

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI**

**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

**ANNO ACCADEMICO 2019/2020**

**TESI DI LAUREA**

Aspetti psicologici dell'ansia e strumenti di misurazione

**DOCENTE relatore:** Prof. Giorgio De Gaudenzi  
(firma originale docente)

**STUDENTE:** 17 D03 998  
Giorgia Neuron

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	3
 <b>CAPITOLO I</b>	
<b>Le emozioni</b> .....	4
1.1 Cosa sono? Che funzione hanno? .....	4
1.2 Vari tipi di emozioni .....	9
1.3 Emozioni e cervello .....	10
 <b>CAPITOLO II</b>	
<b>L'ansia</b> .....	14
2.1 Cos'è l'ansia: cenni storici .....	14
2.2 I disturbi d'ansia .....	19
 <b>CAPITOLO III</b>	
<b>Test su come identificare il livello di ansia</b> .....	28
3.1 MMPI .....	28
3.2 PAI .....	31
3.3 STAI .....	33
3.4 SCL-90-R .....	36
 <b>CONCLUSIONI</b> .....	 38
 <b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	 40

## INTRODUZIONE

Il seguente elaborato scaturisce dal desiderio di approfondire un tema che mi ha particolarmente interessato, approcciato nel corso dei miei anni di studio durante il Corso di Scienze e Tecniche Psicologiche: l'ansia.

Molto spesso l'ansia viene vista, all'esterno, come un problema inesistente e come emozione ingiustificata.

Mi ha colpito il fatto che l'ansia in alcuni casi, se sottovalutata, possa compromettere lo stato psichico e fisico della persona, e possa ripercuotersi nella sua vita della persona stessa.

Ho affrontato questo argomento in quanto lo sento a me vicino: io stessa ho vissuto l'ansia da prestazione, l'ansia dovuta dall'inizio di un nuovo percorso, e mi sono personalmente resa conto che questa emozione è presente nella vita di tutti. Ritengo che l'ansia sia un tratto del mio carattere e come tale mi influenzi.

Affronterò l'argomento partendo dalle emozioni, spiegando cosa sono e quali sono le loro funzioni. Riporterò poi brevemente le prospettive psicologiche che si sono sviluppate attorno alle emozioni. Sottolineerò anche il rapporto tra cervello ed emozioni.

Nella parte centrale del mio elaborato mi soffermerò sull'ansia, descrivendo in cosa consiste e quali funzioni ha ed entrerà poi nello specifico riguardo i disturbi d'ansia guardando anche alla letteratura specifica.

Dal momento che ritengo essenziale rilevare il livello di ansia a conclusione della disamina riporterò alcuni test specifici sull'ansia e alcuni test di personalità, che hanno scale o sottoscale specifiche per la rilevazione dell'ansia.

Per produrre questo elaborato ho utilizzato diversi mezzi, fonti cartacee e fonti on-line.

I motori di ricerca che ho utilizzato sono Ebsco, Google Scholar e Psycinfo attivati inserendo le parole chiave: ansia, ansia di stato, ansia di tratto, Kelly, Teoria dei tratti di Allport.

## CAPITOLO 1

### Le Emozioni

Le emozioni sono fenomeni complessi che hanno risvolti psicologici e fisiologici. Tali fenomeni coinvolgono e influenzano il pensiero ed il comportamento. In questo capitolo definiremo le emozioni rifacendoci alle principali teorie sull'argomento, ed affronteremo le origini fisiche della loro attivazione.

#### *1.1 Che cosa sono le emozioni e che funzione hanno?*

Parlando di emozioni, salta subito all'occhio la difficoltà di dare una definizione precisa e riconosciuta da tutta la comunità scientifica e non. Vi sono diversi modi di definire cosa sono le emozioni, e ognuno di questi può fare riferimento alla psicologia ingenua, cioè a quella psicologia che è comune a tutti e che tutti utilizziamo per rispondere o dare una spiegazione al comportamento degli altri, o alla psicologia scientifica, la quale, segue il metodo galileiano che afferma che le teorie elaborate, per poter essere valide, debbono essere verificate e confermate. Per la psicologia ingenua le emozioni sono

«un fenomeno psicologico causato da particolari tipi di eventi che vengono giudicati importanti sia in senso positivo che negativo per l'individuo» (...) «questi eventi innescano un processo dinamico caratterizzato da un insieme di relazioni» (Galati D., 2001, citato in Batacchi, M.W., 2004, pag. 4)

Questa definizione è costituita da un insieme di risposte ricavate da interviste somministrate su larga scala alla popolazione da parte di Galati alla domanda: «Cosa sono le emozioni?»

La psicologia scientifica, invece, accetta universalmente la definizione fornita da Damasio nel testo «Emozioni e coscienza» (1999), in cui le esemplifica e le precisa come

«complicate collezioni di risposte chimiche e neurali, che formano una configurazione; tutte le emozioni hanno un qualche ruolo regolatore da svolgere, che porta in un modo o nell'altro alla creazione di circostanze vantaggiose per l'organismo in cui si manifesta il fenomeno» (Damasio A.R., 1990 citato in Vasco, V., Gensini, S., e Leoni, F. A. 2011, pag.53).

In passato, la definizione che veniva accettata da tutti era quella proposta da Reisenzein (1983), in cui le emozioni erano definite come «una risposta complessa, ovvero un insieme di risposte tendenzialmente integrate tra loro - una “sindrome reattiva multidimensionale”» (Reisenzein R., 1983 citato in Batacchi M.W., 2004, pag. 6)

Per la psicologia scientifica<sup>1</sup> le emozioni hanno alla base tre componenti:

1. L'esperienza soggettiva o Esperienziale: questa componente fa riferimento alla percezione del piacevole- non spiacevole.
2. Comportamentale: consiste nell'insieme delle azioni o movimenti che vengono messi in atto nel momento dell'attivazione e percezione dell'emozione. Ne sono un esempio la postura o le espressioni facciali.
3. Azioni Effettive: sono quelle azioni che si mettono in atto in diverse situazioni ed emozioni che hanno come conseguenza l'attivazione del sistema nervoso, il rilascio dei neurotrasmettitori e la risposta del corpo.

Le emozioni, oltre ad avere diverse componenti, hanno anche delle risposte agli stimoli esterni o interni che portano dei mutamenti endogeni (che provengono dall'interno) ed esogeni (che provengono dall'esterno). Queste risposte sono divisibili in:

1. risposte fisiologiche: sono l'insieme delle risposte che vengono controllate dal sistema nervoso, simpatico e parasimpatico. Le attivazioni fisiologiche possono essere l'aumento del respiro, aumento del battito cardiaco, sudorazione e così via;
2. risposte tonico-posturali: ossia lo stato fisico del corpo in situazioni di pericolo o di sicurezza. Esso fa riferimento allo stato di tensione o di rilassamento;
3. risposte motorie strumentali: ovvero la preparazione del corpo ad agire nelle situazioni in cui si trova (ad esempio, in una situazione di pericolo il corpo “attiva” l'attacco o la fuga o la reazione di *freezing*);
4. risposte motorie espressive: ovverosia le espressioni e gesti che si mettono in atto per comunicare con le persone una nostra emozione o stato d'animo;
5. risposte linguistiche: sono le scelte lessicali che si decide di utilizzare in una determinata situazione per enfatizzare e focalizzare il nostro stato d'animo (ad esempio le parolacce, la gestualità...);
6. esperienza soggettiva: si tratta della percezione del soggetto sul suo stato interno che comunica all'esterno con le precedenti risposte.

---

<sup>1</sup> Da qui in poi con il termine “psicologia” si intenderà solo la psicologia scientifica.

Le definizioni degli Autori citati più sopra, sono universali e ateoriche, non fanno cioè riferimento ad alcun approccio teorico, ma, a seconda della corrente di pensiero a cui l'Autore fa riferimento, mutano sia la definizione delle emozioni sia il loro processo di sviluppo nel corso del tempo.

Vi sono tre grandi correnti di pensiero ed ognuna fa riferimento ad un proprio assunto di base. Questi sono l'approccio evoluzionista-funzionale di Darwin e Tomkins, l'approccio cognitivista di Schachter e Arnold, ed infine l'approccio socio-costruzionista di Harré ed Ekman.

Secondo l'approccio evoluzionista-funzionale le emozioni sono un comportamento di adattamento che viene selezionato dalla specie per poter sopravvivere. Uno dei maggiori esponenti di questa corrente è C. Darwin che affronta il tema delle emozioni all'interno del suo libro *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali* (1872). All'interno di questo libro Darwin definisce l'universalità dell'espressione emozionale, ovvero l'insieme dei segni che mostrano lo stato d'animo. Ritiene, d'altronde, che le espressioni emotive siano universali e comuni a tutte le specie, indipendentemente dalla loro cultura o area geografica. L'autore identifica che alla base dell'espressività emozionale vi siano tre principi di base:

1. principio delle abitudini utili associate: nel corso dell'evoluzione, le espressioni sono state utilizzate per segnalare agli altri il proprio stato d'animo e sono servite per la sopravvivenza. Alcune di queste espressioni sono rimaste nel tempo ma hanno perso la loro funzionalità (ad esempio digrignare i denti);
2. principio dell'antitesi: emozioni opposte tra loro hanno diverse attivazioni fisiologiche (ad esempio la gioia porta al rilassamento, mentre la rabbia a un aumento di tensione)
3. principio dell'azione diretta del sistema nervoso: è l'insieme delle reazioni fisiologiche del sistema nervoso che, nel momento in cui si attivano, non possono essere controllate (ad esempio cercare di trattenere le lacrime).

Un altro autore di questa corrente è Tomkins il quale ritiene che vi sia un sistema affettivo che collabora con un sistema motivazionale (D'Urso, V., Trentin, R., 2001). Questo autore sostiene che le pulsioni e le motivazioni siano dei segnali che avvertono il nostro organismo dell'esigenza di soddisfare un bisogno, e che le emozioni svolgono un ruolo di enfaticizzazione. Egli ritiene che vi siano otto emozioni primarie: interesse, gioia, sorpresa, angoscia, paura, vergogna, disgusto e collera.

L'Approccio Cognitivista ritiene che i processi mentali abbiano un ruolo fondamentale nell'interpretazione dello stimolo che poi porta all'attivazione del processo emozionale. Questa corrente ha introdotto i termini *appraisal* e *arousal*, termini teorici cardine della corrente di riferimento. Per *arousal* si intende l'attivazione fisiologica e *appraisal* la valutazione cognitiva.

All'interno poi dell'approccio cognitivista, si trovano due filoni che sono le teorie interpretative, con esponenti Schachter e Singer, e le teorie della valutazione cognitiva e delle tendenze all'azione, con esponente Arnold (D'Urso, V., Trentin, R., 2001).

Le teorie interpretative ritengono che i processi di valutazione cognitiva e dell'attivazione fisiologica non devono essere analizzati in maniera separata, poiché sono entrambi importanti per la valutazione e l'attribuzione dell'emozione. Per gli autori Schachter e Singer le emozioni sono l'attribuzione di una valutazione cognitiva (*appraisal*) rispetto all'attivazione fisiologica (*arousal*). Gli autori ritengono che a seconda della situazione e delle informazioni che si possiedono, la mente attribuisce un diverso significato tale da dare una risposta logica ai mutamenti che stanno avvenendo.

Le teorie della valutazione cognitiva e delle tendenze all'azione,

«secondo cui le esperienze emotive sono concettualizzate nella mente delle persone in forma di prototipo e o di script; queste strutture e i loro contenuti regolano le aspettative della persona nei confronti dell'ambiente nonché la codifica e decodifica del significato degli eventi emotigeni» (Arnold M. B. , 1960 citato in D'Urso, V., Trentin, R., 2001, pag.82).

Infatti Arnold ritiene che la valutazione cognitiva sia fondamentale sia per avere la percezione dell'insieme, sia per valutare lo stimolo che si presenta al fine di prepararsi all'azione. Per l'autrice vi sono tre aspetti per giudicare uno stimolo: se esso è presente o assente, se è positivo o negativo, se permette il raggiungimento dello scopo positivo o se porta al sottrarsi da eventi dannosi.

Infine, l'approccio socio-costruttivista ritiene che l'aspetto più importante delle emozioni sia la comunicazione con l'esterno. Un autore che rappresenta questa corrente è Harrè. Egli ritiene che le emozioni non esistono e che siano solo dei costrutti imposti e appresi dalla società. Infatti questi costrutti determinano l'esperienza emotiva del soggetto e come essa possa essere espressa all'interno della società.

Un autore che viene riportato nell'approccio evoluzionista-funzionalista è Ekman. Egli definisce le regole di esibizione delle emozioni, ovvero quell'insieme di indicazioni date dalla società al soggetto sull'espressività emotiva. Egli propone quattro modalità:

1. intensificazione: in cui il soggetto esagera l'emozione che sta provando;

2. deintensificazione: il soggetto attenua la manifestazione del proprio stato d'animo;
3. mascheramento: il soggetto manifesta un'emozione (falsa) che non è quella che si prova realmente (vera);
4. inibizione: il soggetto sopprime le proprie emozioni.  
diminuzione.

Nonostante vi siano delle definizioni e approcci diversi riguardo all'argomento delle emozioni, vi sono dei punti in comune in merito alle loro funzioni ed alle ragioni per cui le emozioni esistono e si sono sviluppate.

Uno di questi punti, comune a diversi Autori, si incentra sull'azione: il sistema nervoso prepara il nostro corpo alla messa in atto, appunto, di un'azione.

Anche la segnalazione intrasoggettiva sfocia nell'azione: infatti è la funzione adibita alla comunicazione tra le varie parti del corpo che cooperano tra loro per preparare l'organismo all'azione (ad esempio la fuga).

Altra funzione ascritta alle emozioni è quella di segnalazione intersoggettiva e informativa. In questo caso il nostro stato d'animo ed i nostri bisogni interni vengono mostrati all'esterno. Questa funzione si rispecchia in concomitanza con lo sviluppo dell'intersoggettività. Il primo psicologo ad affrontare questo argomento è Trevarthen, che la definisce come l'insieme di interazioni che vi sono nella diade madre-infante che si sviluppa nei primi tre mesi di vita (Batacchi, M.W., 2004). Queste interazioni hanno lo scopo di trasmettere lo stato dell'infante e i suoi bisogni alla madre in modo tale che lei possa soddisfarli. Il bambino trasmette i suoi bisogni attraverso gli sguardi o il pianto. Durante i primi mesi di vita il bambino sperimenta situazioni di scambio con la madre (intersoggettività primaria). Con lo sviluppo del bambino la comunicazione, oltre ad avvenire all'interno del gruppo madre-bambino, avviene anche con terzi, che possono essere oggetti o persone esterne alla diade (intersoggettività secondaria).

Il ruolo delle emozioni è, anche, quello di guidare il corpo alla soddisfazione dei desideri (l'aspetto comportamentale), di allontanare il soggetto da emozioni o situazioni che provocano una sensazione spiacevole o di avvicinare il soggetto a una situazione o emozione piacevole. In questo caso si parla di funzione motivazionale.

L'«Effetto Proust» (Batacchi, M.W., 2004), si ha quando in una determinata situazione si ha una forte attivazione dell'emozione, il ricordo di quest'ultima rimarrà più forte e facile da ricordare anche se esso è un ricordo remoto. Si parla allora di funzione mnemonica delle emozioni. Ad esempio il disturbo da stress post traumatico è influenzato dall'effetto Proust



perché al ricordo vi è associato una forte attivazione fisica ed una forte emozione che renderà vivo il ricordo.

### *1.2 Vari tipi di emozioni.*

Le emozioni si possono dividere in emozioni positive, emozioni negative, emozioni primarie ed emozioni secondarie. Le emozioni positive sono quelle emozioni che portano il soggetto ad avvicinarsi all'oggetto che provoca la sensazione di piacere (ad esempio la gioia), mentre le emozioni negative sono emozioni che fanno allontanare il soggetto dall'oggetto che provoca una sensazione negativa (ad esempio tristezza). Questa divisione si basa sulla percezione del piacevole e spiacevole. Il carattere di universalità e innatezza appartiene alle emozioni primarie o emozioni di base, ovvero quegli stati d'animo che sono universali, comuni a tutte le specie animale e umana, e innate, che non sono apprese durante lo sviluppo del soggetto e sono sotto il controllo del sistema nervoso, e non possono essere controllate dal soggetto.

L'universalità delle emozioni primarie è stata oggetto del lavoro di Darwin che ha cercato di dimostrare che alcune emozioni appartenevano non solo al genere umano, ma anche ad alcune specie animali evolutivamente più vicine all'uomo.

La maggior parte degli psicologi (ad esempio, Campos, Barret, Oatley, Johnson, Laird) sono d'accordo che le emozioni primarie consistano nella gioia, tristezza, rabbia, paura, disgusto; altri Autori, come Ekman, sostengono che le emozioni di base siano sei: collera, disgusto, felicità, sorpresa, paura e tristezza. Occorre precisare che, per Ekman, le emozioni non sono ben definite, quindi non hanno una divisione precisa e netta, ma sono famiglie di emozioni, cioè *emozioni che hanno qualche carattere distintivo comune ma si differenziano tra loro per qualche altro e a cui possono essere assegnati nomi diversi.*» (Batacchi, M.W., 2004, pag. 12). Izard ritiene invece che le emozioni di base siano interesse, gioia, sorpresa, disagio, rabbia, disgusto, disprezzo, paura, vergogna e senso di colpa.

Nonostante vi siano diversi punti di vista tra i diversi Autori, tutti hanno in comune cinque emozioni primarie:

- gioia: questa emozione si crea nel momento in cui il soggetto compie un'azione che porta piacere o a sé stesso o agli altri (prendersi cura).
- rabbia: questa emozione si attiva nel momento in cui il soggetto incontra un ostacolo che impedisce di giungere all'obiettivo oppure quando il soggetto ritiene di aver ricevuto un danno.
- tristezza: questa emozione si attiva nel momento del lutto o della perdita.

- paura: questa emozione si attiva quando il soggetto si trova in presenza di una situazione che ritiene rischiosa o spiacevole.

- disgusto: questa emozione si attiva come prevenzione della contaminazione da parte di agenti esterni che vengono ritenuti dannosi dal nostro corpo che scatena reazioni, appunto, di disgusto.

Le emozioni secondarie sono quelle emozioni che si sviluppano solo negli esseri umani, non sono comuni quindi a tutte le specie. Possono anche essere definite come un insieme e unione delle emozioni primarie. Autori che seguono questa corrente sono, ad esempio, Izard, Plutchik, Buechler. Le emozioni secondarie sono numerose, invidia, vergogna, ansia, gelosia, speranza, nostalgia, rimorso, delusione, eccitazione, estasi, imbarazzo, soddisfazione ed ammirazione.

### *1.3 Emozioni e cervello*

Gli studiosi, oltre ad aver cercato di dare una definizione e una motivazione allo sviluppo delle emozioni, hanno anche cercato di trovare le origini fisiche della loro attivazione. L'insieme delle teorie che studiano quali siano i processi di attivazione delle emozioni e quali aree si attivino e/o collaborino tra loro, prendono il nome di Approccio Psicofisiologico. È necessario definire alcuni concetti di anatomia per comprendere le teorie che andrò ad esplicitare. Questi sono:

- il sistema nervoso centrale (SNC): che ha un ruolo fondamentale nel processo emotivo. Questo sistema è composto dall'amigdala, ipotalamo, encefalo e midollo spinale.

- il sistema nervoso periferico: si occupa di trasmettere le informazioni del sistema nervoso centrale in tutto il corpo.

- il Sistema Nervoso Autonomo: questo sistema fa parte del Sistema nervoso periferico ed è in gran parte fuori dal controllo volontario del soggetto. Il sistema nervoso autonomo è, a sua volta, diviso in due sistemi: il sistema simpatico, che si occupa della produzione di energia quando il soggetto è in una situazione di pericolo, e il sistema parasimpatico, che invece si occupa del recupero dell'energia e si attiva in situazioni in cui il soggetto non è in pericolo. Come si può notare questi due sistemi, oltre ad avere funzioni opposte, collaborano tra di loro mantenendo uno stato di equilibrio.

- il sistema endocrino: ha il ruolo di regolatore delle ghiandole all'interno del corpo. Questo sistema si innesca nel momento in cui si ha un'attivazione emotiva e si occupa di fare da ponte tra il sistema nervoso centrale e il sistema nervoso autonomo.

- l'amigdala: è un particolare agglomerato di nuclei nervosi che ha sede nella parte più interna di entrambi i lobi temporali del cervello, invia gli impulsi all'ipotalamo (vedi infra). Essa è ritenuta il centro elaborativo delle emozioni. Joseph LeDoux (1996, 2002, 2009) studiando i circuiti neuronali attivati da reazioni di paura od ansia, ha evidenziato che l'amigdala si attiva per prima, ed ha il ruolo fondamentale di scatenare, in una frazione di secondo, reazioni ormonali e neurovegetative connesse all'attacco ed alla fuga. L'amigdala quindi permette di reagire in termini di millisecondi al pericolo, sottraendosi al controllo della coscienza (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

- l'ipotalamo: è la zona del cervello che coordina il sistema nervoso autonomo e regola, tramite una connessa attività ormonale, le funzioni diverse all'interno dell'organismo. Questo componente è importante perché riceve le informazioni da parte del corpo sugli eventi esterni, le trasmette al sistema nervoso che le rielabora e poi le traduce in risposte permettendo all'ipotalamo di ritrasmetterle. L'ipotalamo fa parte del sistema limbico che è un importante sistema per l'elaborazione e la processione delle emozioni.

Questi sistemi sono generali e non specifici, quindi sono elementi indispensabili per l'elaborazione delle emozioni poiché sono alla base di tutti i processi mentali e fisici che si sviluppano all'interno del corpo e della mente. Però vi sono alcuni Autori che ritengono vi siano delle aree specifiche, come James e Lange (1884), altri che vi siano delle aree che collaborano tra di loro, come ritengono Cannon e Bard (1927), o ancora che vi sia un sistema o circuito che si occupa delle emozioni, come evidenzia Papez (1937).

La teoria di James e Lange, che viene definita Teoria Periferica, afferma che le emozioni si formano quando il corpo percepisce dei cambiamenti. Questi cambiamenti viscerali consistono in modificazioni del nostro sistema corporeo e neurovegetativo che generano un'emozione: ad esempio, mi manca il respiro (cambiamento dell'organismo) e quindi ho paura. Paura è il nome che diamo alla modificazione viscerale che abbiamo percepito. Infine gli Autori ritengono che vi sia una distinzione nelle emozioni percepite: questa distinzione è caratterizzata dai cambiamenti fisiologici sentiti come positivi o negativi. Però «*non esiste un indicatore fisiologico singolo capace da solo di caratterizzare un'emozione*» (D'Urso, V., Trentin, R., 2001, pag. 42)

Questa teoria viene messa in discussione da Cannon poiché egli ritiene che il cervello abbia un ruolo centrale nelle emozioni, mentre James e Lange ritengono che sia il corpo ad avere un ruolo centrale.

La teoria di Cannon e Bard, definita come Teoria Centrale o Talamica, ipotizza che l'origine delle emozioni si trovi a livello neurofisiologico. Gli Autori ritengono che l'attività emozionale si sviluppi prima delle modificazioni corporee. Affermano che le modificazioni fisiche siano risposte attivate dall'organismo in una situazione di emergenza: sarà il cervello che dovrà identificare quale sia la risposta che si addice come appropriata per gli stimoli percepiti. Il processo di identificazione delle emozioni si sviluppa secondo questi passaggi: un evento stimola i recettori, che trasmettono l'informazione alla corteccia che le invia a sua volta verso il talamo (che si trova nella neocorteccia, dove risiedono tutte le funzioni cognitive superiori) che identifica quali emozioni attribuire. Gli Autori sottolineano anche che le emozioni producono dei cambiamenti viscerali, che generano sul piano fisiologico risposte identiche a stimoli diversi (ad esempio, la produzione di adrenalina sarà associata all'emozione della paura ma anche della rabbia).

James W. Papez ritiene che vi sia un circuito neurale adibito alle emozioni, ovvero un insieme di aree che collaborano tra di loro. Egli effettuò studi di autopsie di cervelli di soggetti con disturbi della sfera emozionale tra cui pazienti con disturbi psichiatrici, e scoprì che, quando alcune aree connesse tra loro sono danneggiate, ciò elimina il processo emozionale. L'insieme di queste aree interconnesse sono composte dai corpi mammillari dell'ipotalamo (ovvero due rilievi a forma e simili alle mammelle), il talamo inferiore, la corteccia cingolata (che si trova nella corteccia cerebrale), l'ippocampo e il fornice (l'insieme dei fasci di fibre nervose che connette l'ippocampo con i corpi mammillari). Questo circuito viene successivamente ampliato da McLean (1970/1990), che aggiunse l'amigdala e altre aree. Questo insieme prende il nome di Sistema Limbico. McLean oltre a identificare il sistema limbico ritiene che vi siano altre aree che si attivano: il cervello rettiliano e la neocorteccia. Il cervello rettiliano è la parte più antica del cervello (composto da tronco encefalico, fornice mesencefalo e i nuclei della base) dove risiedono tutti i comportamenti primitivi. La neocorteccia è la parte del cervello più sviluppata dove risiedono i processi superiori (il pensiero) e il controllo dei comportamenti volontari. Queste tre aree, il cervello rettiliano, il sistema limbico e la neocorteccia, si coordinano tra loro per la ricezione degli stimoli, l'elaborazione della risposta e le azioni effettive.

Gli Autori precedentemente citati sono i pionieri dello studio neurofisiologico sullo studio dei circuiti neuronali e delle aree del sistema nervoso che si attivano quando vi è un'emozione.

Un Autore recente che ha dato una svolta e impulso per nuovi studi è Jaak Pankepp (2014). Egli ha elaborato la teoria dei sette sistemi neuronali delle emozioni che sono

presenti nei mammiferi primitivi ma anche in quelli evoluti, come l'uomo. Questi sette sistemi, proposti nel libro *Affective neuroscience* (1996), fanno riferimento a specifiche emozioni e hanno ruoli ben precisi. I sette sistemi emozionali sono:

1. il sistema della RICERCA, legato per esempio all'approvvigionamento ed alla curiosità, stimola la produzione di glutammato e dopamina;
2. il sistema della RABBIA, stimola testosterone e noradrenalina;
3. il sistema della PAURA e dell'ansia, legato alla produzione della serotonina e dell'ossitocina;
4. il sistema del DESIDERIO SESSUALE legato agli ormoni sessuali, tra i quali testosterone ed estrogeni;
5. il sistema della CURA, legato all'ossitocina e alla vasopressina;
6. il sistema della TRISTEZZA e del panico, che scatena cortisolo e oppiacei endogeni;
7. il sistema della GIOCO, legati alla dopamina e all'endorfina.

Grazie alle conferme scientifiche si è riusciti ad accertare che le specifiche aree di attivazione di un sistema sono simili in tutti i mammiferi e che questi circuiti sono legati al cervello rettiliano e regolati dalla neocorteccia.

La teoria di Panksepp è stata elaborata all'interno della Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI). Essa è una scienza recente, nata intorno alla metà degli anni '80 del secolo scorso, e studia la relazione tra il sistema nervoso centrale, il sistema endocrino, quello immunitario e come questi sistemi si ripercuotono sul comportamento.

La teoria dei sette sistemi di Panksepp rientra nella PNEI perché ogni sistema attiva nello stesso tempo il sistema psichico (emotivo-cognitivo), il sistema nervoso (neuro circuiti cerebrali), il sistema endocrino (neurotrasmettitori e ormoni) ed il sistema immunitario. Se l'attivazione è funzionale, il sistema immunitario viene stimolato in modo dinamico, mentre se questo non accade, si attiva l'asse dello stress con produzione di cortisolo e inibizione del sistema immunitario. I sistemi sono essenziali per la vita ed hanno risvolti che si manifestano contemporaneamente con aspetti psicologici, fisiologici, emotivi e comportamentali che tendono al soddisfacimento dei bisogni.

## CAPITOLO II

### L'ansia

L'ansia, se sottovalutata e non adeguatamente trattata, può portare a disagi psichici. In questo capitolo affronteremo le principali teorie e i modelli alla base dell'insorgenza dell'ansia patologica, per poi descrivere i disturbi d'ansia che si riscontrano maggiormente nella popolazione, indicandone i criteri diagnostici.

#### 2.1 Cos'è l'ansia: cenni storici

L'ansia è definibile come uno stato mentale che provoca nel soggetto una condizione di malessere fisico o psichico, preoccupazione e una sensazione di paura definita o, alcune volte, non definita. La paura, emozione primaria, si attiva quando si è sottoposti ad un pericolo imminente, mentre l'ansia, che è un'emozione secondaria derivante dalla paura, si attiva in previsione di un pericolo futuro cui il corpo si deve preparare. Un esempio per distinguere le due emozioni: la paura di uno scorpione (avverto il pericolo imminente) e l'ansia di perdere l'aereo (che può essere un pericolo futuro). Il soggetto, quando è in uno stato di ansia, ha una attivazione fisiologica riconducibile ad agitazione, mancanza del respiro, aumento del battito cardiaco, spasmi. Queste attivazioni si innescano attraverso il sistema nervoso autonomo ed il sistema nervoso simpatico, sistemi che non sono sotto il diretto controllo del soggetto.<sup>2</sup>

L'ansia può essere identificata come ansia di stato e ansia di tratto. L'ansia di stato si manifesta quando vi è un evento attuale che la scatena, positivo o negativo. Essa porta il soggetto ad un aumento di concentrazione, di previsione e reazione verso la situazione di attivazione: ne è un esempio l'ansia da preparazione, che si mostra quando il soggetto deve superare un test (una situazione) e aumenta l'attenzione e la reazione per il superamento del test stesso.

Per spiegare l'ansia di tratto bisogna rifarsi alla teoria dei tratti di Allport (1955) che definisce il tratto come «una disposizione relativamente stabile a comportarsi sistematicamente in un particolare modo» (Schacter, Gilbert & Wegner, 2017, pag. 404).

---

<sup>2</sup> Cfr. *supra* cap 1 par. 1.3

Partendo da questa teoria, si rileva che l'ansia di tratto è una componente soggettiva che fa parte della personalità.

Vi sono Autori che affrontano il tema dell'ansia in modo indiretto, come Sigmund Freud (1899) e Anna Freud (1936), pionieri dell'ansia patologica, J. Bowlby (1951) e G.A. Kelly (1950); altri Autori che la affrontano in maniera specifica, come ad esempio A. Wells (1999).

«La psicologia dinamica si interessa alle complessità e alle contraddizioni della vita quotidiana. Si occupa dunque delle nostre motivazioni, rivolgendo un'attenzione particolare ai rapporti tra coscienza e inconscio e tra razionalità e sentimento» (G. Jarvis, 2001, pag. 9).

All'interno di questa corrente si sviluppa la psicoanalisi che studia i processi mentali, mettendo in primo piano gli aspetti dinamici. Il capo fondatore della psicanalisi, nonché l'autore del modello topografico e del modello strutturale, è S. Freud

Il modello topografico è la rappresentazione e la distinzione delle parti che compongono la mente umana. Queste parti prendono il nome di conscio, preconcio e inconscio. Il conscio rappresenta tutto ciò che è consapevole ed è sotto il controllo della mente del soggetto (ne sono un esempio, i pensieri, le fantasie); il preconcio (che anticipa l'inconscio ed è compreso in esso), che contiene gli elementi (ricordi) del soggetto che possono ritornare alla mente con un leggero sforzo mnemonico e attentivo. L'inconscio infine, è costituito da contenuti che non sono accessibili al soggetto (l'insieme delle pulsioni che non accettiamo).

Il modello strutturale (1899) si affianca al modello topografico e lo agevola a selezionare quali elementi mantenere e quali eliminare. Questo modello si basa su tre istanze: Es, Super-Io e Io. Con il termine Es, Freud intende l'istanza arcaica che guida il soggetto al raggiungimento del piacere o del desiderio; il Super-Io è l'istanza più evoluta, che si occupa della condotta morale del soggetto, ovvero emette le regole seguendo le norme sociali. L'Io infine è l'istanza che fa da giudice, ovvero esso fa da intermediario tra l'Es e il super-Io e si occupa di bilanciare queste due istanze: in base alla situazione decide quale istanza debba prevalere.

Alla base dei due modelli freudiani vi sono tre cardini: il principio del piacere, il principio della realtà e la teoria pulsionale. Il principio del piacere si identifica come pulsione che porta alla soddisfazione del piacere evitando il dispiacere. Esso è alla base dell'istanza dell'Es e dell'inconscio. Il principio della realtà è alla base del Super-Io e del conscio e si occupa di accettare la frustrazione derivata dal non raggiungimento del piacere nel momento in cui questo non è raggiungibile.

Infine abbiamo la teoria delle pulsioni, in cui con il termine pulsione si identifica un *«processo dinamico consistente in una spinta (carica energetica) che fa tendere l'organismo*

*verso una meta»* (Lis, Mazzeschi & Zennaro, 2015, pag 48). Questa teoria formula che vi siano due pulsioni: la pulsione di vita (*libido*), ovvero la pulsione guidata dall'istinto di sopravvivenza e di riproduzione, e la pulsione di morte (*destrudo*), che è in lotta con la prima. Quando l'insieme di questi principi e strutture entrano in contrasto tra loro si genera il conflitto.

*«Per l'Autore il conflitto psichico è la lotta tra forze o strutture incompatibili all'interno della personalità»* (Lis, Mazzeschi & Zennaro A, 2015, pag 42). Vi è conflitto, secondo la teoria topografica, quando l'inconscio trasmette dei pensieri invasivi che il soggetto non riesce a decifrare, mentre nella teoria strutturale si ha quando le richieste dell'Es e del Super-Io non sono più bilanciate ma l'uno prevale sull'altro. L'Io per difendersi da questi "attacchi" attiva dei meccanismi di difesa che hanno il compito di ridurre l'ansia e lo stress del soggetto. I meccanismi sono stati affrontati, in un primo momento da S. Freud, ed in seguito sono stati ampliati dalla figlia Anna Freud (1936). Questi autori distinguono i meccanismi di difesa in primitivi ed evolutivi.

I meccanismi di difesa primitivi si sviluppano nei primi anni di vita del bambino in cui l'Io non si è sviluppato. Tra i vari meccanismi di difesa primitivi vi sono:

- diniego: il soggetto fugge dalla realtà e dal senso di angoscia /ansia rifugiandosi nella realtà;
- razionalizzazione: il soggetto per fuggire dall'ansia cerca delle spiegazioni rincuorante e che diano calma al soggetto;
- negazione: il soggetto nega la presenza dell'ansia o emozione spiacevole nonostante all'esterno sia palesemente presente.

I meccanismi di difesa evolutivi si sviluppano quando l'infante è vicino allo sviluppo totale dell'Io oppure quando ha già sviluppato l'Io. Tra i diversi meccanismi ricordiamo:

- ascetismo: il soggetto reprime qualsiasi istinto da parte dell'es;
- annullamento: per diminuire lo stress si attuano dei comportamenti messi in atto per diminuire lo stress e l'ansia;
- identificazione: il soggetto trasmette verso l'altro i suoi pensieri attribuendolo all'altro.

Un autore appartenente alla corrente della psicologia dinamica è John Bowlby, che ha esordito con la teoria dell'attaccamento. Questa teoria, oltre a essere una nuova teoria istintuale, è anche un sistema motivazionale alla base dell'attaccamento tra il *caregiver* (la



figura di attaccamento) e l'infante. L'attaccamento che si sviluppa nei primi anni di vita sarà presente all'interno dell'infante per tutta la vita, dando così le basi per la costruzione dei Modelli Operativi Interni (MOI) (ampliati ed elaborati da Liotti, 2009) ovvero delle rappresentazioni interne dettate dalla percezione degli eventi gettando le basi sulle aspettative.

Bowlby ritiene che vi siano quattro tipologie di attaccamento:

- sicuro: viene identificato con la protezione e la sicurezza della madre in risposta ai bisogni del bambino;
- insicuro-ambivalente: il rapporto tra *caregiver* e l'infante non ha certezze in quanto il bambino non sicurezza nel genitore che possa soddisfare le sue richieste e questo porta l'infante ad avere dei sentimenti di angoscia, ansia e la paura dall'allontanarsi nell'esplorazione
- evitante: il bambino reprime la ricerca di aiuto e i sentimenti per via dei continui rifiuti da parte dei genitori. Essi sviluppano un'autosufficienza emotiva per equilibrare la mancanza dei genitori;
- disorganizzato: il bambino avverte il *caregiver* come una figura scostante e minacciosa.

Nel momento in cui si sviluppano degli attaccamenti negativi (insicuro-ambivalente, evitante e disorganizzato) il soggetto avrà delle ripercussioni psicopatologiche che andranno a intaccare la relazione con il sé e l'altro. La scoperta di Bowlby è stata confermata anche con l'aiuto della standardizzazione del test della *strange situation*, test utilizzato e creato da Mary Ainsworth nel 1971 per identificare la tipologia di attaccamento dell'infante. Il tipo di attaccamento si può identificare anche nell'età adulta attraverso *Adult Attachment Interview* (Mary Main 1984) composto da un insieme di domande che indagano l'infanzia del soggetto adulto.

All'interno della corrente del costruttivismo, secondo la quale l'uomo si forma con l'esperienza, spicca G.A. Kelly, pioniere dei costrutti personali. L'Autore, per formulare la sua teoria, ha elaborato un'intervista somministrata alla popolazione in cui venivano indagati, tramite domande, tre aspetti della vita dei soggetti: elencare le persone che facevano parte della loro vita quotidiana; tra questi sceglierne tre ed esporre le somiglianze tra due di essi e evidenziare una differenza tra questi due e il terzo soggetto. Per esemplificare il concetto, si tratta di scegliere A e B come simili, e trovare la differenza con C. Questo procedimento veniva ripetuto con altre triadi (gruppo composto da tre soggetti). Utilizzando

il metodo scientifico è stato possibile validare questa intervista che, grazie all'utilizzo del test, è passata da ipotesi a teoria. La teoria dei costrutti personali viene utilizzata dai soggetti per conferire senso a sé, alla realtà e alla razionalità degli avvenimenti. L'assunto della teoria kelliana, che esprime e riassume il suo pensiero, è che «*i processi di una persona vengono psicologicamente incanalati dai modi in cui la persona stessa anticipa gli eventi*» (Kelly, citato in Accursio & Lucchino, 2012, pag. 3).

L'anticipazione di un evento deriva dall'utilizzo di schemi mentali che danno al soggetto la possibilità di scegliere l'azione corretta da eseguire in una situazione che viene catalogata simile a una precedente.

Nella teoria dei costrutti personali l'Autore divide i costrutti di natura preverbale, consapevoli, e di natura inconscia, non consapevoli. A loro volta i costrutti si formano attraverso una costruzione lenta, che è generica, dinamica e non dà la possibilità di essere creativa, ed utilizza prevalentemente gli schemi mentali.

Appartenente alla corrente del cognitivismo, corrente psicologica che studia la mente e i processi cognitivi utilizzando la metafora del computer, è A. Wells. Egli, per elaborare il modello della funzione autoregolatoria ha utilizzato, come base, la teoria della mente e la metacognizione. La teoria della mente, elaborata da D. Premack (1978),

«indica la capacità di rappresentarsi gli eventi mentali, di attribuire a sé e agli altri stati mentali e di prevedere e spiegare il comportamento manifesto (mentalizzazione) sulla base di queste rappresentazioni» (Basile B., Mari J. Orritos A., Pellicciari M. C. ed altri, 2007, pag 4),

mentre la metacognizione viene definita come «*l'insieme delle competenze di riconoscere la presenza di stati mentali in noi e negli altri*» (Lingardi V., Gazzillo F., 2014, pag 94).

Wells, rifacendosi appunto alla teoria della mente ed alla metacognizione, analizza i disturbi emotivi, e nello specifico i disturbi d'ansia, e sviluppa il modello della funzione autoregolatoria, identificando tre livelli di elaborazione dell'informazione.

Wells li divide in:

1. inferiore: è un sistema che risponde autonomamente allo stimolo senza l'utilizzo dei processi cognitivi;
2. intermedio: processa gli stimoli utilizzando l'attenzione e la consapevolezza (che sono funzioni cognitive superiori);
3. superiore: le informazioni vengono elaborate con le convinzioni metacognitive (l'idea che l'individuo ha di sé).

Le convinzioni metacognitive controllano i processi inferiori come l'attenzione e la memoria. Egli ritiene che le credenze cognitive (ovvero i pensieri e cosa pensa il soggetto di sè stesso) spingono l'attenzione in positivi o in negativo. Nel disturbo d'ansia queste credenze sono predittive e sono caratterizzate da un pensiero o autovalutazione negativa, e in alcuni casi catastrofica. Questa autovalutazione negativa è la chiave dei disturbi emozionali.

## 2.2 I Disturbi d'Ansia

L'ansia può essere un'emozione positiva quando aiuta il soggetto a superare una situazione di difficoltà e può anche migliorarne la prestazione. Nel momento in cui questo stato d'animo è invasivo nella vita dell'individuo e ne influenza la psiche, ad esempio quando blocca la sua vita quotidiana, prende il nome di ansia patologica.

Dato che vi sono diverse tipologie di ansia, con diverse origini, per definire l'insieme delle sindromi utilizza il termine di disturbo d'ansia. Esso si sviluppa quando vi è

«la presenza di ansia e paura eccessive e sproporzionate rispetto alla situazione e o allo stimolo, che si manifestano per un periodo della durata di almeno sei mesi o più (persistenza) e che innescano comportamenti di evitamento attivo, spesso in associazione a credenze errate». (Lingardi V., Gazzillo F., 2014, pag 774).

I disturbi d'ansia possono verificarsi in qualsiasi soggetto ma vi sono alcune persone che possono essere propense a svilupparne. Per identificare quali siano i soggetti più a rischio sono stati elaborati e identificati i fattori di rischio, cioè l'insieme di criteri che permettono di identificare i soggetti che possono sviluppare l'insorgenza della malattia psicopatologica. Kessler (2010) identifica quali sono i fattori che aiutano gli psicologi a delineare e selezionare quale sia la possibile insorgenza. Egli identifica i seguenti fattori:

- età giovane (20-24 anni)
- modeste condizioni socio-economiche
- scarso supporto sociale (soggetto che non ha relazioni interne alla famiglia ed esterne)
- basso livello di istruzione (non finiscono la scuola dell'obbligo)
- eventi stressogeni durante l'arco di vita (lavoro situazione familiare difficile fragile)
- maltrattamenti subiti durante l'infanzia
- fattori genetici

Dopo aver verificato se vi siano alcuni dei fattori di rischio, si andrà a eseguire una diagnosi differenziale, che ha il compito di capire le origini del disturbo eliminando i fattori comorbidità, come condizioni mediche, droghe, farmaci e così via.

Eliminati i fattori non influenti e giunti alla conclusione del fenomeno mentale, per la diagnosi si utilizzano colloqui o test per identificare a quale categoria appartiene il disturbo d'ansia presentato dal soggetto.

Il DSM-5, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, è un manuale in cui sono identificati i disturbi psicopatologici, i criteri che caratterizzano le tipologie e infine le indicazioni generali sulle possibili terapie da utilizzare. L'insieme dei disturbi e criteri sono riconosciuti da tutta la comunità scientifica.

Utilizzando il DSM-5 (2014 alle pagine 217-269) riporto i principali disturbi:

- disturbo d'ansia da separazione
- mutismo selettivo
- fobia specifica
- agorafobia
- fobia sociale
- disturbo di panico
- attacco di panico
- disturbo d'ansia generalizzato

Il disturbo d'ansia da separazione è caratterizzato dalla presenza di paure e ansia quando si avvicina il momento della separazione dalla figura di attaccamento (*caregiver*). E' contraddistinto dalla paura di allontanarsi dalle figure di riferimento, da incubi notturni ed evitamento di situazioni in cui si è distanti dal *caregiver*. Il disturbo insorge nel primo anno di età e nell'età prescolare. Il bambino è intrusivo nei confronti dei genitori e manifesta bisogno costante di attenzione. Nel momento in cui il disturbo non viene affrontato si ripercuote nell'età adulta con iperprotettività con i membri della famiglia. Per poter diagnosticare questo disturbo si ricorre ad una serie di criteri diagnostici.

Criteri diagnostici:

a. Paura o ansia eccessiva e inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo che riguarda la separazione da coloro a cui l'individuo è attaccato, come evidenziato da tre (o più) dei seguenti criteri:

1. ricorrente ed eccessivo disagio quando si prevede o si sperimenta la separazione da casa o dalle principali figure di attaccamento;

2. persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita delle figure di attaccamento, o alla possibilità che accada loro qualcosa di dannoso, come malattie, ferite, catastrofi o morte;
3. persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo al fatto che un evento imprevisto comporti separazione dalla principale figura di attaccamento (per es., perdersi, essere rapito/a, avere un incidente, ammalarsi);
4. persistente riluttanza o rifiuto di uscire di casa per andare a scuola, al lavoro o altrove per la paura di separazione;
5. persistente ed eccessiva paura di, o riluttanza, a , stare da soli o senza le principali figure di attaccamento a casa o in altri ambienti;
6. persistente riluttanza o rifiuto di dormire fuori di casa o di andare a dormire senza avere vicino una delle principali figure di attaccamento
7. ripetuti incubi che implicano il tema della separazione;
8. ripetute lamentele di sintomi fisici (ad esempio mal di testa, dolori di stomaco, nausea, vomito) quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento.

b. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti, con una durata almeno 4 settimane nei bambini e adolescenti, e tipicamente 6 mesi o più negli adulti;

c. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. La conseguenza nei bambini è che hanno difficoltà a fare attività indipendenti lontano dai genitori.

Il mutismo selettivo è caratterizzato dall'incapacità, parziale o totale, di parlare in alcune situazioni specifiche (ad esempio a scuola). Nonostante questa incapacità volontaria di parlare, il bambino possiede capacità espressive che usa solo tra le mura domestiche. L'esordio della patologia si ha intorno ai cinque anni, quando il bambino inizia ad avere interazioni sociali con adulti e coetanei. Per comunicare il soggetto scrive o indica.

Criteri diagnostici:

- a. costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es., a scuola), nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni;
- b. la condizione interferisce con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale;
- c. la durata della condizione è di almeno un mese (non limitato al primo mese di scuola);

d. l'incapacità di parlare non è dovuta al fatto che non si conosce, o non si è a proprio agio con, il tipo di linguaggio richiesto dalla situazione sociale;

e. la condizione non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione (per esempio disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia) e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici.

Il soggetto ha come conseguenza la compromissione delle relazioni sociali e alla compromissione scolastica.

Il disturbo da fobia specifica è l'ansia o la paura irrazionale legata a uno stimolo (stimolo fobico), che può essere un oggetto o una situazione in cui si è sempre a contatto. Il soggetto evita attivamente il contatto con lo stimolo. La fobia specifica si sviluppa dopo un evento traumatico che è stato vissuto o è stato visto. L'insorgenza della patologia avviene tra i 5 e i 9 anni di età nei bambini e tra i 20 e i 25 anni negli adulti.

Criteri diagnostici:

a. paura o ansia marcate verso un oggetto o situazione specifici (per es., volare, altezze, animali, ricevere un'iniezione, vedere il sangue);

b. la situazione o l'oggetto fobici provocano quasi sempre immediata paura o ansia;

c. la situazione o l'oggetto fobici vengono attivamente evitati, oppure sopportati con paura o ansia intense;

d. la paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo rappresentato dall'oggetto o dalla situazione specifici e al contesto socioculturale;

e. la paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente per 6 mesi o più;

f. la paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti;

g. il disturbo non è meglio spiegato dai sintomi di un altro disturbo mentale, tra cui la paura, l'ansia e l'evitamento di situazioni associate a sintomi simili al panico o ad altri sintomi invalidanti (come nell'agorafobia); oggetti o situazioni legate a ossessioni (disturbo ossessivo-compulsivo); ricordi di eventi traumatici (come nel disturbo da stress post traumatico); separazione da casa o dalle figure di attaccamento (come nel disturbo d'ansia di separazione); o situazioni sociali (come nel disturbo d'ansia sociale).

Come conseguenza il disturbo porta alla compromissione del funzionamento psicosociale.

Il disturbo d'ansia sociale (o fobia sociale) è legato al timore della performance sottoposta a giudizio dei coetanei, dei genitori o di altri adulti. Questa tipologia di disturbo può essere evidente (il bambino evita del tutto la situazione) o poco evidente (il bambino/a adotta delle contromisure per diminuirla). Il suo esordio è nei primi anni di vita, nel momento in cui il bambino ha dovuto inibire le proprie emozioni oppure ha avuto un evento imbarazzante. Il disturbo può insorgere tra gli 8 e i 15 anni.

Criteri diagnostici:

a. paura o ansia marcate relative a uno o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri. gli esempi comprendono interazioni sociali (ad esempio avere una conversazione, incontrare persone sconosciute), essere osservati (mentre si mangia o si beve) ed eseguire una prestazione di fronte ad altri (fare un discorso);

b. l'individuo teme che agirà in modo tale o manifesterà sintomi di ansia che saranno valutati negativamente (cioè saranno umilianti o imbarazzanti; porteranno al rifiuto o risulteranno offensivi per altri);

c. le situazioni sociali temute provocano quasi invariabilmente paura o ansia;

d. le situazioni sociali temute sono evitate oppure sopportate con paura o ansia intense;

e. la paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto alla reale minaccia posta dalla situazione sociale e al contesto socioculturale;

f. la paura, l'ansia, l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente sei mesi o più;

g. la paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti;

h. la paura, l'ansia o l'evitamento non sono attribuiti agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o un'altra condizione medica;

i. la paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati dai sintomi di un altro disturbo mentale, come disturbo di panico, disturbo di dismorfismo corporeo o disturbo dello spettro dell'autismo;

j. se è presente un'altra condizione medica (per. es., malattia di parkinson, obesità, deturpazione da ustione o ferita), la paura, l'ansia o l'evitamento sono chiaramente non correlati oppure eccessivi.

Una possibile conseguenza è l'abbandono scolastico e l'impossibilità di praticare attività ricreative. Molto spesso coloro che ne soffrono decidono di intraprendere un percorso curativo dopo 15-20 anni dall'insorgenza.

Il disturbo di panico è caratterizzato dagli attacchi di panico, che portano a una attivazione fisiologica e cognitiva. Hanno una durata di qualche minuto, ma in quel lasso di tempo il soggetto percepisce una sensazione di morte. Questo disturbo porta nei soggetti l'ansia anticipatoria per prevenire le situazioni di pericolo. Il disturbo si sviluppa intorno ai 20-24 anni in concomitanza con l'agorafobia.

Criteri diagnostici:

a. ricorrenti attacchi di panico inaspettati. un attacco consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:

1. palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;
2. sudorazione;
3. tremori fini o a grandi scosse;
4. dispnea o sensazioni di soffocamento;
5. sensazione di asfissia;
6. dolore o fastidio al petto;
7. nausea o disturbi addominali;
8. sensazione di vertigine, di instabilità, di “testa leggera” o di svenimento;
9. brividi o vampate di calore;
10. parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
11. derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi);
12. paura di perdere il controllo o di impazzire;
13. paura di morire.

b. Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:

1. preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi di panico o per le loro conseguenze (per es., perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, impazzire);
2. significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi di panico (per es., comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l'evitamento dell'esercizio fisico oppure di situazioni non familiari).

c. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari);



d. Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., gli attacchi di panico non si verificano solo in risposta a una situazione sociale temuta, come nel disturbo d'ansia sociale; in risposta a un oggetto o a una situazione fobia circoscritti, come nella fobia specifica; in risposta a ossessioni, come nel doc, in risposta al ricordo di un evento traumatico, disturbo da stress post traumatico, oppure in risposta alla separazione delle figure di attaccamento, come nel disturbo d'ansia da separazione).

Specificatori dell'attacco di panico sono indicazioni per la comparsa improvvisa di paura che ha un picco di pochi minuti che portano disagio e ansia nel soggetto. L'insorgenza del disturbo è intorno ai 22-23 anni in seguito a eventi stressanti mentre negli adulti in situazioni specifiche. L'attacco di panico è verificato quando si hanno quattro o più dei seguenti sintomi:

1. palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;
2. sudorazione;
3. tremori fini o a grandi scosse;
4. dispnea o sensazione di soffocamento;
5. sensazione di asfissia;
6. dolore o fastidio al petto;
7. nausea o disturbi addominali;
8. sensazioni di vertigine, di instabilità, di testa leggera o di svenimento;
9. brividi o vampate di calore;
10. parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
11. derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da sè stessi);
12. paura di perder il controllo o di impazzire;
13. paura di morire.

L'agorafobia è la paura e l'ansia di essere in situazioni o luoghi che sono ritenuti pericolosi per l'incapacità di poter scappare o di ricevere aiuto. Essa si sviluppa intorno ai 25-29 anni e i 45 anni. È cronica e persistente con rischio di ricadute. Tra le conseguenze vi è il disfunzionamento sociale, l'incapacità di lavorare e l'incapacità di uscire nei casi più estremi. Per essere diagnosticata si devono rilevare 2 dei 5 criteri.

Criteri diagnostici:

- a. Paura o ansia marcate relative a due o più delle seguenti cinque situazioni:

1. utilizzo dei trasporti pubblici (per es., automobili, bus, treni, navi, aerei);
2. trovarsi in spazi aperti (per es., parcheggi, mercati, ponti);
3. trovarsi in spazi chiusi (per es., negozi, teatri, cinema);
4. stare in fila oppure tra la folla;
5. essere fuori casa da soli.

b. L'individuo teme o evita queste situazioni a causa di pensieri legati al fatto che potrebbe essere difficile sfuggire oppure che potrebbe non essere disponibile soccorso nell'eventualità che si sviluppino sintomi simili al panico o altri sintomi invalidanti o imbarazzanti (per es., negli anziani paura di cadere, paura dell'incontinenza);

c. la situazione agorafobica provoca quasi sempre paura o ansia;

d. la situazione agorafobiche vengono attivamente evitate, o richiedono la presenza di un accompagnatore o vengono sopportate con paura o ansia;

e. la paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo posto dalla situazione agorafobica e al contesto socioculturale;

f. la paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente 6 mesi o più;

g. la paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti;

h. se è presente un'altra condizione medica (per es., sindrome dell'intestino irritabile, malattia di Parkinson), la paura, l'ansia o l'evitamento sono chiaramente eccessivi;

i. la paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati dai sintomi di un altro disturbo mentale: per esempio, i sintomi non sono limitati alla fobia specifica, tipo situazionale; non coinvolgono solamente situazioni sociali (come nel disturbo d'ansia sociale) e non sono legati esclusivamente a ossessioni (come nel disturbo ossessivo-compulsivo), a difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico (come nel disturbo di dismorfismo corporeo), a ricordi di eventi traumatici (come nel disturbo da stress post traumatico), oppure a timore della separazione (come nel disturbo d'ansia da separazione).

Disturbo d'ansia generalizzato è un disturbo in cui non vi è un evento ben preciso scatenante. Esso è caratterizzato da un'eccessiva preoccupazione. Il soggetto risulta molto spesso con difficoltà a concentrarsi e lo si descrive con i nervi a fior di pelle. Il disturbo si sviluppa intorno ai 30 anni, ma può verificarsi, raramente, nella prima adolescenza. Ha come conseguenza la difficoltà nel concentrarsi e senso di stanchezza.

Criteria diagnostici:

a. Ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche);

b. l'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione;

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

Nota: nei bambini è richiesto un solo item

1. irrequietezza, o sentirsi tesi, con i nervi a fior di pelle;

2. facile affaticamento;

3. difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;

4. irritabilità;

5. tensione muscolare;

6. alterazioni del sonno (difficoltà a addormentarsi o mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).

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

e. la condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es. una droga o un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es. ipertoridismo);

f. il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (per es., l'ansia o il timore di avere attacchi di panico nel disturbo di panico, la valutazione negativa nel disturbo d'ansia sociale, la contaminazione o altre ossessioni nel disturbo ossessivo-compulsivo, la separazione dalle figure di attaccamento nel disturbo d'ansia di separazione, i ricordi di eventi traumatici nel disturbo da stress post traumatico, il prendere peso nell'anoressia nervosa, le lamentele fisiche nel disturbo da sintomi somatici, i difetti percepiti nell'aspetto fisico nel disturbo di dismorfismo corporeo, l'aver una grave malattia nel disturbo d'ansia da ansia di malattia, oppure il contenuto di convinzioni deliranti nella schizofrenia o nel disturbo delirante).

## CAPITOLO III

### Strumenti di misurazione dell'ansia

La psicologia scientifica per poter confermare un costrutto o diagnosticare una psicopatologia, deve utilizzare degli strumenti di misura o di rilevazione. Questi strumenti sono i test, che osservando le risposte fornite dal soggetto, analizzano, diagnosticano e confermano su base scientifica l'esistenza di un costrutto o di una psicopatologia. Somministrando un test a molteplici soggetti che si trovano in condizioni uniformi permette di elaborare, confermare e determinare una norma statistica. I test devono essere attendibili, cioè riproponendo lo stesso test ad un'altra persona dovrà ottenere risultati simili e concordi, e dovranno essere validi, cioè dovranno essere in grado di misurare ciò che voglio misurare.

#### *3.1 Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

Il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) è un test della personalità che misura i tratti e i comportamenti del soggetto. MMPI è stato costruito nel 1937 da Starke R. Hathaway e J. Charnley McKinley. Lo scopo dell'MMPI è di rilevare le psicopatologie che vi sono all'interno della psiche e i tratti della personalità del soggetto. Nel corso del tempo il test ha subito dei cambiamenti ed attualmente, per le rilevazioni, si utilizza MMPI-2, versione più recente. Questo test è composto da domande con risposta dicotomica (vero/falso) a cui il soggetto deve dare una risposta. L'MMPI-2 è composto da 567 item (stimolo) che si suddividono in 10 scale di base, 7 scale di validità, scale supplementari e scale di contenuto.

L'insieme di queste scale consentono allo psicologo di avere un inquadramento generale e specifico del funzionamento del soggetto, e permettono di mettere a confronto e analizzare diversi tratti contemporaneamente.

Le scale di base (o cliniche) valutano se, nel soggetto, vi è presente una patologia specifica in tutte le sue forme. Le scale cliniche sono 10:

1. Ipocondria (Hs): composta da 32 item che descrivono la varietà dei disturbi fisici e sintomi vaghi e aspecifici;
2. Depressione (D): composta da 57 item, valuta la presenza di uno stato psichico globale negativo, ma anche caratteristiche di personalità;
3. Isteria (Hy): combinato da 60 item composti in due categorie, si occupa del rapporto sociale e alla negazione dei problemi, problemi fisici e sintomi somatici dell'ansia. In questa scala gli item descrivono un'ampia serie di sensazioni relative a disturbi somatici, negazione di problemi psicologici, mancanza di ansia sociale. Ne è un esempio: "Molto spesso mi sembra di avere un nodo alla gola" (Vero);
4. Deviazione Psicopatica (Pd): formata da 50 item, si occupa di valutare la presenza del disadattamento sociale, problemi con l'autorità, disprezzo per le norme sociali e morali;
5. Mascolinità- femminilità (Mf): è composta da 56 item e si occupa di due aspetti: sintomi clinici e preoccupazioni sessuali, e stereotipo sociale del maschile e del femminile;
6. Paranoia (Pa): è formata da 40 item e valuta la presenza dell'essere sospetto;
7. Psicoastenia (Pt): è composta da 48 item a cui fanno riferimento i disturbi d'ansia e i rituali ossessivi. Gli item fanno riferimento a ossessività-compulsività e fobie. Nel complesso, la scala interessa stati d'ansia generalizzati, atteggiamento autocritico, autocontrollo. Un esempio è: "Quasi ogni giorno capita qualcosa che mi spaventa" (Vero);
8. Schizofrenia (Sc): vi sono 78 item eterogenei, in quanto gli Autori non sono riusciti a differenziare le varie tipologie di schizofrenia;
9. Ipomania (Ma): composta da 45 item che misurano il grado di eccitazione e inibizione;
10. Introversione Sociale (Si): è composta da 101 item e si occupa di misurare la dimensione bipolare.

Le scale di validità sono costruite per valutare l'attendibilità delle risposte del soggetto ed individuare i caratteri difensivi (meccanismi messi in atto per difendersi dalla minaccia) o la desiderabilità sociale (falsificare le risposte per risultare desiderabile). Le scale sono:

- scala L: menzogna (*lie*), costruita per rilevare il tentativo di attribuire risposte falsificate per mostrarsi desiderabile;
- scala K: correzione (*correction*), ovvero misurare l'atteggiamento difensivo; è anche una scala soppressoria di aiuti per le scale cliniche;
- scala F: simulazione (*infrequency*), è in grado di rilevare la presenza di risposte atipiche e le esagerazioni del soggetto;

- Scala Fb: si occupa di individuare il livello di coerenza nella scala F;
- Scala Fp: si occupa di evidenziare, sempre basandosi sulla scala F, la simulazione di patologie cliniche;
  - Scala S: identifica la tendenza del soggetto di riconoscersi con alti valori morali e alta responsabilità;
  - Scala VRIN: (*Variable Response Inconsistency*) composta da 67 item opposti che identificano il livello di incoerenza nelle risposte.
  - Scala TRIN: (*True Response Inconsistency*) sono 20 coppie di item il cui contenuto è opposto per identificare il soggetto che risponde in modo affermativo o negativo indipendentemente dal contenuto.

Le scale supplementari servono per la valutazione di problemi specifici che non erano stati considerati nella prima versione del questionario. Esse sono: Ansietà (A), Repressione (R), Forza dell'Io (Es), Scala MacAndrew di Alcolismo-rivista (Mac-R), Ostilità-ipercontrollata (O-H), Dominanza (Do), Responsabilità sociale (Re), Scale di ruolo di genere (GM e GF), Scale di disturbo da stress Post-Traumatico (PK e PS), Scala di Disagio Coniugale (MDS), Scala di tossicodipendenza Potenziale (APS) e Scala di Ammissione e di Tossicodipendenza (AAS).

Le scale di contenuto approfondiscono aspetti della personalità e, insieme alle scale cliniche, permettono di determinare il grado di presenza dei sintomi nelle varie patologie. Queste scale sono definite speciali perché sono in grado di delineare un quadro più specifico utilizzabile per l'individuazione del trattamento terapeutico. Esse sono:

1. Scala ANX (ansia): è composta da item che rappresentano i sintomi generali dell'ansia, che comprendono tensione, problemi somatici, preoccupazioni e difficoltà nel prendere decisioni. Alcuni esempi di item correlati allo Stato d'ansia Acuta sono i seguenti: Mi sveglio fresco e riposato quasi tutte le mattine (F), Non credo di essere più nervoso degli altri (F), A volte mi sento come se stessi per andare in pezzi (V). A seconda dei punteggi possiamo trovare due situazioni: il soggetto è incapace di prendere decisione o il soggetto è incapace di tollerare la frustrazione;
2. FRS (Paure): il soggetto manifesta delle fobie specifiche;
3. OBS (Ossessività): il soggetto segue dei riti;
4. DEP (Depressione): sentimenti di malinconia, incertezza sul futuro, indifferenza per la propria vita;

5. HEA (Preoccupazioni per la salute): preoccupazione per la propria salute e presenza di molteplici sintomi fisici;
6. BIZ (Ideazione Bizzarra): contenuti connessi a processi di allucinazioni uditive, visive;
7. ANG (Rabbia): problemi connessi al controllo della rabbia;
8. CYN (Cinismo): misura i pensieri dei soggetti in confronto alle azioni di altri che spesso vengono ritenute negative e con scopi negativi;
9. ASP (Comportamenti antisociali): misura tendenze del soggetto rispetto alla relazione con la società e altre persone;
10. TPA (Tipo A): descrive persone ipermotivate, rapide nei movimenti, centrate sul lavoro, impazienti, irritabili e infastidite;
11. LSE (Bassa autostima): autopercezione negativa; bassa stima e sfiducia in sé, vasta gamma di atteggiamenti negativi verso sé stessi;
12. SOD (Disagio sociale): i soggetti preferiscono stare da soli, si sentono inadeguati e imbarazzati quando sono tra la gente;
13. FAM (Problemi familiari): presenza di seri contrasti nei rapporti familiari;
14. WRK (Difficoltà sul lavoro): indicativa di comportamenti o atteggiamenti che possono contribuire a prestazioni lavorative scadenti e a difficoltà nel perseguimento degli obiettivi;
15. TRT (Indicatori di difficoltà di trattamento): connessa con atteggiamenti negativi verso il cambiamento e l'accettazione di aiuto da parte degli altri.

Oltre a quelle descritte, sono state introdotte nel tempo ulteriori scale, riferendosi a gruppi di disturbi specifici. Queste rivestono particolare importanza nell'interpretazione del profilo: sono le sottoscale di Harris e Lingoes che si occupano della depressione, isteria, paranoia, schizofrenia, ipomania e deviazione psicopatica. L' MMPI-2 può essere somministrato a soggetti al di sopra dei 16 anni, che abbiano acquisito un livello culturale tale da permettere loro di rispondere al questionario (capacità di lettura e comprensione), e a soggetti con al massimo 65 anni di età.

### 3.2 SCL-90 R.

La *Symptom Check List 90* (SCL-90 R) è un test in cui il soggetto deve rispondere agli item utilizzando la scala Liker, scala che indica quanto gli item siano affini al soggetto, indicando il grado di coerenza utilizzando di 5 livelli tra “poco” fino a “moltissimo”. Essa è

stata elaborata da Derogatis nel 1994. Indaga gli aspetti interni, come ansia e depressione, ed esterni, come l'aggressività o l'ostilità. Il test misura la gravità dei sintomi psichici del soggetto dando la possibilità di distinguere i soggetti patologici dai non.

La SCL-90 R identifica, attraverso un processo di top-down (dal generale al particolare), il livello di malessere generale arrivando ai profili psichici specifici.

Il test è formato da quattro dimensioni:

- Profilo generale, in cui vengono inseriti i risultati della prova complessiva del soggetto, attraverso gli indici globali e le dimensioni sintomatologiche;
- Indici globali di disagio associati, che forniscono al Clinico informazioni grafiche e linee guida per analizzare i tre i tre indici globali;
- Profilo per le nove dimensioni sintomatologiche, in cui vi sono i punteggi relativi a ogni dimensione e le rispettive linee guida;
- Profilo generale, in cui vengono emessi i risultati generali in forma numeri e grafici.

Il test è un questionario formato da 90 item, suddivisi in 3 indici globali, 9 dimensioni sintomatologiche primarie e 7 item addizionali.

Gli indici globali servono per creare una maggiore elasticità nel valutare complessivamente lo stato psicologico del soggetto e per mettere in relazione i sintomi tra loro. Gli indici globali sono divisi in 3 gruppi:

1. Global Severity Index (GSI): identifica globalmente il grado di disagio psichico che riporta il soggetto;
2. Positive Symptom Total (PST): è il totale di punteggi segnalati dal soggetto;
3. Positive Symptom Distress Index (PSDI): identifica lo stile delle risposte del paziente.

Le dimensioni sintomatiche rappresentano l'insieme di item specifici di un disturbo. Quest'ultime sono suddivise in 9 gruppi che rappresentano le 9 dimensioni sintomatologiche primarie. Esse sono:

1. Somatizzazione (SOM), 12 item che rappresentano il disagio delle impressioni sul funzionamento del corpo. Alcuni di essi sono sintomi somatici legati all'ansia;
2. Ossessività-Compulsività (O-C), 10 item che caratterizzano il disturbo ossessivo-compulsivo;
3. Ipersensibilità interpersonale (I-S), 9 item che osservano emozioni di inadeguatezza o inferiorità del soggetto in relazione ad altre persone.



4. Depressione (DEP), 13 item identificabili con i sintomi della depressione;
5. Ansia (ANX), 10 item che rappresentano d sintomi generali dell'ansia, come tremore, tachicardia o sensazione di terrore;
6. Ostilità (HOS), 6 item che identificano il pensiero o comportamenti di uno stato negativo;
7. Ansia Fobica (PHOB), ovvero la paura esagerata e persistente rispetto a un luogo, un oggetto o situazione. Questa dimensione è composta da 7 item;
8. Ideazione Paranoide (PAR), 6 item che illustrano le caratteristiche principali del pensiero paranoide.
9. Psicoticismo (PSY), 10 item che identificano la dimensione dinamica dell'esperienza del soggetto.

Oltre ai 3 indici globali e alle 9 dimensioni vi sono 7 item (OTHER), definiti addizionali, che non appartengono a nessuna dimensione. Questi item riguardano l'appetito ed il sonno.

Nel corso degli anni il test ha subito modifiche, come in Italia, in cui l'ansia e l'ansia fobica sono state unite in un'unica dimensione.

### 3.3 *Personality Assesment Inventory (PAI)*

Il *Personality Assesment Inventory (PAI)* è il formulato da Leslie C. Morey nel 1991. Esso è un test della personalità utilizzato principalmente per identificare clinicamente il livello dei disturbi emotivi, come il disturbo d'ansia.

Il PAI è composto da item suddivisi in scale che vengono impiegate per la valutazione clinica e viene somministrato a soggetti con la maggiore età.

Questo test si basa sulla validazione del costrutto utilizzato per la formazione delle scale. Questo approccio è fondamentale per la selezione e lo sviluppo degli item.

Nel test è importante l'assunto secondo il quale non si dovrebbe usare un singolo parametro quantitativo di un item come unico criterio per la selezione dell'item stesso, in quanto ciò porterebbe ad una scala con un'unica proprietà psicometrica ed altre non appetibili. Di conseguenza nel test di cui si tratta sono stati inclusi item che permettono di equilibrare le scale in modo che le stesse si possano impiegare per diverse applicazioni.

I criteri utilizzati dal PAI per selezionare gli item per le sindromi cliniche da valutare, si basano su due assunti: il primo riguarda la storia della loro rilevanza all'interno della nosologia dei disturbi mentali, il secondo riguarda la loro significatività nella pratica diagnostica contemporanea.

Con l'ausilio della letteratura sulle sindromi cliniche sono stati individuati i descrittori importanti per questi disturbi, suddivisi poi in scale che valutano le sindromi.

Gli item sono 344 divisi in 22 scale tra loro non sovrapposte. Si danno 4 scale di Validità, 11 scale Cliniche, 5 scale di Trattamento e 2 scale Interpersonali. Nelle 22 scale 10 contengono delle sottoscale derivate concettualmente volte a favorire l'interpretazione e la rappresentazione dell'intera ampiezza di costrutti clinici complessi.

Le scale di validità sono le seguenti (PAI, 2015 alle pagine 12-14):

1. Incoerenza: indica il grado di coerenza con cui il cliente ha risposto all'intro inventario. Ciascuna coppia è costituita da item altamente correlati (positivamente o negativamente);
2. Infrequenza: indica se il cliente ha risposto distrattamente, in modo casuale o idiosincratico. Gli item sono neutrali rispetto alla psicopatologia e ricevono un livello di approvazione o estremamente alto o estremamente basso;
3. Impressione negativa: suggerisce un'eccessiva impressione sfavorevole o simulazione di disturbo;
4. Impressione positiva: suggerisce la prestazione di un'impressione molto favorevole o una riluttanza ad ammettere piccoli difetti.

Le scale cliniche sono le seguenti:

1. Lamentele somatiche: si incentra sulla preoccupazione eccessiva riguardo ai problemi di salute e sulle lamentele somatiche tipicamente associate ai disturbi di somatizzazione e di conversione. Le sottoscale sono conversione, somatizzazione e preoccupazione per la salute;
2. Ansia: si incentra sulla fenomenologia e sui segni osservabili dell'ansia, prestando particolare attenzione alla valutazione relativa a differenti modalità di risposta. Le sottoscale sono:
  - a. Cognitiva: si incentra sul rimuginio e sulla preoccupazione relativa a questioni attuali, che danno origine a problemi di attenzione e concentrazione;
  - b. Affettiva: si incentra su una sensazione di tensione, su una difficoltà a rilassarsi e sulla presenza di stanchezza come risultato della percezione di uno stress elevato;
  - c. Fisiologica: si incentra sui segni manifesti di tensione e stress (ad es., palmi sudati, mani tremanti, lamentele riferite a battiti cardiaci irregolari, respiro corto)

3. Disturbi d'ansia correlati: si incentra sui sintomi e comportamenti collegati a specifici disturbi d'ansia, in particolare modo fobie, stress traumatico e sintomi ossessivo-compulsivi. Le sottoscale correlate sono:

- a. Ossessivo-compulsivo: si incentra su pensieri o comportamenti intrusivi, rigidità, indecisione, perfezionismo e affettività coartata;
- b. Fobie: si incentra su paure fobiche comuni, quali quelle relative a situazioni sociali, trasporti pubblici, altezze, spazi chiusi o altri oggetti specifici;
- c. Stress traumatico: si incentra sull'esperienza di eventi traumatici che causano sofferenza protratta nel tempo e che sembrano aver lasciato il cliente cambiato o danneggiato in modo fondamentale.

4. Depressione: si incentra sui sintomi e sulla fenomenologia dei disturbi depressivi. Le sottoscale sono: cognitiva, affettiva e fisiologica;

5. Mania: si incentra sui sintomi emotivi, cognitivi e comportamentali della mania e dell'ipomania. Le sottoscale sono livello di attività, grandiosità e irritabilità;

6. Paranoia: si incentra sui sintomi dei disturbi paranoici e sulle caratteristiche maggiormente durevoli del disturbo paranoico di personalità. Le sottoscale sono: ipervigilanza, persecuzione e risentimento;

7. Schizofrenia: si incentra su sintomi pertinenti all'ampio spettro dei disturbi schizofrenici. Le sottoscale correlate sono: esperienze psicotiche, ritiro sociale e disturbo del pensiero;

8. Caratteristiche borderline: si incentra su caratteristiche indicative del funzionamento di personalità di livello borderline, comprendente relazioni interpersonali instabili ed altalenanti, impulsività, labilità ed instabilità emotiva, rabbia incontrollata. Le sottoscale sono: instabilità affettiva, problemi d'identità, relazioni negative e autolesionismo;

9. Caratteristiche antisociali: si incentra sulla storia di azioni contro la legge e di problemi con l'autorità, sull'egocentrismo, sull'assenza di empatia e di lealtà, sull'instabilità e sulla ricerca di eccitazione. Le sottoscale correlate sono: comportamenti antisociali, egocentrismo e ricerca di stimoli;

10. Problemi legati all'alcool: si incentra sulle conseguenze problematiche dell'uso di alcool e sulle caratteristiche della dipendenza da alcool.

11. Problemi legati alla droga: si incentra sulla conseguenza problematiche dell'uso di droghe (farmaci o sostanze illegali) e sulle caratteristiche delle dipendenze da droghe.

Le scale di trattamento sono le seguenti:

1. **Aggressività:** si incentra su caratteristiche e atteggiamenti connessi a rabbia, assertività, ostilità ed aggressività. Le sottoscale correlate sono: atteggiamento aggressivo, aggressività verbale e aggressività fisica;
2. **Ideazione suicidaria:** si incentra sull'ideazione suicidaria, a partire dalla disperazione fino a pensieri e piani specifici per commettere suicidio;
3. **Stress:** misura l'impatto di fattori stressanti recenti sulle principali aree di vita;
4. **Mancanza di supporto:** misura la percezione della mancanza di sostegno sociale, considerando sia il livello che la qualità del sostegno disponibile;
5. **Rifiuto di trattamento:** si incentra su caratteristiche ed atteggiamenti indicati l'assenza di interesse e motivazioni ad effettuare cambiamenti personali di natura psicologica o emotiva.

Le scale interpersonali sono:

1. **Dominanza:** valuta il grado in cui una persona esercita il controllo e si mantiene indipendente nelle relazioni interpersonali. Si tratta di una dimensione dipolare, caratterizzata da uno stile dominante all'estremità superiore e da uno stile sottomesso all'estremità inferiore;
2. **Calore relazionale:** valuta il grado in cui una persona prova interesse per relazioni personali supportive ed empatiche. Si tratta di una dimensione bipolare, caratterizzata da uno stile caldo e socievole all'estremità superiore e da uno stile freddo e rifiutante all'estremità inferiore.

### *3.4 State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*

Questo test si basa sul modello di Spielberg il quale parla di ansia di stato (STATO-A) e ansia di tratto (TRATTO-A), dove ansia di stato varia per intensità e nel tempo, quindi mutabile, mentre l'ansia di tratto riguarda una caratteristica specifica del singolo.

Vi è una correlazione tra ansia di tratto e ansia di stato tale da evidenziare che tanto più elevata è l'ansia di tratto, tanto più è probabile che si sperimenti l'ansia di stato nella maggior parte delle situazioni. Queste situazioni sono vissute dal soggetto come minacciose e si possono riscontrare nei rapporti con gli altri quando il soggetto percepisce una minaccia alla sua autostima.

L'Autore distingue “*stress*”, che si riferisce alle caratteristiche oggettive della situazione stimolo, “*threat*”, che si riferisce alla valutazione soggettiva della situazione da parte dell'individuo.

Lo STAI può essere somministrato sia a singoli che a gruppi. L'inventario non ha limiti di tempo. Può essere presentato come un questionario di personalità o di autovalutazione (Spielberger C. D., 1989, pag. 15). È necessario che l'esaminatore abbia dei colloqui con i pazienti prima della compilazione del test, in quanto vi sono molte voci che chiedono di caratteristiche negative, e ciò può portare i soggetti a negare di avere determinate caratteristiche, considerate, appunto, negative. Ciò è necessario per stabilire un rapporto di fiducia tale da portare i pazienti alla massima sincerità.

Quando i soggetti sono sottoposti al test ricevono le istruzioni cartacee allegate alle schede del questionario. Il test ha lo scopo di valutare il livello di ansia nel soggetto attraverso le due scale TRATTO-A che identifica il livello di ansia in generale del soggetto, mentre la scala STATO-A misura l'ansia in un determinato momento. Molto spesso i soggetti non mostrano difficoltà a rispondere ai quesiti posti nella scala STATO-A.

Le indicazioni della scala per lo STATO-A possono essere modificate per motivi di ricerca, adattando le questioni al fine di concentrarsi su di uno specifico periodo.

Questo test è modificabile per rilevare come si modifica la curva di miglioramento dell'ansia prima e dopo la somministrazione del questionario. Ad esempio, si può chiedere di dire come si sentono immediatamente prima di cominciare e subito dopo la fine del test.

Quando si devono ottenere svariate misurazioni dello STATO-A in tempo breve si utilizza il sottoscala composta da 10 domande per validare la misura dello STATO-A.

Nell'utilizzo della STAI, di preciso nella forma Y, vi è un ordine di compilazione delle due scale. Si compila la scala STATO A e poi la TRATTO-A perché la somministrazione per il TRATTO-A influenza le risposte dello STATO-A. Al contrario le condizioni nella quali viene somministrata la scala TRATTO-A non influenzano il risultato.

## CONCLUSIONI

Nell'elaborato sono state indagate le principali teorie sulle emozioni, per poi soffermarsi sull'ansia e su quali strumenti utilizzare per la sua misurazione. Nella lettura dell'elaborato si può osservare come vi siano diverse correnti di pensiero e diversi modelli che spiegano in modi differenti lo stesso fenomeno. Infatti vi sono svariati elementi, singoli o in concomitanza, che interagiscono tra loro nello sviluppo della patologia.

L'ansia è un insieme di fenomeni che si attivano tra loro e sta nello psicologo identificare quale sia la vera causa del malessere psichico del soggetto, indipendentemente dalla corrente di pensiero a cui l'operatore appartiene. Nel caso in cui lo psicologo intuisca che la causa non è nelle sue competenze, il professionista, come impone il codice deontologico, deve rinunciare e passare il paziente a chi è più competente, in modo tale da non aumentare il disagio psichico.

Da questo elaborato e dalla lettura delle diverse fonti, emerge che gli argomenti riguardanti l'ansia e le emozioni sono complicati e vasti, e che le teorie che vi sono al momento non sono certe né univoche, ma possono essere modificate, invalidate o migliorate nel corso degli anni.

La letteratura sulle emozioni e sull'ansia sono molto vaste, vi è ancora molto da definire e da scoprire, non vi è nulla di certo se non il continuo studio di nuove teorie per il raggiungimento di nuove frontiere diagnostiche e terapeutiche.

L'ansia è determinata da diversi fattori ed è caratterizzata dall'interdisciplinarietà, e di questo aspetto bisogna essere consapevoli.

I criteri da seguire per una corretta diagnosi e misurazione, per quanto possano essere specifici, non riescono, in alcuni casi, a definire perfettamente le diverse tipologie di ansia, come ad esempio l'ansia generalizzata o l'ansia non altrimenti specifica. Si spera che nel tempo si possano aggiungere criteri per rendere l'argomento più specifico e la diagnosi più aderente alla reale situazione psichica del soggetto.

I test, come strumenti di misura, sono più semplici da utilizzare, in quanto hanno un supporto scientifico e sono standardizzati e accessibili a tutti. Infatti i manuali che indicano

come somministrare i test riportano anche lo *scoring*, cioè i punteggi ottenuti, la loro interpretazione e la restituzione.

Nella ricerca del materiale mi sono imbattuta in diversi studi e teorie che mi hanno dimostrato l'importanza di come la ricerca debba proseguire per poter migliorare le teorie presenti, e come esse possano svilupparsi o cambiare nel corso del tempo. Alcune delle teorie presentate non sono più attuali alla luce delle nuove elaborazioni, altre hanno aperto nuovi fronti che hanno completato le precedenti teorie.

La ricerca del materiale per la stesura dell'elaborato presenta alcuni limiti in quanto l'argomento è molto vasto ed il materiale è abbondante; vi è un continuo aggiornamento di teorie dovute a nuove scoperte; il materiale non è specifico, nel senso che l'ansia viene trattata in maniera trasversale e complementare, includendo quindi diversi approcci.

Ritengo sia utile approfondire l'argomento dell'ansia e delle emozioni seguendo diverse correnti come, ad esempio la psicanalisi, il cognitivismo, la psicologia sociale, in modo da poter avere un quadro generale dell'argomento trattato ed avere così gli strumenti per affrontare il tema senza avere posizioni preconcepite. La specializzazione e l'approfondimento scrupoloso ampliano il proprio punto di vista ed il proprio pensiero, e ci avvicinano alla corrente che ci è più affine. Metaforicamente si può paragonare questo processo ad un quadro: le diverse correnti rappresentano la cornice, la propria concezione la tela, e l'insieme di queste dà il quadro finito.

## BIBLIOGRAFIA

### LIBRI

American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Batacchi, M.W. (2004), *Lo sviluppo emotivo*, Bari, Editori Laterza.

Breedlove, S. M., Rosenzweig, M. R., Watson, N. V., (2009), *Psicologia Biologica: Introduzione alle neuroscienze comportamentali, cognitive e cliniche*, Rozzano, Casa Editrice Ambrosiana

Derogati L.R, SCL-90-R Symptom Checklist-90-R, (2011), Firenze, Giunti.

D'Urso, V., Trentin, R., (2001), *Introduzione alla psicologia delle emozioni*, Bari, Editori Laterza

Freud A., *L'io e i meccanismi di difesa*, (1967), Firenze, Martinelli Editore

Gabbard G. O., *Psichiatria psicodinamica*, (2015), Milano, Raffaello Cortina Editore

Jarvis G., *Psicologia Dinamica*, (2001), Bologna, Il Mulino.

Lingiardi V., Gazzillo F., (2014), *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Lis A., Mazzeschi C., Zennaro A., *La psicanalisi. Un percorso concettuale tra tradizione e attualità*, (2015), Roma, Carocci Editore.

Pedrabissi L., Santinello M., *I test psicologici*, (1997), Bologna, Società Editrice Il Mulino.

Schacter D. L., Gilbert D. T., Wegner D. M., *Psicologia Generale*, (2010), Bologna, Zanichelli.

Spielberger C. D., *STAI State-Trait Anxiety Inventory - Forma Y*, (1989), Firenze, Giunti.

Zennaro A., Lis S. A., Fulcheri M., Mazzeschi C., *PAI Personality Test Assessment*, (2015)



## SITOGRAFIA

Accursio G., Lucchino M., *La teoria dei costrutti personali di G. A. Kelly: le implicazioni cliniche*. Retrieved from the Web July 20, 2020.

<http://www.psychomedia.it/motore/motore/pm/modther/modtec/gennaro-lucchino.pdf>

Basile, B., Mari, J., Orritos, A., Pellicciari, M. C., Carabelli, F., Panetta, I., & Popolo, R. (2007). *METACOGNIZIONE NEI DISTURBI D'ANSIA E NELLA DEPRESSIONE. Ricerca in Psicoterapia/Research in Psychotherapy*, 10(2), 209-246. Retrieved from the Web July 13, 2020.

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39016853/Basile\\_2007\\_Metacognizione\\_nei\\_disturbi\\_dansia.pdf?1444080060=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMetacognizione\\_nei\\_disturbi\\_dansia\\_e\\_nel.pdf&Expires=1596717954&Signature=FPQpqM~MST20Uchm84rdW56zdbjaMB5tiWw59LquzyidaT8L1Gj06d7Kum6we4-kBRT7UARhNhQRBDa7KiBOUiaRuWSMzLXnOoGuZxUjznUk51ha9opOBy~C4qWe2SongdR4zbWyPie~icZH7UT5~2mTFsc9n5LHOY2Draiwof8UCsLrT1mD0jN2CJin0U~zNDcTHe4F2MqEL-6Iy-2optyRdO1BO3KsEEfPi~i73IbKecLZb5xfRR8RpB9VJGq-yUev9ekYlf2KbrIp3G4xnviWniCKF1AtStwcwemgW1Wx8kspIkGLdVKJy9UYyrhUbG DtFtBybglHF9HLynqQ\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39016853/Basile_2007_Metacognizione_nei_disturbi_dansia.pdf?1444080060=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMetacognizione_nei_disturbi_dansia_e_nel.pdf&Expires=1596717954&Signature=FPQpqM~MST20Uchm84rdW56zdbjaMB5tiWw59LquzyidaT8L1Gj06d7Kum6we4-kBRT7UARhNhQRBDa7KiBOUiaRuWSMzLXnOoGuZxUjznUk51ha9opOBy~C4qWe2SongdR4zbWyPie~icZH7UT5~2mTFsc9n5LHOY2Draiwof8UCsLrT1mD0jN2CJin0U~zNDcTHe4F2MqEL-6Iy-2optyRdO1BO3KsEEfPi~i73IbKecLZb5xfRR8RpB9VJGq-yUev9ekYlf2KbrIp3G4xnviWniCKF1AtStwcwemgW1Wx8kspIkGLdVKJy9UYyrhUbG DtFtBybglHF9HLynqQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Bottaccioli F., *La Psiconeuroendocrinoimmunologia, nuove idee per la medicina e per la scienza dell'uomo*, 2014. Retrieved from the Web July 19, 2020.

[https://www.researchgate.net/publication/237499133\\_La\\_Psiconeuroendocrinoimmunologia\\_nuove\\_idee\\_per\\_la\\_medicina\\_e\\_per\\_le\\_scienze\\_dell%27uomo?enrichId=rgreq-5f22d08ba225a29720eef6359e05e99b-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzIzNzQ5OTEzMztBUzoxMDEwODk5MzIyMTgzODFAMTQwMTEzMzEyNjQwMw%3D%3D&el=1\\_x\\_2&esc=publicationCoverPdf](https://www.researchgate.net/publication/237499133_La_Psiconeuroendocrinoimmunologia_nuove_idee_per_la_medicina_e_per_le_scienze_dell%27uomo?enrichId=rgreq-5f22d08ba225a29720eef6359e05e99b-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzIzNzQ5OTEzMztBUzoxMDEwODk5MzIyMTgzODFAMTQwMTEzMzEyNjQwMw%3D%3D&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf)

Montecucco N., *I 7 sistemi delle emozioni di Jaak Panksepp, il sè psicosomatico e le neuropersonalità*, 2013. Retrieved from the Web July 16, 2020.

<https://www.psicosomaticapnei.com/pdf/2013/presentazione.pdf>

Sassaroli S., Ruggiero G. M., *I costrutti dell'ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patologico, pensiero catastrofico, autovalutazione negativa e intolleranza dell'incertezza*, 2016. Retrieved from the Web July 14, 2020.

[https://www.researchgate.net/profile/Giovanni\\_Ruggiero/publication/292320972\\_I\\_costrutti\\_dell'ansia\\_obbligo\\_di\\_controllo\\_perfezionismo\\_patologico\\_pensiero\\_catastrofico\\_a](https://www.researchgate.net/profile/Giovanni_Ruggiero/publication/292320972_I_costrutti_dell'ansia_obbligo_di_controllo_perfezionismo_patologico_pensiero_catastrofico_a)

[utovalutazione negativa e intolleranza dell'incertezza The constructs of anxiety Compulsion to control patho/links/577265f708aeef01a0b62a4f.pdf](#)

Sirigatti, S. A. U. L. O. (1998). *Dal MMPI al MMPI-2 nella continuità e nella innovazione. I test di personalità: quantità e qualità*, 69-129. Retrieved from the Web April 21, 2020.

<https://www.researchgate.net/publication/280681044> [Dal MMPI al MMPI-2 nella continuità e nella innovazione](#)

Vasco, V., Gensini, S., & Leoni, F. A. “*Tu chiamale se vuoi emozioni*” *Espressione e riconoscimento degli stati d'animo nel parlato*. Retrieved from the Web April 21, 2020.

<https://iris.uniroma1.it/retrieve/handle/11573/917884/327933/Vasco.Vincenzo.pdf>