della preoccupazione.* Soltanto dopo aver ottenuto un punteggio basso alla GADS-R è stato possibile sfidare le credenze metacognitive relative alla pericolosità della preoccupazione. La tecnica che è stata utilizzata con la paziente era quella delle “controprove” in cui è stata stimolata la riflessione su eventuali effetti catastrofici della preoccupazione. Le domande sono state formulate nel seguente modo: *Per quante ore ha rimuginato? E quali crede siano state fino ad oggi le conseguenze della preoccupazione? Quante persone che lei conosce si preoccupano? Quali effetti negativi hanno avuto secondo lei? Qualcuno di loro si è ammalato gravemente?* Le paure in merito agli effetti negativi sul corpo erano centrate su eventuali scompensi cardiaci. Quindi abbiamo ritenuto opportuno esplorare i pensieri circa gli effetti deleteri dell'ansia sul corpo per far emergere evidenze contrarie a questa credenza.

Terapeuta: In che modo lei ritiene che l'ansia possa incidere negativamente sul cuore?

Paziente: Ne è la prova il fatto che quando mi sento agitata il cuore inizia a battere forte.

Terapeuta: E cosa significa per lei sentire il battito accelerato?

Paziente: Significa che potrei svenire da un momento all'altro e che cadendo a terra potrei farmi male seriamente.

Terapeuta: E' molto improbabile che questo accada perché l'organismo in preda all'ansia più che svenire mette in atto una risposta di ipervigilanza, di reattività, di attacco o fuga (flight or fight). Pertanto l'effetto dell'ansia è quello di “eccitare” piuttosto che quello legato alla perdita dei sensi.

Paziente: Ho capito ma cosa mi dice allora rispetto alla mia tachicardia che comunque continua ad esserci e a darmi tormento facendomi preoccupare ulteriormente?

Terapeuta: La tachicardia e l'aumento della pressione arteriosa sono praticamente incompatibili con il collasso o lo svenimento. Che senso avrebbe prepararsi ad una risposta di attacco o fuga di fronte ad un pericolo se poi dobbiamo svenire!?

Paziente: Ok, ho capito. Adesso è tutto più chiaro. Mi sento rasserenata!

Per consolidare quanto appreso e per sfidare le credenze negative della paziente, oltre alle strategie verbali, sono stati utilizzati alcuni esperimenti comportamentali.

Danneggiare il corpo con la preoccupazione: Paola era convinta che le preoccupazioni avrebbero danneggiato il cuore. Dopo aver fatto tutti gli accertamenti medici e assicurandosi che godeva di buona salute, le è stato chiesto di iniziare a rimuginare mentre faceva la solita camminata mattutina. La paziente temeva che le due cose associate avrebbero scatenato proprio gli effetti temuti. L'esito positivo dell'esperimento ha portato Paola a rivalutare la sua credenza originaria screditando quando creduto fino a quel momento.

Valutare gli effetti della preoccupazione sul corpo: la paziente era convinta che l'esercizio fisico associato al rimuginio avrebbe scatenato un aumento sostanziale del battito cardiaco. Sosteneva, al contrario, che l'esercizio fisico eseguito senza la rimuginazione non avrebbe prodotto un aumento significativo del battito cardiaco. Le è stato chiesto di salire più volte le scale dello studio: la prima volta associando al movimento la preoccupazione, mentre la seconda volta eseguendo l'esercizio senza il rimuginio. Prendendo nota delle pulsazioni è stato possibile scoprire che non vigeva alcuna differenza sostanziale tra le due prove e questo ha permesso di rivalutare la propria credenza.

6. *Mettere in discussione le credenze metacognitive positive in merito alla preoccupazione.* Durante il colloquio, attraverso il metodo della *riattribuzione verbale*, sono stati evidenziati i vantaggi che secondo la paziente possono essere collegati alla preoccupazione e soltanto successivamente sono state analizzate le possibili controprove.

Terapeuta: Crede che preoccuparsi abbia un effetto positivo?

- Paziente: Ritengo che preoccuparsi sia una strategia efficace in quanto gli eventi temuti, qualora si verificassero, sortirebbero un effetto meno dannoso. Sarei pronta e non impreparata a fronteggiare quell'evento.*
- Terapeuta: Pensa che questo possa impedirle di commettere errori?*
- Paziente: In un certo senso credo di sì perché ho sempre rimuginato molto sulle cose e probabilmente se non lo avessi fatto avrei commesso molti più sbagli in passato.*
- Terapeuta: Quindi quando si è trovata a non preoccuparsi per qualcosa questo ha generato un grande errore?*
- Paziente: Non posso dire che sia sempre stato così.*
- Terapeuta: Quindi potrebbe fornirmi prove concrete sul fatto che preoccuparsi comporti un evitare gli errori?*
- Paziente: Diciamo che potrei individuare il problema e affrontarlo con una maggiore preparazione.*
- Terapeuta: Le è capitato frequentemente di aver fatto previsioni corrette?*
- Paziente: Raramente perché poi le cose le immaginavo in una maniera molto più negativa rispetto a quello che concretamente accadeva.*
- Terapeuta: Esattamente! La preoccupazione porta più facilmente verso una distorsione della realtà piuttosto che ad ipotesi realistiche.*
- Paziente: Certo..ora credo che la preoccupazione non sia poi così utile per evitare di fare errori.*

In questa fase sono stati utilizzati anche gli esperimenti di *modulazione della preoccupazione* che hanno aiutato la paziente a comprendere come nella vita quotidiana sia possibile aumentare o diminuire il rimuginio e valutare gli effetti che queste due strategie comportano. Prendendo in considerazione degli esempi concreti di vita quotidiana, sono stati valutati gli eventuali effetti positivi della preoccupazione e quelli negativi legati ad un'assenza di rimuginio. L'obiettivo ultimo è stato quello di testare la convinzione che in assenza del rimuginio i risultati ottenuti dalla paziente potevano essere inferiori.

2. 8 – Prevenzione delle ricadute

Nella fase finale del trattamento è stato fornito un resoconto generale delle strategie acquisite dalla paziente durante tutto il percorso psicoterapico.

In un'ottica di prevenzione delle ricadute, sono state riesaminate le credenze negative relative all'incontrollabilità e al pericolo che costituivano il principale fattore di mantenimento del DAG. Per testare l'avvenuta riformulazione delle credenze iniziali e la messa in atto di strategie di gestione della preoccupazione più efficaci sono stati somministrati alcuni questionari di valutazione (GADS-R, Meta-Worry Questionnaire, MCQ-30). Il punteggio ottenuto era significativamente inferiore rispetto a quello ricavato dalla somministrazione iniziale.

La paziente aveva quindi acquisito la consapevolezza che il disturbo d'ansia era alimentato dalle credenze relative alla preoccupazione e all'inefficacia delle strategie di regolazione dei pensieri. Attraverso l'utilizzo delle tecniche di *Detached Mindfulness* (DM), Paola ha imparato a modificare il modo in cui si relazionava alle proprie cognizioni acquisendo la capacità di controllo della propria attenzione. La DM si riferisce proprio all'essere consapevoli dei propri eventi cognitivi interni verso i quali è possibile dirigere l'attenzione senza rimanere intrappolati. Il lavoro terapeutico è stato indirizzato verso una sorta di "distacco" ovvero il riuscire a prendere le distanze da ogni reazione emotiva nei confronti dell'evento interno e di viverlo come qualcosa di separato dalla coscienza "*detachment*". La DM ha aiutato la paziente a sospendere i processi di rimuginio e ruminazione e di prevenire anche in futuro eventuali ricadute. Paola ha quindi compreso che la strategia più efficace non era l'evitamento dei pensieri, quanto il relazionarsi ad essi in maniera diversa, nuova e più funzionale.

Nella fase conclusiva del lavoro terapeutico è stato condiviso con la paziente e le è stata fornita una copia della descrizione fornita da Wells (2005b) in merito alla *Detached Mindfulness*:

“Uno stato di coscienza dei propri eventi interni, senza sentirsi in obbligo di valutarli, senza tentare di controllarli o di reprimerli e senza mettere in atto qualche comportamento particolare. Questo si può fare, ad esempio, decidendo di non preoccuparsi in risposta a un pensiero intrusivo, permettendogli di occupare il proprio spazio mentale, senza intraprendere alcuna azione o dargli alcuna interpretazione ulteriore, con la consapevolezza che si tratta solo di un evento mentale”.

2. 9 – Esito del trattamento e valutazioni psicometriche

La terapia termina consensualmente dopo sette mesi di trattamento. Le sedute hanno avuto una cadenza settimanale nei primi mesi e bisettimanale nella fase conclusiva del trattamento.

A fine terapia la paziente appare complessivamente più consapevole dei propri meccanismi di funzionamento cognitivo: la persistenza del rimuginio e le metacredenze positive e negative. La credenza positiva sull'utilità del rimuginio come strategia per gestire le sensazioni negative è stata mantenuta attiva da Paola per un lungo periodo di tempo. Attraverso, però, l'identificazione del rimuginio disfunzionale e attivando la DM al pensiero è stato possibile permettere alle emozioni di fluire liberamente senza cercare necessariamente di comprenderle.

Lo scopo ultimo del trattamento metacognitivo è stato quello di riuscire a distinguere chiaramente i diversi livelli cognitivi di lavoro ed essere in grado di identificare i processi maladattivi e le credenze metacognitive. I tentativi di soppressione dei pensieri negativi messi in atto dalla paziente si sono rivelati inutili e la riflessione su questo punto ha favorito la comprensione dell'effetto controproducente di questa strategia. Nella tabella sottostante sono riportati degli esempi dei nuovi processi metacognitivi adottati dalla paziente a conclusione del processo terapeutico.

<i>Vecchi processi</i>	<i>Nuovi processi</i>
<i>“E’ utile preoccuparmi perché questo mi aiuta a prevedere gli eventi negativi e a poterli fronteggiare preventivamente”</i>	<i>“Se ho delle preoccupazioni posso mettere in atto delle strategie di DM per distanziarmi dai pensieri”</i>
<i>“Quando inizio a preoccuparmi circa la mia salute è opportuno soffermarmi su tutti i distretti corporei così da individuare eventuali malattie”</i>	<i>“Soffermarmi sui sintomi corporei non fa altro che alimentare l’ansia. Quando penso di voler mettere in atto strategie di controllo sul corpo cerco di distarmi aspettando che quel fastidio passi. Altrimenti contatterò il medico”</i>
<i>“Se mi trovo in una situazione che non conosco devo cercare di controllare i pensieri relativi ai rischi a cui posso andare incontro”</i>	<i>“Quando non padroneggio una situazione devo semplicemente far defluire i miei pensieri senza giudicarli negativamente”</i>
<i>“Quando sono in preda all’ansia devo cercare qualcuno che mi rassicuri immediatamente, altrimenti potrei avere conseguenze gravi da un punto di vista organico”</i>	<i>“Anche se mi sento agitata e preoccupata devo evitare di chiedere continuamente rassicurazioni agli altri”</i>
<i>“Se qualcosa mi spaventa e avverto una forte ansia devo valutare accuratamente i pro e i contro di quella data situazione”</i>	<i>“Se sono in ansia per un qualsiasi motivo non devo soffermarmi a fare alcuna valutazione ma è opportuno semplicemente arrestare il processo del rimuginio”</i>
<i>“Se sono in preda all’ansia devo ricorrere all’ansiolitico quanto prima”</i>	<i>“Gli esercizi comportamentali mi hanno insegnato che l’ansia si può gestire. E io ho imparato a farlo!”</i>

Paola ha manifestato fin da subito un impegno attivo nel lavoro psicoterapico: non ha mai saltato una seduta, si è sempre presentata puntuale agli incontri e ha seguito con attenzione tutte le indicazioni fornite, compresi gli *homework* da fare a casa. La costanza e l’impegno hanno favorito il raggiungimento degli obiettivi prefissati ad

inizio trattamento con conseguente riduzione della sintomatologia ansiosa. Allo stato attuale Paola non ha più bisogno di assumere l'ansiolitico ma è in grado di riconoscere preventivamente i segni dell'ansia e di gestire adeguatamente gli effetti della preoccupazione (*meta-worry*). La paziente ha imparato, inoltre, a dedicare più tempo alle attività che la fanno stare bene organizzando il suo tempo in modo da bilanciare il piacere con il dovere; è pertanto in grado di assecondare i propri bisogni attraverso l'ascolto e il riconoscimento delle emozioni. Paola ha imparato, infine, a dare importanza alle sensazioni sgradevoli derivate da un mancato riconoscimento dei propri bisogni da parte degli altri: è in grado di esternare i propri vissuti interni piuttosto che reprimerli. In vista di una recuperata fiducia in se stessa anche il dialogo intrafamiliare è migliorato, appare meno insicura nell'espressione di un suo malessere e meno timorosa dei giudizi che i membri della famiglia potrebbero esprimere sul suo conto. Il livello di consapevolezza raggiunto a fine trattamento ha influito positivamente sulla qualità di vita della paziente riducendo significativamente il rimuginio rispetto alla famiglia, alla salute e al denaro, ambiti in cui Paola mostrava una maggiore vulnerabilità all'ansia.

Dalle valutazioni psicometriche (*re-test*) effettuate nella fase finale del trattamento sono emersi i seguenti risultati:

- **BDI – II:** Fattore Somatico-Affettivo: lieve ($p = 4$).
Fattore Cognitivo: normale ($p = 8$).
Punteggio totale ($p = 12$): normale.
- **BAI:** ansia lieve ($p = 8$).
- **CBA 2.0:** dalle schede di valutazione della storia personale e dei problemi attuali, si evince una maggiore regolarità dello stile di vita rispetto a quanto riscontrato nella fase di assessment sia delle abitudini alimentari e sia nella qualità del sonno. Si rileva un quadro di minore tensione ed ansietà generale.

Il *re-test* non evidenzia punteggi significativi ($rp > 95^\circ$) ma soltanto alcune elevazioni delle sottoscale riportate di seguito:

- Scheda 5 – valutazione di alcune dimensioni stabili di personalità
EPQ/RL: ricerca della desiderabilità sociale ($p = 88,5$)
- Scheda 7 – valutazione delle paure
IP 1: calamità naturali ($p = 86,3$)
IP 2: rifiuto sociale ($p = 88,7$)
IP 3: animali repellenti ($p = 90,4$)

- **MMPI – II**: il profilo emerso dai punteggi delle scale di Base e di Contenuto rileva in generale una minore tensione in merito a problematiche di tipo somatico e di natura ipocondriaca. La sottoscala relativa all'ansia (*Anx*) evidenzia punteggi inferiori ($T = 55$) rispetto alla somministrazione iniziale ($T = 68$). Si assiste, pertanto, nella fase di *retest*, ad un abbassamento significativo rispetto al valore soglia.
- **AnTI**: Sottoscala *S* (preoccupazioni sociali): $p = 23$ (*punteggio massimo = 36*).
Sottoscala *H* (preoccupazioni connesse allo stato di salute): $p = 14$ (*punteggio massimo = 24*). Sottoscala *M* (Metapreoccupazioni): $p = 21$ (*punteggio massimo = 28*)
- **MCQ**: Credenze positive sulle preoccupazioni: $p = 41$ (*punteggio massimo = 76*)
Convinzioni riguardanti la controllabilità: $p = 45$ (*punteggio massimo = 64*)
Efficienza metacognitiva: $p = 28$ (*punteggio massimo = 40*)
Convinzioni generali negative: $p = 31$ (*punteggio massimo = 52*)
Autocoscienza: $p = 12$ (*punteggio massimo = 28*)
Punteggio totale: $p = 157$ (*punteggio massimo = 260*)

2. 10 – Follow-up

Le sedute di follow-up sono state programmate, in accordo con la paziente, a distanza di due e tre mesi. Al primo follow-up Paola è apparsa soddisfatta e di ottimo umore a causa dei risultati raggiunti ed in particolare per essere riuscita a “farcela senza il sostegno psicoterapico” come lei stessa ha riferito. Nel corso, infatti, delle ultime sedute di terapia Paola mostrava una certa tensione all’idea di dover “reggersi sulle sue gambe” senza poter più contare sull’aiuto esterno. Una volta appurato, però, che la paziente aveva tutti gli strumenti per padroneggiare la situazione decidemmo, di comune accordo, di terminare la terapia.

L’evitamento delle situazioni temute e il rinvio dei problemi per aggirare l’ansia sembrano, al follow-up, scomparsi quasi del tutto. La paziente è consapevole dei circoli di mantenimento dei problemi a livello cognitivo e ha imparato a contrastare l’evitamento o il rinvio adottando strategie più funzionali tutte le volte in cui le sue azioni si muovono in questa direzione.

Il bisogno di rassicurazione come le visite frequenti dal medico, o il confronto con persone che soffrono degli stessi problemi, si è notevolmente ridotto in seguito all’acquisizione di abilità di gestione dell’ansia e del monitoraggio metacognitivo della

preoccupazione. Riferisce, tuttavia, che il mese precedente, a seguito dell'infarto avuto dalla sorella, ha nuovamente sperimentato gli stessi sintomi che accusava all'inizio della terapia e questo ha generato uno stato di tensione che si è protratto per giorni. Senza ricorrere a nessuna strategia utilizzata in passato (ad es., assumere l'ansiolitico, telefonare al medico, rimanere chiusa in casa, etc.) è riuscita a risollevarsi autonomamente neutralizzando sul nascere i pensieri disfunzionali che emergevano. *“Ho pensato che ero tornata a sperimentare quelle sensazioni conosciute e vissute fino a qualche mese fa. Mi dicevo che non era possibile fare un salto così veloce nel passato e perdere in un attimo tutto il lavoro fatto in terapia. Mi sono detta che questa era la dimostrazione di una guarigione solo apparente e che non ne sarei mai uscita completamente. Nei giorni successivi attingendo al ricordo dei vari colloqui e soffermandomi sull'effetto che questo rimuginio aveva sull'ansia, l'agitazione si è placata quasi improvvisamente e mi sono sentita fortificata!”*.

Nel secondo follow-up la paziente ha fornito un resoconto delle questioni relative all'ansia e ha sostenuto che provare un certo grado di apprensione è una risposta “normale e ragionevole” a situazioni critiche. Questa consapevolezza lascia spazio anche un lavoro di accettazione di sé in cui Paola apprende l'importanza di accogliere le proprie debolezze e vulnerabilità piuttosto che recriminare sui propri errori.

Appendice 1

La natura dell'ansia

L'ansia è una reazione utile in alcune circostanze, soprattutto quando si deve rispondere rapidamente ad un pericolo. Considera il seguente esempio. Stai attraversando una strada larga e trafficata sulle strisce pedonali. Improvvisamente, ti accorgi che un camion che non rallenta si sta dirigendo verso di te. Per salvarti cominci a correre verso il marciapiede, che è alcuni metri più in là. Quando il tuo cervello si accorge del pericolo, avvengono nel tuo corpo automaticamente numerosi cambiamenti, elencati qui di seguito.

- La mente diventa più vigile
- Aumentano la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa
- Aumenta la sudorazione, per favorire il rallentamento del corpo
- Il sangue viene deviato verso i muscoli
- I muscoli diventano tesi e pronti all'azione
- La digestione rallenta
- Diminuisce la produzione di saliva
- Aumenta la frequenza del respiro. Le narici e le vie respiratorie si dilatano per far affluire l'aria più velocemente ai polmoni
- Il fegato rilascia zuccheri per fornire rapidamente energia
- Aumenta la capacità di coagulazione del sangue, come in preparazione a eventuali ferite
- Diminuisce la capacità di risposta del sistema immunitario, il che è utile al momento, ma può essere dannoso a lungo termine

Queste reazioni, conosciute come risposte attacco o fuga, fanno sì che tu sia in grado di correre molto velocemente sul lato della strada per non essere investito dal camion.

Le modificazioni fisiologiche suddette producono, oltre che un'emozione di apprensione e spavento, le seguenti manifestazioni o sintomi fisici dell'ansia.

- Tremori
- Irrequietezza, agitazione
- Tensione muscolare

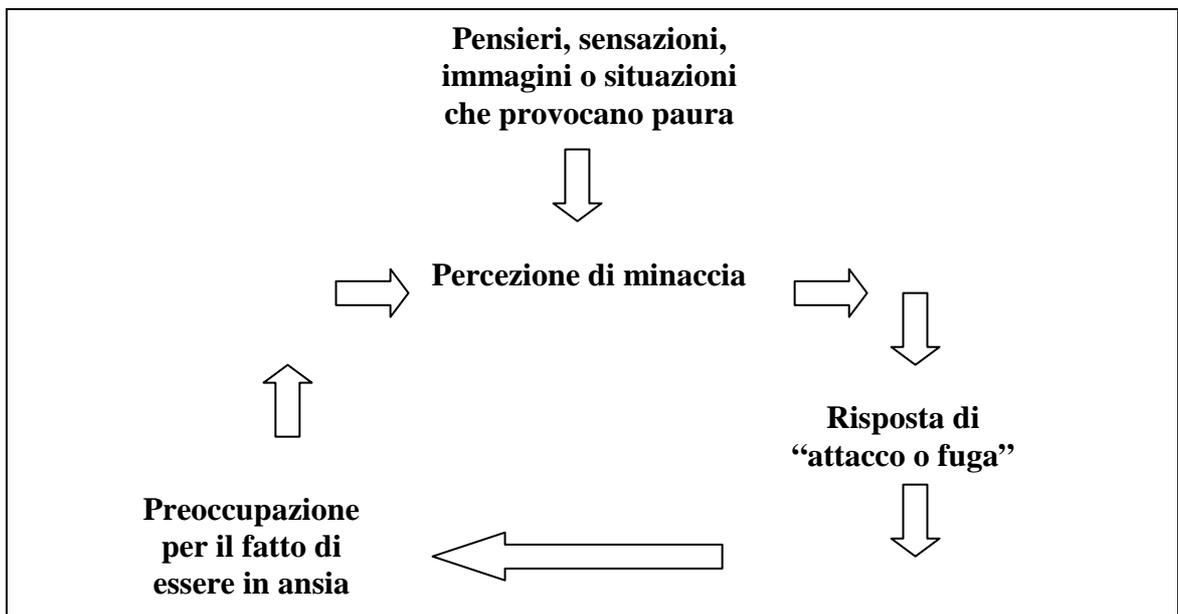
- Sudorazione abbondante
- Fiato corto
- Batticuore e accelerazione dei battiti
- Mani fredde e sudate
- Accelerazione del respiro
- Bocca secca
- Vampate di calore o brividi di freddo
- Nausea
- Sensazione di “nodo allo stomaco”

La risposta di attacco o fuga era utile quando, in passato, dovevamo combattere contro gravi e imminenti pericoli fisici come quelli rappresentati dagli animali predatori. Non dobbiamo meravigliarci, pertanto, se quando siamo minacciati ci manca il respiro, il cuore batte forte, abbiamo la nausea, ci tremano le braccia e le gambe, abbiamo il desiderio di correre o di muoverci: si tratta di reazioni che ci sarebbero utili se dovessimo scappare o combattere un grave pericolo fisico.

Certo la risposta di attacco o fuga è di poca utilità nelle situazioni stressanti del giorno d'oggi: non serve a molto correre quando il vigile ci ferma o lottare fisicamente quando si discute con il capoufficio.

Il ciclo dell'ansia

L'attività fisica intensa riduce rapidamente le sensazioni fisiche tipiche della risposta di attacco o fuga. Tuttavia, in assenza di attività fisica intensa, evenienza molto frequente al giorno d'oggi, le sensazioni permangono e possono a loro volta rappresentare una causa di apprensione e di allarme. Si ha così una nuova attivazione della risposta di attacco o fuga e tutto il ciclo continua e si rafforza. Lo schema sottostante illustra la situazione.

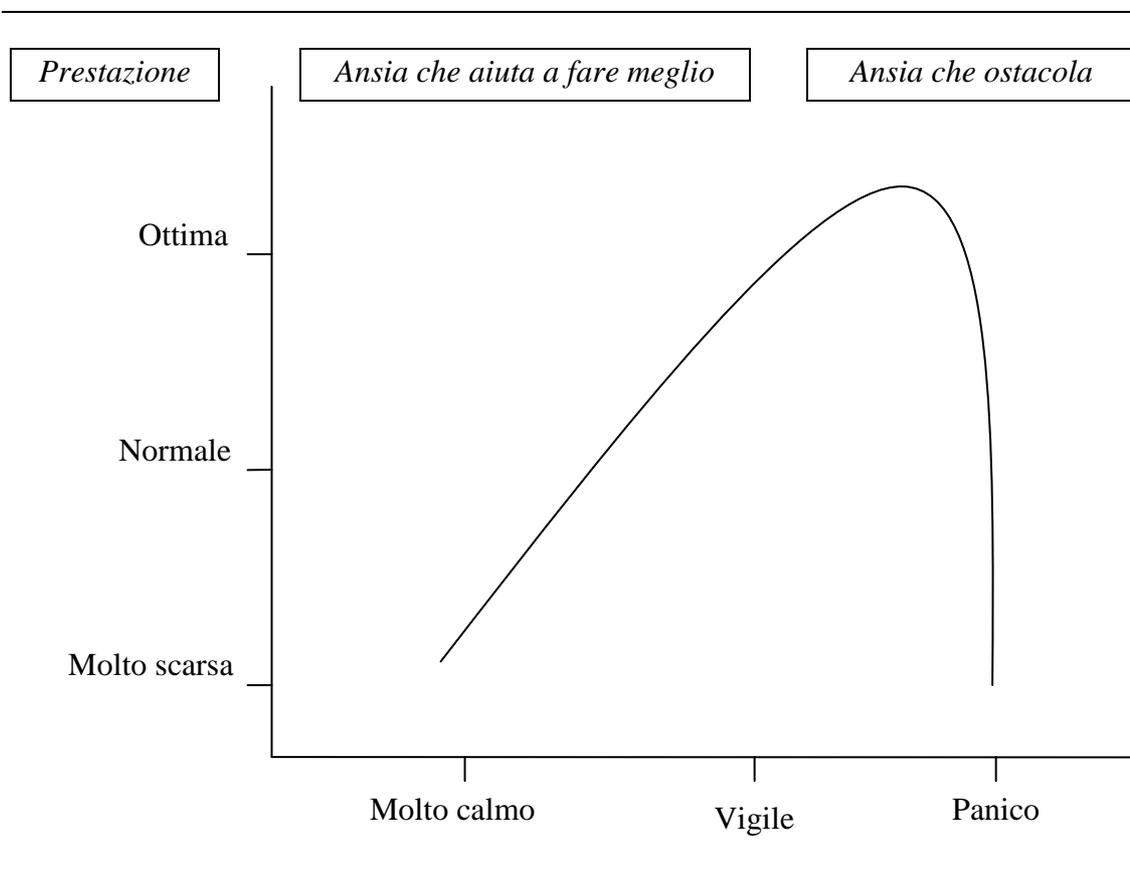


Ansia e prestazioni

Vi è una manifestazione della risposta di attacco o fuga che può essere spesso utile anche oggi: è l'aumento dello stato di vigilanza mentale, che ci può aiutare a fare meglio in attività impegnative. Non si dà il meglio di sé se si è completamente rilassati quando si affronta un esame, si gioca una partita o si discute un problema importante con i colleghi.

Quando, però, si diventa troppo ansiosi, la capacità di risolvere i problemi, ad esempio di educare i bambini o di affrontare le scadenze di lavoro, diminuisce, perché l'ansia riduce la capacità di pensare chiaramente e di agire in modo ragionevole e può rendere incapaci di fare anche le cose che si sanno fare bene. Idealmente, per raggiungere il massimo dell'efficienza, si dovrebbe essere calmi in situazioni normali e un po' ansiosi, tesi, vigili, ma non troppo, in situazioni difficili.

Si noti che chi soffre di disturbo d'ansia spesso si spaventa anche di un grado moderato di ansia, che potrebbe essere utile, perché teme che possa crescere fino a diventare incontrollabile. La relazione tra ansia e prestazione è illustrata nel diagramma seguente.



L'ansia cronica

In chi non riesce ad interrompere il ciclo dell'ansia, l'ansia può diventare cronica e causare i disturbi riportati nel Riquadro 1.

Riquadro 1. Sintomi e disturbi frequenti nell'ansia cronica

- Sentirsi inquieti, tesi, con i nervi a fior di pelle
- Stancarsi facilmente
- Avere difficoltà o avere l'impressione di mente vuota
- Essere irritabili
- Avere i muscoli tesi
- Fare fatica a rilassarsi
- Avere difficoltà ad addormentarsi o risvegliarsi frequentemente

- Avere l'impressione di non farcela più o di non riuscire a far fronte alla situazione
- Sentirsi demoralizzati e anche depressi

Se hai questi problemi, vuol dire che l'ansia ha cominciato a compromettere la tua vita quotidiana. Poiché l'ansia è una risposta innata, non la si può eliminare completamente né, d'altra parte, conviene eliminarla, perché è talvolta utile. Si deve invece imparare a controllarla e gestirla e per fortuna ci si può riuscire.

Quali sono le cause dell'ansia generalizzata?

Lo sviluppo dell'ansia generalizzata è probabilmente dovuto alla combinazione di più cause. Ne considereremo brevemente tre.

L'effetto della personalità

Per personalità intendiamo il modo abituale di pensare, di reagire, di rapportarsi con gli altri. Le persone che soffrono di ansia generalizzata si descrivono di solito come sensibili, emotive, facili a preoccuparsi, caratteristiche che tendono ad essere comuni nei membri della stessa famiglia. Non è chiaro quanto continuo nello sviluppo di questo tipo di personalità i fattori genetici e ambientali. I fattori genetici sembrano più importanti, ma anche l'educazione ricevuta può contribuire, positivamente aumentando il senso di sicurezza e negativamente rafforzando i timori e le aspettative di danno.

Vi sono vantaggi nell'avere una personalità di questo tipo: ad esempio, essere sensibili aiuta a capire meglio gli altri, a trattarli meglio, e anche, di conseguenza, ad essere trattati meglio. Tuttavia, vi sono anche svantaggi, perché l'emotività e la tendenza a preoccuparsi sono i semi dai quali può svilupparsi uno stato d'ansia cronica. Per fortuna, mentre non si può insegnare ad essere sensibili, è possibile aiutare le persone troppo sensibili a controllare la loro sensibilità.

L'effetto degli eventi di vita e dello stress

L'ansia può cominciare in periodi di stress elevato. Durante la vita siamo continuamente esposti a eventi e situazioni che richiedono cambiamenti e adattamenti: prendere una decisione importante, rispettare una scadenza, cambiare lavoro, casa, partner, abitudini, affrontare un conflitto con gli altri. A volte, un grande problema o un insieme di molti

piccoli problemi possono superare la nostra normale capacità di adattamento e rappresentare una forte minaccia. Può allora insorgere l'ansia.

L'effetto del tuo modo di interpretare le cose del mondo

Chi soffre di un disturbo d'ansia generalizzato ha una maggiore tendenza a interpretare automaticamente come minaccioso tutto ciò che succede. Ad esempio, è meno probabile che, quando suona il telefono, pensi che un amico stia chiamando per una piacevole chiacchierata ed è più probabile che pensi che si tratti di una cattiva notizia; è poco probabile che pensi che lo sguardo crucciato del capoufficio sia dovuto a qualche difficoltà nella sua vita personale ed è più probabile che pensi che si tratti di un segno di disapprovazione. Questa visione del mondo si forma sulla base delle esperienze di vita precedenti, in particolare eventi di vita stressanti, comportamenti dei genitori, insegnamenti da parte dei genitori e di altre persone importanti nella tua vita.

La natura delle preoccupazioni

Le preoccupazioni del Disturbo d'Ansia Generalizzato hanno le seguenti caratteristiche:

- Sono numerose
- Si succedono; a una segue subito o quasi un'altra
- Sono accompagnate da emozioni di allarme, di inquietudine e di ansia
- Riguardano spesso eventi catastrofici futuri altamente probabili
- Riducono la capacità di pensare chiaramente
- Sono molto difficili da controllare

Alcune ricerche hanno messo in luce che chi soffre di Disturbo d'Ansia Generalizzato può trascorrere oltre la metà del tempo di veglia preoccupandosi di eventi che non si verificano. Solo dopo che non so è verificato l'evento temuto, la maggior parte riconosce che la preoccupazione era eccessiva e spropositata.

Molte preoccupazioni riguardano eventi e situazioni di tutti i giorni, ad esempio ci si preoccupa di disgrazie, fallimenti o giudizi negativi relativi a:

- Familiari
- Relazioni sociali
- Lavoro e studio
- Malattia o infortuni
- Denaro, finanze

Temi comuni nel Disturbo d'Ansia Generalizzato possono comprendere:

- Problemi che possono presentarsi nel futuro
- Perfezionismo e paura di insuccesso
- Paura di essere giudicato negativamente dagli altri

Le preoccupazioni utili, ad esempio quella di essere bocciato a un esame, che può indurre studiare di più, sono rare nel Disturbo d'ansia Generalizzato. Le preoccupazioni, al contrario, riguardano per lo più eventi lontani nel tempo e che è molto più probabile che accadano davvero e sono raramente utili poiché è improbabile che portino a comportamenti capaci di eliminare o ridurre il pericolo. Ad esempio, la preoccupazione che un parente in buone condizioni di salute possa in futuro ammalarsi gravemente non può modificare la probabilità che ciò accada.

Comportamenti che possono mantenere le preoccupazioni e l'ansia

Vi sono cose che si fanno per attenuare le preoccupazioni e l'ansia che al momento sono utili, ma a lungo termine possono contribuire a mantenerle e rafforzarle.

- *Cercare rassicurazioni.* Cercare di rassicurarti oppure chiedere agli altri di essere rassicurato che le cose andranno bene, ad esempio telefonare spesso ad una persona cara per essere sicuro che non le sia successo niente di male o andare dal dottore ogni qual volta noti un sintomo o una sensazione fisica che potrebbe significare che sei ammalato. Il sollievo dovuto alle rassicurazioni è di solito solo di breve durata; l'ansia dopo un po' ritorna e si ha bisogno di essere rassicurati sempre di più.
- *Essere perfezionisti.* Essere perfezionisti vuol dire, ad esempio, continuare ad esaminare il lavoro fatto per assicurarsi che non abbia difetti, o continuare a lavorarci senza interruzioni fino a essere sicuri che sia completo. Da una parte, non vi sono prove che controlli numerosi servano, dall'altra è bene ricordarsi che il meglio può essere nemico del buono e che è utile fare pause durante un lavoro complesso. Se gli obiettivi sono troppo elevati, si vive nell'ansia di non farcela e quando non li si raggiunge ci si demoralizza.
- *Evitare le situazioni o gli eventi.* Evitare le situazioni che si ritiene generino ansia come, ad esempio, evitare di ascoltare il giornale radio perché i racconti disastri o di malattie potrebbero scatenare preoccupazioni relative a disgrazie e malattie personali; oppure evitare le persone che potrebbero parlare male di te; oppure evitare situazioni che solo tu consideri pericolose, mentre gli altri le affrontano normalmente. Questo comportamento si chiama evitamento. L'evitamento può gravemente limitare le possibilità di fare attività piacevoli o interessanti. L'evitamento di una situazione per un pericolo inesistente o sopravvalutato è ovviamente inutile e non permette di rendersi conto che il pericolo non è reale.
- *Rinviare.* Una particolare forma di evitamento consiste nel non iniziare un compito a causa dell'ansia legata al timore di un risultato insoddisfacente. Ad esempio, una sarta può rinviare la lavorazione di un particolare vestito per paura che possa non piacere alla cliente e che questa possa quindi perdere la stima in lei. Nella maggior parte dei casi, le conseguenze temute da chi rinvia sono eccessive e irrealistiche.
- *Tentare attivamente di sopprimere la preoccupazione.* Sfortunatamente, le preoccupazioni possono peggiorare se si tenta di sopprimerle, proprio perché la persona concentra la propria attenzione su di esse. Le preoccupazioni possono

addirittura tornare con più forza quando si smettono gli sforzi attivi per eliminarle (effetto rimbalzo).

Psicoeducazione sul modello cognitivo dell'ansia

La teoria cognitiva di Beck afferma che : “Il modo in cui pensi influisce sul modo in cui senti”. L'ansia è spesso l'effetto di distorsioni del pensiero che si manifesta come un flusso di pensieri automatici negativi contrapposti all'esperienza cosciente del paziente. I difetti di elaborazione dell'informazione nei disturbi emozionali si evidenziano nelle credenze, nelle distorsioni cognitive e nei pensieri automatici negativi del paziente.

L'ansia è un'emozione comune a gran parte del mondo animale è generata da un meccanismo psicologico di risposta allo stress, il quale svolge la funzione di anticipare la percezione di un eventuale pericolo prima ancora che quest'ultimo sia chiaramente sopraggiunto. Questo meccanismo è garantito dalla messa in moto di specifiche risposte fisiologiche che spingono da un lato all'esplorazione per identificare il pericolo ed affrontarlo nella maniera più adeguata e, dall'altro, all'evitamento e alla eventuale fuga. In misura contenuta, rappresenta una risposta adattativa favorevole a fronteggiare situazioni di pericolo (stressanti) o comunque di particolare impegno. Il livello di ansia, quindi, è direttamente proporzionale alla quantità di stress percepito. I ritmi che la società moderna impone, alimentano lo stress e di conseguenza l'ansia fino al superamento del livello di soglia oltre il quale si attivano episodi di panico.

Aspetti fisiologici: una situazione attivante innesca negli individui un comportamento di orientamento che attiva un sistema filogeneticamente antico che prende il nome di AMIGDALA (*cervello emotivo*). Il segnale viene successivamente inviato alla NEOCORTECCIA (*cervello pensante*) per una “rivalutazione elaborativa secondaria” dello stimolo. Essendo, però, l'amigdala un sistema primitivo risponde più velocemente ai segnali di allerta rispetto alla neocorteccia che è, invece, un sistema più evoluto filogeneticamente. Il passaggio degli impulsi, quindi, dall'amigdala alla neocorteccia potrebbe essere bloccato a causa del cosiddetto “sequestro dell'amigdala” che innesca una forte reazione di attivazione (*arousal*) e di conseguenza l'ansia. I sintomi ansiosi, infatti, sono la conseguenza diretta di una mancata elaborazione degli stimoli a livelli superiori. L'amigdala rappresenta, quindi, l'epicentro del sistema emotivo del cervello

ed è il promotore primario della risposta di paura al pericolo (secondo il modello classico del combattimento o della fuga/ fight or flight). La neocorteccia, invece, costituisce il nucleo di rivalutazione secondaria dello stimolo generato dall'elaborazione dei seguenti fattori: a) valutazione delle risorse di coping; b) ricerca di segnali di sicurezza; c) pensiero in modalità costruttiva (Constructive Mode); d) worry; e) rivalutazione della minaccia.

Psicoeducazione sul rimuginio

Il rimuginio è normale, ma esistono due tipi di rimuginio: uno produttivo ed uno patologico. Il rimuginio patologico è creato dal nostro stile e dal nostro desiderio di controllare il rimuginio stesso. Questa attitudine circa il rimuginio porta le persone ad adottare modalità di controllo che alla lunga renderanno meno modificabile il rimuginio stesso. Lo scopo della terapia è scoprire e modificare le credenze sottostanti al rimuginio e modificare le risposte controproducenti. Lo scopo finale è modificare il rimuginio da patologico a produttivo ed efficace.

Rimuginio patologico	Rimuginio produttivo
Focalizzato su problemi più distanti e astratti	Focalizzato su problemi più immediati e realistici
Le persone hanno un piccolo controllo realistico sulla situazione	Le persone possono esercitare qualche tipo di controllo o di influenza sulle situazioni
Una focalizzazione più intensa su emozioni negative è associata con le situazioni di rimuginio	Focalizzazione più intensa sul <i>problem solving</i> nella situazione di rimuginio
Nessuna soluzione è accettabile perché non garantisce successo	Provare e valutare anche le soluzioni imperfette
Incessante inseguimento della sicurezza e della certezza del risultato	Essere pronti a tollerare un rischio ragionevole e l'incertezza
Elaborazione eccessiva e ristretta delle minacce potenziali in una situazione con la tendenza a catastrofizzare	Elaborazione più ampia e bilanciata dei possibili risultati positivi, negativi o favorevoli in una situazione
Percepita incapacità di fronteggiamento nelle situazioni di rimuginio	Un più alto livello di autoefficacia nel fronteggiamento delle situazioni di rimuginio
Associazione con alti livelli di stress e ansia	Associazione con minor stress e ansia

ESEMPI DI CREDENZE METACOGNITIVE IN MERITO

ALLA PREOCCUPAZIONE NEL **DAG** (*Wells, 2012*)

Credeze metacognitive positive

“Preoccuparmi mi aiuta ad affrontare le difficoltà”

“Se mi preoccupo sarò preparato ad eventuali pericoli”

“Preoccuparmi mi fa mantenere tutto sotto controllo”

“Se mi preoccupo riesco ad anticipare ed evitare i problemi”

Credeze metacognitive negative – Incontrollabilità

“Non ho il controllo sulle mie preoccupazioni”

“le mie preoccupazioni hanno preso il controllo si di me”

“Non ho più il controllo dei miei pensieri”

“Le mie preoccupazioni sono incontrollabili”

Credeze metacognitive negative – Pericolo

“Potrei perdere la testa a causa della preoccupazione”

“La preoccupazione finirà per danneggiare il mio corpo”

“Impazzirò a causa della preoccupazione”

“Avrò un esaurimento nervoso a causa della preoccupazione”

Appendice II

RPD (Registrazione del Pensiero Disfunzionale)

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: “**Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?**” e appena puoi scrivi il pensiero o l’immagine mentale nella colonna del “Pensiero automatico”.

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i
	1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo, ha portato all’emozione spiacevole? 2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?	1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente? 2. In che misura ci hai creduto sul momento?	1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento? 2. Quanto è stata intensa l’emozione (0-100%)?
20-10-2011 (h.16.00)	<i>Mentre cammino sul tapis roulant sento il battito cardiaco accelerato</i>	<i>Il cardiologo ha sbagliato. C’è sicuramente qualcosa che non va in me</i>	<i>Ansia (80%)</i>
	<i>Mal di stomaco</i>	<i>60%</i>	
21-10-2011 (h. 10.00)	<i>Sto guardando in tv un programma in cui si discute dell’importanza della diagnosi precoce delle malattie</i>	<i>Non mi sento in forma. Devo fare un check-up quanto prima.</i>	<i>Angoscia (90%) Agitazione (80%)</i>
	<i>Tachicardia</i>	<i>100%</i>	
22-10-2011 (h. 22.00)	<i>Sto facendo il calcolo delle spese. Abbiamo diversi soldi da versare per i lavori di casa</i>	<i>Non ce la faremo. Stiamo andando in rovina!</i>	<i>Ansia (1000%) Preoccupazione (70%)</i>
	<i>Ho la sensazione di avere la testa vuota</i>	<i>90%</i>	
23-10-2011 (h. 22.00)	<i>Penso alla mia condizione attuale</i>	<i>La mia famiglia non ce la farà senza di me</i>	<i>Tristezza (90%)</i>
	<i>Mal di testa</i>	<i>100%</i>	

ABC

<i>Giorno / Ora</i>	A Situazione	B Pensieri	C Conseguenze Emotive/Comportamentali
10-10-2011 (h. 11.30)	<i>Sono al telefono con una parente che ha avuto un incidente qualche giorno fa</i>	<i>E se faccio un incidente quando in macchina ci sono i miei nipoti?</i>	<i>Emozioni: agitazione Comportamento: chiudo la telefonata e cerco di distrarmi in qualche modo</i>
11-10-2011 (h. 8.00)	<i>Mio marito mi dice che non sono più la stessa, che sono cambiata e che non mi riconosce più</i>	<i>Peggio di così non poteva andare. Faccio schifo!</i>	<i>Emozioni: tristezza, sconforto Comportamento: mi chiudo in bagno e inizio a piangere</i>
12-10-2011 (h. 13.30)	<i>Parliamo delle spese da affrontare. Mio marito dice che non c'è motivo di preoccuparsi. Io ho qualche dubbio</i>	<i>E se la crisi inciderà anche sulla mia famiglia? Come faremo?</i>	<i>Emozioni: ansia Comportamento: cerco di rassicurarmi andando a fare l'estratto conto in banca</i>
13-10-2011 (h. 9.00)	<i>Mio marito va per qualche giorno a trovare un amico a Bologna. Durante il viaggio non mi telefona</i>	<i>Oddio, avrà fatto un incidente o si è sentito male!</i>	<i>Emozioni: sono preoccupata, nervosa Comportamenti: assumo l'ansiolitico</i>
14-10-2011 (h. 10.15)	<i>Mia suocera mi chiede di andare in farmacia. Ma essendo domenica devo cercare quella di turno</i>	<i>Se mi allontanano troppo da casa succederà di sicuro qualcosa</i>	<i>Emozioni: ansia Comportamenti: invento scuse per evitare di andare</i>