

ISTITUTO A.T. BECK
Roma

**TESI FINALE DEL CORSO QUADRIENNALE
DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTALE**

Specializzanda
Dott.ssa Stefania Trapè

Anno Accademico
2013/2014

INDICE

UN CASO DI DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

PARTE TEORICA

CAPITOLO 1

1.1 Inquadramento storico e teorico del disturbo	pag. 2
1.2 Quadro sintomatologico	pag. 4
1.3 Incidenza e prevalenza	pag. 10
1.4 Strumenti diagnostici	pag. 10
1.5 Teorie eziopatogenetiche	pag. 14
1.5.1 Modello biologico	pag. 14
1.5.2 Modello psicodinamico	pag. 15
1.5.3 Modello cognitivo	pag. 15
1.5.4 Modello cognitivo di Clark & Beck	pag. 17
1.5.5 Modello metacognitivo di Wells	pag. 20
1.6 Principi di trattamento farmacologico	pag. 23
1.7 Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche	pag. 26
1.7.1 Psicoterapia psicodinamica	pag. 26
1.7.2 Terapia cognitivo-comportamentale	pag. 27
1.7.3 Intervento metacognitivo	pag. 29
1.8 Prevenzione delle ricadute	pag. 33
1.9 Efficacia della terapia	pag. 34
Bibliografia	pag. 35
Sitografia	pag. 42

PARTE CLINICA

CAPITOLO 2

2.1 Invio, informazioni generali ed aspettative del paziente	pag. 43
2.2 Assessment	pag. 45
2.2.1 Primo colloquio	pag. 45
2.2.2 Colloqui successivi	pag. 46
2.2.2.1 Profilo evolutivo	pag. 48
2.2.2.2 Storia di vita	pag. 52
2.2.2.3 Struttura e comunicazione intra-familiare	pag. 52
2.2.2.4 Modello di attaccamento	pag. 54
2.2.3 Intervista, test e questionari	pag. 56
2.3 Diagnosi finale secondo DSM IV-TR	pag. 64
2.4 Concettualizzazione del caso clinico	pag. 64
2.4.1 Concettualizzazione secondo il modello cognitivo di Beck	pag. 65
2.4.2 Formulazione secondo il modello metacognitivo di Wells	pag. 66
2.5 Elementi del contratto terapeutico	pag. 67
2.6. Relazione terapeutica	pag. 67
2.7 Trattamento	pag. 68
2.8 Prevenzione delle ricadute	pag. 76
2.9 Esito del trattamento e valutazioni psicometriche	pag. 77
2.10 Follow-up	pag. 79
Appendice I Psicoeducazione all'ansia	pag. 83
Appendice II ABC, RPD	pag. 85

*Ciò che distingue e preoccupa l'uomo non sono le cose in quanto
tali, ma le sue opinioni e fantasie su di esse.*

Epitteto (V sec. a. C.)

UN CASO DI DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

PARTE TEORICA

CAPITOLO 1

1.1 INQUADRAMENTO STORICO E TEORICO DEL DISTURBO

Secondo le teorie esistenzialiste che hanno studiato la dimensione nevrotica dell'uomo, l'ansia è stata indicata come paura del fallimento (Kierkegaard, 1960), oppure derivante dall'esistenza stessa e dal timore della solitudine (Heidegger, 1979), o ancora da esperienze di “vuoto esistenziale” e di assenza di senso (Frankl, 1982-1983). Nell'analisi esistenziale moderna l'ansia è stata concepita come determinata dalla perdita, realmente vissuta o meno, delle basi su cui poggia la propria esistenza (Längle, 1997). *“L'ansia viene concettualizzata come un vissuto d'insicurezza causato dalla percezione di una minaccia o di un pericolo, accompagnato da uno stato di agitazione generalizzata. L'agitazione è vista come la conseguenza della percezione di una situazione potenzialmente pericolosa, in cui l'individuo si rende conto della possibilità di un annientamento della sua esistenza a causa della perdita delle basi fondanti la propria individualità e del sostegno nel mondo: tutto ciò mette in discussione il proprio poter essere”* (Regazzo, 2010, pp 113-130).

Dal punto di vista esistenziale l'ansia viene quindi concepita come il timore derivante dalla possibilità di “non poter essere”, di un potenziale “annientamento”.

Tra il 1880 e il 1884 il medico americano George Miller Beard sviluppò una teoria ripresa per molto tempo: definiva neurastenia un'affezione generalizzabile a tutte le malattie nervose. Secondo Beard, essa poteva determinare dispepsia, cefalea, paralisi, insonnia, anestesia, nevralgie, gotta, spermatorrea negli uomini e irregolarità mestruali nelle donne; le cause erano riconducibili ad una perdita dei costituenti solidi del sistema nervoso centrale. Una teoria simile, molto vaga e facilmente collegabile ai diversi sintomi delle malattie nervose, trovò seguito per molti anni. In quegli anni i termini come nevrosi, isteria, depressione e ipocondria erano spesso interscambiabili in quanto la scienza psichiatrica disponeva ancora di un vocabolario limitato (Beard, 1880). Fino ad allora solo Freud aveva isolato una nevrosi specifica: la nevrosi d'angoscia, distinguendone due forme. La prima è un senso d'ansia e paura che nasce da un desiderio rimosso, curabile con un intervento psicoterapeutico, la seconda è un senso di panico accompagnato da manifestazioni di scariche neurovegetative, non dipendente da fattori psicologici, indicata come nevrosi attuale. La prima teoria formulata da Freud sull'angoscia ipotizzava che essa fosse la risultante di una inadeguata scarica della libido. Secondo tale presupposto il termine angoscia indicava un tipo patologico di paura che certamente era in relazione con la normale paura di un pericolo esterno, ma aveva un'origine nettamente diversa. Si teorizzava che la paura derivante da un pericolo esterno fosse una reazione appresa, basata sull'esperienza, mentre l'angoscia fosse libido trasformata e dunque una manifestazione patologica dell'energia propria della pulsione.

Successivamente Freud avanzò la seconda teoria dell'angoscia, basata sulle possibilità d'introspezione fornite dall'ipotesi strutturale. Si tenga presente che Freud riteneva che l'angoscia avesse una base biologica, ereditaria e, quindi, che l'organismo umano fosse congenitamente dotato della capacità di reagire con quelle manifestazioni psicologiche e fisiche che noi chiamiamo angoscia. Nella sua nuova teoria, Freud propose di collegare la comparsa dell'angoscia a ciò che egli chiamò "situazioni traumatiche" e "situazioni di pericolo". Egli definì le prime come situazioni in cui la psiche viene sopraffatta da un afflusso di stimoli troppo grande, tale da non poter essere né dominato e né scaricato. Quando si verifica questo sovraccarico, si sviluppa automaticamente l'angoscia. In seguito Freud adattò la categoria nevrosi d'ansia per descrivere le manifestazioni di pazienti che oggi noi potremmo riconoscere come attacchi di panico. In tali pazienti si riscontravano sensazioni di attesa apprensiva e prolungata insieme all'ipereccitabilità neurovegetativa (Freud, 1925). Di sicuro la nevrosi d'angoscia è stato il cuore del pensiero freudiano e, nonostante manchi del collegamento evolutivo delle varie fasi individuate, dall'attacco di panico all'ansia anticipatoria e generalizzata fino alle fobie, tale concetto si avvicina a quello enunciato nel DSM-III.

La diffusione dei concetti freudiani ha influenzato per lungo tempo gran parte della psichiatria europea e nordamericana. Oggi più che mai possiamo confermare che tutti i pazienti con malattie psichiatriche possono presentare ansia patologica e le reazioni ansiose sono un fenomeno connaturale alla vita di ogni individuo. Queste osservazioni giustificano in parte le controversie che hanno accompagnato i tentativi di riconoscere l'ansia come entità clinica distinta.

L'autonomia della nevrosi d'angoscia si è fatta strada progressivamente, comparando nell'ICD-7 (1955). Già nella prima edizione del DSM (1952) sotto la condizione di nevrosi ansiosa venivano raggruppati quei quadri clinici in cui era presente una tensione persistente con una tendenza eccessiva a preoccuparsi e a rimuginare, accompagnate da una frequente cefalea e da attacchi di panico.

Negli anni '70 la nevrosi manteneva un'impostazione unitaria, nella quale poca importanza era data alla distinzione tra forme acute e croniche; nel termine "nevrosi" venivano comprese anche le nevrosi fobiche, ossessive, neurasteniche, ipocondriache e la depersonalizzazione. Nel *Present State Examination* (Wing et al., 1974) veniva proposta una distinzione tra ansia fluttuante con sintomi neurovegetativi, ansia di tipo anticipatorio con sintomi neurovegetativi e attacchi di panico.

Con gli studi di Donald Klein (1964) ed il successivo DSM-III(1980) si sancì la separazione dei quadri di ansia critica, con o senza evitamento fobico, dalle sindromi ansiose a decorso cronico, e vennero poste le basi per la diagnosi differenziale tra le manifestazioni di ansia acuta (Attacco di Panico) e quelle di ansia cronica generalizzata (Disturbo d'Ansia Generalizzato).

L'attuale Disturbo d'Ansia Generalizzato venne separato dagli altri disturbi d'ansia solo nel 1980 e da questo momento in poi i criteri diagnostici del disturbo furono revisionati in ogni edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM). Il DAG fu classificato come una categoria residua nel senso che la diagnosi poteva esser fatta solo se non si sovrapponeva ad altri disturbi di Asse I; il quadro sintomatologico doveva essere caratterizzato dalla presenza di ansia generalizzata persistente per almeno un mese. Approfondimenti successivi hanno messo in evidenza un numero sempre crescente di pazienti che lamentava sintomi clinici di ansia e tensione generati dalla preoccupazione (ad oggi *worry*) che non erano riferibili ad altri disturbi emozionali. I pazienti manifestavano preoccupazioni in ambito lavorativo, apprensioni rispetto a problematiche della vita quotidiana, timori per la propria situazione economica. Partendo da queste novità cliniche, furono revisionati i criteri diagnostici del DAG che confluirono nel DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Come dicevamo, prima del 1987 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. Il *worry* (preoccupazione cronica ed eccessiva) diventa la caratteristica chiave del DAG nel DSM-III-R e nel DSM-IV (APA, 1994). Il DSM-IV individuò nel DAG la presenza di un'ansia persistente ad andamento cronico, una fenomenologia clinica di intensità moderata e un decorso prolungato; sul piano fisiologico venivano evidenziati segni di tensione motoria e di iperattività neurovegetativa, diretti verso l'ipervigilanza e l'iperattenzione.

Come descritto fin qui, per l'ansia generalizzata sono state proposte diverse interpretazioni, intendendola come neurastenia, come personalità ansiosa, come categoria residua ed infine come espressione attenuata del Disturbo di Panico. L'opinione attuale esclude la presenza di attacchi acuti nell'ansia generalizzata e stabilisce il dovere di un'accurata diagnosi differenziale per poter intraprendere un adeguato trattamento.

1.2 QUADRO SINTOMATOLOGICO

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato si manifesta nei pazienti con uno stato di ansia ed apprensione cronica, lamentale circa lo stato di continua preoccupazione per la vita di tutti i giorni; la letteratura li definisce pertanto "*chronic worriers*" (Cassano & Pancheri, 1999). I pazienti con tale disturbo non riportano realistiche e specifiche motivazioni per essere preoccupati, bensì timore per la salute dei propri cari, incolumità fisica propria e altrui, agitazione pensando alla situazione finanziaria con influenze negative sulle proprie capacità di rendimento lavorativo, scolastico o agonistico. Tali pazienti sono così costantemente presi dalle preoccupazioni da non riuscire più a concentrarsi nelle loro attività primarie, rischiando di non portarle a termine con inevitabili conseguenze a catena. Il soggetto vive in

un permanente stato di apprensione, non riesce a rilassarsi e lasciare andare i pensieri, la sua mente è sovraccarica di pensieri, anche di secondaria importanza, ma per i quali “è doveroso trovare una soluzione”. La persona che chiede un aiuto psicologico è avvolta da un continuo stato di ipervigilanza in quanto timorosa che certi eventi negativi possano accadere, che ci sia una probabilità che ciò che si sta temendo si possa verificare. Il terapeuta spesso si trova di fronte a pazienti che giustificano il loro stato mentale dicendo “*si sente dire che succedono tante cose...potrebbe accadere anche a me*”. Il Disturbo d’Ansia Generalizzato vincola il paziente a mettere in atto la preoccupazione, il *worry*, con lo scopo di anticipare l’evento; solo così il soggetto crede di poter controllare le conseguenze temute. Anticipando l’evento, la mente del paziente, si prepara al peggio; tuttavia, poiché difficilmente il peggio si verifica, il ruolo del *worry* viene rinforzato in maniera negativa (Borkovec et al.,1983). Ciò che porta la preoccupazione ad essere oggetto di intervento è il fatto che essa sia sproporzionata rispetto all’evento, a ciò che accadrà, sia inoltre pervasiva in tutti le aree di vita del soggetto e soprattutto venga percepita come incontrollabile. Così come la preoccupazione, anche la paura è un’esperienza umana e naturale, anzi è etologicamente vantaggiosa perché permette all’uomo di adottare risposte di attacco o fuga di fronte agli stimoli, di mettere in atto quel meccanismo conosciuto come *fight or flight*. Accade però che al di fuori della dimensione adattiva, essa si possa connotare in maniera patologica. Di solito i pazienti che manifestano questo disturbo tendono a descriversi come “*da sempre sensibili, e tendenti a preoccuparsi di qualcosa*”. Il *worry* o rimuginio è fondamentale per i pazienti perché questa cascata di pensieri negativi ha lo scopo di andare verso la soluzione del problema tanto da credere che se da una parte, nella mente dei pazienti, la preoccupazione risulta incontrollabile, dall’altra svolge una funzione risolutiva. Questo passaggio è fondamentale all’interno del quadro clinico in quanto la patologia del DAG dipende dall’interpretare la preoccupazione come eccessiva e incontrollabile (Barlow & Wincze, 1998). Se in effetti si paragona la popolazione clinica con un campione non clinico, non si notano differenze nel contenuto delle preoccupazioni, bensì nella capacità di controllo del *worry*. Le persone affette da DAG non riescono a smettere di preoccuparsi, ed una delle frasi che spesso riportano è “*e che ci posso fare...non riesco a smettere di preoccuparmi?*” o se anche provassero a smettere di farlo accusano scarso successo (Barlow, 2002). Le ruminazioni possono durare da minuti ad ore; a volte i pazienti riescono ad interromperle distraendosi con altre attività e poi magari tornano a ruminare e a volte possono dare volontariamente l’avvio al processo mentale.

Wells nel 1995 descrisse molto bene la distinzione tra le due fasi della ruminazione: una fase di avvio risultante come un processo automatico, e una fase di mantenimento che invece è sotto il controllo volontario del soggetto. Il paziente non è consapevole di questo meccanismo e si lascia trascinare dalla ruminazione. Questa mancanza di efficacia personale riflette il senso di vulnerabilità percepito di fronte agli eventi di vita quotidiana ed una mancanza di risorse personali nel fronteggiare le situazioni che si

manifestano con espressioni tipo “*succederà sicuramente qualcosa*”, “*io non ce la posso fare*”, “*cosa posso fare mai io?...nulla!*” (Wells, 1995).

Uno dei costrutti significativi dell'ansia è l'intolleranza dell'incertezza. Il paziente con DAG sembra non tollerare l'intrinseca incertezza degli eventi, e ritiene che la possibilità di un esito negativo, seppur minima, sia in sé insopportabile. Il soggetto desidera la certezza assoluta della sicurezza; essa viene ritenuta un criterio accettabile per tranquillizzarsi e l'incertezza dell'esito è di per sé un motivo sufficiente per preoccuparsi (Ruggiero, 2012). Colui che rumina in senso patologico è convinto che solo il completo controllo degli eventi, ovviamente mai conseguibile, possa consentirgli di evitare il danno irreparabile temuto. E' per tale motivo che risulta ipervigile verso gli stimoli minacciosi esterni e interni (Borkovec et al., 1998).

Dal punto di vista somatico, si assiste a manifestazioni da parte del sistema neurovegetativo; quelle maggiormente evidenti sono respirazione affannata, sudorazione, palpitazione, sensazioni di “testa leggera”, “nodo alla gola e alla bocca dello stomaco”. Spesso ci sono complicazioni nell'area gastroenterica con dispepsie, nausea, diarrea; a queste si accompagnano anche tensione muscolare nelle parti del collo, dorso, algie diffuse e cefalee. D'altro canto possono essere manifesti anche tremori e/o irrigidimenti delle parti superiori del tronco.

Dal punto di vista cognitivo si evidenziano scarsi livelli di concentrazione con conseguente distraibilità elevata e difficoltà nella memoria a breve termine e nervosismo, irrequietezza, irritabilità, stato d'allarme sul piano della vigilanza.

Spesso le richieste di aiuto da parte dei pazienti pervengono per le difficoltà ad addormentarsi, frequenti risvegli notturni e connessa insonnia centrale.

Si riportano di seguito (fig.1.1) i criteri diagnostici per il DAG proposti nel DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000):

CRITERIO A. Ansia e preoccupazione eccessiva (attesa apprensiva), che si manifesta per almeno 6 mesi, riguardante diversi eventi o attività.

CRITERIO B. La persona ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.

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

1) irrequietezza o sentimento di agitazione o di tensione

- 2) facile affaticabilità
- 3) difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria
- 4) irritabilità
- 5) tensione muscolare
- 6) alterazione del sonno

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

CRITERIO E. Sebbene non sempre gli individui con Disturbo d'Ansia generalizzato possano riconoscere le preoccupazioni come "eccessive", essi riferiscono un disagio soggettivo dovuto alla preoccupazione costante, hanno difficoltà a controllare la preoccupazione o presentano una conseguente compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

CRITERIO F. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (cioè una droga, un farmaco, o l'esposizione ad una tossina) 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.

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

Nel periodo di lavorazione al nuovo manuale dei disturbi mentali (DSM-5), si era ipotizzato che il DAG, viste le caratteristiche simili con i disturbi dell'umore (spiccata tendenza alla cronicizzazione e nuclei psicopatologici incentrati sul pessimismo e inadeguatezza) potesse essere inserito nella sezione dei Disturbi dell'Umore piuttosto che nei Disturbi d'Ansia. Alcuni studi hanno invece riportato dati che ne rafforzano le differenze, tra cui le diverse aree cerebrali coinvolte (corteccia cingolata anteriore ed amigdala nella Depressione Maggiore rispetto alla corteccia ventrale insulare attivata nel DAG), la funzionalità neuroendocrina (il DAG non avrebbe l'iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene tipica invece della DM) e la presenza di *worry* nel DAG piuttosto che di rimuginio depressivo nella Depressione Maggiore (Galassi, 2009). Pur essendo presenti dunque il nucleo di inadeguatezza, non amabilità e l'anticipazione della ridotta capacità personale, i due quadri sindromici sono stati distinti anche nel DSM-5. Con il passaggio al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (APA, 2013), i criteri diagnostici risultano essere come riportati in fig. 1.2:

CRITERIO A. Eccessiva ansia e preoccupazione (preoccupazione apprensiva) che si manifestano per la maggior parte dei giorni da almeno sei mesi, relative ad una quantità di eventi o attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).

CRITERIO B. L'individuo ha difficoltà a controllare la situazione.

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

- 1) irrequietezza o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle
- 2) facile affaticabilità
- 3) difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria
- 4) irritabilità
- 5) tensione muscolare
- 6) alterazione del sonno

CRITERIO D. L'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

CRITERIO E. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (come ad esempio una droga o un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo).

CRITERIO F. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (ansia o preoccupazione di avere attacchi di panico in persone con tendenza ad avere attacchi di panico, valutazione/giudizio negativo in disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), contaminazione/infezione in disturbo ossessivo-compulsivo, separazione da figure di attaccamento in disturbo d'ansia da separazione, ricordi di eventi traumatici in disturbo da stress posttraumatico, ingrassare in anoressia nervosa, disturbi fisici in disturbo di sintomo somatico, percepire la comparsa di difetti/imperfezioni in disordine dismorfico del corpo, avere una seria malattia in disturbo d'ansia da malattia, la soddisfazione di deliranti credenze/convinzioni in schizofrenia o disturbo delirante).

Fig. 1.2 Criteri diagnostici per il DAG (American Psychiatric Association, 2013)

A tutti noi capita di rimuginare su qualcosa, di analizzare le situazioni da varie prospettive, con la preoccupazioni di eventuali scenari negativi o possibilità catastrofiche. A volte lo si fa per focalizzare le conseguenze e prepararsi a fronteggiarle, ad altre persone può capitare di non riuscire a farne a meno, altri ancora è come se sentissero il dovere di rimuginare per eliminare del tutto la probabilità che le conseguenze temute si avverino, quasi fosse una modalità magica. Il problema non sussiste se questo meccanismo non va ad incidere in maniera significativa sulla vita del soggetto. Come si evince dai criteri diagnostici, diventa un problema clinicamente significativo allorquando il *worry* toglie tempo al resto, alle altre attività, quando non si riesce a smettere e il rimuginio stesso diventa fonte di ansia e di preoccupazione, preoccupazione per il fatto stesso di essere una persona che si preoccupa (Wells, 2002). Le caratteristiche che distinguono le preoccupazioni quotidiane dall'ansia patologica, sono il fatto che:

- le preoccupazioni connesse con il DAG sono eccessive, incontrollabili e interferiscono con il funzionamento psicosociale, mentre le preoccupazioni di vita quotidiana non sono eccessive e vengono

percepite come più maneggevoli e pertanto come controllabili allorquando sopraggiungono questioni più urgenti,

- la preoccupazione del paziente con DAG è pervasiva, dolorosa, ha una durata più lunga e spesso si verifica senza fattori precipitanti,

- le preoccupazioni di tutti i giorni sono difficilmente accompagnate da sintomi fisici.

Occorre non dimenticare comunque che il rimuginio è uno stile di pensiero caratteristico anche di altri disturbi d'ansia e dunque non è detto che la presenza del *worry* implichi esclusivamente una diagnosi di DAG. Possiamo però considerare tipico del Disturbo d'Ansia Generalizzato la costante ricerca della sicurezza anche se senza successo (Rachman, 2004), l'attivazione di credenze metacognitive sul rimuginio e un contemporaneo tentativo di sopprimere il pensiero, l'intolleranza dell'incertezza (Dugas et al., 1998), un deficit nella regolazione dell'esperienza emotiva (Mennin et al., 2005)

La diagnosi di DAG non deve esser posta se, in base alla storia di vita e all'esame fisico, l'ansia e le preoccupazioni risultano conseguenziali a una condizione medica (come ad esempio l'ipertiroidismo); oppure se il paziente è stato esposto all'abuso di una droga di un farmaco o di una tossina poiché nella fattispecie si parlerebbe di Disturbo d'Ansia indotto da sostanze. Deve esser posta diagnosi differenziale anche con il Disturbo d'Ansia Sociale in quanto i soggetti che presentano tale disturbo hanno ansia anticipatoria in prossimità delle situazioni sociali nelle quali devono interagire con l'altro o essere valutati dagli altri; gli individui con DAG invece hanno la preoccupazione anche al di fuori delle situazioni sociali. Inoltre, occorre fare differenze cliniche anche con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo in quanto se nel paziente con Disturbo d'Ansia Generalizzato è la preoccupazione eccessiva ad assumere quasi caratteri ossessivi, nel DOC le ossessioni sono idee inappropriate che assumono la forma di pensieri e/o immagini intrusive, impulsive, indesiderate. L'ansia è presente nella maggior parte dei disturbi ed anche nel Disturbo da Stress Post-Traumatico e dunque non viene diagnosticato il DAG se la preoccupazione è meglio spiegata da sintomi di disordine da stress post-traumatico. Altra nota merita il Disturbo dell'Adattamento in cui l'ansia si verifica però in risposta ad un evento stressante entro tre mesi dalla comparsa dello stesso e non persiste per più di sei mesi dopo la cessazione dell'evento o delle sue conseguenze. Infine, l'ansia è una caratteristica associata spesso alla depressione, al Disturbo Bipolare e ai Disturbi Psicotici e non deve essere diagnosticata se si presenta solo nel corso di tali condizioni.

1.3 INCIDENZA E PREVALENZA

Le informazioni più recenti sull'epidemiologia del disturbo indicano un tasso di prevalenza a 12 mesi, dello 0,9% tra gli adolescenti e dello 2,9 tra gli adulti nella popolazione statunitense. Lo stesso in altri paesi varia dallo 0,4% al 3,6%. All'interno del progetto ESEMeD (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders), il primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali effettuato in un campione rappresentativo della popolazione adulta generale italiana e di altri 5 paesi europei (Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna), l'Italia ha condotto una ricerca promossa e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS); la selezione delle persone da intervistare e le interviste sono state invece realizzate dalla Doxa, nota azienda nel settore delle indagini di popolazione, in collaborazione con il gruppo di coordinamento italiano dell'ISS. Per l'Italia è stato intervistato, tra il 2001 e il 2002 un campione di quasi 5.000 soggetti maggiorenni, selezionati dalle liste elettorali di 172 comuni. La prevalenza a 12 mesi risulta essere dello 0,5% e specificatamente nei maschi dello 0,1% e nelle femmine dello 0,9% ; mentre la prevalenza nel corso della vita risulta dell' 1,9% rispettivamente nei maschi dello 0,8% e nelle femmine del 3,0%. Gli studi epidemiologici individuano che il 60% delle diagnosi di DAG riguarda il sesso femminile e dunque due terzi della popolazione clinica è donna (Alonso et al., 2004). Non sussiste differenza tra maschi e femmine per quanto riguarda la tipologia dei sintomi riportati, ma si riscontra una differenza nella comorbidità in quanto il genere femminile sembra manifestare sintomi associati per lo più ai disturbi d'ansia o alla depressione unipolare, mentre il genere maschile va più facilmente incontro all'uso di sostanze. L'età media di insorgenza è successiva ai trent'anni, risultando più avanzato rispetto ad altri disturbi d'ansia, e diminuisce negli ultimi anni di vita. I sintomi di eccessiva preoccupazione si possono manifestare presto nel corso della vita ma vengono per lo più addebitati ad un temperamento ansioso senza ricorrere dunque ad un consulto specialistico. Il DAG ricopre il 12% delle diagnosi dei Disturbi d'Ansia ed il tasso di remissione completa è molto bassa. Sono maggiormente gli individui di origine europea a presentare tale disturbo, molto più frequentemente di quanto non ne soffrano i soggetti di origine non europea. Infine, le popolazioni dei paesi sviluppati soddisfano maggiormente i criteri per il DAG rispetto alle popolazioni dei paesi non sviluppati (American Psychiatric Association, 2013).

1.4 STRUMENTI DIAGNOSTICI

Seguendo le indicazioni cliniche del DSM IV-TR, la valutazione dei disturbi d'ansia per poter strutturare un buon assessment, viene effettuata con una prima intervista diagnostica che è l'ADIS IV.

L'*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV* (Brown & Barlow, 2004) è un' intervista diagnostica che permette di ottenere informazioni dettagliate sulla tipologia, la frequenza e la severità dei sintomi presentati; di valutare i processi cognitivi chiave dei disturbi d'ansia; di analizzare le situazioni scatenanti

e le strategie di coping e nello specifico le risposte di evitamento; di determinare i livelli di sofferenza e l'impatto sul funzionamento giornaliero; delineare i fattori precipitanti lo sviluppo e l'andamento sintomatologico; individuare i sintomi co-occorrenti e altri processi implicati che potrebbero influenzare il trattamento.

A questa si aggiungono le scale di misura standard che permettono di fare uno screening dei vari sintomi ansiosi, di avere una misura della severità dei sintomi che sarà successivamente utile, attraverso il re-test, a valutare l'efficacia del trattamento; inoltre la somministrazione delle scale di misura all'inizio della presa in carico permette di ripetere le stesse durante l'intervento e dunque di rendere evidente, magari attraverso un diagramma, i progressi del paziente e l'eventuale presenza di sintomi resistenti al miglioramento:

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

E' uno strumento di autovalutazione utilizzato per misurare la gravità dei sintomi di natura ansiosa sia somatici che cognitivi (sensazione di calore, formicolio, paura che possa accadere qualcosa di grave) composto da 21 domande che contemplan la sintomatologia avvertita nell'ultima settimana. Il questionario ha un'attribuzione di punteggio su scala likert da 0 (per nulla) a 3 (grave o appena sopportabile). Se l'esito finale è tra 0 e 9, viene considerato nella norma, se tra 10 e 18, viene data un'indicazione di ansia media, se tra 19 e 29 si riscontra un'ansia moderatamente alta ed infine il range tra 30 e 63 evidenzia presenza di ansia grave.

✓ *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spelberg et al., 1993)

E' una scala che si compone di due sezioni: una con item per l'ansia di stato e l'altra per l'ansia di tratto. La prima è l'intensità dello stato emotivo dell'ansia nello specifico momento della somministrazione, la seconda viene invece considerata una disposizione relativamente stabile della personalità del soggetto. Ambedue le sezioni comunque sono composte da 20 domande con quattro possibilità di risposta, da "quasi mai" a "quasi sempre". Lo scoring è il medesimo per ambedue, così come i range di gravità: se il punteggio è da 20 a 30 il livello di ansia risulta nullo o molto basso, se da 31 a 50 allora si evidenzia ansia medio-bassa, se da 51 a 70 si parla di ansia medio-alta ed infine il punteggio che individua un livello di ansia altissimo è da 71 a 80.

✓ *Beck Depression Inventory-II* (BDI; Beck et al., 1996)

Gli item del BDI valutano la gravità della depressione nelle settimane precedenti la somministrazione. Distingue due fattori, quello somatico-affettivo (come la perdita di energie, di interesse, alterazioni del sonno, etc.) e quello cognitivo della depressione (senso di colpa,

autocritica, pessimismo, etc.). Al soggetto è richiesto di indicare un valore da 0 a 3 a secondo di quale punteggio descrive meglio il suo stato d'animo. I punteggi dei due fattori vengono infine sommati per rientrare o in un range di normalità se tra 0 e 9, presenza di depressione lieve se il punteggio si colloca tra 10 e 15, depressione da lieve a moderata se il risultato si situa tra 16 e 19, depressione da moderata a grave se viene evidenziato il range tra 20 a 29, ed infine si può parlare di depressione grave se il valore si colloca tra 30 e 36.

Somministrare le scale generali, si procede con le scale di misura specifiche per fare diagnosi di DAG:

- ✓ *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer et al., 1990)
E' un questionario che viene utilizzato per valutare la tendenza dei soggetti a preoccuparsi in merito a stimoli generici senza far riferimento a target specifici. Attraverso una risposta su scala likert che va da 0 "per nulla comune" a 5 "molto comune" si indaga sulla propensione ad angosciarsi in maniera eccessiva e frequente.

- ✓ *Worry Domains Questionnaire* (WDQ; Tallis et al., 1992)
Il presente questionario tende a valutare il contenuto delle preoccupazioni. Attraverso l'utilizzo di 25 item si indagano cinque domini del *worry*: timori riguardo le relazioni interpersonali, mancanza di fiducia in se stessi, mancanza di prospettive future, preoccupazioni per il lavoro ed infine l'area finanziaria. Si può fare una duplice analisi: sia della frequenza con cui si presentano le preoccupazioni, che del contenuto stesso riportato negli item salienti.

- ✓ *Generalized Anxiety Disorder Scale-Revised* (GADS-R; Wells, 2012)
Il GADS-R è uno strumento di valutazione delle credenze metacognitive positive e negative e anche utilizzato per prendere atto dei comportamenti che il paziente mette in atto per evitare la minaccia e la preoccupazione.

- ✓ *Anxious Thoughts Inventory* (AnTI; Wells, 1994b)
E' uno strumento di misura multidimensionale della preoccupazione che mira a discriminare la preoccupazione dalle valutazioni negative sulla preoccupazione stessa. È composto da 22 item distinti in item che valutano preoccupazioni di tipo 1 (non cognitive come ad esempio quelle

riguardanti le relazioni con gli altri o i sintomi somatici) e le preoccupazioni di tipo 2 (le meta-preoccupazioni, quelle cioè relative ai pensieri, ossia le preoccupazioni sulle preoccupazioni).

Gli item valutano le preoccupazioni in tre domini diversi:

- le preoccupazioni sociali;
- le preoccupazioni per la salute;
- le meta-preoccupazioni.

✓ *Thought Control Questionnaire* (TCQ; Wells & Davies, 1994)

Il questionario indaga le diverse strategie messe in atto dal soggetto per gestire i pensieri intrusivi e spiacevoli. Il questionario è composto da 30 item per complessive cinque tipologie di strategie:

- distrazione, ad es., “Faccio qualcosa che mi piace”;
- controllo sociale, ad es., “Chiedo ai miei amici se hanno pensieri simili”;
- preoccupazione, ad es., “Mi focalizzo su pensieri negativi differenti”;
- punizione, ad es., “Mi punisco per aver pensato questa cosa”;
- rivalutazione, ad es., “Provo a dare un'altra interpretazione alla cosa”.

✓ *Meta-Cognitions Questionnaire* (MCQ-65; Cartwright-Hatton & Wells, 1997)

L'MCQ-65, composto da cinque domini (convinzioni positive, convinzioni riguardanti i pensieri incontrollabili, confidenza cognitiva, bisogno di responsabilità, di controllo e di punizione, autoconsapevolezza) valuta le convinzioni sul rimuginio, sugli atteggiamenti ed i processi associate all'elaborazione cognitiva.

✓ *Fear Questionnaire* (FQ; Marks & Mathews, 1979)

Ai soggetti è chiesto di valutare, sulla base di punteggi da 0 (non lo evito) a 8 punti (lo evito sempre), il livello di evitamento di una serie di situazioni. È uno strumento dunque che, includendo i comportamenti di evitamento tipici del DAG, viene utilizzato per accertare la presenza del disturbo.

1.5 TEORIE EZIOPATOGENETICHE

Gli studi per spiegare lo sviluppo dell'ansia si basano su quattro fattori: biologico, genetico, psicodinamico e cognitivo.

1.5.1 MODELLO BIOLOGICO

Nell'ottica biologica l'ansia è stata studiata sulle basi della biochimica cerebrale e neurofisiologica (Biondi, 1988). A livello neurochimico i principali neurotrasmettitori implicati nell'ansia risultano essere l'adrenalina, la serotonina e l'acido gamma-aminobutirrico (GABA). Negli ultimi anni ulteriori studi hanno ipotizzato l'implicazione del sistema noradrenergico nei disturbi d'ansia, per cui i ricercatori imputano lo sviluppo dei sintomi dell'ansia patologica ad una disfunzione nella regolazione dei sistemi noradrenergico, serotoninergico e GABAergico. L'uso dei farmaci antidepressivi ha evidenziato una diminuzione dell'ansia a verifica del legame tra l'ansia e il neurotrasmettitore serotonina, anche se tale conferma non arriva da studi sugli animali da laboratorio per i quali non si riscontra tale connessione (Charney et al., 1990).

Nella sindrome ansiosa vengono chiamati in causa il locus coeruleus e i nuclei del rafe, che proiettano le loro connessioni alla corteccia e al sistema limbico. Il legame tra questi e la sintomatologia ansiosa viene evidenziato dagli studi effettuati su soggetti affetti da epilessia del lobo temporale. Evidenze sperimentali dimostrarono l'associazione tra il sistema GABAergico e l'impiego delle benzodiazepine (classicamente chiamati "ansiolitici"), che riuscirebbero a ridurre l'ansia attraverso l'aumento, a livello recettoriale, dell'acido gamma-aminobutirrico. Questa corrispondenza suggerisce che i soggetti con patologia ansiosa hanno uno squilibrio nella funzionalità dei recettori GABA (Pancheri, 2001).

Negli ultimi anni utilizzando tecniche neuroimaging DTI (Diffusion Tensor Imaging) e fMRI (Functional Magnetic Resonance Imaging), si è analizzata la materia bianca cerebrale dei soggetti con DAG rispetto ai soggetti sani e si è dimostrato che l'amigdala (area essenziale del sistema limbico responsabile dei processi di regolazione emotiva) avrebbe connessioni più deboli con la corteccia cingolata anteriore e prefrontale (aree del sistema fronto- limbico); questo circuito chiamato "uncinate fasciculus" sarebbe quindi in qualche modo depotenziato, un po' come se fosse un muscolo che non viene allenato nei pazienti con disturbo d'ansia generalizzato, il tutto ovviamente con conseguenze su una sana regolazione emotiva (Tromp et al., 2012)

1.5.2 MODELLO PSICODINAMICO

Le teorie freudiane pongono l'accento sia sull'importanza dei fenomeni e processi inconsci nel determinare l'ansia nevrotica che sull'essenziale ruolo svolto dall'ansia nello sviluppo dell'individuo e nella dinamica degli stati nevrotici e psicotici. Freud elaborò che l'ansia era il fattore che causa la

rimozione. L'ansia darebbe un segnale all'Io della presenza di forze inconscie pericolose da neutralizzare attraverso la rimozione; non sempre però il meccanismo di rimozione riesce a risolvere il conflitto intrapsichico del quale l'individuo continua ad avere il "rumore interno". Il permanere dell'ansia costringe l'istanza egoica ad utilizzare altri meccanismi difensivi con il conseguente sviluppo di sintomi o veri e propri quadri psichiatrici (Fenichel, 1951).

Cannon studia l'origine dell'ansia orientando la sua ricerca sui fenomeni legati all'ansietà considerandoli da un punto di vista biologico come una minaccia al mantenimento dell'equilibrio dell'individuo, un fallimento temporaneo a cui consegue il tentativo di ricostruzione (Cannon, 1956).

Nella visione di Sullivan, l'individuo, parte integrante della cultura alla quale appartiene, sperimenterebbe il fenomeno ansia in quanto sottoposto a forze che metterebbero a dura prova la sicurezza individuale nelle relazioni interpersonali. Secondo l'autore l'ansia non sarebbe un segnale di pericolo che minaccia il bambino bensì sarebbe l'ansietà della madre ad indurre ansia nel figlio. L'ansia diventerebbe un ostacolo ai bisogni del bambino e provenendo da un'altra persona, non risulterebbe manipolabile, ponendo il piccolo in una situazione di impotenza. L'unica possibilità che l'individuo ha per neutralizzare l'ansia è data dall'operatività del sistema Sé, che metterebbe in atto delle difese primariamente di tipo fisiologico fino a raggiungere quelle puramente patologiche (Sullivan, 1962).

Dal punto di vista strettamente psicodinamico, l'ansia è il prodotto di un conflitto emotivo interno all'individuo (conflitto intrapersonale) e tra l'individuo e le regole sociali (conflitto interpersonale).

Dal momento che il conflitto determina ansia, l'individuo tende a trovare una risoluzione a questo ma non sempre risulta efficace per la natura inconscia del conflitto stesso. Quando si ha la possibilità di manifestare affetti rimossi si genera la sensazione soggettiva dell'ansia; di fatto però la manifestazione degli affetti rimossi riprodurrebbe nuovamente il conflitto dando luogo alle sensazioni insopportabili.

Il punto di vista psicodinamico può essere così schematizzato:

conflitto → ansia → rimozione del conflitto → sintomo

1.5.3 MODELLO COGNITIVO

Barlow ha fornito un quadro completo per spiegare la complessità dell'ansia patologica, del suo sviluppo e dell'influenza dei fattori biologici, ambientali e psicologici, considerando il DAG come il disturbo d'ansia di base, dato il fatto che in tale disturbo si manifestano i processi di base dell'ansia (Barlow, 1988). La vulnerabilità biologica e psicologica creano il substrato sul quale gli eventi di vita negativi strutturano percezioni negative che a loro volta danno vita a "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). Si crea pertanto un circolo vizioso di apprensione

ansiosa che innalza il livello di vigilanza verso ulteriori fonti di pericolo. Quest'ultima, inoltre, è anche alimentata da uno slittamento del focus attentivo su se stessi piuttosto che sulle circostanze del momento, sulle attività in atto.

Nella prospettiva dell'elaborazione delle informazioni è stato sviluppato un modello secondo il quale i pazienti con alti livelli di DAG impiegherebbero alti livelli di attenzione per andare alla ricerca delle informazioni sulle minacce e svilupperebbero un livello soglia per l'ansia più basso di altri (Rapee, 1991b; Dibartolo e al., 1997). Rapee ha ipotizzato che, dopo aver avuto accesso alle informazioni minacciose, si attiva il nodo dell'ansia che abbassa innanzitutto la soglia per le informazioni minacciose e anche informazioni sulle potenziali risposte alle minaccia e sulla probabilità che queste possano fronteggiarla con successo. Il nodo dell'ansia verrebbe inibito qualora subentrasse l'informazione di successo nel controllo della minaccia. I pazienti con DAG riferiscono di non avere controllo sulle minacce e quindi diventerebbe poco probabile provare tale inibizione. In merito alla preoccupazione, Rapee ha indicato che essa risulta un processo conscio, che richiede attenzione e che, attraverso l'attività ipotizzata nella memoria operativa, può avere un effetto inibitorio sulle emozioni dell'ansia. La riduzione dell'ansia non sarebbe altro che un rinforzo alla funzione della preoccupazione.

Sempre in ambito cognitivo, negli anni si sono accentuate le evidenze a favore del ruolo svolto dal costrutto "intolleranza all'incertezza" che porterebbe i pazienti ad assumere uno stile di pensiero formulato nel tipo "e se...". Uno studio sperimentale effettuato da Ladouceur e altri ricercatori, avente lo scopo di manipolare il livello di tolleranza all'incertezza in un gruppo non clinico, ha evidenziato che:

- un livello più alto di intolleranza conduceva ad un aumento della preoccupazione (Ladouceur et al., 2000b);
- pensare che "la preoccupazione aiuta ad evitare delusioni", "la preoccupazione previene gli eventi negativi" sia rinforzato dal fatto che l'evento temuto non si verifica;
- i pazienti affetti da DAG piuttosto che avere una scarsa abilità di problem solving, avrebbero scarsa fiducia nella propria capacità di risolvere i problemi.

Il modello incorpora anche le precedenti assunzioni di Borkovec (1998) che mettevano in risalto il ruolo svolto dalla "preoccupazione come evitamento della paura". La preoccupazione sarebbe un processo cognitivo semantico con la funzione di diminuire lo stato di attivazione somatico stimolato inizialmente da immagini che fanno paura. La preoccupazione verrebbe dunque rinforzata negativamente dalla diminuzione dei sintomi somatici.

1.5.4 IL MODELLO COGNITIVO DI CLARK E BECK

Sulla base del modello cognitivo standard, Beck e Clark (2010) strutturano il loro modello concettualizzando il disturbo in tre fasi:

- fase evocativa;
- fase del processamento automatico;
- fase del processamento elaborativo;

Secondo il modello cognitivo il rimuginio è legato a circostanze di vita, obiettivi personali e valori. Partendo dal presupposto che tutti i costrutti cognitivi si riferiscono all'influenza che gli sforzi finalizzati hanno sul comportamento e sull'esperienza mentale, il valore dei propri obiettivi diventa il catalizzatore del rimuginio e le convinzioni personali di inadeguatezza, la bassa autostima, la sensazione di non padroneggiare la situazione contingente minacciosa, l'intolleranza per l'incertezza, favoriscono i disturbi d'ansia come ad esempio il DAG (Beck & Clark, 2010).

I fattori ambientali sono importanti nel modello cognitivo perché l'ansia è una risposta ad uno stimolo interno o esterno che innesca una valutazione di minaccia. Questo modello è più coerente con una prospettiva diatesi-stress in cui situazioni o segnali particolari (stress) attivano la risposta d'ansia negli individui con una costante propensione a generare valutazioni primarie di minaccia (diatesi).

Sebbene le situazioni che provocano ansia siano differenti nei vari individui, uno stimolo attiva la risposta d'ansia se è percepito come una minaccia agli interessi vitali del soggetto. La minaccia può essere ipotetica o reale. Una situazione può essere percepita come altamente minacciosa se viene considerata non solo come interferente alla soddisfazione dei propri valori e obiettivi personali, ma anche se crea conseguenze personalmente negative o dolorose, quali l'isolamento, il rifiuto o la sconfitta.

- Nella fase *evocativa* si assiste alla combinazione di eventi, vulnerabilità e valore dei propri obiettivi, che nella loro interazione fungono da stimolo per pensieri intrusivi relativi a minacce reali o ipotetiche.

Con pensieri intrusivi si intende “ogni identificabile evento cognitivo, non voluto, non progettato, ricorrente. Questo tende ad interrompere il normale flusso dei pensieri, interferisce con i compiti, è associato ad emotività negativa ed è difficile da controllare” (Clark & Rhyno, 2005).

- Nella fase del *processamento automatico* i soggetti sembrano avere un'attenzione selettiva per gli stimoli minaccianti e un bias cognitivo per gli stimoli neutri interpretati come minaccianti.

I soggetti con DAG in effetti sembrano avere un'elevata intolleranza per l'incertezza. La conseguenza di questo è un estremo tentativo di evitare situazioni incerte o insicure. Di seguito uno schema esemplificativo (fig. 1.3)

SCHEMA	ESEMPLIFICAZIONE
<p><u>Minaccia generalizzata</u></p> <p>Credenze sulla probabilità e sulle conseguenze di minaccia sulla propria sicurezza psicologica e fisica</p>	<p>“E’ probabile che mi capitino degli esiti negativi tali da ostacolare la realizzazione dei miei obiettivi”</p> <p>“Se il mio obiettivo viene minato da un evento negativo, ne subirò le gravi conseguenze a lungo termine”</p> <p>“Se dovesse avvenire l’evento negativo, lo stress e l’ansia su di me saranno molto forti”</p>
<p><u>Vulnerabilità personale</u></p> <p>Credenze riguardanti l’impotenza, l’inadeguatezza, e la mancanza di risorse personali per fronteggiare l’evento</p>	<p>“Se avvenisse un evento negativo, potrei non essere capace di fronteggiarlo”</p> <p>“Non ho il controllo sulla probabilità che l’evento negativo accada e sui suoi effetti”</p> <p>“Sono impotente, debole di fronte a tale evento”</p>
<p><u>Intolleranza all’incertezza</u></p> <p>Credenze riguardo la frequenza, le conseguenze, l’evitamento e la non accettabilità degli eventi negativi incerti o ambigui</p>	<p>“E’ importante essere pronti a qualsiasi cosa brutta inaspettata che potrebbe capitarmi”</p> <p>“L’incertezza aumenterà lo stress e le conseguenze negative su di me”</p> <p>“Se potrò ridurre il dubbio e l’ambiguità di un potenziale evento negativo, avrò più capacità di fronteggiarlo”</p>
<p><u>Metacognizione del rimuginio</u></p> <p>Credenze riguardanti gli effetti positivi o negativi del rimuginio e sulla loro controllabilità</p>	<p>“Rimuginare mi aiuta a risolvere i problemi e a prepararmi al peggio”</p> <p>“Se rimuginio significa che sto prendendo la situazione sul serio”</p> <p>“Se fossi più forte, sarei capace di controllare il mio rimuginio”</p> <p>“L’elevata ansia e stress sono causati dall’incontrollabilità del rimuginio”</p>

Fig. 1.3 Schemi del DAG (Clark & Beck, 2010)

La fase del processamento è la fase centrale del modello cognitivo. Come esemplificato nello schema precedente, il rimuginio è una strategia per ragionare su possibilità future negative al fine di ridurre al minimo il rischio di avere conseguenze negative e danni. Il Disturbo d’Ansia Generalizzato è strettamente legato ad una serie di distorsioni cognitive e metacognitive; il “*worry about worry*” conduce l’individuo a razionalizzare, a distanziarsi, a sopprimere e all’evitamento cognitivo.

- Nella fase del *processamento elaborativo* si comincia a valutare il rimuginio come dannoso, inefficace, un ostacolo e incontrollabile. Wells ha introdotto il concetto di credenze metacognitive, intendendo con questo concetto le valutazioni e le convinzioni relative ai fenomeni cognitivi e alla propria abilità di padroneggiarli (Wells & Matthews, 2006). Le credenze metacognitive del DAG hanno come nucleo l’importanza di controllare i propri

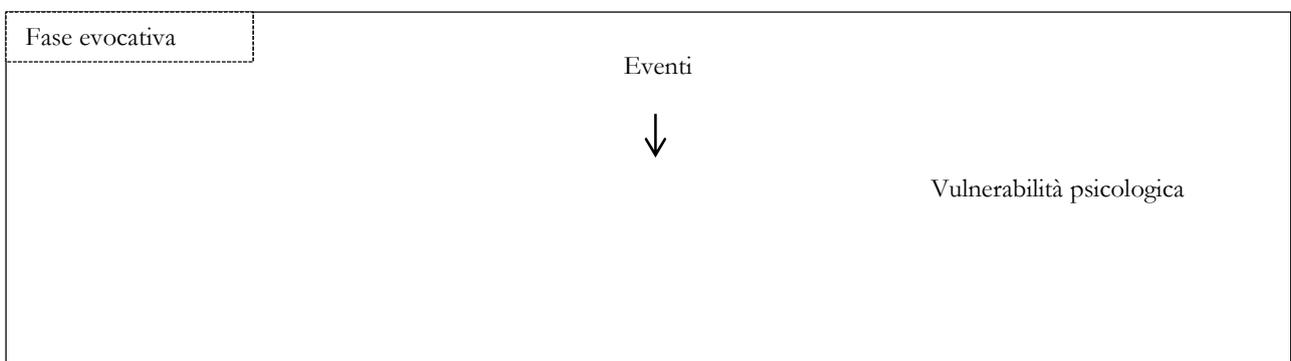
pensieri, l'importanza del pensiero in sé e la negatività del pensiero stesso. Ne consegue dunque che le credenze metacognitive portano a quello che viene chiamato “metarimuginio”.

Dagli studi di Wells, si categorizzarono le convinzioni sul rimuginio in due tipologie:

<i>Metacognizioni positive</i>	Es: “Rimuginare mi aiuterà a gestire gli eventi”
<i>Metacognizioni negative</i>	Es: “Devo smettere di rimuginare o impazzirò”

Le metacognizioni positive portano a esporsi al rimuginio, l'attenzione del soggetto di conseguenza si focalizza sui rischi e sui pericoli, aumentando la sensazione di insicurezza ed incertezza. Inevitabilmente la persona sarà portata a fare nuovamente ricorso al rimuginio creando un circolo vizioso. Attraverso le metacognizioni negative si assiste invece ad un tentativo di sopprimere il *worry*, aumentando la potenza delle metacognizioni negative stesse. Inoltre, i pensieri intrusivi riguardanti l'incertezza di raggiungere i propri obiettivi, non fanno altro che stimolare il rimuginio tanto più quanto maggiore è la vulnerabilità del soggetto. Gli autori sottolinearono che credenze maladattive circa minacce generiche, personale vulnerabilità, intolleranza all'incertezza e natura del *worry* legate a scopi rilevanti, sono presenti maggiormente nel DAG che in altri disturbi (Wells & Matthews, 2006).

Possiamo quindi esemplificare il modello con lo schema seguente (fig. 1.4)



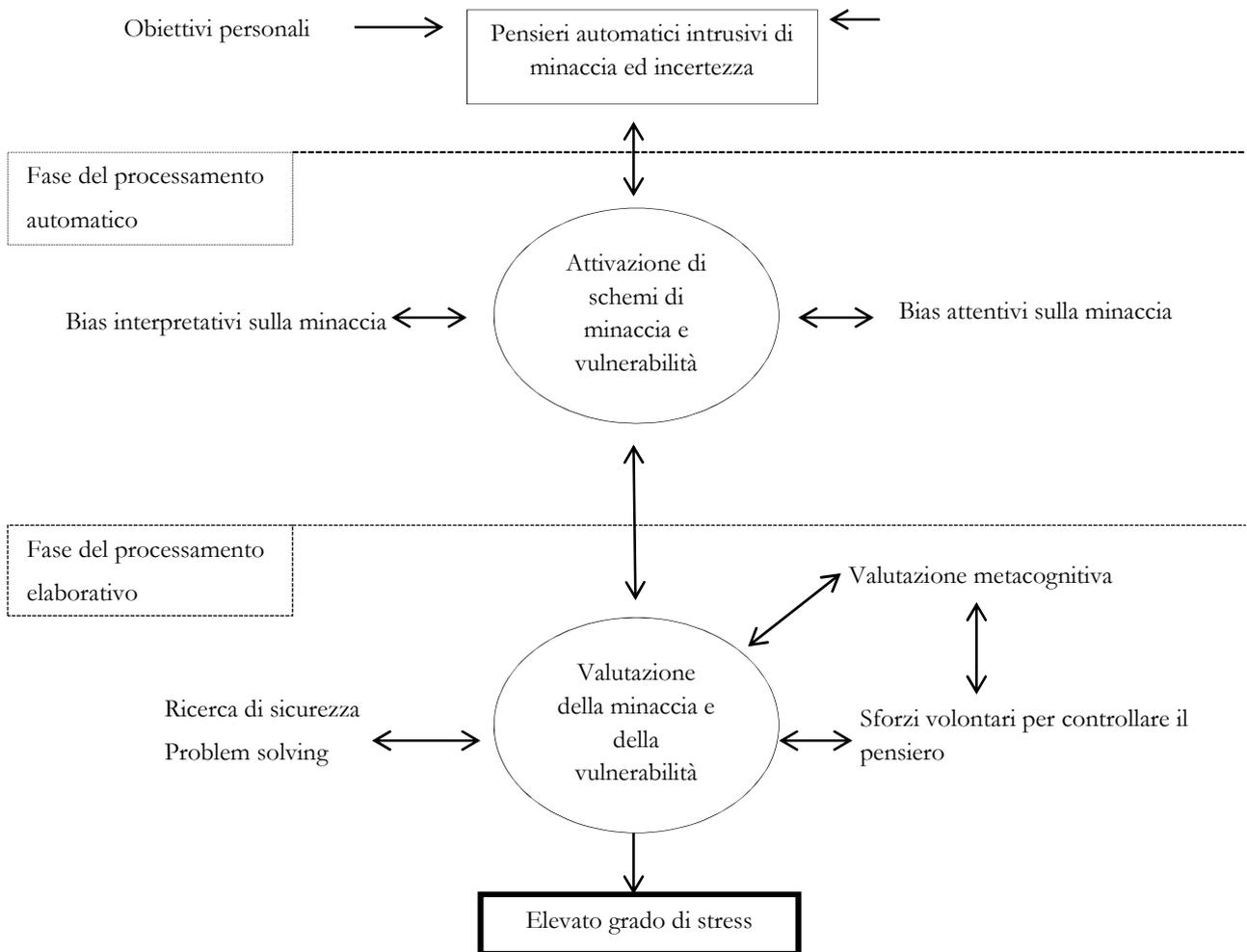


Fig 1.4 Modello cognitivo di Clark & Beck, 2010

1.5.5 IL MODELLO METACOGNITIVO DI WELLS

La componente principale del modello metacognitivo proposto da Wells (2012) è il rimuginio. Come già Borkovec (2004) faceva notare, le preoccupazioni del Disturbo d'Ansia Generalizzato sono simili alle normali preoccupazioni; la differenza tra la normalità e la patologia sta nel fatto che nel DAG la preoccupazione si associa a pensieri e credenze più negative della preoccupazione stessa. Wells ha identificato due tipi di preoccupazione:

- ✓ *tipo 1* riguardanti tutti gli eventi giornalieri, dalla salute fisica all'interazione con gli altri fino agli eventi interni non cognitivi (ad esempio le sensazioni fisiche);
- ✓ *tipo 2* riguardanti la natura e la manifestazione del pensiero a livello metacognitivo, quindi il *metaworry*, il rimuginare sulle proprie rimuginazioni

-“rimuginare mi aiuta ad affrontare i problemi”

-“se rimugino sono pronto a qualsiasi cosa”

-“non ho il controllo delle mie rimuginazioni”

-“rimuginare è pericoloso”

L'uso della preoccupazione diventa una strategia di coping per rispondere ai pensieri intrusivi negativi e per affrontare gli eventi, le situazioni temute.

Le preoccupazioni di tipo 2 hanno un maggior peso nel mantenimento del disturbo; è da queste preoccupazioni che deriva l'angoscia riferita dal paziente. Il soggetto con DAG non riesce a distanziarsi dalla sua modalità di pensiero e contemporaneamente le apprensioni aumentano la sensazione di vulnerabilità, fomentando le aspettative negative.

Per il modello metacognitivo, il soggetto utilizza le preoccupazioni di tipo 1 come una strategia per rispondere a un fattore scatenante. Il rimuginio si attiva come strategia gestionale delle situazioni, a causa di latenti credenze positive circa la funzionalità ed efficacia delle ruminazioni mentali. In seguito a ciò ne derivano credenze negative riguardanti la rimuginazioni che possono essere distinte in due categorie: quelle sull'incontrollabilità e quelle concernenti le conseguenze disastrose del *worry* e che vanno a produrre valutazioni pessimistiche sulle rimuginazioni. Il soggetto affetto da DAG porta in terapia la sua “preoccupazione di essere preoccupato” e questo non fa altro che alimentare l'ansia di non essere in grado di gestire la situazione contingente. Le preoccupazioni di tipo 2, le metapreoccupazioni, si riferiscono alle preoccupazioni negative in merito alla preoccupazione stessa e ai sintomi concomitanti (“Non riesco a fermare la mia preoccupazione, sto perdendo il controllo, è terribile”). Tuttavia l'utilizzo di strategie maladattive, che il paziente mette in atto per placare la percezione di rischio e di pericolo, non fa altro che radicare maggiormente le credenze negative ed inevitabilmente innalzare il livello di ansia (Wells, 2012). Nella spiegazione del modello vengono evidenziati due fattori chiave del mantenimento del problema:

- ✓ le risposte comportamentali, come ad esempio: la ricerca di assicurazioni, di informazioni, l'evitamento, le distrazioni, l'abuso di alcool, droghe o cibo;
- ✓ le strategie di controllo dei pensieri, come può fare una persona preoccupata per consegne di lavoro da svolgere che cercherà di allontanare tutti i pensieri di lavoro quando sta facendo altro o si trova da altre parti al di fuori del lavoro.

Il primo fattore, la risposta comportamentale, spostando l'attenzione su stimoli esterni, impedisce il normale processo di autocontrollo non facendo altro che mantenere la valutazione negativa sulla preoccupazione. Il secondo fattore invece, il controllo sui pensieri, può indurre ad un aumento della frequenza dei fattori scatenanti le preoccupazioni, rinforzando le relative credenze negative, come la mancanza di controllo.

Tali strategie comportano un rimuginio continuo sul problema senza riuscire a trovare una risoluzione e, continuando a mantenere l'attività concettuale, l'individuo non si sente più in grado di interrompere il processo mentale. Questo circolo vizioso può essere sorretto da vari fattori: l'individuo potrebbe

credere che non preoccuparsi significhi non provare ad affrontare il problema, o ancora potrebbe non essere consapevole del controllo che agisce sulla propria preoccupazione e potrebbe pensare che il problema non sia risolvibile. Ovviamente i due tipi di preoccupazione sono associate a reazioni emotive. Le prime possono portare ad un incremento della tensione e dell'ansia e l'aumento dei sintomi può indurre nel soggetto interpretazioni delle preoccupazioni come prove che giustificano le apprensioni. Ciò che il paziente porta, ossia la perdita del controllo dei propri pensieri che ora si susseguono velocemente ed in maniera automatica, l'incapacità a rilassarsi sono alcuni dei sintomi interpretabili come perdita del controllo mentale.

Seguendo il modello metacognitivo di Wells, si evince dunque che l'obiettivo da condividere con il paziente non sarà quello di controllare o sopprimere i pensieri intrusivi che alimentano il circolo vizioso ma, placare il processo mentale di rimuginio che si attacca e segue i pensieri intrusivi.

Possiamo esemplificare il modello metacognitivo di Wells secondo lo schema seguente (fig. 1.5)

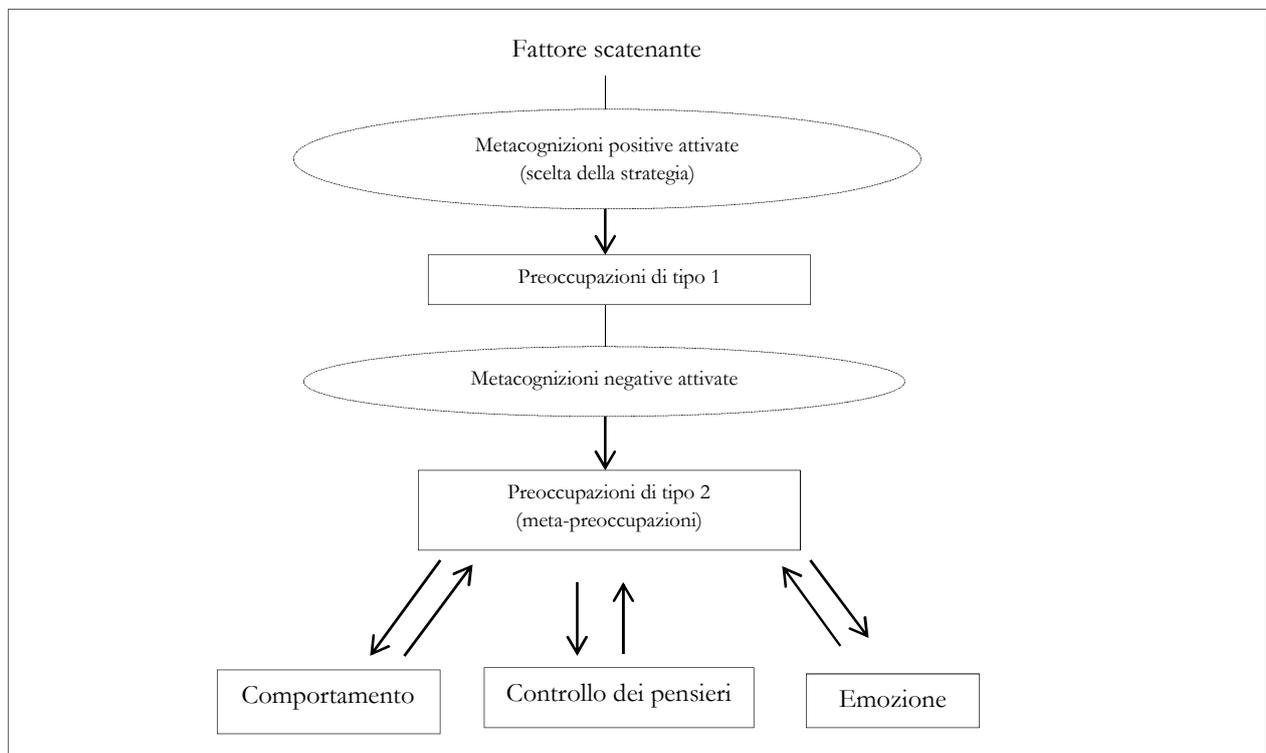


Fig. 1.5 Il modello metacognitivo del DAG (Wells, 2012)

Ribadito il fatto che preoccuparsi per eventi futuri è normale ma per alcuni diventa così invalidante da strutturare il DAG, è interessante osservare come alcuni autori abbiano indagato sulle caratteristiche prodromiche del rimuginio, le origini di questo forma di pensiero negativo ricorrente e le situazioni che potrebbero facilitarne l'apprendimento. Uno studio del 2012 (Spada et al., 2012) ha ricondotto le variabili a due categorie:

- lo stile genitoriale;

-le credenze delle persone sul rimuginio stesso.

Se per quanto concerne le credenze metacognitive, esse sono molto affini a quelle ipotizzate da Wells (2012), ossia che rimuginare abbia un esito efficace oppure percepire l'impossibilità di fermare il rimuginio come se fosse fuori dal proprio controllo, è interessante notare come l'iperprotezione ricevuta nell'infanzia e nell'adolescenza, intesa come limite alla libertà di esplorare il mondo e la cura cioè la capacità di trasmettere al bambino un senso di sicurezza che appartiene all'adulto, siano variabili molto collegate nello sviluppo del rimuginio ostacolando le esperienze esplorative dei bambini e impedendo di sperimentare ed apprendere strategie di fronteggiamento dei problemi, orientate all'azione.

Spada e colleghi (2012) hanno anche evidenziato come l'interazione tra l'ambiente familiare iperprotettivo, le elevate e rigide credenze sulla necessità di controllare il *worry* e la percezione della sua utilità/inutilità sono un fattore di rischio elevato per lo strutturarsi del rimuginio. Nella mente del paziente, credere che tale forma di pensiero sia utile ne facilita la messa in atto ma, allo stesso modo credere che sia sempre e comunque necessario controllare tutti i propri pensieri ne agevola lo sviluppo. Se ci si impegna a evitare di pensare all'elefante rosa, non si fa altro che ingrandire tale immagine nella nostra mente; per far sì che l'animale non diventi un'ossessione, occorre dunque, come si vedrà nel trattamento, lasciar scorrere il pensiero. Come vedremo nel modello di trattamento metacognitivo una strategia per non ancorarsi al rimuginio è quella di permettersi di avere momenti in cui rimuginare.

1.6 PRINCIPI DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Per molto tempo, il trattamento farmacologico per eccellenza nei disturbi d'ansia, ivi compreso il Disturbo d'Ansia Generalizzato, si è pensato fosse l'uso delle benzodiazepine in quanto dimostravano sicurezza e offrivano un efficace sollievo dai sintomi per la maggior parte dei pazienti. Studi aggiuntivi sottolinearono anche come non ci fosse una differenza d'efficacia tra i vari gruppi di benzodiazepine (Roy-Byrne,1998).

Nel 60% dei casi questa categoria farmaceutica viene prescritta dal medico di famiglia e ricopre il 75% delle loro prescrizioni. Al di là di una diagnosi accertata e ben chiara, passo fondamentale per distinguere una sintomatologia cronica da una acuta, dal 25% al 70% fa un uso continuativo di BDZ (benzodiazepine) per più di un anno. I maggiori consumatori risultano essere donne, anziani e pazienti con malattie fisiche per lo più per ragioni legate all'ansia o all'insonnia. Tra gli anni '80 e '90 in Europa si è assistito ad un aumento del consumo prolungato (Bellantuono e Balestrieri, 2003). Mentre però le BDZ producono sembra ombra di dubbio un buon effetto terapeutico a breve termine, gli effetti collaterali da evidenziare sono: compromissione delle prestazioni cognitive, sonnolenza e letargia nell'eventualità di alte dosi somministrate, dipendenza fisica e psicologica a seguito di un uso

prolungato. Inoltre, come indica Dubovsky (1990), la sospensione del trattamento può sviluppare un effetto rebound dell'ansia e un'intensificazione dei sintomi precedenti in una percentuale che oscilla tra il 25% e il 75% dei soggetti (vomito, mialgie, intolleranza alle luci ed ai suoni intensi, disturbi dell'equilibrio), una sindrome d'astinenza che varia tra il 40% e il 100% dei casi ed infine una ricaduta con il ritorno ai sintomi originali nel 63-81% dei pazienti.

Considerazioni etiche, mediche e legali sull'uso delle benzodiazepine a lungo termine, consigliano pertanto di farne un uso intermittente, soprattutto per evitare gli alti tassi di dipendenza, e di usare la minima dose efficace per il minor tempo possibile (Gorman e Papp, 1990). Attraverso studi basati sull'evidenza, Gale e collaboratori (2000) indicano che, sebbene le BDZ siano un farmaco efficace e rapido per il DAG rispetto al placebo, non risulta essere equilibrato il rapporto tra benefici e danni, essendo maggiori quest'ultimi. Tale farmaco aumenterebbe il rischio di dipendenza, di sedazione e sonnolenza, astenia e rilassamento muscolare, ridotta performance psicomotoria e cognitiva con possibili effetti di infortuni sul lavoro, ed incidenti stradali. Sussistono inoltre altri effetti indesiderati, meno comuni e indipendenti dal dosaggio che sono: l'effetto *hangover*, amnesia anterograda, confusione mentale, effetto paradossale.

Attualmente le benzodiazepine si dividono in base alle caratteristiche farmacocinetiche (diversa emivita di eliminazione e tipo di metabolismo). Nei composti ad emivita medio-lunga (oltre le 24 ore) troviamo il diazepam e il clordesmetildiazepam; a questi si sono aggiunti in seguito molecole a emivita breve (6-24 ore) quali l'oxazepam, il lorazepam, alprazolam. Nonostante tale distinzione, non sembrano esserci differenze cruciali tra le classi farmaceutiche per quanto concerne l'effetto sull'ansia. L'alprazolam si differenzia comunque dalle altre BDZ in quanto svolge soprattutto un'azione antidepressiva e antipanicale ed ha un'operazione sedativa minore. I primi segnali di efficacia clinica si riscontrano già dalla prima settimana e raggiungono il culmine alla sesta settimana; dopo questo periodo l'efficacia si stabilizza senza ulteriori cambiamenti. Proprio per questo, se somministrati ininterrottamente in patologie croniche, occorre costantemente riesaminare il dosaggio del farmaco in quanto la probabilità di andare incontro al fenomeno di tolleranza è molto alta tale da dare dipendenza fisica.

Un ansiolitico non benzodiazepinico, il buspirone, sembra poter essere equivalente come efficacia alle BDZ ma a differenza di queste, non produrrebbe effetti sedativi, né sindromi di astinenza né effetto rebound dopo l'interruzione (Roy-Byrne e Cowley, 1998) e può essere utilizzato nei casi di trattamento prolungato.

Gale e collaboratori (2000) attraverso studi randomizzati controllati con placebo, hanno dimostrato che gli antidepressivi come paroxetina, imipramina, venlafaxina e mirtazapina potrebbero avere effetti positivi nel trattamento del Disturbo d'Ansia generalizzato; studi sull'efficacia clinica degli

antidepressivi ne hanno confermato l'ipotesi di maggior esiti positivi rispetto agli ansiolitici nel ridurre i sintomi psichici dell'ansia.

Considerando anche la frequente comorbidità dell'ansia generalizzata con la depressione, sono stati effettuati studi che hanno portato gli antidepressivi ad essere considerati in molti casi i farmaci di prima scelta nel trattamento di questo disturbo. La FDA (*Food and Drug Administration*) ha approvato la paroxetina e l'escitalopram come SSRI per il trattamento del GAD oltre che per la depressione. Tuttavia altri SSRI, come citalopram, sertralina, fluoxetina e fluvoxamina, sembrano avere un analogo effetto ansiolitico (Goodman, 2004). Studi svolti mettendo a confronto la paroxetina con il placebo hanno evidenziato l'effetto sia a breve (otto settimane) che a lungo termine (otto mesi) del farmaco (Stocchi et al., 2003).

Anche la venlafaxina, un inibitore della ricaptazione di noradrenalina e serotonina, ha dimostrato una certa efficacia ansiolitica e antidepressiva e ha pertanto ricevuto l'indicazione per il trattamento del GAD da parte della FDA. In due studi clinici controllati, il tasso di risposta in acuto (otto settimane) è stato del 58% nel gruppo trattato con venlafaxina e del 36% nel gruppo trattato con placebo; inoltre, il tasso di risposta a lungo termine (sei mesi) è stato del 66% nel gruppo trattato con venlafaxina e del 39% nel gruppo trattato con placebo. Almeno due terzi dei pazienti che non avevano risposto a 8 settimane rispondevano a 6 mesi (Gelemborg, 2000).

Ad oggi comunque non è ancora ben definito il ruolo a lungo termine della farmacoterapia di tipo antidepressivo come aggiunta al trattamento psicoterapico, inteso come intervento necessario a rendere il paziente efficace nella gestione del DAG.

1.7 PRINCIPI DI TRATTAMENTO E TECNICHE PSICOTERAPEUTICHE

A seconda del modello teorico di riferimento, è possibile disporre di diversi approcci terapeutici. Ad oggi i principali interventi psicoterapeutici si basano su cornici di riferimento psicodinamiche, cognitive comportamentali e metacognitive.

1.7.1 PSICOTERAPIA PSICODINAMICA

La psicoterapia psicodinamica presenta due caratteristiche che, se immaginate su un ipotetico continuum, si collocano alle due estremità. Da una parte la terapia è *supportiva*, orientata a reprimere il

conflitto inconscio e rafforzare le difese, e dall'altra è *espressiva*, orientata all'analisi delle difese e all'acquisizione dell'insight, allo svelamento del materiale dinamicamente rimosso nell'inconscio, al significato inconscio dei propri sintomi e del proprio comportamento. La psicoterapia psicodinamica oscilla tra questi due poli. Gradualmente si raggiunge l'insight grazie allo smussamento delle resistenze da parte del terapeuta. Un altro obiettivo della psicoterapia psicodinamica è la risoluzione del conflitto che avviene quando viene compresa la natura delle difese e del desiderio sottostante e una volta attenuato o abbandonato, la difesa risulta non più necessaria. Un terzo obiettivo è il miglioramento della qualità delle proprie relazioni oggettuali interne considerando che esso comporta un miglioramento delle relazioni con le persone (Cassano, 2002).

Il trattamento dell'ansia parte dalla valutazione psicodinamica approfondita laddove l'ansia viene considerata "la punta dell'iceberg"; l'ansia ha la funzione di organizzare la personalità del paziente e pertanto come tale deve essere compresa ed analizzata. L'ipotesi degli psicodinamici è che, per il paziente, focalizzare l'attenzione sull'ansia permette di distrarsi da pensieri disturbanti più profondi. Sarebbe dunque un pattern difensivo e di evitamento probabilmente vincolato ad un tipo di attaccamento insicuro strutturato nell'infanzia e a traumi avvenuti in epoca precoce. Avendo come riferimento il continuum espressivo-supportivo, possiamo suddividere gli interventi del terapeuta in sette categorie (Gabbard, 1995):

- *Interpretazione*: comporta il rendere conscio qualcosa che prima era inconscio, focalizzandosi sul transfert, sul presente o sul passato del paziente, sulle resistenze o sulle fantasie. Questo avviene solo quando i contenuti inconsci sono vicini alla coscienza del paziente;
- *Confronto*: momento in cui si tende a chiarire l'influenza del proprio comportamento sugli altri o a rimandare un sentimento represso o negato, evitato o minimizzato;
- *Chiarificazione*: si riformula il contenuto verbale del paziente affinché egli abbia un'immagine coerente di ciò che ha comunicato e possa articolare dunque al meglio ciò che dice;
- *Incoraggiamento a elaborare*: il terapeuta richiede informazioni, attraverso domande aperte o richieste specifiche, su un argomento che il paziente ha introdotto;
- *Convalidazione empatica*: il terapeuta dimostra la sua sintonizzazione empatica con lo stato interno del paziente;
- *Consigli ed elogi*: sono interventi che da una parte prescrivono alcuni comportamenti da mettere in atto e dall'altra rinforzano gli stessi con la lode;
- *Conferma*: implica l'accettazione empatica del paziente da parte del terapeuta che lo riconosce come essere.

Nel Disturbo d'Ansia Generalizzato l'ansia si caratterizza come ansia di tratto, quindi come caratteristica stabile della personalità sottostante il disturbo. L'obiettivo principale è quello di evidenziare e rielaborare i termini del conflitto, attraverso lo sviluppo della costanza dell'oggetto buono

con elevato valore contenitivo. Mediante l'interiorizzazione dell'immagine del terapeuta. Lo scopo inoltre, è aumentare l'autostima, incoraggiare il processo di separazione/individuazione, rinforzare la funzione dell'Io e canalizzare le pulsioni e l'ansia.

La psicoterapia psicodinamica è usata in quei pazienti che sono particolarmente inclini e motivati a comprendere la fonte da cui derivano i sintomi. Per intervenire con tale approccio, occorre quindi che il paziente abbia oltre ad una forte motivazione, che è presupposto imprescindibile di qualsiasi modello psicoterapeutico, anche un buon funzionamento dell'Io, buona tolleranza alle frustrazioni, capacità di insight, esame di realtà intatto, presenza di significative relazioni oggettuali, adeguato controllo degli impulsi e capacità di rispondere in maniera riflessiva a tentativi di interpretazione. Comune a tutte le psicoterapie, pur nella loro diversità, risulta fondamentale nonché indispensabile, il lavoro sulla relazione terapeutica che nel modello psicodinamico sembra essere un filo conduttore del continuum espressivo-supportivo (Cionini, 2004).

1.7.2 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Il presupposto sul quale si fonda la terapia cognitiva per il DAG è che le interpretazioni catastrofiche delle preoccupazioni sono il cuore del disturbo e stando ai concetti base della TCC (Terapia Cognitivo Comportamentale), sappiamo che le interpretazioni catastrofiche non fanno altro che alimentare gli stati emotivi negativi. Partendo da tale concetto il terapeuta cognitivo ha l'obiettivo di reinterpretare le idee, le convinzioni rigide e le aspettative sbagliate e irrealistiche del paziente. Utilizzando l'intervento cognitivo, il terapeuta condivide con il soggetto gli obiettivi a breve e a lungo termine. Uno degli obiettivi a breve termine è rendere consapevole il paziente dei suoi pensieri disfunzionali, controproducenti, che sviluppa di fronte alle situazioni di vita, e svelare le preoccupazioni che rischierebbero di rimanere confuse e astratte. La funzione terapeutica è quella di sfidare e confutare costantemente le credenze disfunzionali ogni qual volta che emergono dei trigger.

I soggetti con Disturbo d'Ansia Generalizzato vivono in una costante minaccia da parte di stimoli quotidiani e i pensieri intrusivi riguardanti l'incertezza di raggiungere i propri importanti obiettivi; ciò comporta una costante reazione di allarme generando tensione fisica e psichica. Considerando che la maggior vulnerabilità di alcuni soggetti li predispone ad un maggior rimuginio alimentato dall'intolleranza all'incertezza, uno degli obiettivi della psicoterapia cognitivo comportamentale è aiutare il paziente a tollerare quanto più e meglio possibile l'incertezza nelle situazioni che avverte come ambigue. Per fare questo il terapeuta, dopo aver condiviso la formulazione del caso con il paziente, inizia il trattamento con la *psicoeducazione*, descrivendo la distinzione tra l'ansia buona e l'ansia cattiva, le preoccupazioni normali e quelle patologiche, le cause del disturbo, il ruolo che lo stato cronico di apprensione e di preoccupazione svolge all'interno del disturbo, gli effetti controproducenti di alcune

modalità di risposta da parte della persona, stimate dallo stesso invece come funzionali, e su quanto questi mantengano il problema. Consapevoli del fatto che l'individuo che soffre di DAG è costantemente orientato verso il futuro, che le sue preoccupazioni e i suoi pensieri catastrofici riguardano eventi futuri, la funzione che svolge il terapeuta è insegnare a concentrarsi sugli aspetti pratici di un problema, distinguere i problemi che richiedono soluzione imminenti da quelli più lontani nel tempo, situazioni che probabilmente si avvereranno da quelle improbabili che accadano (Andrews et al., 2003).

Gli obiettivi dell'intervento cognitivo comportamentale vanno condivisi, in un'ottica di empirismo collaborativo, con il paziente e possono essere semplificati nel modo seguente:

- normalizzare il rimuginio;
- correggere i bias cognitivi;
- promuovere strategie funzionali del controllo del rimuginio;
- migliore la percezione delle proprie abilità di problem solving;
- strutturare un senso di sicurezza e fiducia in se stessi come abili ad affrontare le sfide, correre rischi e tollerare l'incertezza;
- migliorare la capacità di sostenere emozioni negative.

Per poter raggiungere gli obiettivi sopracitati in TCC si fa uso degli esperimenti comportamentali, dell'esposizione graduale e delle tecniche di rilassamento.

Con gli *esperimenti comportamentali* si stimola il paziente ad agire, fronteggiando l'incertezza degli eventi e dei loro esiti; si sprona il soggetto a prendere delle decisioni senza prima aver chiesto eccessive rassicurazioni o aver avuto informazioni e soprattutto mettere la persona di fronte alla verifica degli esiti temuti ossia verificare se le conseguenze angoscianti accadono oppure no.

Con l'*esposizione graduale* si porta il soggetto ad individuare degli obiettivi comportamentali specifici che possono eventualmente essere suddivisi in obiettivi intermedi. Una volta educato il soggetto sulle tecniche disfunzionali messe in atto per gestire l'ansia, come per esempio la distrazione o il cercare rassicurazioni, si aiuta il paziente ad esporsi agli stimoli che scatenano la preoccupazione e a prevenire il comportamento rassicurante ma controproducente.

Attraverso le *tecniche di rilassamento* si fornisce uno strumento che può aumentare la percezione di abilità a tenere sotto controllo i sintomi somatici. Questo perché i soggetti con DAG riferiscono livelli di tensione psicofisica elevati e sono disturbati dai sintomi che ne conseguono. Le persone ansiose che rimangono in uno stato di allerta per molto tempo, non riescono a rilassare i muscoli con il rischio di vedersi ostacolati nel raggiungere i propri obiettivi. A causa di questo le persone si possono sentire nervose, irritabili, irrequiete con annessi mal di testa, o mal di schiena (Andrews & Creamer, 2003). Imparare a rilassarsi rende maggiormente gestibili i piccoli e grandi eventi di vita.

1.7.3 INTERVENTO METACOGNITIVO

Come già indicato nel modello metacognitivo sopra presentato, il nucleo dell'intervento metacognitivo per il Disturbo d'Ansia Generalizzato è il lavoro sulla metacognizione relativa al rimuginio; l'attenzione del terapeuta è portata sui pensieri riguardanti le preoccupazioni di vario genere:

- la tendenza a catastrofizzare;
- la percezione delle probabilità di minaccia;
- il livello di incontrollabilità del rimuginio;
- il *metaworry*;
- le attese positive/negative del *worry*.

Uno dei fondamenti della psicoterapia cognitivo comportamentale è la condivisione con il paziente, in un'ottica di empirismo collaborativo, del modello, delle ipotesi diagnostiche e di tutto il trattamento passo dopo passo. A questo si aggiunge il fondamento della terapia metacognitiva, ossia la condivisione con il soggetto del suo stato di inquietudine e di angoscia, della sua sofferenza sperimentata e di come il paziente utilizzi le strategie che conosce per gestire le sue difficoltà. Un punto fondamentale, quindi, è rendere evidente all'individuo di come egli utilizzi la rimuginazione e di come l'incontrollabilità della stessa crei il problema da affrontare. Si andrà pertanto a lavorare sulle credenze positive (“*rimuginare mi aiuta a risolvere i problemi?*”) e negative (“*non riesco più a controllare le mie preoccupazioni?*”).

Come la TCC standard, anche nel modello MTC (Terapia Metacognitiva) si parte dalla fase di *assessment* prima ancora di iniziare il trattamento. Già nell'*assessment* si può esporre il soggetto al primo esperimento di soppressione del pensiero (evitare di immaginare l'elefante rosa) in modo tale da rendere tangibile quanto la strategia messa in atto non faccia altro che aumentare la frequenza con cui si presenta lo stimolo e innalzare dunque il livello di disagio.

Paziente e terapeuta devono discutere le caratteristiche del controllo, se risulta possibile o meno e quali sono le strategie che possono risultare efficaci e quali disfunzionali. Nel caso di strategie di controllo negativo rientrano:

- rimozione del rimuginio
- autorassicurazione
- cercare rassicurazione da parte degli altri
- impegnarsi in azioni ripetitive per alleviare i dubbi
- criticare se stessi per il rimuginio
- sopprimere l'ansia e lo stress legati al rimuginio

Al contrario, nelle strategie di controllo positive rientrano:

- darsi il permesso di rimuginare
- coinvolgersi in altre attività distraenti
- sostituire il pensiero rimuginativo con pensieri positivi
- riconsiderare e rivalutare la minaccia
- fare il problem solving
- dedicarsi alla meditazione o al rilassamento

Tenendo in considerazione che la durata del trattamento in MCT dipende molto dal livello di insight del paziente, dalla sua motivazione e dall'impegno nel portare a termine gli homework, Wells (2012) divide il protocollo di trattamento metacognitivo del Disturbo d'Ansia Generalizzato in vari stadi:

1. *Concettualizzare il caso*

Il terapeuta somministra la GADS-R (Wells, 2012) al fine di avere le credenze metacognitive del paziente e i comportamenti messi in atto per evitare la minaccia. Lo scopo di questa fase è produrre una versione personalizzata dell'esperienza del soggetto in una situazione di preoccupazione ricorrente; questo viene fatto attraverso l'uso dell'intervista specifica per il DAG.

2. *Far familiarizzare il paziente con il modello*

Nel momento stesso in cui il terapeuta concettualizza il caso si inizia già a far familiarizzare il soggetto con il modello; qui si esplicitano maggiormente i meccanismi che ne sono alla base.

3. *Introdurre il modello metacognitivo*

Se il paziente ha appreso ciò che riguarda in merito alle cause della sua cronica preoccupazione, il terapeuta procede con una breve descrizione della natura della MCT.

4. *Mettere in discussione le credenze metacognitive in merito all'incontrollabilità della preoccupazione*

In questa fase vengono utilizzate strategie verbali (riesame delle controprove) e esperimenti di perdita del controllo al fine di estrapolare ed indebolire le credenze sull'incontrollabilità. Il terapeuta indaga quale significato abbia per il paziente il concetto di controllo e impara a distinguere tra controllo e soppressione dei pensieri attraverso l'uso della *Detached Mindfulness* e della Dilazione del Rimuginio. Di seduta in seduta il terapeuta verifica la messa in atto e la riuscita degli homework; nel momento in cui gli esperimenti vengono fatti in seduta, si monitora il livello della preoccupazione o con una valutazione da parte del paziente su una scala da 0 a 100, oppure usando gli indici del GADS-R.

5. *Mettere in discussione le credenze metacognitive in merito alla pericolosità della preoccupazione*

Lo scopo rispetto alle meta credenze sulla pericolosità della preoccupazione è quello di indebolirle e modificarle; per fare ciò il terapeuta si avvale di metodi di riattribuzione verbale e di esperimenti comportamentali. Vengono usate strategie di rinforzo della dissonanza, messa in discussione degli elementi di prova, generazione di controprove, messa in discussione del meccanismo e fornite nuove informazioni. Fermo restando che le tecniche verbali da sole non sono sufficienti per provocare e mantenere nel tempo il cambiamento, queste vengono affiancate dagli esperimenti comportamentali. Il paziente farà uso di mini-inchieste, esperimenti di perdita del controllo, di danneggiamento per il proprio corpo sottoposto a preoccupazione.

6. *Mettere in discussione le credenze metacognitive positive in merito alla preoccupazione*

Dopo aver sfidato e modificato le credenze metacognitive negative in merito all'incontrollabilità e alla pericolosità della preoccupazione, il terapeuta MCT si focalizza sulle credenze metacognitive positive per dare al soggetto la possibilità di utilizzare strategie alternative per reagire agli eventi interni e aumentare la motivazione a rompere il legame con la rimuginazione. Vengono pertanto adoperate tecniche di riattribuzione verbale (esame degli elementi di prove e controprove) la strategia della mancata corrispondenza tra preoccupazione e realtà (strategia retrospettiva e prospettica) e gli esperimenti di modulazione della preoccupazione.

7. *Rinforzare nuove modalità per elaborare la preoccupazione*

Il passaggio alla fase finale del trattamento prevede che vengano prima sviluppate e promossi quei processi metacognitivi alternativi, che possano aiutare il paziente a controllare le reazioni ai pensieri intrusivi e allo stress. È fondamentale che prima di procedere in questa fase, il soggetto abbia modificato con successo le credenze negative riguardanti il pericolo della preoccupazione per evitare che i nuovi processi acquisiti possano trasformarsi in forme di evitamento.

8. *Prevenire le ricadute*

La prevenzione delle ricadute è la fase finale dell'intervento MCT. Vengono riesaminate le variabile metacognitive che potrebbero ancora essere una causa della vulnerabilità.

Riassumendo, gli strumenti che vengono usate nella Terapia Metacognitiva per il DAG sono:

- 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);
- Esperimenti comportamentali (mini-inchiesta, esperimento della perdita del controllo, danneggiare il proprio corpo con la preoccupazione e valutare gli effetti della preoccupazione sul corpo);
- Sfidare le credenze metacognitive positive (tecniche di riattribuzione verbale, tecnica della mancata corrispondenza tra la preoccupazione e la realtà, esperimenti di modulazione della preoccupazione);
- Tecniche immaginative;
- Protocolli di rilassamento (pur se opzionale, viene consigliato l'uso nei pazienti con elevato arousal).

Partendo dunque dal presupposto che la questione psicopatologica secondo la MCT risiede nella modalità con cui ognuno di noi si relaziona con le proprie esperienze interne, diventa poco esaustivo attribuire (così come impostato dalla TCC) agli schemi “sono un fallimento” oppure “sono vulnerabile” la mera responsabilità di un disturbo psicologico. Infatti, in tutti noi sono presenti queste convinzioni nucleari che si attivano in alcuni momenti e non in altri. Sono solo alcune risposte cognitive a tali schemi a risultare disfunzionali, e sono quelle caratterizzate da uno stile di pensiero perseverante, astratto e negativo, che è difficile tenere sotto controllo e che tendono a mantenere lo stress nel tempo, confermare in maniera martellante l'idea negativa di partenza e tenerla costantemente vivida e presente nella coscienza del soggetto. Il cuore della MCT è dunque l'assunzione che la psicopatologia sia data dalle strategie di controllo mentale disadattive e dalle metacognizioni (“cosa so”, “come vivo”, “come reagisco”) che le indirizzano. Sarà dunque scopo ultimo della Terapia Metacognitiva quello di modificare le risposte cognitive di controllo disfunzionali e le metacognizioni che le governano, modificare pertanto come il paziente percepisce e controlla le convinzioni, come seleziona, valuta e risponde ad esse (Wells, 2012).

1.8 PREVENZIONE DELLE RICADUTE

Nella fase finale del trattamento il terapeuta attraverso la verifica dei punteggi al *GADS-R (Generalized Anxiety Disorder Scale-Revised)* e la somministrazione del *Penn State Worry Questionnaire* attesta le credenze negative sull'incontrollabilità e il pericolo delle preoccupazioni e valuta le credenze positive circa l'utilità del rimuginio. Prima di terminare il trattamento, il terapeuta si accerta delle risposte comportamentali

che il paziente mette in atto di fronte all'emozione di ansia e programma delle sedute di follow-up a tre e sei mesi dopo il termine dell'intervento per monitorare e rinforzare i progressi ottenuti dal paziente. Infine, il paziente e il terapeuta stilano insieme un resoconto del percorso terapeutico, focalizzandosi sui punti nodali del trattamento svolto ossia: il lavoro sulla preoccupazione cronica, l'apprendimento e l'assimilazione di nuovi processi per affrontare lo stress e i pensieri negativi intrusivi (Wells, 2012). È utile, inoltre, far sviluppare al paziente una modalità nel "qui ed ora", non giudicante, di apertura all'esperienza emotivamente ansiosa, basata sull'accettazione e sulla *mindfulness*. Partendo dal concetto che l'ansia viene mantenuta da una relazione rigida, giudicante e controllante le nostre esperienze interne, che conduce all'evitamento esperienziale, si allena il paziente ad accogliere l'esperienza nel "qui ed ora", ad osservarla con la mente di un principiante senza ne modificarla e ne eliminarla. Proprio in quanto esperienza universale ed ineliminabile, è opportuno prestare attenzione a come l'ansia si manifesta e assumere un atteggiamento compassionevole nei confronti di tale fenomeno. Ciò significa, dunque, astenersi dal giudizio, affinché si possa ridurre l'evitamento esperienziale e comportamentale e si possa condurre il paziente ad avere una modalità relazionale meno fusa con le proprie sensazioni interne per dedicarsi ad attività più significative (Bulli & Melli, 2010).

1.9 EFFICACIA DELLA TERAPIA

Ad oggi ci sono diversi studi che validano l'efficacia della Terapia Metacognitiva per il trattamento del DAG.

In un open trial con pazienti che soddisfacevano i criteri del Disturbo d'Ansia Generalizzato secondo il DSM-IV, Wells e King (2006) hanno applicato il protocollo MCT da 3 a 12 sedute, ognuna di 45-60 minuti. Il campione proveniva da invii da parte dei medici di base e psichiatri ed il 50% dei soggetti aveva diagnosi multiple, di cui il 40% con DDM. Nei pazienti non sussisteva diagnosi di disturbi di personalità; la durata del disturbo andava da 2 a 20 anni. Nel periodo precedente al trattamento, i punteggi dell'ansia di tratto e del rimuginio patologico erano paragonabili a quelli avuti in altri studi sullo stesso disturbo. Nella fase del trattamento c'è stato un miglioramento generale dei pazienti e nella valutazione post-trattamento l'ansia di tratto ha avuto un miglioramento nell'87% dei casi. Nel follow-up a 6 e a 12 mesi il 75% dei pazienti risultava privo di sintomi psicopatologici.

Inoltre, in un trial randomizzato avente lo scopo di paragonare l'efficacia della MCT al rilassamento (Wells et al., 2008), è stata dimostrata la superiorità della Terapia Metacognitiva nel produrre miglioramenti dei sintomi dell'ansia, del rimuginio e delle credenze metacognitive positive. Gli effect-size della MCT erano ampi e nel post trattamento la percentuale di guarigione concerneva l'80% dei

casi affetti da DAG, a 6 mesi il 70% e infine del 60% nel follow-up a 12 mesi. Attraverso il re-test del *Penn State Worry Questionnaire* alla fine del trattamento, si è evidenziato un miglioramento nell' 80% dei soggetti e del 70%-80% dei casi al follow-up. Questi ultimi sono risultati maggiormente positivi rispetto a quelli avuti nei precedenti trial in cui il trattamento si basava sul rilassamento, sulla terapia cognitiva o sulla TCC (Fisher, 2006).

Si tenga presente comunque, che ogni paziente è portatore di specifici bisogni e che ogni terapia, inevitabilmente, va adattata allo specifico paziente perché possa rivelarsi utile ed efficace.

Per quanto concerne l'efficacia dell'uso della *mindfulness* nel percorso terapeutico, ad oggi ci sono notevoli studi che ne dimostrano l'efficacia nel ridurre la pervasività dei sintomi, la rigidità di pensiero e la fusione con l'esperienza emotiva (Roemer & Orsillo, 2007)

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, M., Blehar, et al. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth, M. (1979). Infant-Mother Attachment, *American Psychologist*, 34, pp. 932-937.

Allen, T.W., & Glicksman, M. (1986). Psychologic involvement in systemic lupus erythematosus: A psychometric approach. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology*. March/April/May, 64-70.

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1th edn* (DSM-I). Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. ital: DSM-I, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 1980.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th edn* (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. ital: DSM-III, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 1983.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, Text Revision* (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. ital.: DSM-IV-TR, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 2001.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn.* (DSM-5).

Andrews, G., Creamer, M. (2003). *The treatment of anxiety disorders: clinician guides and patient manuals* (Second Edition) . New York: Cambridge University Press.

Barlow, D.H., Wincze, J. (1998). DSM-IV and beyond: what is generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (Suppl. 393), 23-29.

Barlow, D.M. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Beard G.M. (1880). *Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)*. New York: William Wood.

Beck, A.T., Steer, R.A, et al. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.

Beck, A.T., Clark, D.A. (2010). *Terapia Cognitiva dei disturbi d'ansia: la scienza e la pratica*. New York: Guilford Press.

Bellantuono, C., Balestrieri, M. (2003). Gli ansiolitici-ipnotici: profile farmacologico-clinico. In *Trattato di Psicofarmacologia Clinica*. (a cura di Bellantuono, C., Balestrieri, M). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Boon, S., Steele, K., et al. (2011). *Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists*. New York: W. W. Norton.

Bowlby, J. (1969-1982). *Attaccamento e perdita*. (vol.1, 2, 3); trad. it. 1978-1989, Torino: Bollati Boringhieri.

Borkovec, T.D., Robinson, et al. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.

Borkovec, T.D., Robinson, E., et al. (1983a). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.

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., Ray, W.J., et al. (1998). Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective physiological, and interpersonal behavioural processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-76.

Brown, T.A., Di Nardo, et al. (2004). *Anxiety disorders interview schedule adult version (ADIS IV): Client interview schedule*. New York: Oxford University Press.

Bulli, F., Melli, G. (2010) *Mindfulness & Acceptance in Psicoterapia. La terza generazione della Terapia Cognitivo-comportamentale*. Firenze: Eclipsi.

Butler, G., Booth, R.G. (1991). Developing psychological treatments for generalized anxiety disorder. In Rapee R.M., Barlow, D.H. (Eds), *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorders and Mixed Anxiety-Depression* (pp. 187-209). New York: Guilford.

Cannon W.B., (1956). *La saggezza del corpo*. Trad. Tarossi, Milano: Bompiani.

Cartwright-Hatton, S., Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.

Cassano, G.B., Pancheri, P. (2002). *Trattato Italiano di Psichiatria*. II edizione. Milano: Masson.

Charney, D.S. (2005) Anxiety Disorders: Introduction and Overview. In Sadock B.J., Sadock V.A. (a cura di), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp 1718-1719.

Cionini, L. (a cura di). (2004). *Psicoterapie. Modelli a confronto*. Roma: Carocci.

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.

Cortina, M., Liotti, G. (2010) Attachment is about safety and protection. Intersubjectivity is about understanding and sharing. *Psychoanalytic psychology*, 27, 410-441.

Dibartolo, P.M., Brown, et al. (1997). Effects of anxiety on attentional allocation and task performance: an information processing analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1101-11.

Dubosky, S.L. (1990). Generalized anxiety disorder: new concept and psychopharmacologic therapies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (suppl.), 3-10.

Dugas, M.J., Gagnon, F., et al. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behavior Research and Therapy*. Feb; 36(2):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.

Fenichel, O. (1951). *Trattato di psicoanalisi. Delle nevrosi e delle psicosi*. Roma: Astrolabio.

Fisher, P.L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorders? In Davey G.C.L. & Wells A. (Eds). *Worry and its psychological disorders: theory assessment and treatment* (pp. 359-377). Chichester, UK: Wiley.

Freud S. (1925) *Inibizione, sintomo e angoscia*. Opere cit., Vol. 10. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.

Gabbard, G., (1995). *Psichiatria psicodinamica*. Torino: Cortina.

Galassi, F. (2009). *La terapia integrata dei disturbi d'ansia*. Milano: Franco Angeli.

Gale, C., Oakley-Brown, M. (2000). Extracts from "Clinical Evidence": anxiety disorder. *British Medical Journal*, 321,1204-7.

Geleberg, A.J., et al. (2000). Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in nondepressed outpatient with generalized anxiety disorder. *Journal of American Medical Association*, (283): 3082-3088.

Goodman, W.K. (2004). Selecting pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, (65) (suppl 13): 8-13.

Gorman, J.M., Papp, L.A. (1990). Chronic anxiety: deciding the length treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 20, 182-7.

Hoffman, K., Marvin, et al. (2006). Changing Toddler's and Preschoolers' Attachment Classification: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 74 (6) (pp. 1017-1026).

Holmes, J. (1994). *La teoria dell'attaccamento*. Milano: Cortina.

Ladouceur, R., Blais, F. (1998). Problem solving and orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 139-152.

Längle A. (1997). Die Angst als existentielles Phänomen. Ein existenzanalytischer Zugang zu Verständnis und Therapie von Ängsten. *Psychotherapie, Psychosomatik und Psychologie* 47, 227-233.

Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: NIS.

Liotti, G. (1999) *Atti del XI Congresso della World Psychiatric Association*. Amburgo.

Liotti, G., Monticelli, F. (2014) *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Cortina.

Luria, R.E., McHugh, P.R. (1974). Reliability and Clinical Utility of the "Wing" Present State Examination. *Archives General Psychiatry*, 30(6):866-871.

Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.

Mennin, D.S., Turk, C.L., et al. (2005). Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 29, (1), (pp. 89–106).

Pancheri, P. (2001). *Terapia del disturbo di panico*. Milano: Franco Angeli.

Power, K.G., Simpson, R.J. (1990). A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4,267-92.

Rachman, S., (2004). *L'ansia*. Bari: Laterza.

Rapee, R.M. (1991b). Generalized Anxiety Disorder: a review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*. 11, 419-40.

Regazzo, L. (2010). *Ansia, che fare? Prevenzione, farmacoterapia e psicoterapia*. Padova: Cleup. (pp. 113-130).

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.

Roemer, L., Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38 (1), 72-85.

Roy-Byrne, P., Stein, M. (1998). Pharmacotherapy of panic disorder: proposed guidelines for the family physician. *Journal of American Board Family Practitioners*. Jul-Aug;11(4):282-90.

Safran, J., Muran, J.C. (2000). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Tr.it. Laterza, Roma-Bari 2003.

Spada, M.M., Caselli, G., et al. (2012). Parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, (40): 287–296.

Steele, K., (2014) *Atti del Congresso "Attaccamento e Trauma"*. Roma.

Stocchi, F., et al. (2003). Efficacy and tolerability of paroxetine for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, (64): 250-258.

Sullivan H.S.(1940). *La Moderna concezione della psichiatria*. Trad. Mezzacapa. Milano:Feltrinelli,1962.

Tromp, D.P.M., Grupe, D.W. (2012). Reduced Structural Connectivity of a Major Frontolimbic Pathway in Generalized Anxiety Disorder. *Archives General Psychiatry*, 2012; 69 (9). 925-934.

Wells, A., (1995) Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23: 301-320.

Wells, A., (2002). *Disturbi emozionali e metacognizione. Nuove strategie di psicoterapia cognitiva*. Trento: Centro Studi Erickson .

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., King, P. (2006). Metacognitive Therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 37, 206-212.

Wells, A., Papageorgiou, C., et al. (2010). A randomized trial of metacognitive therapy versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48(5) :429-434.

Wells, A. (2012). *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione*. Firenze: Eclipsi.

Wing J.K. (1974) Reliability and clinical utility of the "Wing" Present State examination. *Archives General Psychiatry*, 30(6):866-71.

World Health Organization (1955). *The Icd-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*.

SITOGRAFIA

Ruggiero, G.M. (2012). Disputing dell' Ansia Generalizzata. Il tratto principale è la presenza di un vecchio amico della psicopatologia cognitiva: il rimuginio. www.stateofmind.it

IL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

PARTE CLINICA

CAPITOLO 2

2.1 INVIO, INFORMAZIONI GENERALI E ASPETTATIVE DEL PAZIENTE

C. mi viene inviata nel febbraio 2013 da un medico di base con il quale ho precedentemente collaborato per un altro paziente.

La paziente mi contatta telefonicamente e scusandosi del disturbo mi riferisce di essersi rivolta al sostituto del suo medico di riferimento in quanto durante l'ultima settimana ha avuto episodi di ansia, caratterizzati da sintomi quali respiro affannato e aumento del battito cardiaco.

Durante la conversazione telefonica la signora assume un tono di voce remissivo, come se attendesse da me una risposta risolutiva del suo stato d'ansia. C. mi chiede se posso fissarle un appuntamento con urgenza per poter avere un parere sul suo stato di malessere, per cui ci accordiamo per un primo appuntamento nei giorni successivi.

Quando C. arriva a studio mi presento e faccio accomodare la signora. C. indossa degli abiti eleganti, è ben curata, è una donna di bell'aspetto. Nel farla entrare nello studio mi chiede se sia in ritardo e se può sedersi. La signora si mostra molto scrupolosa nel proprio comportamento; cerco quindi di mettere la persona a proprio agio facendo delle domande di routine, come *“ha avuto difficoltà a trovare lo studio?”* *“ha trovato parcheggio?”*

C. riferisce che le è stato consigliato dal medico di rivolgersi a me, per via dei suoi attacchi d'ansia e delle sue preoccupazioni che la attanagliano da tempo. Ella nel momento in cui mi spiega come è arrivata nel mio studio assume una postura di sconforto tenendo il proprio volto con le mani e asserendo che è stato giusto ascoltare e seguire il consiglio del medico che le ha consigliato di chiamarmi per un appuntamento. C. non mi pone particolari domande o dubbi, risulta molto accondiscendente rispetto a ciò che le dico dopo aver ascoltato la sua problematica.

C. ha 58 anni è vedova da tre anni e ha due figli universitari fuori sede; proprio per questo la maggior parte dei giorni si ritrova sola in una casa vissuta come angosciante. Nel suo ruolo lavorativo di insegnante e vicaria della dirigente scolastica vive un sensazione di pesantezza, di forte ansia ogni qual volta ci sia da pianificare, organizzare ma soprattutto risolvere i problemi all'ordine del giorno. Quando rientra a casa la situazione non cambia perché si ritrova da sola contro tutto e tutti. Vive con problematicità il rapporto che ha con la cognata e a oggi si trova a dover affrontare una donna etichettata come *“manipolativa, fredda ed ambivalente”*.

C. si ritrova a dover svolgere tutte le pratiche quotidiane che prima sbrigava il marito; questo le rimanda un senso di responsabilità talmente forte da cominciare ad avere tachicardia, un profondo senso di pesantezza al petto, mancanza di respiro, tremori alle mani accompagnati dal timore costante che qualcosa possa accadere e da preoccupazioni eccessive per la salute personale e dei figli.

Data la sua situazione critica, si rivolge al medico che le prescrive l'assunzione della benzodiazepina Bromapezam. C. non si riconosce in questo stato di malessere e preoccupazione quotidiana e soprattutto le risulta insopportabile il fatto stesso che lei, donna forte e coraggiosa si ritrovi ora a sentirsi debole e in pericolo.

C. vorrebbe uscire da questo stato di malessere, vorrebbe capire da cosa dipende tutto ciò che le sta accadendo, vorrebbe riprendere in mano la sua vita sentendosi più forte ogni giorno, vorrebbe imparare a gestire i sintomi fisici di ansia patologica e riuscire a svegliarsi alla mattina avendo fatto un sonno ristoratore non attanagliata dalla preoccupazione stessa.

Per cercare di definire meglio gli obiettivi, avere più informazioni possibili e dare a C. degli strumenti validi per la sua sintomatologia, dò alla signora un secondo appuntamento spiegandole cosa faremo.

2.2 ASSESSMENT

Nelle prime cinque sedute ci siamo dedicate alla raccolta di informazioni anamnestiche attraverso la compilazione della scheda di assessment, la raccolta della storia di vita, la somministrazione dei test, la trascrizione di ABC e dei primi pensieri della paziente, ed infine la raccolta di episodi significativi della sua vita.

2.2.1 PRIMO COLLOQUIO

Durante il primo incontro la signora mi dice che nell'ultima settimana ha avuto varie volte, forse tutte le sere al rientro a casa dal lavoro, *“in quella casa grande, troppo grande per me”*, strane sensazioni di soffocamento, respiro affannato con aumento del battito cardiaco, tremori alle mani e paura che possa succedere qualcosa anche per motivi banali. *“E' tanto che sono così, forse da ottobre quando anche mio figlio se ne è andato fuori per iniziare l'università e quando mi sento così, prendo qualche goccia di Lexotan; d'altronde le prendevo*

già quando è stato male mio marito per la leucemia. Sono andata anche da uno psichiatra della Asl, ma è stata giusto qualche chiacchierata...poi non so perché ho smesso”.

C. mi parla di lei come una donna molto impegnata nel suo lavoro a professoressa e di referente della nuova dirigente scolastica *“mi occupo di tutto l’andamento della scuola; i professori a volte si rivolgono a me per delle cose banali come se dovessi essere sempre io a risolvere i problemi...sa dottoressa le persone a volte sono complicate e la mancanza di rispetto per le mie cose mi urta, il fatto che interrompano la lezione è negativo per i miei alunni”.*

Nella convinzione che gli altri siano complicati rientra anche la famiglia di suo marito che lei stessa definisce *“distanti, anaffettivi, indifferenti, strani”*, con un peso maggiore dato alla suocera descritta come *“incontrollabile, disturbata, imprevedibile”*. Abbassando lo sguardo il tono di voce mi riferisce che non ha mai saputo come comportarsi e che suo marito non faceva nulla per cambiare la situazione e che, pertanto, C. preferiva evitare di avere rapporti con i parenti.

Nel momento in cui chiedo alla signora cosa significasse che suo marito non faceva nulla per cambiare la situazione, il suo volto assume un’espressione demoralizzata e dopo aver aspettato qualche secondo, mi risponde che suo marito era un uomo *“imperturbabile, non ci si litigava mai, aveva questo fastidioso immobilismo per cui le cose non cambiavano mai, nonostante sapesse di stare male, non ha mai fatto nulla per far trovare successivamente bene noi...voglio dire che lasciava stare le cose così come erano sia nel lavoro che nella famiglia. Anche di fronte alla sua malattia portava avanti il lavoro come nulla fosse successo; sapeva che doveva cambiare il rapporto con i suoi figli ma non faceva nulla ed io non potevo fare altro che adattarmi a questa situazione, mi sentivo sempre come una palla che contro di lui rimbalza sempre, era come un muro. Ora mi ritrovo a dover sistemare le cose in sospeso del suo lavoro e lo devo fare con la sua famiglia, non so come reagiscono e questo mi rende nervosa; ancor prima di incontrare la sua famiglia incomincio a preoccuparmi talmente tanto che a volte ho preferito rimandare l’incontro. Finora non abbiamo ancora sistemato nulla. Io mi sento di non sapere prendere delle decisioni da sola...finché c’era mio marito ci pensava lui queste cose”.*

La signora ricorda la morte del marito con una piattezza emotiva disarmante, come se lei non potesse fare altro che reagire nello stesso modo in cui ne stava parlando ora con me: mettendo da parte le emozioni, ovattandole.

La modalità accondiscendente e demoralizzata con cui C. espone il suo racconto e con cui si relaziona a me, è un’informazione utile per comprendere la signora.

Al termine del colloquio espongo la modalità di procedere e, vista la sua propensione a lavorare insieme per il suo benessere, faccio presente che faremo altri colloqui iniziali per inquadrare la situazione, fare un’ ipotesi diagnostica e programmare l’intervento terapeutico.

2.2.2 COLLOQUI SUCCESSIVI

Sin dai primi colloqui C. sente che il percorso intrapreso può essere positivo per lei e che può darle le risorse necessarie per affrontare un qualcosa che percepisce più grande di lei, in quanto, nonostante abbia passato dei momenti duri nella sua vita come la malattia e la morte di suo marito, non aveva mai presentato prima una sintomatologia simile, *“ingestibile, inafferrabile e senza motivo”*.

Anche quando ha dovuto far fronte agli ultimi momenti di vita del marito, ha vissuto ciò che le stava capitando in maniera molto razionale, forse fin troppo, come esprime durante i colloqui, cercando di risolvere i problemi che si creavano di giorno in giorno in maniera lucida, pratica ed immediata, senza farsi travolgere dalle emozioni. D'altronde C. riferisce che è ciò che ha sempre fatto durante la sua vita; di fronte ad ogni problema che riguardava gli altri, familiari e non, si è fatta sempre carico delle responsabilità e ha sempre cercato di rendere le situazioni risolvibili.

Riferisce che la presenza di un professionista, uno psicoterapeuta, non la fa sentire sola di fronte alla sua ansia, le fa vivere ciò che le capita giornalmente in maniera meno catastrofica, comprensibile e maggiormente gestibile. La paziente, infatti, ha trovato qualcuno che la possa ascoltare e comprendere nella propria sofferenza senza andare incontro a commenti ironici e giudizi come quelli forniti dai figli che le procurano ancora più ansia. La signora d'altronde ripone sin da subito fiducia nella mia professionalità, ha un atteggiamento di riverenza nei miei confronti validando di volta in volta i vari interventi, consegne, homework, analisi di episodi di vita significativi, credendo che tutto ciò che condividiamo può esserci d'aiuto nel percorso psicoterapeutico. Un ruolo importante viene assunto anche dalla presenza del farmaco così come prescritto dal medico alla quale si era rivolta, ma la paziente condivide il fatto che la cura farmacologica da sola non può rendere più forte la persona bensì può solo alleviare la crisi; di questo C. ne è convinta tanto da utilizzare ogni colloquio come una risorsa in più da affiancare al medicinale per poi poterlo eliminare del tutto.

Durante i primi colloqui C. riferisce che, dal momento in cui non ha avuto più nessuno dei due figli in casa con lei, oltre a sentirsi sempre preoccupata dalle piccole cose, ha cominciato anche a chiedersi sempre più spesso *“ma possibile che io a 58 anni debbo avere queste paure? E' così buffo, così strano! Quando la sera sono a casa ci comincio a pensare e mi dico che non si può stare in questo modo ma più ci penso e più ci sto male; mi sento ridicola a pensare queste cose, sono cose banali”*.

Proprio per questo i colloqui successivi sono stati strutturati in primo luogo, con l'intento di accogliere il vissuto di C. che si sente sola di fronte a questa sintomatologia; infatti, nonostante abbia persone amiche vicino a lei, non si sente in diritto di poterle disturbare per poter condividere con loro il suo malessere.

Nel corso delle prime sedute registriamo il *worry* attraverso gli ABC; la paziente tende a monitorare la sua ansia ascoltando continuamente il battito cardiaco, misurandosi la pressione e chiedendo rassicurazioni circa il suo stato di salute a chi le sta vicino. Ci dedichiamo, inoltre, a spiegare come

funziona l'ansia attraverso la psicoeducazione facendo presente il circolo vizioso di mantenimento dell'ansia.

Durante i colloqui C. focalizza la sua narrazione su come sono gli altri *“complicati, freddi, distanti”* e su quanto ad oggi si senta nervosa quando sa che deve affrontare una situazione da risolvere con un'altra persona. Non ha mai avuto di tali problemi ed il fatto che ora le capiti di preoccuparsi anche di questo le sembra molto strano.

C. non sa più che ruolo ricopre *“i figli ormai sono grandi...non sono più moglie...mi rimane solo la scuola e le pratiche dell'azienda di mio marito da sistemare”*.

Le preoccupazioni della paziente sono legate al fatto di non riuscire a sistemare gli affari di famiglia, di non riuscire da sola a prendere in mano la situazione e rimugina con pensieri tipo *“cosa succederebbe se facessi la stessa fine di mio marito?” “i miei figli cosa farebbero” “lasciare in sospeso significherebbe essere come la famiglia di mio marito e farei trovare male gli altri” “io ho sempre concretizzato, non voglio comportarmi come loro”* e ripone pertanto la fiducia nella terapia come strumento che la possa rendere più sicura nelle sue decisioni.

Inoltre, man mano che la paziente si sente accolta nelle sue narrazioni, emerge il fatto che anche a scuola si sente sopraffatta dalle incombenze, dalle responsabilità e si sente spesso in dovere di assecondare l'altro.

C. tende molto a giustificare l'operato delle persone, sminuendo ciò che lei sente e pensa e deprivandosi quindi della possibilità di essere assertiva.

La paziente sente i colloqui come positivi per la sua situazione e nonostante la sua giovane età, manifesta la sua volontà di collaborare insieme per trovare le risorse e gli strumenti per affrontare la sua situazione clinica e affrontare meglio la sua quotidianità. La collaborazione della paziente e la forte motivazione sono stati indicatori di un buon esito della terapia.

2.2.2.1 PROFILO EVOLUTIVO

C. nutre una profonda paura rispetto a ciò che porta in seduta; lei che è stata sempre una donna forte e autonoma, oggi si ritrova in balia di qualcosa che percepisce più grande di lei. La paziente ricorda che nella sua vita ha sempre dovuto adattarsi alle situazioni e ai cambiamenti e per quanto questo sia stato difficile per una ragazzina, c'è sempre riuscita. Non ha mai potuto legarsi ad un posto e alle persone che conosceva, era come se non le appartenessero i luoghi dove stava, come se non fossero propri. A causa del lavoro del padre, C. ha dovuto cambiare tante città tanto da non riconoscerne nessuna come sua.

La signora narra di un clima educativo scolastico terrorizzante, dove le maestre mettevano paura e, lei che voleva gridare, si sentiva impossibilitata di farlo.

Il padre della paziente era un ufficiale dell'Esercito italiano e il clima familiare che respirava era ligio al dovere e al dover fare, ai buoni costumi. Allo stesso tempo C., essendo la più grande dei figli era stata

resa molto autonoma e *“responsabilizzata a prendermi cura di me stessa e sbrogliarmi i problemi da sola sin da piccola, pure troppo per una bambina”*. Quest'atteggiamento adultizzante da parte del padre, C. lo ha sempre giustificato pensando che la figura paterna la vedesse più grande di quello che fosse. C. ne ha sofferto di questo comportamento verso la precoce autonomia, ma non si è mai sentita la libertà di poter chiedere una maggiore protezione da parte del padre. D'altronde la madre non essendo una figura particolarmente assertiva non si è mai permessa di contraddire il padre di C.

La paziente ritrova i primi ricordi legati all'ansia all'incirca verso i dieci anni, quando quei momenti di condivisione con la zia materna non si sapeva mai come potevano andare a finire, facendole vivere questa figura come imprevedibile.

Nel corso della vita C. non ha mai potuto crearsi delle certezze circa le persone e i luoghi che frequentava in quanto, a causa dei vari spostamenti, i suoi apparenti punti di riferimento cambiavano in maniera improvvisa e continua. L'unico punto saldo nella vita di C. è arrivato con la conoscenza di suo marito. Dal momento in cui il figlio minore inizia l'università, C. comincia in primo luogo ad avvertire sintomi che lei stessa definisce di ansia, e a pensare sempre più costantemente ed in maniera pervasiva al fatto che lei, alla sua età, sia condizionata da queste paure.

Da quando il marito è deceduto ed i figli sono usciti di casa, la paziente ha un'intensa paura dei ladri, tanto da chiudersi a chiave in camera per poter riuscire ad addormentarsi; nonostante ciò comunque il sonno risulta disturbato. La signora fa presente che questa paura è nata intorno ai 19-20 anni ma che con la presenza del marito si è andata celando. C. riferisce, inoltre, che durante la sua infanzia è stata sempre accompagnata da una profonda paura per gli zingari tanto da emergere a tratti anche ad oggi.

Le sue preoccupazioni riguardano il sentirsi male e il rimanere da sola; anche solo il pensiero di rimanere sola in casa le fa provare tristezza.

La paziente descrive la propria vita come piena di rimpianti *“avrei voluto fare l'architetto piuttosto che l'insegnante...avrei potuto insistere maggiormente sul cambiamento da parte di mio marito piuttosto che rimanere in silenzio”*, parla di sé come una donna incapace di divertirsi tanto da non avere lo stimolo a partecipare alle serate organizzate dai suoi amici *“cosa ci vado a fare da loro, non ci trovo piacere, non ho tanta gioia di vivere”*.

Durante la seconda seduta emerge quanto segue:

C. *“Sa dottoressa a volte penso di essere molto controllante nei miei confronti”*

T. *“Quando parla di essere molto controllante cosa vuol dire? Mi può spiegare meglio?”*

C. *“E' che ultimamente mi capita di evitare di esprimere il mio pensiero critico?”*

T. *“Capisco signora. Potrei chiederle cosa succede quando lei esprime il suo pensiero critico?”*

C. *“Beh può succedere che se l'altro ribatte poi io non sappia come fronteggiare la situazione, mi sento in difficoltà, non mi piace litigare con gli altri”*

T. *“Quindi mi sembra di capire che il fatto di esprimere le proprie idee per lei possa a volte significare litigare con gli altri”*

C. *“Si è proprio così...e non mi sono mai piaciuti i litigi”*

Il marito ricopriva un ruolo importante al livello familiare per C., in quanto era lui a gestire le questioni contabili dell'azienda di proprietà della famiglia e la moglie veniva sempre dispensata da tutti quei grovigli burocratici e bancari; inoltre era stimato a livello sociale ma C. nella vita lavorativa del marito *“non c'entrava nulla, non doveva preoccuparsi di niente”*. Nel momento in cui la paziente aveva bisogno di essere validata dal marito nei contesti sociali, questo veniva a mancare e benché avesse ragione si ritrovava sempre ad essere invalidata. La paziente descrive il marito come ambivalente a seconda del contesto di vita: *“gran parlatore, solare nel lavoro ma, chiuso, riservato, preso dai suoi pensieri quando stava in famiglia...quasi assente con i figli”*.

Nel momento in cui muore il marito, la paziente comincia a vivere le incombenze economiche e di *“messa in sicurezza dei figli”* con profonda angoscia fino ad arrivare ad avvertire ripetutamente, per la maggior parte della sua giornata, sintomi dello spettro ansioso come un profondo senso di pesantezza al petto, mancanza di respiro, tachicardia, tremori alle mani accompagnati dal timore costante che qualcosa possa accadere e da preoccupazioni eccessive per la salute personale e dei figli. Proprio per questo la signora si rivolge al medico che per tranquillizzare l'assistita prescrive una cura farmacologica a base di Bromazepam, benzodiazepina a cui appartiene il farmaco commercialmente conosciuto come Lexotan. Contestualmente il medico condotto consiglia di rivolgersi ad un professionista con cui poter valutare l'ipotesi di un percorso psicoterapeutico, giungendo dunque a presso il mio studio.

C. non si riconosce nel suo attuale stato di salute psicofisica in quanto è sempre stata una donna orientata a risolvere i problemi, che non si faceva abbattere dalle paure o dalle preoccupazioni quotidiane ma da quando il clima familiare è cambiato, le cose hanno preso un'altra piega. Ad oggi si vede come una donna che non sa prendere le cose con leggerezza, fragile, che non sa decidere quale sia la cosa migliore da fare, interessata a poche cose e persone al di fuori del suo lavoro. La giornata della signora si svolge tra lavoro, gestione della casa, preparazione delle lezioni del giorno dopo per i suoi studenti. Si intrattiene a volte con l'associazione culturale della quale fa parte, anche se ultimamente si lascia coinvolgere raramente in quanto da una parte si sente stimolata in misura minore e dall'altra si percepisce in dovere di portare a termine impegni che non le piace prendere in carico.

Il clima familiare attuale in cui vive la signora C. è di profonda preoccupazione per la gestione dei beni familiari lasciati dal marito; ella si trova da sola di fronte a delle incombenze mai affrontate personalmente prima della morte del coniuge. Non riesce a vedere i figli come supporto in questo, sente tutto il peso sulle sue spalle. L'apprensione maggiore per C. è di non riuscire a sistemare tutto in tempi brevi per far stare sereni i figli, ha paura di creare loro dei problemi economici che da soli non riuscirebbero a risolvere.

I pensieri che affollano la mente di C. sono di natura catastrofica come ad esempio *“se mi dovesse succedere qualcosa, doversi stare male, come farebbero i miei figli?”*.

La paziente si percepisce sola di fronte a tutto ciò, nonostante abbia la madre, il fratello e le conoscenze giuste che la potrebbero aiutare a sbrigliare le matasse; d'altro canto C. non intravede la possibilità di disturbare gli altri per i propri problemi, e questo non fa altro che incrementare il suo senso di solitudine.

Per i primi due anni dalla scomparsa del coniuge, la paziente ha cercato di sistemare il sistemabile, di ordinare l'ordinabile e di organizzare l'organizzabile, continuando a svolgere il suo lavoro sin da pochi giorni dopo il funerale, ha messo da parte il vissuto emotivo di dolore, e mi riporta il seguente pensiero *“io, come ho sempre fatto, dovevo cavarmela da sola e non avevo tempo di piangere mio marito”*.

Fintanto che il figlio di C. rimane in casa, la paziente si percepisce meno sola e meno in balia degli eventi di vita quotidiana, ma allorquando il figlio cambia città, questo coincide con le sempre più frequenti ed improvvisate visite della cognata, con la quale ha dei beni in eredità da dividere. La parente viene descritta da C. come *“imprevedibile, ambigua, incontrollabile, distante, anaffettiva, indifferente, manipolatrice ed opportunista, così come lo era mia suocera; una donna da evitare e che ti metteva in difficoltà”*.

Questa percezione non faceva altro che farle vivere i parenti acquisiti come distanti, le sembrava sempre di non appartenere a quell'ambiente familiare, si sentiva estranea; in più il marito non faceva nulla per poterla sostenere e cambiare le dinamiche relazionali. Il clima che respirava nei suoi rapporti parentali l'ha portata nel tempo ad essere sempre in guardia nei confronti dell'altro, *“perché se non ti guardi bene le spalle, gli altri ti manipolano”*. Pur mantenendo il rispetto e l'educazione nei loro confronti, non si sentiva mai in diritto di affermare il suo disagio, facendola sentire oppressa dal senso di ambiguità nel rapporto con la cognata e con la suocera.

Ogni volta che la cognata le fa una visita improvvisa, C. vive uno stato di ansia elevato, si sente sopraffatta da lei e da ciò che può causare, si vede vulnerabile e manipolabile, insicura e senza strumenti per fronteggiare la parente, in balia di come vanno le cose e rassegnata di fronte al suo potere. Le visite frequenti si sono intensificate proprio quando il figlio di C. è partito per l'università creando nella paziente un senso di catastrofe imminente per lei e per la sua famiglia.

Oltre a ciò la paziente riferisce anche di essere molto preoccupata per lo stato di salute del figlio, il quale sembra avere a volte dei sintomi molto simili a quelli del padre malato di leucemia, ed ogni volta che il figlio esprime uno stato di malessere, la paziente viene subito presa da pensieri catastrofici di morte.

Durante i colloqui C. si descrive come una persona che si agita per tutto, anche per dei lavoretti che gli operai devono fare nella sua abitazione.

La paziente è molto attenta ai sintomi corporei e a come la sua testa si perde nel rimuginio, tra pensieri e preoccupazioni. Ogni volta che sente una vampata di calore o un po' di tachicardia, crede che sia qualcosa di tanto grave da potersi sentire male e come strategia di risoluzione cerca rassicurazioni da parte di un amico medico o dalla figlia, studentessa di medicina. Questi comportamenti non fanno altro

che incrementare l'immagine di se stessa come persona stupida che si lascia travolgere dalle paure per cose banali.

C. non si sente più in grado di affrontare da sola i piccoli e grandi eventi di vita e come tale nemmeno in grado di risolvere da sola le sue reazioni di fronte a ciò che le capita.

La paziente si mostra molto propensa a intraprendere un trattamento psicoterapeutico con la speranza di tornare ad avere la gioia di vivere e di poter gestire meglio le sue preoccupazioni.

2.2.2.2 STORIA DI VITA

C. ha 58 anni, è vedova e madre di due figli. Attualmente la sua vita si svolge nell'abitudine quotidiana della vita cittadina ma, nel corso della sua vita, C. ha frequentemente cambiato città, conoscenze, compagni di scuola e maestre per via dei continui spostamenti lavorativi del padre e questo, nonostante le *“apprise la mente”*, la faceva spesso sentire fuori posto e priva di legami forti. Ha ricevuto un'educazione cattolica e ha frequentato la scuola elementare tenuta dalle suore, dove spesso veniva giudicata per le sue paure da bambina. Quando aveva circa dieci anni, avrebbe desiderato frequentare le amiche del circolo militare estivo ma la madre, convinta che fosse più salutare vivere una vita maggiormente domestica, la faceva rimanere a casa. Il padre invece tendeva a farle frequentare il mondo militare. Non ricorda di essere mai stata sgridata dai suoi genitori con i quali ha avuto un rapporto sereno sin dai primi anni. C. ha avuto notevoli corteggiatori sin dalla sua adolescenza ma mai nessuno che le interessasse particolarmente tanto da lasciarsi andare e dedicarsi all'amore. Sin dalla giovane età dei diciotto anni si è dedicata all'insegnamento, prima nelle scuole per militari e poi presso gli istituti religiosi, rinunciando alla cattedra pubblica. Durante il periodo universitario conosce l'uomo che diventerà suo marito. L'attaccamento al lavoro e la tendenza all'immobilismo di L., tuttavia, hanno portato C. a sentirsi spesso sola e estranea alla famiglia ormai acquisita.

2.2.2.3 STRUTTURA E COMUNICAZIONE INTRA-FAMILIARE

La paziente ha 58 anni ed è la maggiore rispetto al fratello. Il padre è deceduto per un'insufficienza renale quando C. aveva 40 anni mentre la madre è tuttora vivente, ha 86 anni gode di ottima salute e autonomia. Il padre, generale dell'esercito, è stato un uomo alquanto assente per i continui spostamenti tra varie città e i vari impegni lavorativi che lo facevano vivere molto fuori casa. La vita familiare era gestita dalla madre che, come tante mogli di ufficiali, rimaneva in casa per accudire i figli.

C. descrive il padre come un uomo *“eccentrico, un po' particolare per essere un militare; era un serio lavoratore, preciso, colto e molto fiscale su ciò che si poteva e non si poteva fare, era ligio al dovere e al buon costume”*.

La madre non si è mai opposta al volere del marito, è rimasta sempre *“al posto suo”*, ha assecondato quelli che erano i rituali e i comportamenti che la famiglia di un generale dell'epoca doveva avere:

educazione, rispetto, conformismo, accondiscendenza e nonostante non le piacesse quegli ambienti, quelle feste con persone snob, altezzose e superiori, nonostante si sentisse sola nella vita che conduceva e avrebbe voluto che la figlia rimanesse con lei, la induceva a partecipare, ad esser presente ed educata durante i ricevimenti. C. mi riferisce che *“d'altronde per quieto vivere mia madre non si poteva opporre”*.

I temi che la paziente ha maggiormente sentito e vissuto all'interno della sua famiglia d'origine riguardavano sempre la morale, il rispetto per l'altro a costo anche di mettere da parte i propri bisogni, il dover chiedere sempre prima di poter anche solo prendere un pasticcino ad una cerimonia e mai più di uno. La paziente ha sin da piccola vissuto in un clima dove l'apparire gentili, disponibili e accondiscendenti contava molto più di altro.

Il padre era assente ma la paziente riporta che, nonostante fosse un militare, dava alla figlia molta, anzi troppa libertà, nel senso che le lasciava fare le esperienze in modo autonomo anche quando C. era piccola, quando invece in alcune situazioni avrebbe preferito essere protetta e guidata dal genitore.

Inoltre dalla storia della paziente, emerge una carenza nell'espressione di contenuti metacognitivi di tipo affettivo.

Durante un colloquio la paziente mi riferisce quanto segue:

C.- *“Mi ricordo che da piccola, forse avrò avuto 12-13 anni, quando si andava alle feste mio padre e mia madre mi ricordavano sempre cosa non avrei dovuto fare o dire, mi dicevano di non intromettermi nei discorsi degli adulti e di rimanere con le figlie degli altri ufficiali”*

T. *“E come si trovava con le altre sue coetanee?”*

C. *“Beh sa, l'importante non era come mi trovavo, l'importante era che ci fossi!”*

T. *“Se posso C., vorrei chiederle se i suoi genitori le hanno mai chiesto se si sentiva a suo agio, se si divertiva in quelle occasioni?”*

C. *(Silenzio) “non ricordo momenti in cui mia madre o mio padre mi abbiano chiesto come mi sentivo o altro del genere!”*

T. *“Quindi C., da quello che mi dice sembra che i suoi genitori non le abbiano mai chiesto come se sentiva, ma puntavano molto sull'apparire?”*

C. *“Sì, è proprio così”*

La signora mi riporta che nei confronti del fratello emergeva, da parte del padre, il bisogno di controllare, di verificare che facesse le cose fatte bene e di aspettarlo tutte le sere fino a che non rientrava.

C. ipotizza che l'ansia del padre verso il fratello e l'ansia della madre a far sì che tutto fosse esteticamente perfetto le si sia riversata su di lei nel corso degli anni.

Inoltre, il clima che si respirava tra la madre e la zia non era dei più sereni, c'erano dei dissapori, delle invidie, gelosie per le quali si creavano delle discussioni, che alle orecchie della paziente, erano inutili ma bastava poco per far emergere un conflitto.

La famiglia attuale di C. è composta da due figli (una femmina e un maschio) con i quali la paziente ha un rapporto confidenziale ma allo stesso tempo autorevole. Nei periodi in cui si trovano a casa, riesce ad avere con loro una comunicazione chiara, è disponibile all'ascolto e al confronto. C. riferisce di essere stata capace di crescere dei figli pronti al dialogo, alla discussione e capaci di aiutare gli altri nel momento di bisogno. Tutto ciò è riuscita a farlo anche senza la presenza affettiva del marito in quanto il coniuge, sebbene fosse molto socievole nell'ambito lavorativo, risultava silenzioso, introverso e ambiguo dentro le mura domestiche. Non ha fatto mai mancare nulla ai figli ma di certo non è stato un buon ascoltatore, pertanto la crescita dei figli è stata tutta sulle spalle della madre.

Il marito non ha mai incluso e reso partecipe la moglie nelle decisioni lavorative. Quando C. faceva presente una spesa da fare, si scontrava sempre con l'esigenza di stare attenti ai soldi e a come venivano spesi, in modo tale da non trovarsi male in seguito.

Il rapporto con la famiglia acquisita è stato sempre conflittuale e C. non si è mai sentita difendere dal marito. In un colloquio la paziente descrive la comunicazione familiare come di seguito:

C. " Mio marito non mi ha mai permesso di entrare nelle sue decisioni lavorative, ha sempre risolto i suoi problemi da solo, il suo obiettivo era quello di non farci pesare le sue preoccupazioni ma questo non mi è servito, ad oggi me le ritrovo tutte sulle spalle e ho dovuto cominciare da zero per capirci qualcosa; da lui non mi potevo aspettare che potesse aiutarmi nel rapporto con la sua famiglia, era imperturbabile ai miei discorsi e alla fine non gli chiedevo più nulla".

2.2.2.4 MODELLO DI ATTACCAMENTO

L'individuo sin dai primi mesi ricerca in maniera innata la prossimità con l'altro, la condivisione di uno scopo e l'essere sostenuto nell'esplorazione. La figura di attaccamento svolge il ruolo di base sicura che fornisce sicurezza e protezione (Holmes, 1994).

Gli individui possono sperimentare se stessi nel mondo se sentono di avere una figura di riferimento che al momento del bisogno risulta disponibile, presente, coerente e accudente. Tutto questo spesso è venuto a mancare in quei pazienti che ci riportano una sintomatologia ansiosa; è venuto dunque ad esser precario quel porto sicuro in cui ritornare ogni volta che ne abbiamo bisogno. Attraverso il riconoscimento, l'accettazione e la regolazione affettiva del bambino, si struttura l'autoregolazione che permette all'individuo di affrontare il mondo nelle tappe successive di vita (Hoffman, K., et al., 2006).

La sensazione percepita di sicurezza e protezione però, è sì necessaria per creare un attaccamento di tipo sicuro, ma non è sufficiente per sviluppare l'intersoggettività (Cortina, & Liotti, 2010).

Siamo inoltre dotati di un bisogno umano essenziale di condivisione cooperativa o collaborativa e di comprensione reciproca delle rispettive motivazioni, intenzioni ed emozioni. Solo attraverso la comprensione da parte degli altri e la comprensione degli altri si possono condividere esperienze ed

obiettivi reciproci. Ognuno di noi ha bisogno di essere a volte dipendente, a volte indipendente, altre interdipendente e sapere quale di queste sia la più adatta in alcune situazioni per potersi calmare e gestire da solo quando l'altro non può essere subito disponibile (Boon, et al., 2011).

Nella vita della paziente ciò sembra essere stata assente. Il padre era una figura poco presente, dedita totalmente al lavoro e poco disponibile a essere di supporto nell'esperienze della figlia, anzi lasciava fin troppa autonomia e libertà in quanto percepiva la paziente più grande di quanto non fosse. Ciò ha portato C. a vivere in un costante rapporto di aspettative su di lei da parte del padre, doveva essere capace a fare da sola e nei momenti di difficoltà la figura paterna non era disponibile. Questo ha strutturato in C. un costante dubbio e insicurezza circa tutto ciò che faceva per conto proprio.

Allorquando la figura di attaccamento nella relazione, invita costantemente il bambino all'autosufficienza emotiva attraverso una stabile indisponibilità a rispondere alle sue richieste, si sviluppa nel piccolo un pattern di attaccamento di tipo evitante che si esprime con l'intenzione di non infastidire inutilmente l'altro, basandosi sull'aspettativa che tanto la figura di attaccamento non sarà disponibile (Liotti, 1999). Il bambino saprebbe dunque cosa attendersi e organizzerebbe in maniera coerente le sue strategie di attaccamento (Ainsworth et al., 1978; Liotti, 1994; Meins, 1997).

Dall'altro canto la madre aveva improntato l'educazione e la crescita della figlia sul *“dover essere e apparire educati e accondiscendenti?”*. Quando C. avanzava il bisogno di giocare con le compagne con le quali si trovava bene piuttosto che con le figlie dei generali, la madre asseriva sempre che *“occorre essere brave ragazze e ascoltare sempre i genitori per poter essere accettati”*, non riconoscendo assolutamente quelli che erano i desideri della figlia e il suo stato di malessere nello stare con persone che non le piacevano.

L'incapacità della madre di instaurare una relazione empatica con i bisogni della figlia, ha portato C. ad essere sempre attenta al proprio modo di comportarsi e alle immediate reazioni della madre.

Durante un colloquio emerge quanto segue:

C. “Ricordo che quando ero piccola ad una festa, una delle tante feste da snob a cui sono dovuta andare, stavo prendendo un pasticcino ma prima ancora di farlo mi sono girata verso mia madre per capire se potevo farlo o meno e ricordo ancora il forte dissenso di mia madre che non mi ha più permesso poi di sentirmi libera di chiedere nulla”.

Considerando che l'unica presenza fisica nelle fasi di sviluppo di C. è stata la madre, la paziente non ha potuto fare altro che adattarsi ai criteri di accondiscendenza della figura materna per potersi permettere di essere amata da lei, andando però così a inibire i suoi bisogni di bambina e allo stesso tempo essere autonoma ed autosufficiente per guadagnarsi l'amore del padre.

Inoltre, ciò che è venuto a mancare nella storia di C. è il calore emotivo tra le figure familiari; la paziente non ricorda episodi in cui al momento del bisogno ci siano stati abbracci o coccole che l'abbiamo validata nelle sue emozioni.

Anche i continui spostamenti hanno influenzato la vita di C. e il suo rapporto con gli altri. La paziente non ha mai avuto una stabilità, un punto di riferimento che la facesse sentire al sicuro.

Tutto ciò ha strutturato uno stile di attaccamento di tipo insicuro-evitante (A) che nel corso della vita l'ha portata a creare un falso senso di efficacia personale e di problem solving.

2.2.3 INTERVISTA, TEST E QUESTIONARI

Per valutare il quadro sintomatologico e della personalità della paziente, sono stati somministrati i seguenti questionari e test:

- BAI
- BDI
- STAI XI
- STAI XII
- MMPI 2
- SCID II

Infine per la concettualizzazione del caso si è proceduto utilizzando:

- PSWQ
- GADS-R
- Intervista per la formulazione del caso di DAG

BAI (BECK ANXIETY INVENTORY)

Grave sintomatologia ansiosa (ptg=35)

PUNTEGGIO	LIVELLO ANSIA
0-7	Ansia minima
8-15	Ansia lieve
16-25	Ansia moderata
26-63	Grave sintomatologia ansiosa

BDI (BECK DEPRESSION INVENTORY II)

Fattore somatico affettivo: grave(ptg=7)

PUNTEGGIO		LIVELLO DEPRESSIONE
Da 0/36	A 3/36	Normale
Da 4/36	A 4/36	Media
Da 5/36	A 5/36	Moderata
Da 6/36	A 36/36	Grave

Fattore cognitivo: normale (ptg=3)

PUNTEGGIO		LIVELLO DEPRESSIONE
Da 0/27	A 9/27	Normale
Da 10/27	A 12/27	Media
Da 13/27	A 14/27	Moderata
Da 15/27	A 27/27	Grave

Punteggio totale: depressione normale(ptg=10)

PUNTEGGIO		LIVELLO DEPRESSIONE
Da 0/63	A 13/63	Normale
Da 14/63	A 17/63	Lieve
Da 18/63	A 63/63	Grave

STAI (STATE-TRATE ANXIETY INVENTORY)

Valore ansia di stato: medio basso (ptg=43)

Valore ansia di tratto: medio alto (ptg=50)

PUNTEGGIO	LIVELLO ANSIA
Da 80 a 71	Altissimo
Da 70 a 51	Medio-alto
Da 50 a 31	Medio-basso
Da 30 a 20	Nulla o molto basso

MMPI 2 (MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY)

Item omessi: 0

SCALE DI VALIDITA'

Ptg T

L (Lie- Menzogna)	58
F (Frequency-Frequenza)	46
K (Correction- Correzione)	46

SCALE DI BASE

Hs (Ipocondria)	49
D (Depressione)	50
Hy (Isteria)	54
Pd (Deviazione Psicopatica)	58
Mf (Mascolinità/Femminilità)	53
Pa (Paranoia)	54
Pt (Psicoastenia)	53
Sc (Schizofrenia)	51
Ma (Ipomania)	55
Si (Introversione sociale)	45

SCALE SUPPLEMENTARI

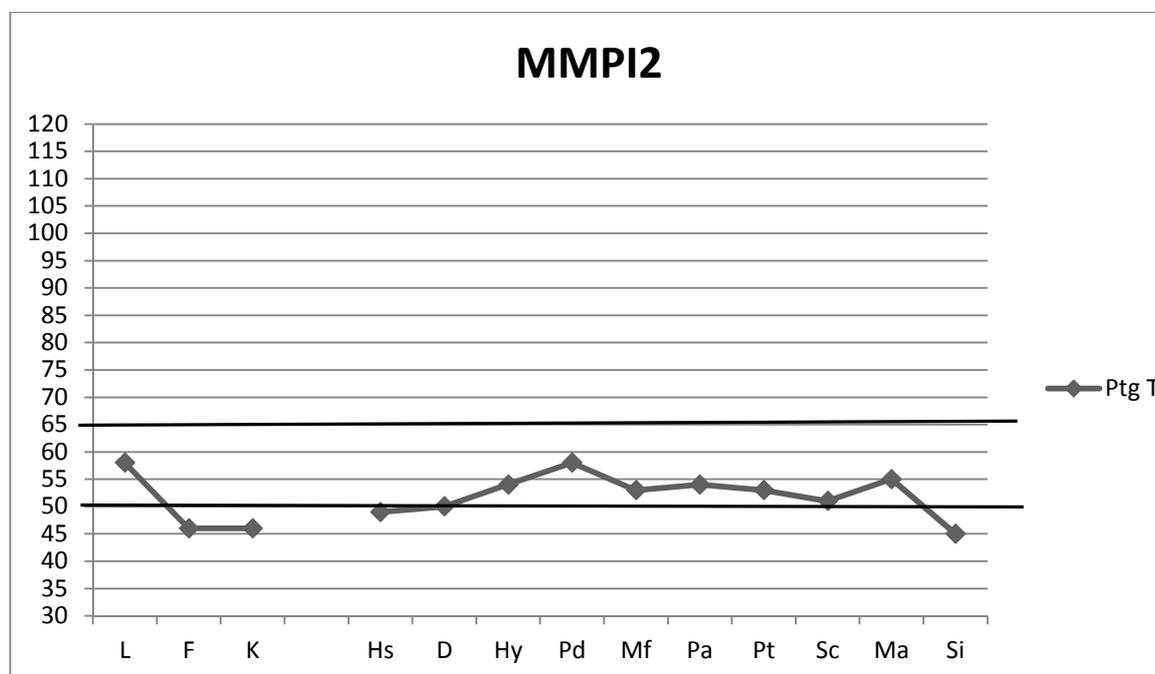
Ptg T

Fb (delle risposte casuali)	52
Trin V/F (incoerenza nelle risposte)	29
Vrin V/F (incoerenza nelle risposte)	65
Mac-R (di MacAndrew di Alcoolismo)	65
Aps (di tossicodipendenza potenziale)	42
Aas (di ammissione di tossicodipendenza)	54
Pk (disturbo post-traumatico da stress)	57
O-K (ostilità ipercontrollata)	54
Mds (disagio coniugale)	53

SCALE DI CONTENUTO

Ptg T

Anx (Ansia)	66
Frs (Paure)	52
Obs (Ossessività)	51
Dep (Depressione)	62
Hea (preoccupazioni per la salute)	56
Biz (Ideazione bizzarra)	35
Ang (Rabbia)	58
Cyn (Cinismo)	49
Asp (Comportamenti antisociali)	44
Tpa (Ipermotivazione sul lavoro)	50
Lse (Bassa autostima)	53
Sod (Disagio sociale)	43
Fam (Problemi familiari)	38
Wrk (Difficoltà sul lavoro)	43
Trt (Difficoltà di trattamento)	47



Rapporto narrativo stilato per il test MMPI 2:

La paziente ha svolto il test in 1:30 in maniera continuativa e senza ripensamenti. Il protocollo, vista la totalità delle risposte date, considerati i punteggi delle scale di validità e della Trin e Vrin, si presenta

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 5
- Cercare di dare senso alle cose 5
- Cercare rassicurazioni 8
- Parlare tra me e me 6
- Cercare di non pensare alle cose 6
- Andare in cerca delle prove 7
- Agire con cautela 5
- Pianificare come gestire le situazioni nel caso in cui le mie preoccupazioni si rivelassero fondate 5

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 6
- Situazioni sociali 7
- Situazioni incerte 8
- Pensieri di malattia 6
- Pensieri di incidenti/perdite 6
- 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 mie preoccupazioni 60
- Preoccuparmi può essere dannoso 70
- La preoccupazione mette il mio corpo sotto stress 80
- Se non riesco a controllare la preoccupazione sarà lei a controllare me 90
- La mia preoccupazione è incontrollabile 80
- Se mi preoccupo troppo potrei perdere il controllo 70
- Preoccuparmi mi aiuta a gestire le cose 90
- Se mi preoccupo sarò preparato 80
- Preoccupandomi riesco a rimanere al sicuro 70
- Preoccuparmi mi aiuta a fare le cose 70
- Se non mi preoccupo potrebbe succedere qualcosa di brutto 80
- Preoccuparmi mi aiuta a risolvere i problemi 70

INTERVISTA PER LA FORMULAZIONE CASO DAG

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? *E se mi sento male, cosa succederà?*
2. Dopo aver avuto quel pensiero, di cos'altro si è preoccupato? *Ho pensato che se mi sentissi male, i miei figli si troverebbero nei problemi.*

3. Quando ha rimuginato su queste cose, quali emozioni ha provato? (Altre domande: si è sentito ansioso? Quali sintomi ha sperimentato?). *Mi sentivo agitata, con il cuore che batteva forte, avevo molto caldo sul volto e mi sentivo soffocare.*

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?). *Ho pensato che se avessi continuato a preoccuparmi mi sarei sentita ancora più male.*

5. a. Crede che rimuginare possa essere in qualche modo pericoloso? (Altra domanda: rimuginare può essere dannoso?). *Credo che rimuginare possa nuocere veramente molto alla mia salute.*

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?). *Non riesco a smettere, è più forte di me.*

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?). *Credo che se penso molto al problema, quando accadrà non mi coglierà impreparata e 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 affrontare delle situazioni da sola e comunque cerco la rassicurazione da parte di qualcuno della mia famiglia e non solo.*

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? *Tento di non pensare a ciò che potrebbe preoccuparmi ma non ce la faccio, più ci provo e più mi arrivano alla mente.*

b. Ha mai cercato di interrompere la preoccupazione decidendo di accantonarla momentaneamente? *No, sarebbe impossibile, rimuginare mi aiuta.*

2.3 DIAGNOSI FINALE SECONDO DSM IV-TR

L'osservazione diretta della paziente in colloquio, l'analisi delle narrazioni durante le sedute, e la valutazione dei test effettuati, ha permesso di stilare la seguente diagnosi:

ASSE I: Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG) codice diagnostico F41.1

ASSE II: Non si riscontrano disturbi di personalità

ASSE III: le condizioni mediche generali della paziente sono buone e non sussistono complicazioni di salute fisica

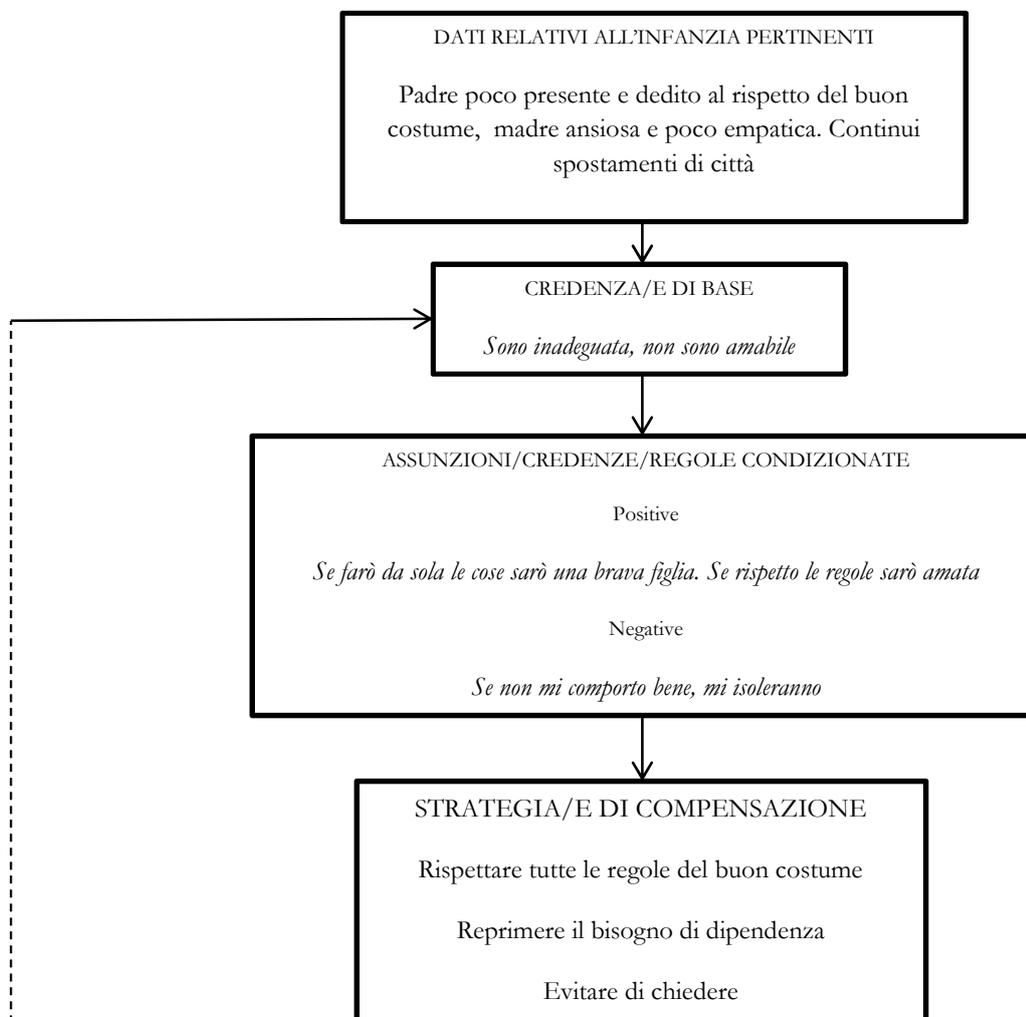
ASSE IV: fattori legati sia all'ambiente sociale come il vivere da sola, che lavorativi dati il rapporto complicato con la dirigente scolastica

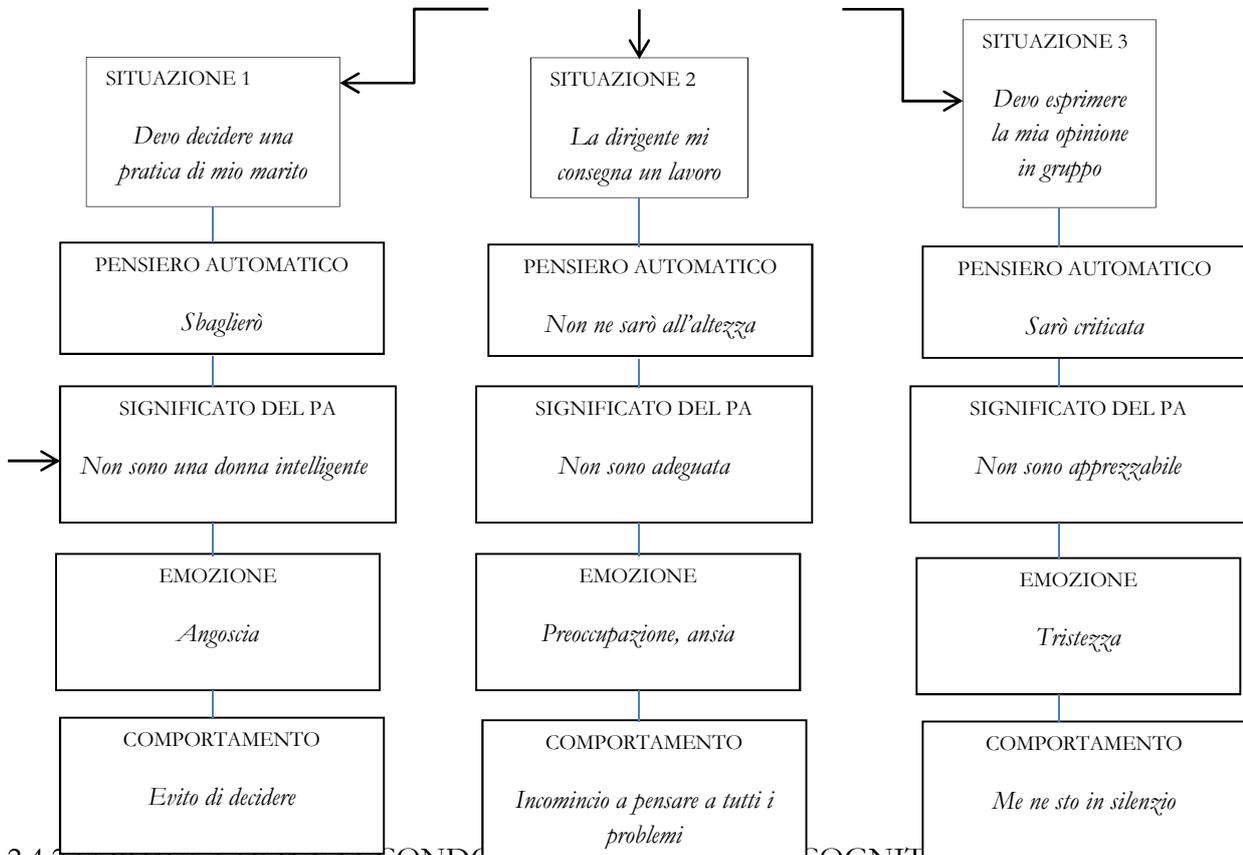
ASSE V: la paziente presenta sintomi lievi ma costanti nel tempo; si riscontrano alcune difficoltà nel funzionamento sociale e lavorativo ma in linea generale funziona abbastanza bene, e riesce a mantenere alcune relazioni interpersonali significative. La Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) è pari a 65.

2.4 CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO CLINICO

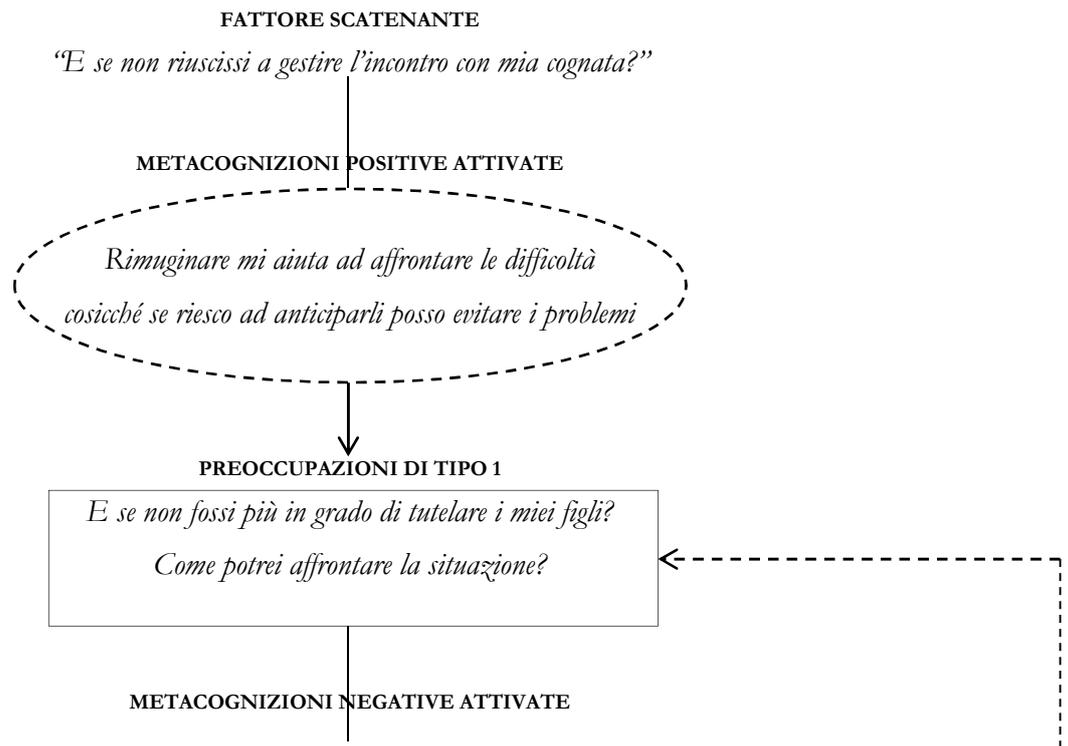
Per formulare il caso e condividerlo con la paziente, è stata utilizzato sia il modello della terapia cognitivo comportamentale elaborato da Beck (1993) che il modello metacognitivo di Wells (2012).

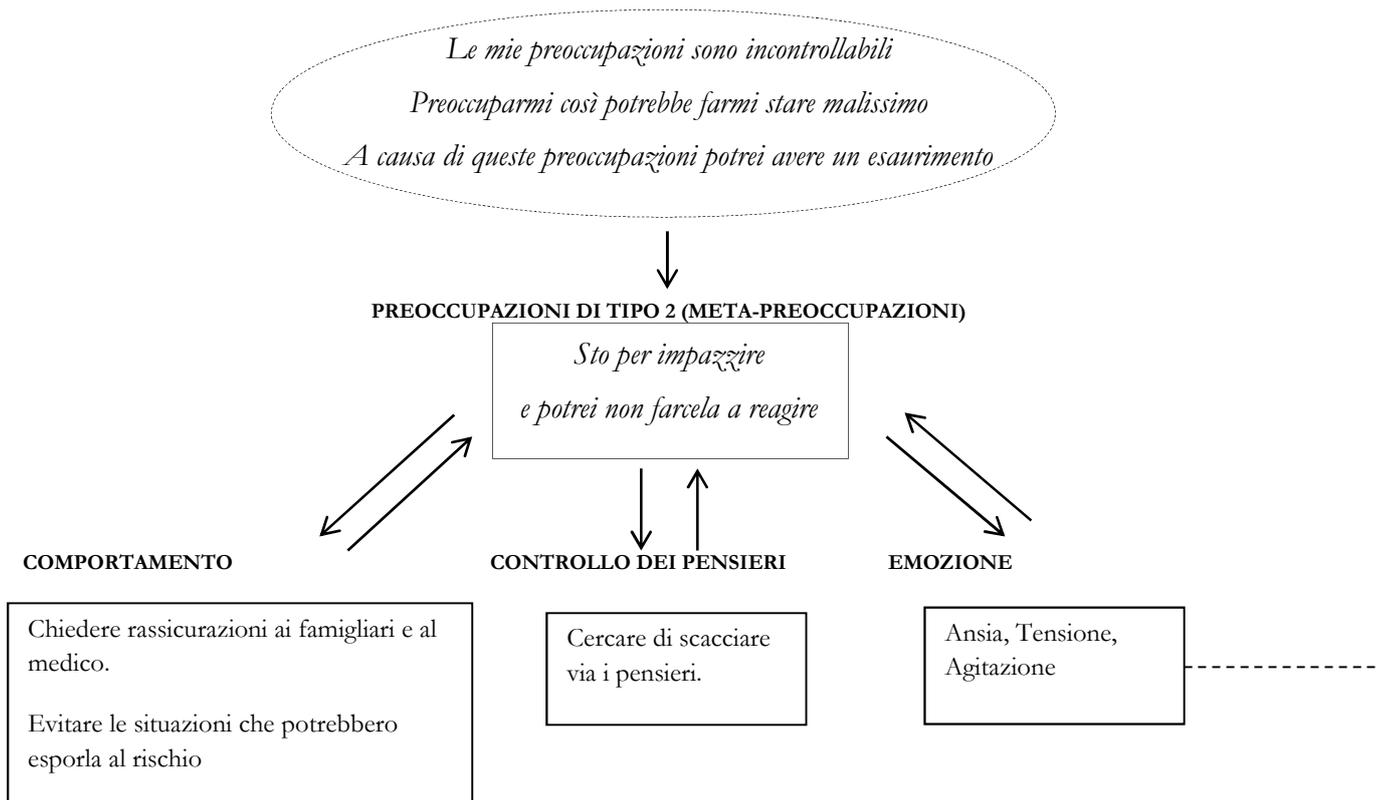
2.4.1 CONCETTUALIZZAZIONE SECONDO IL MODELLO COGNITIVO DI BECK (1993)





2.4.2 FORMULAZIONE SECONDA DEL MODELLO METACOGNITIVO DI WELLS (2012)





2.5 ELEMENTI DEL CONTRATTO TERAPEUTICO

Obiettivi terapeutici a breve termine:

- Introdurre e familiarizzare con il modello;
- Messa in discussione delle credenze metacognitive circa l'incontrollabilità delle preoccupazioni;
- Applicazione della *Detached Mindfulness* e dilazionare il rimuginio.

Obiettivi terapeutici a medio termine:

- Eliminare le strategie maladattive di controllo ed evitamento;
- Messa in discussione delle credenze metacognitive circa la pericolosità delle preoccupazioni;
- Modificare ancora i comportamenti maladattivi persistenti;
- Cominciare la messa in discussione delle meta-credenze positive.

Obiettivi terapeutici a lungo termine

- Modificare e abbandonare strategie di coping non adattive;

- Esercitare la pratica costantemente;
- Stimolare nuove forme di elaborazione della preoccupazione.

2.6 RELAZIONE TERAPEUTICA

Considerando la relazione terapeutica come la variabile maggiormente influente sull'esito della presa in carico terapeutica (Safran & Muran, 2000; Liotti & Monticelli, 2014), si è lavorato sin da subito per costruire l'alleanza terapeutica. La paziente si è dimostrata collaborativa, ha condiviso i passi proposti al momento del contratto terapeutico, ha seguito la terapia con costanza e regolarità. Si è resa disponibile a fare il necessario, credendo nel ruolo e nella professionalità dello psicoterapeuta. Ogni qualvolta che si è discusso di modifiche, cambiamenti, esperimenti comportamentali da fare, C. si è mostrata pronta a collaborare, dando l'idea di una buona prognosi al trattamento.

Inizialmente le narrazioni della paziente erano incongruenti dal punto di vista semantico: le figure di riferimento venivano descritte come positive quando invece la scarsità di memorie autobiografiche non forniva supporto alla descrizione. È emersa la difficoltà nell'affrontare le esperienze emotive dolorose che spesso venivano sminuite e svalutate; questo rendeva il colloquio piatto, freddo, inespressivo. Nei confronti della terapeuta si manifestavano atteggiamenti ambivalenti, oscillando da un evitamento nei confronti dell'attaccamento a richieste di conforto ansiose. Il controtransfert evocato nel terapeuta risultava essere un sentimento di apatia, noia e distanza dal paziente, correndo il rischio di colludere con ciò che si era attivato nelle esperienze precoci di C. Attraverso opere di disciplina interiore si è riusciti a costruire un clima sicuro dove la paziente potesse sentirsi libera ed accolta di esprimere le proprie emozioni finora rimaste perse nel vuoto; un setting terapeutico dove la figura professionale risultasse disponibile all'ascolto attivo e non giudicante. Grazie a questo C. si è sentita sostenuta, validata ed accettata qualunque fosse il suo bisogno, andando dunque a permettere l'integrazione dell'immagine di sé autonoma e dipendente allo stesso tempo. Nel corso della terapia la relazione terapeutica è stata la base sicura nella quale sperimentare stati mentali intensi che potevano essere compresi e spiegati in modo da fornire le risorse alla paziente per sperimentarsi ed esporsi ai suoi stati ansiosi anche al di fuori del contesto terapeutico. Inoltre, si è lavorato costantemente affinché la relazione terapeutica assumesse non una connotazione di dipendenza bensì fosse il punto di osservazione, momento dopo momento, dal quale partire per attivare l'esplorazione dei diversi aspetti infelici e dolorosi della sua vita, molti dei quali trovava difficile riconsiderare senza una figura di cui potesse avere fiducia, che fornisse sostegno, incoraggiamento, comprensione e validazione.

2.7 TRATTAMENTO

L'intervento terapeutico con C. è stato strutturato seguendo la Terapia Metacognitiva elaborata da Wells (2012). Inizialmente è stata elaborata la fase di assessment in cui si sono raccolte le informazioni per la concettualizzazione del caso e l'analisi dei fattori di mantenimento del disturbo in modo tale da condividere gli esiti positivi che avrebbe avuto dalla psicoterapia e quali ostacoli si sarebbero potuti presentare lungo il percorso. Il percorso terapeutico è divisibile nelle seguenti fasi:

- 1) Concettualizzazione del caso;
- 2) Familiarizzazione della paziente con il modello;
- 3) Introduzione al modello di trattamento individuato;
- 4) Messa in discussione delle credenze metacognitive circa l'incontrollabilità della preoccupazione;
- 5) Messa in discussione delle credenze metacognitive circa la pericolosità della preoccupazione;
- 6) Messa in discussione delle credenze metacognitive positive circa la preoccupazione.

1) Concettualizzazione del caso

Nel corso della prima fase si è analizzato insieme alla paziente una situazione capitata recentemente in cui si è sentita tormentata e trasportata dalla preoccupazione; si sono analizzati i fattori che mantengono la preoccupazione cercando contemporaneamente di esaminare alcune modalità per poter gestire l'ansia ed infine indagare cosa la signora si aspetta dalla tecnica che apprenderà. L'esplorazione delle credenze metacognitive circa l'incontrollabilità ed il pericolo della preoccupazione è stato di fondamentale importanza per la formulazione e trattamento del caso.

Sono state pertanto somministrate la GADS-R e l'intervista per la formulazione del caso.

Di seguito si riporta uno stralcio di colloquio:

T. "C. mi può dire quando è stata l'ultima volta in cui si è preoccupata a tal punto tanto da considerarlo un problema?"

C. "Sì. Mi trovavo a casa al computer e ho visto arrivare la mail da parte di mia cognata; ho iniziato a preoccuparmi circa la situazione economica che dobbiamo gestire e ho pensato che non ne sarò mai capace"

T. "Ok C. mi permetta di analizzare una cosa alla volta. Quale è stato il primo pensiero non appena ha visto la mail in arrivo da parte di sua cognata? Non so, ha avuto pensieri del tipo e se... oppure è stata coinvolta da immagini che qualcosa di brutto sarebbe potuto accadere?"

C. *“Non ricordo molto bene ma credo sia stato un pensiero del tipo: e se mia cognata dice che non le va bene la proposta fattale? Come faranno i miei figli?”*

T. *“Da quello che mi sta dicendo C., sembra che il pensiero scatenante abbia riguardato sua cognata ma in riferimento all’esito che avrebbe avuto sui suoi figli?”*

C. *“Sì, ho pensato a quanto sarebbe stato pericoloso tutto ciò”*

T. *“C. mi sembra di vedere che anche ora che ne stiamo parlando lei si stia agitando; la vedo diversa rispetto all’inizio del colloquio...le posso chiedere come si sente ora?”*

C. *“Sì, in effetti mi sento agitata anche al solo parlarne”*

T. *“Sarebbe molto importante se lei C. potesse ora dirmi cosa è che la preoccupa”*

C. *“Ho paura che le cose non si sistemino, e questo sarebbe devastante per loro!”*

T. *“Quindi C. anche ora, al pensiero che possa capitare qualcosa ai suoi figli, la fa agitare giusto?”*

C. *“Giusto dottoressa”*

T. *“Bene C., ritorniamo un attimo a quello che è successo quando ha visto arrivare la mail. Posso chiederle di spiegarmi meglio cosa ha pensato?”*

C. *“Ho pensato che se mia cognata non avesse accettato la proposta, io non avrei saputo come fare; ho pensato al fatto che se non riuscissi a sistemare la situazione, come faranno i miei figli da soli a mettere le cose a posto?”*

T. *“Questo che mi sta dicendo, come l’ha fatta sentire lì in quel momento?”*

C. *“Agitata, tesa, nervosa, disperata, in preda all’ansia, avrei voluto chiamare qualcuno”*

T. *“Ascolti C., quando si sente così in ansia crede possa accadere qualcosa a causa di quello che sta pensando e di come si sta sentendo?”*

C. *“Non saprei”*

T. *“E dunque quale è la cosa peggiore che potrebbe accadere se continuasse a pensare e sentirsi in tale modo?”*

C. *“Beh se continuassi potrei impazzire”*

T. *“Mi pare di capire che allora quando è molto preoccupata lei pensa che potrebbe diventare pazza, giusto?”*

C. *“Giusto”*

T. *“Ora C. ci serve di capire se ci sono altre credenze negative rispetto alla preoccupazione per l’ansia. Le capita di pensare che pensare come lei mi sta riferendo, la possa portare anche ad altro?”*

- C. *“Beh ho paura di sentirmi molto male, che mi possa venire un crollo nervoso”*
- T. *“Stavo pensando allora per quale motivo non termina di preoccuparsi se è così pericoloso?”*
- C. *“Non ce la faccio dottoressa! E' incontrollabile!”*
- T. *“Dunque C., facendo una riformulazione, mi sembra di aver capito finora che per lei preoccuparsi molto significa che la preoccupazione non è controllabile, che la farà impazzire e la farà avere un crollo nervoso”*
- C. *“Ora che lo stiamo dicendo, mi sembra proprio che sia così”*
- T. *“Ora, su una scala da 0 a 100 quando veramente crede che la preoccupazione sia incontrollabile?”*
- C. *“Molto, direi almeno 70”*
- T. *“In quale misura crede invece che finirà per impazzire?”*
- C. *“Un punteggio di 60”*
- T. *“E quanto inoltre crede che tutto ciò le creerà un crollo nervoso?”*
- C. *“80 su 100 ”*
- T. *“Va bene C., quello di cui stiamo parlando sembrano tutte credenze negative, catastrofiche, ci sono anche delle credenze positive rispetto al preoccuparsi e dunque se le convenga in qualche modo preoccuparsi?”*
- C. *“Credo che preoccuparmi mi permetta di essere pronta a gestire le situazioni che si presenteranno, mi fa sentire più al sicuro e pronta a risolvere i problemi”*
- T. *“A questo quanto ci crede?”*
- C. *“Almeno 70 ma anche 80 su 100”*
- T. *“Nella situazione di partenza che lei mi ha fornito, quando ha iniziato a preoccuparsi, ha fatto qualcosa per interrompere il fenomeno?”*
- C. *“Beh volevo chiamare qualcuno e l'ho fatto con mia figlia”*
- T. *“Sempre circa a come reagisce alle sue preoccupazioni, vorrei chiederle se smette di pensare ad alcune cose, se sa che possono scatenare la preoccupazione?”*
- C. *“In effetti cerco di non pensare a tutto ciò che mi provoca ansia”*
- T. *“Ha mai tentato invece di non preoccuparsi quando le è venuto in mente il pensiero negativo?”*
- C. *“No, d'altronde credo di fare bene a preoccuparmi, altrimenti mi troverei nei guai!”*
- T. *“Ok C., chiameremo rimuginio tutto ciò che lei mi ha espresso sino ad ora”*

2) *Familiarizzare con il modello*

Partendo dal presupposto che la paziente ha cominciato a prendere consapevolezza del modello già attraverso la concettualizzazione, si è proceduto nell'andare a delinearne meglio i processi che stanno alla base del disturbo, i meccanismi di mantenimento attraverso la messa in evidenza delle credenze metacognitive e questo lo si è fatto facendo esercitare direttamente in seduta la paziente con l'esperimento della soppressione. Attraverso questo esperimento si è voluto portare la signora a render evidente quanto la repressione dei pensieri che stimolano la preoccupazione sia una strategia inefficace.

Di seguito si riporta uno stralcio di un ulteriore colloquio:

T. *“Allora C., il fatto che lei non riesca a gestire la sua preoccupazione, potrebbe effettivamente significare che è incontrollabile; ha mai pensato però che potrebbe anche voler dire che sta usando delle strategie controproducenti?”*

C. *“Ho sempre pensato che fosse totalmente incontrollabile, non ho mai pensato che stessi sbagliando strategia”*

T. *“Ok, C., ora vorrei proporle di vedere insieme a lei quanto a volte alcune strategie che riteniamo utili siano invece inefficaci. Facciamo finta per un momento che lei abbia paura dei conigli gialli; vorrei che per i prossimi tre minuti cercasse di non pensare ai conigli gialli di qualunque dimensione essi siano, cerchi di bloccare qualsiasi pensiero in merito. Ok, ora vorrei che mi dicesse cosa è successo quando ha cercato di reprimere questi tipi di pensieri”*

C. *“E' successo che più provavo a bloccarli e più mi venivano alla mente”*

T. *“Bene C., questo è un esempio di come a volte le strategie che lei utilizza posso non esserle d'aiuto. Ora, visto che tale strategia non funziona, cosa le viene pensato rispetto all'impossibilità di gestire la preoccupazione?”*

C. *“Beh in effetti mi fa riflettere questa cosa”*

3) *Introduzione al modello di trattamento intrapreso*

Si è chiesto alla paziente di fornirmi dei feedback rispetto a quanto avesse appreso circa la preoccupazione, le ragioni che sottendono la sua persistente e perseverante apprensione e tutte le conseguenze negative che comportano.

4) *Messa in discussione delle credenze metacognitive sull'incontrollabilità*

In questa fase si è lavorato affinché emergesse il significato che la paziente riponeva nel concetto di controllo e per differenziare quest'ultimo dalla soppressione dei pensieri. A tal proposito sono state utilizzate strategie verbali per esplorare e contemporaneamente indebolire le credenze circa l'incontrollabilità della preoccupazione con il fine ultimo di toccare con mano la possibilità di controllare la preoccupazione e di interromperla con modalità cognitive alternative. Si riporta il seguente dialogo terapeutico:

T. *“In quale misura crede che la sua preoccupazione sia incontrollabile?”*

C. *“Al 70%”*

T. *“Se fosse così tanto incontrollabile allora come riuscirebbe a continuare a fare quello che stava facendo?”*

C. *“In effetti credo che anche in quei momenti la preoccupazione sia presente in quanto faccio le cose senza concentrarmi e le faccio male”*

T. *“Senta, ed invece quando va a dormire che fine fa la sua preoccupazione?”*

C. *“Credo che sia lì anche quando vado a letto e dormo, tanto è vero che la mattina sono stanca ed affaticata”*

T. *“Quindi per lei sentirsi affaticata è come dire di sentirsi preoccupata?”*

C. *“No, penso sia diverso”*

T. *“Allora mi viene da pensare, come farebbe lei a dormire se la preoccupazione rimane lì insieme a lei e continua a tormentarla?”*

C. *“Infatti non è semplice, anche se credo che forse durante il sonno si fermi”*

T. *“Giusto, è proprio così si ferma! E quindi cosa succede alla sua ansia quando deve sistemare dei documenti dell'azienda di suo marito? Rimane sempre uguale?”*

C. *“Mi sembra che sia altalenante, sale e scende, più alta e più bassa”*

T. *“Oh C., lei mi ha detto una cosa importantissima, che l'ansia non è sempre uguale, che ogni tanto si ferma! È ancora così tanto convinta che la preoccupazione sia totalmente incontrollabile?”*

C. *“Ora che mi ci fa riflettere, forse no! Forse posso fare qualche cosa anche io perché forse un po' di controllo sulle preoccupazioni si può avere, ma non so se su tutte le situazioni, anche quelle più difficili da gestire”*

T. *“Bene C. ora vorrei vedere insieme a lei qualcosa in più circa il controllo. Noi non possiamo avere il controllo sui pensieri intrusivi iniziali, ma possiamo scegliere di non lasciarci travolgere dal processo di rimuginazione che li accompagna. Ora rispetto alla preoccupazione iniziale che stimola il suo rimuginio vorrei farla esercitare con la detached mindfulness per imparare come sia possibile dilazionare il worry e scoprire la verità rispetto all'incontrollabilità della preoccupazione. Ha mai provato a lasciar perdere un pensiero negativo? O a considerare i suoi pensieri negativi come dei semplici eventi che le attraversano la mente?”*

C. *“Cosa vuol dire?”*

T. *“C. tra poco le chiederò di pensare ad una tigre e di lasciare che questo pensiero esista semplicemente nella sua mente senza modificarlo, vorrei solo che osservasse il pensiero nel suo spazio mentale senza influenzarlo o controllarlo”*

C. *“Va bene”*

T. *“Chiuda allora gli occhi e provi a pensare ad una tigre, può notare che si muove ma non sia lei a farla muovere; può notare come svanisce e si ripresenta la tigre ma non sia lei a modificarla; infine può notare che compaiono altri pensieri in primo piano, lasci che si presentino. Le chiedo solo di non modificare nulla e di notare il processo in modo distaccato e quando se la sente riapra gli occhi. Come è andata?”*

C. *“E’ un esercizio strano, non ci avevo mai pensato potesse accadere questo, il pensiero della tigre era lì, andava e veniva ed osservarlo senza controllarlo me lo ha fatto sentire meno assillante”*

T. *“Bene C., vorrei che applicasse lo stesso esercizio a quei pensieri negativi attivanti la sua preoccupazione, permetta loro di essere nella sua mente e si dia la possibilità di non controllarli, di non scacciarli via, di non ragionarci sopra, sono solo eventi mentali passeggeri che vanno e vengono”*

C. *“Ci proverò”*

T. *“Inoltre C. vorrei che come homework rinviasse qualsiasi rimuginio o ruminazione, incominci a considerare il pensiero negativo solo come un evento mentale, senza soffermarsi sopra, dandosi la possibilità di aspettare e farlo più tardi. Infine C., prima di andare al letto, si conceda dieci minuti per preoccuparsi della sua preoccupazione. Si ricordi che questo non è obbligatorio, molte persone rimandando il rimuginio si dimenticano poi di preoccuparsi della propria preoccupazione; potrà toccare con mano che la preoccupazione non è così incontrollabile! Questo che le sto dicendo non significa che lei debba sopprimere il pensiero, bensì che si dia la possibilità di farlo esistere in sottofondo nel suo spazio mentale. Ad esempio se le viene un pensiero negativo circa la sua salute del tipo: “E se mi capitasse qualcosa di brutto?”, non le chiedo di metterlo a tacere ma di essere consapevole che le sta emergendo un pensiero preoccupante e che se ne può occupare più tardi.*

5) Messa in discussione delle credenze metacognitive circa la pericolosità della preoccupazione

Avendo abbassato il punteggio della GADS- R rispetto all’incontrollabilità della preoccupazione, si è passati a lavorare sulle meta credenze relative alla pericolosità della stessa, attraverso l’uso di strategie verbali ed esperimenti comportamentali. Nello specifico si è utilizzata la messa in discussione del meccanismo che lega la preoccupazione agli esiti negativi al fine di indebolirne o invalidarne l’associazione, in quanto la paziente era preoccupata del fatto che preoccuparsi portasse a danneggiare il proprio corpo e ad avere crolli fisici e mentali. Nel seguente colloquio si è cercato di rendere evidente questo passaggio.

T. *“Senta C., crede che l’ansia possa portarle dei vantaggi?”*

C. *“Dottoressa, non credo che l’ansia porti così tanti vantaggi e tantomeno desidero avere un’ansia così elevata. Forse se potessi avere un’ansia più bassa, non mi preoccuperei tanto così fino ad arrivare a danneggiarmi.”*

T. *“Ascolti C., vorrei parlare con lei di un concetto chiamato attacco o fuga, ne ha mai sentito parlare?”*

C. *“Mi pare di averne già letto qualcosa in merito tempo fa ma ora non ricordo.”*

T. *“E’ un meccanismo di sopravvivenza che si attiva nei momenti d’ansia. Quando ci esponiamo ad un pericolo di qualsiasi natura, ecco che in noi si attiva l’ansia; questa provoca dei cambiamenti a livello sia cognitivo che fisico per tutelarci e reagire alla situazione di emergenza. Uno dei cambiamenti fisici che si ha è il battito cardiaco accelerato, il sangue viene portato ai muscoli per darci maggiore apporto di ossigeno. Dal punto di vista cognitivo invece i pensieri fluiscono in maniera molto più veloce e caotica. Tutto ciò, come le dicevo ci occorre per combattere (attacco) o fuggire (fuga) dalla situazione che stiamo vivendo. Ora C., se questo meccanismo di sopravvivenza fosse stato tanto dannoso per noi esseri umani, secondo lei ne avremmo usufruito fino ad oggi?”*

C. *“In effetti, ora che mi ci fa riflettere, non avevo mai pensato a come l’ansia potesse essere a noi funzionale. Mi viene pensato agli studenti quando devono affrontare un’interrogazione e si devono preparare il giorno prima. Se non provassero questo meccanismo di cui lei mi ha parlato, probabilmente non avrebbero dei così buoni risultati.”*

T. *“Bene C., la ringrazio di avermi fornito un esempio molto vicino a lei e alla sua quotidianità, questo mi fa pensare che il razionale che le ho appena illustrato possa risaltarle molto calzante ed essere pertanto applicato in altre situazioni”*

C. *“Credo proprio di sì”*

Per poter indebolire maggiormente le meta credenze negative circa la pericolosità sono stati contemporaneamente aggiunti degli esperimenti comportamentali attraverso i quali la paziente ha potuto sperimentare personalmente che la preoccupazione non va a danneggiare il corpo. Nello specifico ci si è accertati inizialmente che C. godesse di buona salute e non avesse disfunzioni cardiache, dopodiché si è chiesto di preoccuparsi intensamente durante il tragitto a piedi che la signora compie per andare da casa a scuola tutte le mattine.

In seconda battuta si è chiesto alla paziente di attivare la preoccupazione mentre percorreva la salita e discesa esterne allo studio e di controllare i battiti cardiaci e di fare lo stesso ma senza attivare la preoccupazione.

Il primo esperimento comportamentale ha fatto sì che la preoccupazione circa i danni al proprio corpo sia notevolmente diminuita, mentre attraverso il secondo C., ha potuto valutare che non sussisteva alcuna differenza tra i due momenti e ciò è servito per rivalutare la propria credenza.

6) Sfidare le credenze metacognitive positive rispetto alla preoccupazione

Nella prospettiva di dirigersi verso il termine del trattamento, si è lavorato al fine di utilizzare strategie efficaci per fronteggiare pensieri ed emozioni. C., non riusciva ad essere flessibile circa le proprie scelte di coping finendo per utilizzare quelle non adattive. Si è collaborato pertanto nella messa in discussione

delle credenze metacognitive positive affinché la paziente potesse fare leva su strategie alternative piuttosto che attivare l'attività rimuginativa. Il seguente colloquio esplicita come ci si sia focalizzati nell'estrapolare gli elementi di prova che supportano la preoccupazione e nell'evidenziare le controprove.

T. *"C., crede che preoccuparsi abbia un effetto positivo, nel senso che porti con se dei vantaggi?"*

C. *"Io credo che preoccupandosi si possano un poco ridurre i danni che ci sarebbero se non mi preoccupassi. Inoltre credo che se comincio a preoccuparmi posso essere pronta a fronteggiare il problema che mi si presenta, sostanzialmente evito di creare errori e di sbagliare"*

T. *"Un attimo C., mi sta dicendo che il non preoccuparsi le comporterebbe di cadere in gravi errori o di non essere assolutamente in grado di affrontare la situazione che le si presenta?"*

C. *"Non posso certo dire che sia assolutamente così o che lo sia stato sempre!"*

T. *"Mi dica ora quali prove concrete lei ha del fatto che preoccuparsi le permetta di non sbagliare e di evitare di fare errori?"*

C. *"Come le dicevo potrei essere pronta ad fronteggiare qualsiasi situazione"*

T. *"Ok C., mi sembra di capire che la sua meta credenza positiva circa la preoccupazione sia il fatto che non la fa trovare impreparata. Vorrei però chiederle se allora quelle volte che lei non si è preoccupata poi è andato a finire nel commettere degli errori?"*

C. *"Beh...in effetti...mi è successo anche di non preoccuparmi così tanto e di vedere che non succedeva una catastrofe"*

T. *"Allora mi pare che ci stiamo avvicinando all'idea che forse non ci siano tutte queste prove del fatto che sia assolutamente necessario preoccuparsi per non commettere errori, anche se lei ritiene che a volte le può essere utile"*

C. *"A volte capita, a volte no; forse è proprio vero che la preoccupazione è negativa!"*

T. *"A volte la preoccupazione ci offre una visione della realtà un poco distorta rispetto alla realtà, ce la immaginiamo più pessimistica di quanto poi non sia"*

C. *"Questo è vero, la preoccupazione non è poi così utile"*

Attraverso gli esperimenti di modulazione, inoltre, della preoccupazione si è data la possibilità alla paziente di verificare che durante il tram tram quotidiano è fattibile sia attivare che interrompere il rimuginio ma soprattutto che è possibile aumentare o diminuirlo e valutare contemporaneamente che effetti hanno le due strategie. Si è chiesto pertanto di prendere dei fatti concreti, si sono valutati gli

effetti sia della preoccupazione che della sua stessa assenza. Grazie a questo la signora ha potuto rendersi conto di quanto siano false le idee che rimuginare conduca a dei migliori risultati e che l'assenza di uno stile cognitivo rimuginativo sia negativa.

2.8 PREVENZIONE DELLE RICADUTE

La fase finale del trattamento è stata dedicata alla prevenzione delle ricadute, ragion per cui sono state riepilogate tutte le nuove strategie che la paziente ha appreso e le modalità alternative per affrontare l'eventuale riattivazione dello stile rimuginativo di fronte ai pensieri intrusivi e allo stress; è stata verificata l'effettiva appropriazione della nuova cassetta degli attrezzi nonché l'assenza di credenze negative circa l'incontrollabilità e la pericolosità della preoccupazione e delle credenze positive riguardanti l'utilità del rimuginio. Per fare tutto ciò è stata risomministrata la *GADS-R* e il *Penn State Worry Questionnaire*. È stato stilato un resoconto del percorso psicoterapico, sottolineando le conoscenze acquisite dalla paziente sul disturbo d'ansia generalizzato e sulla preoccupazione patologica. Oltre alla psicoeducazione sull'ansia, riportata in appendice, si è lasciata anche la seguente descrizione fornita da Wells (2005b, p.340):

“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”.

Durante tutto il percorso si è mantenuto un atteggiamento *mindfully*, ossia nel “qui ed ora” della relazione terapeutica, non giudicante, di accettazione nei confronti dell'esperienza emotiva della paziente e di quello che si strutturava di volta in volta nella relazione terapeutica. Questo è servito per predisporre la paziente alla fase finale del trattamento, durante la quale i principi della *mindfulness* sono stati messi in pratica maggiormente. La paziente è stata allenata attraverso la pratica quotidiana formale e informale ad osservare l'esperienza per come si presentava, senza giudicarla, accettandola come condizione universale ed ineliminabile. Attraverso l'uso della *mindfulness* la paziente si è relazionata sempre con maggiore distanza ai propri eventi mentali, vivendoli come eventi passeggeri che vanno e vengono e ai quali non occorre più ancorarsi.

2.9 ESITO DEL TRATTAMENTO E VALUTAZIONI PSICOMETRICHE

La terapia, durata circa otto mesi, ha avuto esito positivo. La paziente stessa ha fatto emergere la possibilità, da me condivisa, di poter affrontare la sua quotidianità in maniera autonoma andando a diminuire pian piano gli incontri terapeutici, ragion per cui si è deciso di portare a termine il trattamento. C. è riuscita ad essere più consapevole dei propri processi cognitivi patologici, di tutte le sue meta credenze positive e negative. Sicuramente la credenza positiva sull'utilità del worry era maggiormente ancorata tale da essere a volte ancora agita dalla paziente; si è data comunque la possibilità di far emergere e fluire le proprie emozioni fermandosi dunque dal modificarle, eliminarle o dal ragionarci sopra. Importantissimo e ben riuscito è stato il lavoro sui tentativi di sopprimere i pensieri negativi che si sono rivelati inutile. È proprio partendo da questo che C., ha compreso l'effetto controproducente della strategia agita. A scopo esemplificativo si riportano i nuovi processi metacognitivi adottati dalla paziente giunta al termine dell'intervento psicoterapeutico:

-“Se ho dei pensieri negativi, mi permetto di lasciarli da parte, di aspettare e di vedere cosa succede”

-“Se mi si sta attivando la preoccupazione posso utilizzare le tecniche di Detached Mindfulness apprese”

-“Se sono preoccupata, non vado a cercare le prove della mia preoccupazione ma cerco di arrestare semplicemente il mio rimuginio”

-“Se mi trovo a fare qualcosa che non ho mai fatto e questo mi preoccupa, posso dare spazio ai miei pensieri, posso lasciarli fluire liberamente senza ancorarmi”

-“Se mi capita di preoccuparmi, devo evitare di chiedere rassicurazioni ai miei familiari o chiunque esso sia”

La costanza, l'impegno e la collaborazione di C., ha permesso di raggiungere tutti gli obiettivi prefissati all'inizio del trattamento con una conseguente remissione della sintomatologia ansiosa. Considerando la diversa relazione con la preoccupazione che la paziente ha imparato ad avere durante il trattamento, è stata condivisa l'ipotesi di diminuire il farmaco prescritto all'inizio della presa in carico. Tale volontà è stata avallata dal medico di riferimento; pertanto C. ha pian piano diminuito il farmaco fino a sospenderlo del tutto senza avere alcuna ripercussione. L'andamento positivo del trattamento ha permesso che C. imparasse a dedicare maggior spazio e tempo a se stessa senza impegnarsi esclusivamente a rimuginare cercando di risolvere problemi di natura economica e familiare. Alla fine dell'intervento la paziente si è sentita padrona delle proprie emozioni, capace di farle emergere, ascoltarle senza farsi travolgere e prendere decisioni senza evitare alcuna sensazione emotiva. Tutto ciò le ha permesso di affrontare la vita con benessere e serenità.

- Cercare rassicurazioni 1
- Parlare tra me e me 3
- Cercare di non pensare alle cose 3
- Andare in cerca delle prove 2
- Agire con cautela 3
- Pianificare come gestire le situazioni nel caso in cui le mie preoccupazioni si rivelassero fondate 2

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 2
- Situazioni sociali 1
- Situazioni incerte 2
- Pensieri di malattia 3
- Pensieri di incidenti/perdite 1
- 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 mie preoccupazioni 20

- Preoccuparmi può essere dannoso 10
- La preoccupazione mette il mio corpo sotto stress 40
- Se non riesco a controllare la preoccupazione sarà lei a controllare me 20
- La mia preoccupazione è incontrollabile 30
- Se mi preoccupo troppo potrei perdere il controllo 20
- Preoccuparmi mi aiuta a gestire le cose 10
- Se mi preoccupo sarò preparato 10
- Preoccupandomi riesco a rimanere al sicuro 20
- Preoccuparmi mi aiuta a fare le cose 10
- Se non mi preoccupo potrebbe succedere qualcosa di brutto 30
- Preoccuparmi mi aiuta a risolvere i problemi 20

2.10 FOLLOW-UP

In accordo con la paziente, sono state programmate le sedute di follow-up; inizialmente ad un mese di distanza dall'ultima seduta, successivamente ogni due mesi, ed infine dopo sei mesi dall'ultimo colloquio.

Durante la fase finale del trattamento, la paziente risultava lievemente titubante all'idea di essere “*da sola ad affrontare ora la mia vita*”; nel momento in cui però si è convenuto sul fatto che oramai aveva acquisito tutti gli strumenti e ristrutturato le risorse per camminare per conto proprio, allora si è deciso di sperimentare questa nuova dimensione terapeutica. Nonostante i leggeri timori, C. si è presentata al primo incontro di follow-up fiera di se stessa per essere riuscita a gestire la sua ansia e non aver più avuto fenomeni intensi di rimuginio. Inoltre, riferisce di non aver più evitato le situazioni temute come ad esempio di parlare con la cognata oppure di risolvere le questioni burocratiche del marito rimaste in sospeso. Mi riporta di aver cominciato a frequentare molto di più le amiche e di sentirsi meno responsabile dei problemi dei figli. C. racconta di essersi finalmente resa conto completamente di avere la consapevolezza del momento in cui i processi cognitivi patologici si innescano e di poterli serenamente gestire adottando strategie molto più significative e fruttuose. Nei successivi follow-up la

paziente manifesta maggior sicurezza anche rispetto alla possibilità di non chiedere rassicurazioni ai figli, al medico o ad altre persone. Infatti, riportando un episodio in cui poteva esserci una ricaduta, C., riferisce di aver riconosciuto subito dove la sua mente la stava portando e di aver dunque deciso in maniera *mindfully* cosa fosse idoneo fare in quel momento:

C. "Nel corso di questi giorni passati senza terapia ho avuto paura di poter ricadere in quelle sensazioni per le quali sono venuta da lei. Mi è successo di venire a conoscenza di un incontro che avrei avuto dal notaio per un attimo ho sentito di non farcela da sola, avevo paura che la preoccupazione potesse sopraffarmi ma memore di tutti i colloqui fatti, degli strumenti che ho acquisito e delle strategie alternative apprese, mi sono sentita subito forte e sicura nell'affrontare qualsiasi cosa sarebbe successo. Il bello è stato proprio che la preoccupazione è subito svanita e questo mi ha dato molta carica nell'affrontare tutto ciò che mi capita con serenità"

Proprio grazie a questo resoconto che C. ha fatto, è stato possibile mettere in evidenza la normalità di emozioni che a volte possono sembrare travolgenti tanto da non farci vedere la via d'uscita; inoltre, la paziente ha manifestato un buon grado di consapevolezza e accettazione delle sue esperienze, dei suoi punti di forza ma anche di debolezza e vulnerabilità senza per questo farsene una critica o una colpa.

APPENDICE I

PSICOEDUCAZIONE ALL'ANSIA

Ogni essere umano, di qualsiasi epoca storica vogliamo, ha sperimentato e sperimenta tutt'oggi quella gamma di emozioni che per praticità si individuano con la parola ANSIA. Proprio perché rientra in ogni nostra esperienza, riguarda tutti noi, ed è sempre esistita, possiamo dire con certezza che l'ansia non è totalmente eliminabile. L'ansia serve alla nostra sopravvivenza, in talune circostanze è utile a noi perché ci mette in guardia in situazioni di pericolo o di minaccia per la nostra esistenza. Pensiamo ad esempio ad una situazione in cui lei stia camminando da sola lungo una strada buia e all'improvviso di fronte a lei vede un cane che le ringhia contro e si sta avvicinando a lei; a quel punto lei comincia ad indietreggiare per trovare riparo. Quello che succede in questa situazione è ciò che capita nel nostro corpo quando siamo di fronte ad un pericolo:

- La mente diventa più vigile
- Aumenta la frequenza cardiaca e la pressione del sangue nelle arterie
- Per favorire il rallentamento del corpo, aumenta la sudorazione
- Il sangue viene portato maggiormente ai muscoli per prepararsi alla risposta
- I muscoli sono pronti a reagire
- Rallenta la digestione
- Diminuisce la produzione di saliva
- Le vie respiratorie si dilatano per far affluire velocemente l'aria ai polmoni. Il respiro diventa più frequente
- Abbiamo bisogno di più energia e quindi il fegato rilascia gli zuccheri
- Aumenta la capacità di coagulazione del sangue
- Diminuisce la capacità di risposta del sistema immunitario, utile a breve termine ma potenzialmente dannoso a lungo termine.

Tali reazioni, chiamate di attacco o fuga, sono quindi utili per fronteggiare un pericolo imminente e oggettivo. Quando il nostro corpo si modifica in questa maniera per reagire è in uno stato di apprensione e ne conseguono sintomi fisici tipici dell'ansia: tremori, irrequietezza, agitazione, tensione muscolare, sudorazione eccessiva anche nelle mani, fiato corto, tachicardia, secchezza in bocca, vampate di calore e brividi di freddo, nausea, sensazione di nodo alla gola.

La risposta agita di fronte al cane che ringhia è utile sicuramente in situazioni di pericolo oggettivo ma non se stiamo affrontando una discussione con un collega o se dobbiamo pianificare un'attività o risolvere un problema economico. Eppure al giorno d'oggi i fenomeni di ansia critica sono notevolmente aumentati. Questo accade perché è aumentata la possibilità di venire a conoscenza di

notizie e fatti di cronaca, disastri, rapine, omicidi, violenze, che sono quotidianamente trasmesse da tutti i mezzi di comunicazione e comunque di facile reperibilità. A questo dobbiamo aggiungere tutti gli stressor a cui siamo sottoposti durante la nostra quotidianità; basti pensare agli impegni lavorativi, familiari, sociali a cui cerchiamo di dare sempre una risposta ma che inesorabilmente non fanno altro che aumentare il livello individuale di stress. Pensiamo alla precarietà economica attuale e a quanto questo incida sulle aspettative per i figli. Oppure a quanto occorre essere competitivi sul posto di lavoro per non essere sostituiti.

LO STRESS, LA PAURA E L'ANSIA

Inoltre dobbiamo aggiungere che il nostro stile di vita a volte risulta essere non proprio salutare e ci conduce verso comportamenti che aumentano il nostro livello di stress innalzando la vulnerabilità all'ansia: pensiamo ad esempio all'uso di caffè, di alcool, all'alimentazione spesso non equilibrata e sana, al consumo di sigarette, alla qualità del sonno a volte limitato o disturbato, al ritmo e orari di lavoro spesso pesanti e frenetici. Durante la nostra vita ci possono poi essere degli eventi negativi come malattie, lutti, perdite, trasferimenti, problemi economici tali da risultare fattori specifici di stress, come anche eventi positivi che possono avere la stessa valenza, come ad esempio matrimoni, nascite che possono innalzare i livelli di stress e di conseguenza di ansia. Quando siamo particolarmente ansiosi, sebbene l'ansia sia fisiologicamente positiva per il nostro corpo, la capacità di prendere decisioni, di risolvere i problemi, di portare a termine delle consegne, diminuisce molto perché un livello elevato di ansia non ci fa essere ragionevoli e vedere le cose con chiarezza, anche quelle che abbiamo già fatto altre volte e che dovremmo conoscere bene. Oltre a questo occorre aggiungere che a volte ci si preoccupa anche di un livello basso di ansia perché ci si preoccupa del fatto che possa talmente crescere ed essere pervasiva da diventare incontrollabile. Può capitare che l'ansia diventi talmente cronica da essere invalidante per la vita quotidiana; anche se prima dicevamo che non può essere eliminata del tutto, possiamo però riuscire a gestirla. Una differenza che è necessario fare a questo punto è tra paura e ansia: la paura è la valutazione automatica di una minaccia o di un pericolo percepito, l'ansia invece è un sistema di risposte più complesso che coinvolge fattori fisiologici (tachicardia, tremori, vertici, nausea...), cognitivi(pensieri catastrofici, paura di non farcela e di perdere il controllo...), emotivi(nervosismo, tristezza, disperazione...) e comportamentali(evitamento, ricerca di rassicurazioni, fuga).

LE CAUSE DELL'ANSIA PATOLOGICA

Come abbiamo visto, l'ansia generalizzata è probabilmente la conseguenza di vari fattori che è bene ripercorrere:

-La personalità intesa come il nostro modo di pensare, reagire e relazionarci agli altri. Ripercorrendo la modalità usuale della persona ansiosa a rapportarsi con gli eventi, si ritrova in questa una maggiore sensibilità, emotività e facilità a preoccuparsi piuttosto che in persone tendenzialmente non ansiose. Nello sviluppo di questa personalità, rivestono un ruolo importante sia la variabile genetica di trasmissione familiare e sia l'educazione ricevuta. Con questo s'intende dire che l'ambiente in cui cresciamo può contribuire a strutturare un senso di sicurezza piuttosto che invece una permanente sensazione di aspettative negative per il futuro e di timori di danno. Certo che una maggiore emotività non significa per forza di cose sviluppare uno stato di ansia cronica, anzi può servirci a volte per creare delle buone relazioni con gli altri in quanto più dediti a comprendere l'altro; è pur vero che la facilità a preoccuparsi già presente in età precoce, può essere il trampolino di lancio da cui strutturarsi uno disturbo d'ansia generalizzato.

- Gli eventi di vita e lo stress: come dicevamo già sopra, se siamo maggiormente vulnerabili all'ansia e insorgono eventi di vita particolarmente stressanti il nostro livello normale di ansia si può innalzare fino a sviluppare uno stato emotivo permanente chiamato disturbo d'ansia generalizzato. A volte infatti un problema o un insieme di problemi possono essere dei trigger che danno luogo alla sintomatologia. Sarà dunque importante nella prevenzione delle ricadute riconoscere ciò che per la nostra mente e per il nostro corpo può essere maggiormente stressante, per poter dunque non riattivare il ciclo dell'ansia patologica.

- Le nostre interpretazioni del mondo, degli eventi e degli altri: chi soffre di disturbo d'ansia generalizzato è particolarmente tendente ad interpretare ciò che lo circonda con ciò che in terapia cognitivo-comportamentale si chiamano distorsioni cognitive, ossia degli errori di pensiero. Tipiche del disturbo da lei manifestato sono ad esempio le *catastrofizzazioni* che la conducono a percepire un danno imminente ed una minaccia in qualsiasi cosa che le succede e in qualsiasi situazione più o meno futura che deve affrontare. Facciamo l'esempio di quando la chiama sua cognata e lei già prima di cominciare il dialogo, è convinta che sicuramente la conversazione le procurerà un problema economico da risolvere, quando invece a volte capita che la chiami solo per darle una comunicazione positiva. Questa nostra direzionalità si forma sulla base di esperienze precedenti, eventi stressanti, insegnamenti e comportamenti genitoriali ma anche di altre figure che sussistono nella nostra vita.

LA NATURA DELLE PREOCCUPAZIONI

Ora vediamo più nel dettaglio quanto spazio occupano e in che modo le preoccupazioni influenzano e mantengono il *disturbo d'ansia generalizzato*.

Come lei ha sperimentato personalmente, le preoccupazioni sono numerose, si intersecano l'una all'altra, sembrano manifestarsi come una cascata, ci mettono in allarme, sono orientate al futuro e rendono la capacità di leggere gli eventi molto nebulosa fino a non sentirsi più capaci di prendere delle decisioni. Spesso occupano la maggior parte del nostro tempo andando ad invalidare la qualità della nostra giornata; sembrano incontrollabili e pericolose. Alcune preoccupazioni possono riguardare temi quotidiani come ad esempio il lavoro, la famiglia, il denaro, le relazioni sociali; altre possono riguardare il futuro tipo la preoccupazioni di avere delle malattie. Come dicevamo così come sussiste l'ansia buona e l'ansia cattiva, esistono anche le preoccupazioni utili come ad esempio quelle riguardanti la nostra preparazione ad un esame universitario, e quelle inutili tipo il preoccuparsi per una malattia che potrebbe venire, per la cui probabilità che accade noi non possiamo fare nulla e ne tantomeno preoccuparci perché questo non cambierebbe l'esito degli eventi. Quando, rispetto alle preoccupazioni, si cercano rassicurazioni, si tende a rinviare la situazione da affrontare, si protende ad essere perfezionisti o addirittura di sopprimere la preoccupazione, si può riuscire ad avere conseguenze positive a breve termine ma a lungo termine risulteranno maggiormente dannose. Pensiamo ad esempio a cosa succede dopo che abbiamo chiesto rassicurazioni: probabilmente staremo tranquilli al momento ma subito dopo la preoccupazione ritornerebbe innescando un bisogno ancora più forte di essere rassicurati. Oppure pensi al fatto che quando tendiamo a fare le cose perfette per evitarne delle conseguenze, ci facciamo del male da soli in quanto nel momento in cui le aspettative sono alte, si vive con l'ansia di non farcela e quando non si raggiungono i risultati sperati, la demoralizzazione sarà elevata. In aggiunta, evitare alcune situazioni per non incorrere nell'ansia, come ad esempio non esporsi più all'ascolto delle notizie dal telegiornale per la paura di sentire informazioni di medicina e da qui cominciare a preoccuparsi sulla propria salute, potrebbe portarla ad evitare tante altre situazioni piacevoli solo a causa delle anticipazioni catastrofiche circa l'esito degli eventi; gli stessi potrebbero invece risultare del tutto privi di tale rischio, se e solo però li si sperimenta! Uno dei meccanismi che peggiora poi lo stato del *worry* è cercare di sopprimere la preoccupazione, di modificarla o di evitarla. Proprio perché per raggiungere tale risultato è necessario concentrarsi (inutilmente) con tutte le nostre energie sulle preoccupazioni stesse, la probabilità che per un effetto boomerang queste ritornino con maggiore insistenza, è elevatissimo.

APPENDICE II

ABC			
Data e ora	A SITUAZIONE	B PENSIERI	C EMOZIONI COMPORAMENTI
20/02/2013 Ore: 10.00	<i>Mi arriva una chiamata di mia cognata</i>	<i>E se ora mi dicessi di incontrarvi?</i>	Emozione: <i>agitazione, nervosismo</i> Comportamento: <i>evito di rispondere al telefono</i>
21/02/2013 Ore: 14.00	<i>Mia figlia mi dice che deve partire di nuovo per l'università</i>	<i>Ora rimarrò di nuovo sola Non ci sarà nessuno a cui chiedere aiuto</i>	Emozione: <i>Tristezza, Ansia</i> Comportamento: <i>Piango, cerco di scacciare via il pensiero</i>
22/02/2013 Ora: 17.00	<i>Sono a casa e penso alla visita di domani dal dottore</i>	<i>Mi dirà che devo operarmi? I miei figli come faranno senza di me?</i>	Emozione: <i>Disperazione</i> <i>Tensione</i> Comportamento: <i>Rimando l'appuntamento</i>
24/02/2013 Ora 19.00	<i>Devo andare a dormire e sono sola a casa</i>	<i>E se arrivano i ladri? Sicuramente stasera succederà qualcosa di brutto</i>	Emozione: <i>Ansia</i> Comportamento: <i>Prendo qualche goccia di ansiolitico</i>
26/02/2013 Ore 11.00	<i>Sono a scuola e la dirigente mi espone un problema da risolvere con gli alunni</i>	<i>Non mi aiuterà nessuno a risolvere il problema Non ce la farò La dirigente non si fiderà più di me e mi cambierà posizione lavorativa</i>	Emozione: <i>Sconforto, ansia</i> Comportamento: <i>Lavoro ininterrottamente per risolvere il problema</i>

RPD

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 e 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%)?
10/03/2013 Ore: 14.00	<i>Penso alla gita fuori porta di domani con i miei figli</i> <i>Mi tremano le gambe</i>	<i>Non ce la farò a sostenere tutta la giornata</i> <i>80%</i>	<i>Tristezza 60%</i> <i>Ansia 90%</i>
12/03/2013 Ore: 16.00	<i>Sto guardando il notiziario al televisore e sento il mio cuore andare veloce</i> <i>Vertigini</i> <i>Tremori alle mani</i>	<i>C’è qualcosa che non va in me</i> <i>Mi succederà qualcosa prima o poi</i> <i>100%</i>	<i>Angoscia 70%</i> <i>Ansia 80%</i> <i>Tensione 70%</i>
13/03/2013 Ore: 20.00	<i>Penso al mio stato di salute</i> <i>Nodo alla gola,</i> <i>Vampate di calore</i>	<i>I miei figli non ce la faranno da soli ad affrontare tutto</i> <i>Sarà un disastro</i> <i>90%</i>	<i>Preoccupazione 80%</i> <i>Ansia 80%</i> <i>Sconforto 90%</i>

SCHEDA PER LA REGISTRAZIONE DEL RIMUGINIO

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

Data e ora	Pensieri ansiosi o inizio del rimuginio	Contenuto del rimuginio	Durata del rimuginio	Livello di disagio (0-100)	Termine (come sei riuscito a terminare il rimuginio, a controllarlo? Quanto è stato efficace?)
30/03/2013	È iniziato dopo una telefonata con gli amici riguardo la malattia di una conoscente	Devo controllare il mio corpo per nonsentirmi di nuovo male	2 ore	80	Mi sono detta che se mi sentirò male chiamerò qualcuno e che preoccuparmi non mi serve a nulla
31/03/2013	Sono a casa da sola e mi viene in mente che ai miei figli potrebbe capitare qualcosa di brutto e pericoloso da un momento all'altro	E' incontrollabile questo pensiero. Se non mi preoccupo esporrò i miei figli a dei rischi	Tutta la mattina	100	La mia preoccupazione è infondata. Mi rassicuro che i miei figli stiano bene