



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Tesi di laurea triennale

Precursori e Correlati Psicologici dell'Ansia.

Una rassegna dei modelli e delle evidenze sperimentali.

Precursors and Psychological Correlates of Anxiety. A review of models and experimental evidence.

Relatore

Prof. Mario Liotti

Laureanda: Gioachin Giulia

Matricola:1238104

Anno Accademico 2024/2025

*Alla mia mamma,
così come mi piace chiamarla, e a Martina:
fonti di ispirazione,
di amore incondizionato e di forza.
Questo traguardo è anche vostro!*

*A tutte le persone che, come papà,
hanno conosciuto la perdita
e l'assenza di luce.
Vi auguro, ovunque voi siate,
di averla riscoperta più luminosa che mai.*

INDICE

Introduzione	1
<i>Capitolo Primo: Caratterizzazione Clinica Dell’Ansia</i>	3
1.1 Ansia Adattiva e Ansia Patologica	3
1.2 Inquadramento diagnostico secondo il DSM-5	5
1.3 Eziologia dei disturbi d’ansia	8
<i>Capitolo Secondo: I Correlati Cognitivi E Neuropsicologici Dell’Ansia</i>	11
2.1 L’Intolleranza all’Incertezza e le sue connessioni con l’Ansia	11
2.2 La regolazione emotiva	13
2.2.1 Processi alla base dell’ER	14
2.2.2 Disregolazione emotiva e disturbi d’ansia	15
2.3 Distorsioni cognitive nei disturbi d’ansia	17
2.4 Alterazione nei circuiti cerebrali	19
2.5 Funzioni esecutive influenzate dall’ansia	21
<i>Capitolo Terzo: Strategie ed Interventi di Riabilitazione</i>	24
3.1 Interventi di riabilitazione cognitiva	24
3.2 Desensibilizzazione del bias alla minaccia	Errore. Il segnalibro non è definito.
<i>Capitolo Quarto: Discussione Generale</i>	30
Conclusione	33
Bibliografia	35
Ringraziamenti	39

Introduzione

Il presente elaborato si propone di esaminare il meccanismo di difesa che consente all'essere umano di rispondere alla minaccia di stimoli esterni, permettendogli di sopravvivere. Di per sé l'ansia si manifesta come un'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnata da angoscia o da sintomi fisici di tensione, che, ad oggi, rappresenta un fenomeno frequente nell'esperienza umana. Può, infatti, diventare una risposta emotiva disfunzionale e debilitante quando si manifesta in modo eccessivo o inappropriato. La sua complessità e varietà di manifestazioni hanno attratto l'attenzione della ricerca psicologica e clinica, evidenziando l'importanza di un'approfondita comprensione dei suoi meccanismi sottostanti, delle sue manifestazioni e delle strategie di intervento efficaci.

Da questa premessa, prende forma il presente lavoro di tesi che intende esplorare la dimensione patologica dell'ansia, distinguendola da quella adattiva e funzionale, i suoi correlati psicologici e le sue implicazioni nella formazione del sé, tenendo in considerazione i principali costrutti come il timore eccessivo del danno, la propensione a previsioni catastrofiche, il controllo e l'intolleranza all'incertezza.

Nello specifico, il primo capitolo si propone di analizzare approfonditamente le dimensioni cliniche, eziologiche e terapeutiche dei disturbi d'ansia, offrendo una panoramica integrata dei suoi aspetti. Verrà delineata una distinzione fondamentale tra ansia adattiva e ansia patologica, tenendo conto dell'attuale classificazione diagnostica dei disturbi d'ansia secondo il DSM-5; verrà, inoltre, presa in considerazione anche l'eziologia dell'ansia, complessa e multifattoriale, comprendendo influenze genetiche, biologici, psicologici e ambientali. Il contributo della ereditarietà genetica, infatti, gioca un ruolo importante nella predisposizione all'ansia, mentre esperienze di vita, come

traumi e stress, possono contribuire all'insorgenza e al mantenimento dei disturbi ansiosi. La sezione centrale dell'elaborato, invece, si concentra sull'investigazione dei correlati psicologici dell'ansia che contribuiscono alla sua insorgenza e persistenza. Tali correlati includono fattori cognitivi e neuropsicologici, in particolare, la presenza di bias attentivi, la disregolazione emotiva, l'intolleranza all'incertezza e le distorsioni cognitive, evidenziando il loro ruolo centrale nel mantenimento dei sintomi ansiosi. Si analizzeranno, inoltre, le varie distorsioni cognitive che indicano un'alterazione dei circuiti cerebrali coinvolti nell'ansia e le implicazioni di questi deficit cognitivi e neuronali sulle funzioni esecutive, come l'attenzione, la memoria di lavoro e la flessibilità cognitiva, causando difficoltà nell'eseguire compiti complessi e nel prendere decisioni informate.

La parte finale del lavoro di tesi, sarà dedicata alla presentazione di strategie ed interventi di riabilitazione cognitiva disponibili per il trattamento dei disturbi d'ansia. Verranno illustrate le tecniche più efficaci per modificare i pensieri disfunzionali, migliorare la regolazione emotiva e ridurre la sensibilità alla minaccia, attraverso strategie che mirano a ricalibrare l'attenzione verso stimoli positivi, riducendo così la tendenza ad interpretare ambiguamente gli eventi come potenzialmente pericolosi.

In conclusione, questo lavoro si propone di offrire un contributo significativo alla comprensione dell'ansia, fornendo un quadro completo delle sue diverse dimensioni e delle varie evidenze scientifiche.

Capitolo Primo **CARATTERIZZAZIONE CLINICA DELL'ANSIA**

1.1 Ansia Adattiva e Ansia Patologica

Per ansia si intende l'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnata da sentimenti di angoscia o da sintomi fisici di tensione. È un meccanismo di adattamento utile alla sopravvivenza, ma talvolta può diventare disattivo o addirittura patologico, quando non permette il normale funzionamento dal punto di vista sociale, lavorativo o relazionale. L'ansia è un costrutto bidimensionale, che comporta aspetti cognitivi, legati alla preoccupazione e all'apprensione, e aspetti psicofisiologici, con sintomi somatici. Molti di noi utilizzano quotidianamente il termine “ansia” per indicare una sensazione di tensione relativa ad un'esperienza o evento carico di preoccupazione e angoscia, spesso correlati a sintomi fisiologici, come sudorazione, palpitazioni, tensione muscolare ed irrequietezza.

Il termine preoccupazione, infatti, indica un'attività cognitiva involontaria, in gran parte incontrollabile, associata ad un senso di disagio emotivo. Tale attività è più strutturata di una semplice sequenza di pensieri ed immagini negative, ma rappresenta un processo nel quale il tema viene sviluppato, approfondito ed elaborato allo scopo di prendere decisioni e fronteggiare i problemi. Anche questo è un fenomeno adattivo, ma può diventare disadattivo quando rallenta, invece che sostenere il processo di soluzione del problema, rappresentando una forma di evitamento cognitivo e inducendo sul piano comportamentale indecisione e procrastinazione.

Risale a Cattell e Shieir (1961) la distinzione, all'interno del costrutto di ansia, tra l'ansia di stato e l'ansia di tratto, successivamente approfondita nello sviluppo della STAI (State Trait Anxiety Inventory), una scala di autovalutazione composta da 40 item, utile sia dal

punto di vista diagnostico, sia per verificare i benefici delle diverse terapie (Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1970).

L'ansia di stato è uno stato transitorio emozionale o una condizione dell'organismo umano caratterizzata da sentimenti soggettivi percepiti a livello cosciente di tensione e apprensione, e dall'aumentata attività del sistema nervoso autonomo. Può variare e fluttuare nel tempo, ed è riferita, quindi, ad un'esperienza ansiosa in un momento particolare, inerente al vissuto attuale.

L'ansia di tratto, invece, si riferisce a differenze individuali relativamente stabili nella disposizione verso l'ansia, cioè alle differenze tra le persone nella tendenza a rispondere con elevazioni dell'intensità dell'ansia di stato a situazioni percepite come minacciose e cariche di tensione, che in realtà non lo sono. Questa distinzione, realizzata dai due studiosi, è fondamentale per comprendere meglio i disturbi d'ansia e per differenziare l'ansia come meccanismo adattivo dall'ansia patologica.

A tal proposito, l'ansia adattiva è temporanea poiché si manifesta in risposta a situazioni specifiche e tende a scomparire una volta superato il pericolo, è proporzionata alla situazione e commisurata alla gravità della minaccia percepita ed è, infine, funzionale perché aiuta a migliorare la performance e la concentrazione in situazioni che richiedono attenzione. Questa tipologia d'ansia è frequente quando, per esempio, ci si sente nervosi prima di un esame importante, quando si prova paura nel parlare in pubblico o quando si è preoccupati per la salute di un familiare. L'ansia diventa invece patologica quando è cronica, ed è quindi presente per la maggior parte del tempo e non si attenua anche in assenza di stimoli esterni, è sproporzionata alla situazione perché eccessiva rispetto alla gravità della minaccia percepita ed è, infine, disfunzionale poiché interferisce con la capacità di funzionare normalmente nella vita quotidiana. È il caso del disturbo d'ansia

generalizzato, l'attacco di panico e le fobie specifiche.

A stimolare il processo di sviluppo dell'ansia è la percezione di una minaccia nei confronti di qualcuno o di uno scopo rilevante; infatti, per parlare di disturbo d'ansia è necessario che lo scopo in pericolo sia giudicato irrinunciabile dal soggetto, spostando l'attenzione sulla polarità negativa che risulta terribile e da evitare assolutamente, piuttosto che sullo scopo da perseguire.

Dobbiamo però tenere presente che paura e ansia, sebbene viste spesso come emozioni negative, sono state essenziali per la sopravvivenza della specie umana, in quanto reazioni naturali di fronte a potenziali pericoli. Queste emozioni, infatti, ci hanno permesso di sviluppare comportamenti adattivi che ci hanno salvaguardati nel corso dell'evoluzione.

L'ansia, anche quando sembra sproporzionata, nasce comunque da un'interpretazione personale degli eventi: non è ciò che ci accade a farci preoccupare, ma ciò che pensiamo di noi stessi in relazione a quegli eventi e la modalità di farci fronte. Quindi, è fondamentale ricordare che l'ansia è più un'emozione legata ai nostri pensieri che agli eventi esterni: le nostre valutazioni cognitive degli stimoli, in particolare la percezione della minaccia e la valutazione delle proprie capacità a fronteggiarla, giocano un ruolo cruciale nella sua formazione e nel suo mantenimento.

1.2 Inquadramento Diagnostico Secondo Il DSM-5

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, conosciuto con la sigla DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), arrivato alla sua quinta edizione, fornisce una descrizione accurata e precisa dei principali disturbi d'ansia ed una loro categorizzazione. Esso è, infatti, il sistema di classificazione dei disturbi mentali più diffuso a livello internazionale.

Nel capitolo dedicato all'ansia vengono descritti tutti i disturbi contraddistinti da una paura o ansia sproporzionata rispetto allo stimolo, accompagnata da comportamenti di evitamento. La diversità dei disturbi d'ansia risiede nella specificità dell'oggetto della situazione temuta, nonché nelle modalità cognitive associate. Si deduce che “i disturbi d'ansia differiscono dalla paura o dall'ansia normativa per il fatto di essere eccessivi o di persistere oltre i periodi appropriati per lo sviluppo” (APA, 2014).

Il DSM-5 differenzia i disturbi d'ansia ordinandoli lungo un continuum evolutivo in base al momento d'esordio:

- Disturbo d'ansia da Separazione;
- Mutismo Selettivo;
- Fobia Specifica;
- Disturbo d'Ansia Sociale;
- Disturbo di Panico;
- Agorafobia;
- Disturbo d'Ansia Generalizzato;
- Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanza/Farmaco;
- Disturbo d'Ansia Dovuto ad altre Condizioni Mediche;
- Altri Disturbi d'Ansia Specifici;
- Disturbo d'Ansia Non Specificato.

Nello specifico, ansia e preoccupazioni croniche ed eccessive sono considerate l'aspetto centrale del disturbo d'ansia generalizzato, in cui si parla di “generalizzazione” proprio perché esse si riferiscono ad una quantità di eventi che vengono interpretati come potenzialmente pericolosi. Nonostante non sempre riescano a riconoscere le proprie preoccupazioni come eccessive, gli individui affetti da Disturbo D'Ansia Generalizzato

lamentano un significativo disagio soggettivo legato alla preoccupazione cronica e alla percezione di non riuscire a controllarla, generando, in questo modo, un deterioramento delle funzioni cognitive.

Per parlare di disturbo, è necessario che l'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici siano così intensi da provocare un disagio significativo o compromettere seriamente la vita sociale, lavorativa e/o altre aree importanti. La persona deve avere difficoltà nel controllare la preoccupazione, la quale si deve manifestare per la maggior parte dei giorni per almeno sei mesi. Inoltre, per essere definito disturbo, devono essere presenti per la maggior parte dei giorni almeno tre dei sintomi psicofisiologici seguenti:

1. Irrequietezza o sentirsi tesi;
2. Facile affaticabilità;
3. Difficoltà a concentrarsi o presenza di vuoti di memoria;
4. Irritabilità;
5. Tensione muscolare;
6. Disturbi del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, sonno inquieto e insoddisfacente).

La diagnosi precoce e accurata dei disturbi d'ansia è fondamentale per avviare tempestivamente un trattamento efficace e migliorare la prognosi a lungo termine; essa, infatti, viene formulata dai professionisti della salute mentale attraverso il colloquio clinico, durante il quale si raccolgono informazioni dettagliate sui sintomi, sulla loro durata, sull'impatto che hanno sulla vita quotidiana e la storia personale del paziente.

Per strutturare il colloquio in modo più formale e sistematico, si utilizzano anche strumenti standardizzati, i quali forniscono una guida dettagliata per l'intervista clinica, garantendo una valutazione più precisa del disturbo.

Successivamente, viene svolta una valutazione psicologica in cui possono essere somministrati test psicologici per valutare l'intensità dell'ansia e le possibili cause sottostanti, escludendo altre condizioni mediche che potrebbero causare sintomi simili. Una diagnosi accurata e corretta è fondamentale per avere un quadro completo del paziente, consentendogli di scegliere un trattamento efficace e permettergli di sviluppare, insieme agli specialisti, delle strategie per gestire i sintomi.

1.3 Eziologia dei disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia sono tra i disturbi mentali più comuni al mondo: la loro diffusione è in costante aumento, interessando persone di tutte le età e provenienza. Alcuni studi epidemiologici stimano che in Europa circa il 33,7% della popolazione abbia sofferto di un disturbo d'ansia almeno una volta nella vita (Alonso et al., 2004).

L'eziologia di questi disturbi è multifattoriale, ovvero dipende da un insieme di fattori che interagiscono tra loro, frutto dell'interazione tra la loro natura sociale, biologica e psicologica (Sanavio e Cornoldi, 2017):

- fattori ambientali: questa categoria fa riferimento a tutti quegli eventi stressanti o traumatici prolunganti che possono aumentare il rischio di sviluppare disturbi d'ansia; le relazioni interpersonali che l'individuo crea e, dunque, l'ambiente familiare e sociale disfunzionale in cui è inserito, che possono influenzare negativamente la visione di sé e del mondo. A questi bisogna aggiungere le esperienze pregresse che l'essere umano vive e che possono avere un'influenza sul modo in cui percepiamo e reagiamo alle situazioni presenti. Infatti, attraverso queste l'individuo può interiorizzare convinzioni negative sulle proprie capacità, portandolo ad una maggiore vigilanza e preoccupazione. Anche l'apprendimento

- rientra nei fattori ambientali per lo sviluppo dell'ansia, in particolare l'imitazione di determinati comportamenti delle figure di riferimento e significative per il soggetto, che esprimono preoccupazioni esagerate rispetto alla situazione e/o pericolo, può essere significativa per la vulnerabilità personale dello stesso;
- fattori neurobiologici: in cui rientra l'alterazione nei livelli di neurotrasmettitori come serotonina, noradrenalina e GABA, che possono influenzare l'equilibrio emotivo; le disfunzioni di alcune aree cerebrali, come l'iperattività dell'amigdala (luogo in cui le emozioni vengono elaborate) e l'ipoattività della corteccia prefrontale (funzionale alla valutazione cognitiva), le quali possono aumentare la reattività allo stress e all'ansia;
 - fattori biologici ed ereditari: a cui fa riferimento la predisposizione genetica che può rendere alcune persone più suscettibili allo sviluppo dell'ansia; individui con familiari affetti da disturbi d'ansia hanno maggior probabilità di sviluppare a loro volta questi disturbi. Secondo alcuni studi, questi fattori hanno un ruolo fondamentale nella formazione dell'ipocondria e dei timori sulla propria salute;
 - fattori psicologici e cognitivi: un modo di pensare pessimistico o catastrofico può ampliare l'ansia attraverso pensieri negativi e l'utilizzo di strategie e/o meccanismi difensivi e disadattivi che contribuiscono a mantenere l'ansia nel tempo, andando ad incidere sulla percezione individuale, che può intensificare o diminuire la risposta d'ansia (Sanavio e Cornoldi, 2017).

È importante sottolineare come questi fattori non agiscano in modo isolato, ma interagiscono tra loro in modo complesso ed elaborato.

L'eterogeneità dei disturbi d'ansia suggerisce che le cause possono differire notevolmente: mentre alcuni disturbi, come per esempio il panico, mostrano una

predisposizione genetica, altri, come l'ansia sociale, sembrano essere maggiormente influenzati da fattori ambientali, come esperienze di vita stressanti. Infatti, diversi sono stati gli approcci e le teorie che hanno cercato di individuare l'origine dell'ansia nel corso del tempo. Secondo le teorie comportamentali, lo sviluppo dell'ansia può essere determinato da due tipi di apprendimento: il condizionamento classico (Pavlov, 1927) e l'apprendimento vicario (Bandura & Walters, 1977), attraverso cui si generano delle risposte di fuga o di evitamento da parte del soggetto stesso. Seguendo, invece, l'approccio psicanalitico e psicodinamico, i sintomi d'ansia vengono visti come espressione dei conflitti interni ed irrisolti nelle relazioni (Thorn, Holen e Wampold, 1999).

Dunque, l'eziologia dell'ansia è un campo di ricerca in continua evoluzione: comprendere i meccanismi alla base di questo disturbo è fondamentale per sviluppare trattamenti sempre più efficaci.

Capitolo secondo **I CORRELATI COGNITIVI E NEUROPSICOLOGICI DELL'ANSIA**

2.1 L'Intolleranza all'Incertezza e le sue connessioni con l'ansia

L'Intolleranza all'Incertezza (*Intolerance of Uncertainty, IU*) è una tendenza psicologica e un orientamento disposizionale caratterizzato da credenze negative riguardanti il futuro e l'incertezza dello stesso, la quale genera reazioni negative a livello emozionale, comportamentale e cognitivo a situazioni ed eventi incerti.

Con l'espressione "eventi incerti", si intendono tutte quelle situazioni, che non si sono ancora verificate, ma che potrebbero avere un esito positivo, neutro o negativo (Buhr & Dugas, 2009).

I primi a parlare di IU sono stati i ricercatori canadesi della Laval University, negli anni '90 dello scorso secolo, secondo i quali questo costrutto ha un ruolo centrale nei disturbi d'ansia. Secondo le teorie cognitive, infatti, le persone con elevati livelli d'intolleranza all'incertezza tendono a preoccuparsi eccessivamente per eventi negativi, sovrastimando i rischi e interpretando tutto come una minaccia, sottovalutano le proprie capacità di risolvere i problemi ed evitano, infine, le situazioni incerte, anche quando la probabilità di un evento negativo è bassa (Carleton, Norton e Asmundson 2007; Dugas *et al.* 1998).

Le ricerche sulla struttura interna dell'intolleranza all'incertezza suggeriscono due dimensioni principali: una prospettica, caratterizzata dalla ricerca di prevedibilità e dalla paura dell'ignoto, e una comportamentale, legata all'inibizione dell'azione in situazioni ambigue (Carleton, 2012; Hong & Cheung, 2015; McEvoy & Mahoney, 2011).

Infatti, chi ne soffre tende a cercare costantemente certezze, sperimentando disagio e ansia quando non riesce a controllare la situazione: le persone che vivono in questa

condizione tendono a preoccuparsi in modo eccessivo per eventi futuri, immaginando scenari negativi e catastrofici. L'incapacità di accettare situazioni incomplete o ambigue genera in essi un senso di ansia, che comporta la ricerca costante di controllo sulle situazioni e sugli eventi, alimentando così sentimenti di tensione e angoscia, poiché non è sempre possibile ottenere il controllo desiderato.

È per questo motivo che la prevedibilità e la controllabilità sono due elementi chiave dell'IU. Quando si parla di prevedibilità, si sta cercando di capire quanto è probabile che qualcosa accada, in che modo e con quale intensità; tale costrutto, implica infatti l'assegnazione di probabilità ad eventi futuri, considerando sia le informazioni certe a nostra disposizione, sia le incertezze. In tal modo, le previsioni formulate sono dinamiche e possono essere aggiornate alla luce di nuove evidenze.

Invece, la controllabilità si riferisce alla percezione di poter modulare l'impatto di un evento attraverso l'utilizzo di risorse specifiche: la presenza di incognite mina la capacità di prevedere e controllare gli esiti, generando risposte di *coping* volte a ridurre e ad aumentare il senso di controllo (Carleton, 2016).

All'inizio, i ricercatori, per definire questo costrutto, si sono concentrati su persone che soffrono di disturbo d'ansia generalizzato, spesso manifestato da un'ansia eccessiva e persistente, cercando di capire meglio le cause e le caratteristiche di tal disturbo, e con esse le caratteristiche psicologiche alla base.

Carleton (2012), poi, ha dato una spiegazione più recente all'intolleranza all'incertezza, definendola come "l'incapacità di natura disposizionale, di sopportare le reazioni avverse scatenate dalla mancanza percepita di informazioni salienti, essenziali o sufficienti, sostenuta dall'associata percezione di incertezza". La descrive, dunque, come una predisposizione a provare disagio emotivo quando mancano informazioni chiare e

definite, portando l'individuo a non essere in grado di gestire l'ansia provocata da questa incertezza, e a interpretare negativamente tutte quelle situazioni ambigue.

La percezione dell'evento come ambiguo può agire da rinforzo negativo consolidando la tendenza ad evitare l'incertezza e a interpretarla come una minaccia. Si instaura un circolo vizioso: più abbiamo paura dell'incertezza, più la sentiamo come una minaccia e più ci preoccupiamo.

A tal proposito, la capacità di regolare le emozioni è un fattore chiave per la salute mentale e potrebbe rappresentare un target cruciale per gli interventi terapeutici, come suggerito da Becerra e colleghi (2022).

2.2 La regolazione emotiva

Per regolazione emotiva (Emotion Regulation, ER) si intende un processo dinamico con al centro la capacità di monitorare, valutare e modificare le proprie risposte emotive in modo funzionale e adattivo, contribuendo sia al benessere individuale che alle interazioni sociali.

Esistono, però, notevoli differenze interindividuali nella consapevolezza emotiva, nella comprensione delle cause e delle conseguenze delle proprie emozioni e nell'utilizzo di diverse strategie di regolazione emotiva: la capacità di identificare e gestire le proprie emozioni in modo efficace è associata ad un miglior adattamento psicologico e sociale.

Individui dotati di una maggiore consapevolezza emotiva e che adottano strategie di regolazione emotiva adattive tendono a presentare un miglior funzionamento psicologico e sociale; al contrario, una ridotta comprensione delle proprie emozioni e l'utilizzo di strategie disfunzionali e disadattive, sono associati ad un aumentato rischio di sviluppare disturbi psicopatologici (Denham, 1998; Eisenberg et al., 1993).

Una buona regolazione emotiva ci permette di gestire le emozioni in modo sano, aiutandoci a comunicare in modo più efficace e a costruire relazioni più solide, aumentando, così, il benessere psicologico, attraverso la consapevolezza delle proprie emozioni e la corretta espressione di esse.

2.2.1 Processi alla base di ER

Esistono diversi modelli che cercano di spiegare i processi alla base della regolazione emotiva: tra i più noti emerge il modello di James Gross. Esso propone una visione dinamica e multifattoriale di come gli individui gestiscono le proprie emozioni; infatti, secondo questo modello, la regolazione emotiva è un processo dinamico, che tratta una sequenza di processi interconnessi che si svolgono nel tempo; intenzionale, poiché gli individui attivano strategie per modificare le proprie esperienze emotive; ed, infine, è un processo che può avvenire in diverse fasi, identificate come le “cinque strategie di regolazione emotiva” in cui la regolazione viene attuata (McRae & Gross, 2020).

Gross distingue, appunto, cinque principali strategie di regolazione emotiva, che possono essere applicate in diverse fasi del processo emotivo:

- la selezione della situazione: scegliere di partecipare o meno a situazioni che sappiamo provocheranno determinate emozioni (ad esempio: evitare una festa in cui si prevede di sentirsi a disagio);
- la modifica della situazione: cercare di modificare attivamente una situazione per alternare l'impatto emotivo, come affrontare un problema direttamente anziché evitarlo. Spesso è difficile, però, riconoscere se si tratta di selezione o modifica della situazione, proprio perché la modifica può comportare una nuova situazione;
- il dislocamento attentivo: focalizzare l'attenzione su aspetti specifici di una

situazione per influenzare l'esperienza emotiva, come, per esempio, concentrarsi sugli aspetti positivi di un evento invece che su quelli negativi;

- la rivalutazione cognitiva: modificare il significato che attribuiamo a una situazione per cambiare la risposta emotiva associata ad essa. Interpretare un fallimento come un'opportunità di crescita invece che un disastro, per esempio, rappresenta un cambiamento, generato da una rivalutazione, che permette all'individuo di modificare la risposta emotiva associata a quella specifica situazione;
- la modulazione della risposta: cercare di modificare la risposta fisiologica, comportamentale e/o esperienziale associata ad un'emozione, come per esempio, l'utilizzo di tecniche di rilassamento per ridurre l'ansia e le emozioni negative.

Il ciclo si conclude con una fase di monitoraggio continuo, volta a verificare l'adeguatezza della strategia selezionata e il conseguimento dell'obiettivo desiderato (McRae & Gross, 2020).

In sintesi, il modello di Gross offre una cornice concettuale utile per comprendere i meccanismi sottostanti la regolazione emotiva e per sviluppare strategie efficaci per gestire le emozioni.

2.2.2 Disregolazione emotiva e disturbi d'ansia

A proposito di intolleranza all'incertezza, è emersa una significativa associazione tra essa e la difficoltà nella regolazione emotiva; quest'ultima spesso collegata a disturbi della sfera emotiva (Anderson, Carleton, Diefenbach & Han, 2019). Si parla, per questo, di disregolazione emotiva, intesa come la difficoltà o l'incapacità di gestire e regolare le proprie emozioni in modo efficace. Questo meccanismo può manifestarsi in una vasta

gamma di modalità: da reazioni esagerate a stimoli emotivi o a difficoltà nel calmare sé stessi durante momenti di stress.

Alla base della disregolazione emotiva vi è un'applicazione disfunzionale delle strategie di, appunto, regolazione emotiva, quali: evitamento, ruminazione, negazione, soppressione e comportamenti aggressivi (Cicchetti e coll., 1995).

Secondo autori come Ebner-Priemer e collaboratori (2015), alla base di essa vi sono tre processi interconnessi e principali: un umore negativo di fondo, un'elevata variabilità emotiva con frequenti sbalzi d'umore, e, infine, una difficoltà nel modificare le proprie emozioni iniziali.

Sempre più studi scientifici suggeriscono che l'utilizzo di strategie disadattive di ER rappresentano un fattore di rischio significativo per lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi d'ansia (Breslau & Klein, 1999). Infatti, l'emergere di certe emozioni può scatenare un'ansia eccessiva, spesso legata ad esperienze passate in cui esprimerle ha portato a conseguenze negative, creando un condizionamento emotivo.

Nello specifico, la letteratura scientifica ha ampiamente documentato l'associazione tra la disregolazione emotiva e il Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD); Mennin e collaboratori (2004), infatti, hanno sottolineato come la difficoltà nel regolare le emozioni possa aggravare la marcata reattività emotiva tipica di questo disturbo, rendendo i sintomi ancora più intensi. Un anno dopo, nel loro studio, si è dimostrato che gli individui affetti da Disturbo D'Ansia Generalizzato presentano maggiori difficoltà nella comprensione delle emozioni, una reattività accentuata alle emozioni negative e faticano a ritrovare un equilibrio emotivo dopo aver vissuto un'emozione spiacevole.

Non solo nel GAD, ma anche nel Disturbo di Panico, la disregolazione emotiva sembra giocare un ruolo cruciale. Tull e colleghi (2008) hanno evidenziato come individui con

una recente storia di attacchi di panico tendano ad evitare e a non accettare le sensazioni corporee associate all'ansia, manifestando una difficoltà nel comprendere e gestire le proprie emozioni. Questi risultati, infatti, confermano precedenti ricerche che hanno sottolineato l'utilizzo prevalente di strategie di regolazione emotiva evitanti in questo tipo di pazienti (Tull & Roemer, 2007).

Infine, le caratteristiche individuali nella regolazione emotiva potrebbero influenzare la scelta ed il mantenimento di determinate strategie di coping, predisponendo così alcuni individui allo sviluppo di disturbi d'ansia (Cisler *et al.*, 2010).

2.3 Distorsioni cognitive nei disturbi d'ansia

Le distorsioni cognitive sono come delle lenti che deformano la nostra percezione della realtà. Quando siamo ansiosi, queste lenti si ingrandiscono, esagerando i pericoli e i rischi, e minimizzando le nostre capacità di affrontarli. Sono, dunque, modi di pensare automatici e irrazionali che influenzano le nostre emozioni e comportamenti.

Secondo la teoria cognitiva, i disturbi mentali sono in gran parte il risultato di processi cognitivi disfunzionali, ovvero modi di pensare distorti che influenzano il modo in cui gli individui valutano sé stessi, gli altri ed il mondo. All'interno del dominio cognitivo, le credenze disfunzionali agiscono come filtri percettivi, modellano i pensieri e danno origine a quelle distorsioni cognitive caratteristiche di numerosi disturbi mentali.

Per essere definite patologiche, però, devono essere esagerate, ricorrenti, sistemiche ed inappropriate. Questa combinazione le rende pervasive, influenzando profondamente l'autopercezione, la valutazione delle esperienze e le aspettative future (Beck *et al.*, 1985).

Nel caso dell'ansia, queste distorsioni ci portano a interpretare le situazioni in modo negativo, anticipando il peggio e sopravvalutando la minaccia.

Nei disturbi d'ansia, infatti, le distorsioni cognitive più tipiche sono:

- la catastrofizzazione: esagerare l'importanza e la gravità di un evento negativo, immaginando il peggior scenario possibile;
- l'etichettamento: definirsi o definire gli altri in termini globali e negativi (come, per esempio, "Sono un fallimento");
- la generalizzazione eccessiva: trarre conclusioni generali da un singolo evento negativo, applicandole a tutte le situazioni future;
- l'astrazione selettiva: dare più importanza ad alcune informazioni, come il contesto o altri dati di una situazione, ignorando tutto il resto e creando delle convinzioni;
- la lettura del pensiero: credere di sapere cosa gli altri pensano di noi ed interpretare i loro comportamenti come segni di giudizio o disapprovazione;
- inferenza arbitraria: trarre conclusioni affrettate e non supportate da prove concrete;
- la minimizzazione o squalifica del pensiero positivo: sminuire o svalutare i propri successi, le proprie qualità o esperienze piacevoli;
- il ragionamento emotivo: confondere le proprie emozioni con la realtà oggettiva (Beck *et al.*, 2005).

Quando siamo ansiosi, tendiamo a interpretare la realtà attraverso queste lenti distorte; nello specifico, secondo il modello GAD di Barlow (2002), l'ipereccitazione e i sintomi ruotano attorno a cognizioni distorte, come l'incapacità percepita di controllare gli eventi e la sensazione di debolezza. Queste convinzioni sono amplificate dalla percezione di scarse capacità di coping e da un insufficiente supporto sociale.

Ad esempio, se dobbiamo fare un discorso in pubblico, la catastrofizzazione ci porta a immaginare che tutti rideranno di noi e che faremo una figuraccia; questo pensiero negativo, a sua volta, aumenta la nostra ansia e rende più difficile affrontare la situazione.

2.4 Alterazione nei circuiti cerebrali

L'ansia è una condizione complessa che si manifesta a livello fisico e psichico, attivando complessi meccanismi neuronali: diverse aree del cervello, quali il talamo, l'amigdala, la corteccia prefrontale e l'ippocampo, sono coinvolte nella regolazione dell'ansia (Kandel *et al.*, 2012).

Nello specifico, il talamo funge da “stazione di smistamento” per le informazioni sensoriali che provengono dal corpo. Nelle situazioni ansiose può amplificare la percezione degli stimoli esterni, rendendoli più minacciosi. L'amigdala, invece, è spesso considerata il “centro della paura”, poiché svolge un ruolo cruciale nell'elaborazione delle emozioni negative e nella risposta allo stress. Quando percepiamo o siamo esposti ad uno stimolo minaccioso, l'amigdala si attiva rapidamente innescando una cascata di reazioni fisiologiche e comportamentali tipiche dell'ansia. Queste risposte coinvolgono l'attivazione del sistema nervoso simpatico, che provoca un aumento della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna e della sudorazione.

La corteccia prefrontale, invece, cerca di valutare razionalmente la situazione, modulando l'attività dell'amigdala e promuovendo comportamenti più adattivi; è infatti responsabile delle funzioni cognitive superiori, come la pianificazione, la presa di decisioni ed il controllo degli impulsi. Nella regolazione dell'ansia, la corteccia prefrontale cerca di inibire le risposte eccessive dell'amigdala, promuovendo una valutazione più razionale

delle situazioni (Quirk & Beer, 2006).

L'ippocampo, coinvolto nella memoria e nell'orientamento spaziale, fornisce informazioni contestuali sulla situazione attuale, basandosi sulle esperienze passate; nei disturbi d'ansia, infatti, può essere alterato, influenzando le capacità di ricordare eventi passati e di prevedere il futuro, aumentando così i livelli di incertezza e preoccupazione.

Le informazioni sensoriali che scatenano ansia o paura vengono inizialmente processate nelle aree corticali sensoriali e associative, prima di essere trasmesse alle strutture sottocorticali deputate all'elaborazione delle risposte emotive, comportamentali e fisiologiche (Mahan & Ressler, 2018).

Nei disturbi d'ansia, per questo, si osservano spesso alterazioni nell'attività e nella connettività di questi circuiti. Ad esempio, l'amigdala può essere iperattiva, mentre la corteccia prefrontale potrebbe mostrare una ridotta attività: tali alterazioni possono rendere difficile la regolazione delle emozioni e aumentare la vulnerabilità all'ansia.

Gli studi e i progressi della scienza, ci hanno permesso di capire meglio le cause biologiche della paura e dell'ansia e di come il cervello le generi: la genetica, la chimica del cervello e le nuove tecnologie ci aiutano a capire sempre di più questi meccanismi.

I progressi degli ultimi dieci anni nello studio delle basi neurobiologiche dell'ansia si sono focalizzati sull'analisi delle componenti comportamentali della risposta di paura, evidenziando il ruolo centrale di specifiche strutture cerebrali, sopra descritte, e l'importanza dei fattori genetici e recettoriali nella modulazione della vulnerabilità individuale (LeDoux, 2012).

Inoltre, l'avanzamento nelle tecniche di biologia molecolare ha permesso di evidenziare nell'espressione "Brain Derived Neurotrophic Factor" (BDNF), una proteina che ha un ruolo cruciale nella crescita neuronale nella patogenesi di tali disturbi: la riduzione dei

livelli di BDNF, infatti, può contribuire allo sviluppo dei disturbi d'ansia e dell'umore (Duman, Deyama & Fogaça, 2019).

Per questi motivi, la comprensione dei circuiti neuronali coinvolti nell'ansia è fondamentale per lo sviluppo di nuove terapie: intervenendo su questi circuiti, attraverso psicoterapie o farmaci, è possibile modulare l'attività delle diverse aree cerebrali e ridurre i sintomi dell'ansia.

2.5 Funzioni esecutive influenzate dall'ansia

Le funzioni esecutive sono un insieme di abilità cognitive superiori che ci permettono di pianificare, organizzare, prendere decisioni e controllare il nostro comportamento; sono, infatti, essenziali per affrontare le sfide quotidiane e raggiungere i nostri obiettivi.

Si tratta di meccanismi mentali che consentono un'elaborazione intenzionale e controllata delle informazioni, influenzando pensieri, emozioni ed azioni; entrano in gioco nelle situazioni in cui è richiesto un maggior controllo attentivo, al fine di superare le risposte automatiche e focalizzate su stimoli specifici.

Il modello di Miyake et al. (2000), rappresenta un punto di riferimento nella comprensione delle funzioni esecutive, individuando tre componenti fondamentali: inibizione, memoria di lavoro e flessibilità cognitiva. In aggiunta a queste funzioni esecutive di base, successivamente, Diamond (2013) ha esteso il modello, proponendo tre abilità di ordine superiore: ragionamento, problem-solving e pianificazione; che insieme, contribuiscono alla formazione del costrutto definito come “intelligenza fluida”.

Come ingranaggi di un meccanismo complesso, queste funzioni, lavorano in modo coordinato per garantire un'efficace gestione delle attività cognitive: il loro corretto funzionamento, infatti, è fondamentale in molteplici ambiti della vita quotidiana e per il

benessere generale dell'individuo.

Recenti studi hanno evidenziato una stretta correlazione tra un'alterazione delle funzioni esecutive e la presenza di disturbi d'ansia; individui ansiosi spesso presentano difficoltà in aree come:

- l'inibizione: la capacità di sopprimere pensieri, emozioni o azioni irrilevanti per l'obiettivo;
- la flessibilità cognitiva: la capacità di passare da un pensiero o un'attività all'altra in modo fluido;
- la memoria di lavoro: la capacità di mantenere attivamente in memoria informazioni per un breve periodo, manipolandole e aggiornandole;
- la pianificazione: la capacità di stabilire obiettivi, creare piani e organizzare le azioni per raggiungerli.

Nei disturbi d'ansia queste funzioni esecutive sono compromesse, poiché l'ansia altera l'attività di alcune aree cerebrali coinvolte in esse, come la corteccia prefrontale, e si tende a concentrare l'attenzione sui segnali di pericolo, limitando la capacità di concentrarsi su altri compiti e rimuginando su pensieri negativi, interferendo, così, con la capacità di pianificare e risolvere problemi.

I deficit che l'ansia provoca sulle funzioni esecutive portano l'individuo ad avere difficoltà a valutare le opzioni e scegliere quella migliore, a controllare le emozioni e a comunicarle in modo non efficace.

Inoltre, un'eccessiva e prolungata esposizione a stress durante l'infanzia, spesso causata da ambienti familiari disfunzionali, può compromettere seriamente lo sviluppo delle funzioni esecutive, andando a danneggiare in modo irreversibile lo sviluppo del cervello (Diamond, 2013).

In conclusione, le funzioni esecutive svolgono un ruolo fondamentale nella nostra vita quotidiana. Quando sono compromesse dall'ansia, possono limitare significativamente la nostra capacità di funzionare in modo efficace. Fortunatamente, esistono diverse strategie per migliorare queste abilità e ridurre l'impatto dell'ansia sulla nostra vita.

Capitolo terzo **STRATEGIE ED INTERVENTI DI RIABILITAZIONE**

3.1 Interventi di riabilitazione cognitiva

La riabilitazione cognitiva è un intervento terapeutico volto a riabilitare le funzioni cognitive proprie di un individuo, compromesse da patologie e/o traumi; quando applicata all'ansia, questa tecnica si concentra sul modificare i pensieri e le credenze negative che alimentano e mantengono questo disturbo.

La teoria cognitivo-comportamentale, nello specifico, punta a trasformare i pensieri negativi in interpretazioni più realistiche, funzionali e adattive, attraverso una ristrutturazione cognitiva. Il trattamento, infatti, deve concentrarsi sull'identificazione e l'eventuale modificazione dei meccanismi psicologici che sostengono l'ansia e le preoccupazioni legate ad essa, attraverso la riduzione e l'eliminazione dei comportamenti di sicurezza o abitudini negative che mantengono e peggiorano lo stato ansioso, sostituendoli con azioni più utili e adattive. Si deve, inoltre, migliorare la capacità di regolazione emotiva attraverso la gestione delle preoccupazioni e lo sviluppo di strategie funzionali per gestirle correttamente; e consolidare le acquisizioni terapeutiche per mantenere i risultati raggiunti ed evitare, così, eventuali ricadute.

Diverse ricerche, infatti, hanno evidenziato come i trattamenti cognitivo-comportamentali siano più efficaci di altre terapie, dimostrando risultati superiori (Clark et al., 1998; Greeven et al., 2007; Warwick et al., 1996; Olatunji et al., 2014; Cooper et al., 2017).

Il trattamento cognitivo prevede diverse fasi, tra cui la valutazione, la ristrutturazione cognitiva e l'interruzione dei circoli viziosi che caratterizzano i disturbi d'ansia. Nella fase di valutazione si effettua un'esplorazione approfondita delle risorse, delle competenze

e dei punti di forza dell'individuo e del contesto in cui è inserito, questo passaggio, infatti, rappresenta una metodologia rigorosa per la raccolta e l'analisi dei dati.

Questo non implica solamente una buona diagnosi basata sui criteri del DSM-5, ma anche una valutazione più ampia che tenga conto di fattori come la presenza di altri disturbi, le comorbilità e le alterazioni correlate, al fine di ottenere un quadro clinico completo e personalizzato.

Al centro della terapia cognitivo-comportamentale si trova la ristrutturazione cognitiva, una tecnica che permette di spostare l'attenzione dai sintomi fisici alle cause cognitive del malessere, invitando la persona ad esplorare i pensieri e le convinzioni che sottostanno al problema, offrendo così una prospettiva più profonda e duratura. L'obiettivo ultimo della ristrutturazione cognitiva è quello di individuare e modificare le convinzioni di base, quelle credenze radicate che, come un fondamento, sostengono i pensieri negativi più superficiali e alimentano il disagio emotivo. Per questo, questa fase, si articola su più livelli: inizialmente, vengono analizzati i pensieri automatici, per poi approfondire le credenze intermedie e, infine, le convinzioni di base, le più radicate e resistenti al cambiamento.

Una volta individuati e identificati i meccanismi patologici dei Disturbi d'Ansia, la ristrutturazione cognitiva interviene attivamente per interrompere i processi mentali disfunzionali e quei circoli viziosi che alimentano l'ansia e la preoccupazione. Il punto di partenza della terapia cognitiva, infatti, consiste nell'insegnare al paziente a riconoscere e registrare i pensieri automatici che sorgono in relazione alle sue preoccupazioni, spesso scatenate da specifici eventi o situazioni. Esistono diverse tecniche all'interno degli interventi cognitivi, a seconda delle caratteristiche individuali, che permettono di

monitorare e adattare il percorso terapeutico per raggiungere gli obiettivi prefissati (Beck., 2013).

Tra queste, troviamo l'interruzione dei circoli viziosi, un aspetto cruciale della riabilitazione cognitiva per il Disturbo d'Ansia. Tali circoli sono dei meccanismi auto-perpetuanti in cui pensieri, emozioni e comportamenti si intrecciano, alimentano e intensificano l'ansia stessa. Tutto può iniziare da una vasta gamma di eventi, sia esterni (un problema relazionale o una situazione stressante al lavoro) sia interni (come, per esempio, un pensiero preoccupante o una sensazione fisica). L'evento scatenante innesca un processo distorto, caratterizzato da pensieri negativi, perlopiù catastrofici o irrazionali: si tratta di interpretazioni errate della realtà che portano a focalizzarsi su scenari negativi, ampliando quella che è la paura. I pensieri negativi, poi, si traducono in sintomi fisici, come tachicardia, sudorazione, tremori, ecc. Questi sintomi, a loro volta, possono essere interpretati come segnali di pericolo, intensificando ulteriormente l'ansia.

Nel tentativo di ridurre l'ansia si possono sviluppare comportamenti di evitamento, che consistono nell'evitare le situazioni o gli stimoli che la provocano. Questo, a lungo andare, può portare ad una restrizione delle attività e a un isolamento sociale. Se però, da un lato l'evitamento può fornire un sollievo temporaneo, dall'altro, invece, rinforza il circolo vizioso: l'evitamento impedisce all'individuo di confrontarsi con le situazioni temute e di scoprire che le proprie paure siano infondate, contribuendo, così, alla cronicizzazione dell'ansia.

La riabilitazione cognitiva, dunque, mira ad interrompere questi circoli viziosi, aiutando l'individuo a identificare i pensieri negativi che alimentano l'ansia, a metterli in discussione e a valutare la loro validità, sviluppando pensieri più realistici e adattivi e permettendogli di esporsi gradualmente alla situazione temuta e a prevenire la risposta di

evitamento. In questo modo, il circolo vizioso può essere interrotto e l'ansia può essere gestita in modo più efficace, migliorando la qualità di vita degli individui che soffrono di questo Disturbo.

3.2 *Desensibilizzazione del bias alla minaccia*

Il termine *bias* deriva dal francese provenzale “bias”, che significa obliquo o inclinato. Questa parola ha origini antiche, risalenti al latino *epikaersios* ed al greco *epikársios*, entrambi con il significato di obliquo.

Inizialmente, *bias* era utilizzato nel gioco delle bocce per riferirsi a tiri imprecisi, che deviavano dalla traiettoria desiderata e portavano a risultati negativi. A partire dalla seconda metà del 1550, invece, il termine *bias* ha assunto un significato più ampio, venendo utilizzato per indicare inclinazioni, predisposizioni e pregiudizi.

Dunque, i bias cognitivi sono distorsioni del pensiero che si basano su percezioni errate, pregiudizi e ideologie, portando a decisioni affrettate e poco accurate, per questo sono anche definite come “scorciatoie di pensiero”. Questi errori cognitivi influenzano profondamente la nostra vita quotidiana, non solo le nostre azioni, ma anche i nostri processi di pensiero.

Nell'essere umano è presente una tendenza automatica a valutare la salienza degli stimoli rilevanti per la sopravvivenza e a orientare l'attenzione verso elementi ambientali che possono rappresentare una minaccia (LeDoux, 1995). Questo fenomeno prende il nome di bias attentivo: il quale si manifesta nel momento in cui si verifica una variazione dell'orientamento dell'attenzione, con conseguente selezioni di una determinata tipologia di stimoli ambientali (Williams, MacLeod e Mathews, 1997).

Diversi studi suggeriscono che le persone ansiose hanno un sistema attentivo più

sensibile, con una maggiore propensione a notare e focalizzarsi su stimoli minacciosi nell'ambiente: i bias cognitivi, infatti, possono avere un impatto significativo sull'ansia, sia come fattori che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento dei disturbi d'ansia, sia come elementi che vengono influenzati dall'ansia stessa (MacLeod, et al., 1986).

In situazioni di competizione tra stimoli, gli individui con ansia elevata focalizzano l'attenzione soprattutto su ciò che percepiscono come minaccioso o negativo, e tendono a interpretare pericolose le informazioni incerte (MacLeod e Mathews, 1994).

Il bias attentivo non solo gioca un ruolo fondamentale nell'insorgenza dei disturbi d'ansia, ma ne alimenta la persistenza e può peggiorare i sintomi: a causa di esso, infatti, le persone tendono a vedere il mondo più minaccioso di quanto non sia in realtà, provando più spesso paura e ansia, evitando situazioni potenzialmente pericolose e ignorando informazioni che potrebbero ridimensionare la percezione di minaccia (Rachman, 1980). È fondamentale, perciò che si riduca questa tendenza a interpretare automaticamente gli stimoli come minaccia, attraverso la desensibilizzazione.

La desensibilizzazione sistematica, ideata da Wolpe (1958), è una tecnica terapeutica che prevede un percorso graduale di esposizione agli stimoli ansiogeni, che provocano ansia e fobie, in modo da promuovere un'associazione più sana e adattiva tra gli stimoli e la risposta adattiva. L'efficacia della tecnica è potenziata dall'integrazione di training di rilassamento, che concorrono alla riduzione o all'eliminazione dell'ansia; inoltre, si configura come un approccio graduale alla fonte di ansia, condotto sotto la supervisione di un terapeuta esperto. Il principio alla base della desensibilizzazione sistematica consiste nell'associare l'esposizione dello stimolo ansiogeno ad uno stato di profondo rilassamento, in modo da sostituire la risposta d'ansia con una sensazione di calma.

Tale approccio si basa sui principi del comportamentismo, una scuola di pensiero che ha

le sue origini negli studi di Ivan Pavlov sul condizionamento classico e che è stata poi applicata alla psicologia umana da John Watson.

La desensibilizzazione si tratta, infine, di un processo graduale che prevede l'identificazione dei bias che portano a vedere minacce dove non ce ne sono; esporre gradualmente e in modo controllato l'individuo a situazioni o a stimoli che solitamente scatenano la reazione di minaccia, per poter modificare le interpretazioni negative e sostituirle con pensieri più realistici e meno minacciosi; inoltre, per aiutare l'individuo a gestire l'ansia durante l'esposizione, vengono utilizzate delle tecniche di rilassamento, attraverso, per esempio, esercizi di respirazione.

Da ciò, si evince che questo meccanismo rappresenta uno strumento terapeutico efficace per superare ansia e fobie, offrendo un percorso graduale verso il benessere emotivo.

Capitolo Quarto **DISCUSSIONE GENERALE**

Si procederà ad un tentativo di elaborazione ed integrazione di quanto discusso nei capitoli precedenti, particolarmente in considerazione delle implicazioni cliniche e di ricerca, e si proporranno alcune future direzioni di indagine.

Un tema centrale che emerge con forza è la complessità dell'ansia come fenomeno clinico e neuropsicologico. L'analisi ha evidenziato come l'ansia patologica non sia riconducibile a un singolo fattore eziologico o a una singola disfunzione cognitiva, ma piuttosto a un'interazione dinamica di predisposizioni genetiche, fattori ambientali, schemi cognitivi disfunzionali e alterazioni nei circuiti cerebrali. La comprensione di questa complessità è fondamentale per lo sviluppo di modelli diagnostici e terapeutici più accurati. L'Intolleranza all'Incertezza (IU) si conferma come un costrutto di notevole rilevanza transdiagnostica, la sua pervasività nei disturbi d'ansia suggerisce che interventi mirati alla riduzione dell'IU, ad esempio attraverso l'esposizione graduale all'incertezza o la ristrutturazione cognitiva delle credenze sull'incertezza, potrebbero avere un impatto significativo su una vasta gamma di disturbi. Questo rafforza l'idea che lavorare su meccanismi cognitivi comuni possa ottimizzare l'efficacia degli interventi. Personalmente, trovo particolarmente affascinante la connessione tra Intolleranza all'Incertezza e ansia: viviamo in un mondo sempre più complesso e imprevedibile, e la capacità di tollerare l'incertezza è una competenza fondamentale per il benessere psicologico. Capire come questa intolleranza si sviluppa e come può essere mitigata è di grande importanza non solo in ambito clinico, ma anche nella vita quotidiana. La disregolazione emotiva e le distorsioni cognitive rappresentano altri pilastri su cui si fonda la sintomatologia ansiosa. La tesi ha sottolineato come la difficoltà a regolare le emozioni e la tendenza ad interpretare in modo catastrofico o minaccioso le situazioni

contribuiscano in modo sostanziale al mantenimento del ciclo ansioso. Ciò evidenzia l'importanza di interventi che rafforzino le capacità di regolazione emotiva e che promuovano la flessibilità cognitiva, come la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) e le sue evoluzioni.

Inoltre, questa sezione mi porta a considerare quanto la consapevolezza e la gestione delle proprie emozioni siano cruciali. Spesso, le persone con ansia non sono semplicemente "troppo emotive", ma faticano a elaborare e rispondere in modo adattivo alle proprie sensazioni interne ed esterne.

Le evidenze relative alle alterazioni nei circuiti cerebrali e all'impatto dell'ansia sulle funzioni esecutive aprono nuove prospettive per la ricerca e la pratica clinica. La comprensione dei substrati neurali dell'ansia può portare allo sviluppo di interventi basati sulla neuro-modulazione, come la stimolazione magnetica transcranica (TMS) o il neurofeedback, che potrebbero complementare le terapie tradizionali. Inoltre, la disfunzione delle funzioni esecutive (es. memoria di lavoro, inibizione, flessibilità cognitiva) suggerisce la necessità di includere specifici training cognitivi all'interno dei percorsi riabilitativi per migliorare le capacità di problem-solving e di adattamento. Per quanto riguarda le strategie e gli interventi di riabilitazione, la tesi ha evidenziato l'efficacia degli approcci cognitivi e della desensibilizzazione del bias alla minaccia. Questi interventi, pur mostrando promettenti risultati, richiedono un'ulteriore ottimizzazione. La ricerca futura potrebbe concentrarsi sull'identificazione di marcatori predittivi della risposta al trattamento, consentendo una maggiore personalizzazione degli interventi. Inoltre, l'integrazione di tecnologie emergenti, come la realtà virtuale per l'esposizione o le applicazioni mobili per il monitoraggio e l'allenamento delle abilità cognitive, potrebbe amplificare l'efficacia e l'accessibilità dei trattamenti.

Un'altra area di discussione riguarda la necessità di un approccio transdiagnostico nella ricerca e nel trattamento dell'ansia: concentrarsi sui meccanismi comuni che sottostanno a diversi disturbi d'ansia, piuttosto che trattare ogni diagnosi come un'entità completamente separata, potrebbe portare a interventi più efficienti e generalizzabili. In conclusione, la presente tesi ha offerto un'ampia panoramica sulle sfaccettature dell'ansia, consolidando la comprensione dei suoi meccanismi sottostanti e delle strategie per affrontarla. Le future ricerche dovranno continuare ad indagare la complessa interazione tra i fattori cognitivi, emotivi e neurobiologici, con l'obiettivo di affinare gli strumenti diagnostici e di sviluppare interventi terapeutici sempre più precisi, personalizzati e integrati per migliorare la vita delle persone affette da disturbi d'ansia. Quest'ultima parte dedicata alla riabilitazione induce un senso di speranza: nonostante la complessità dell'ansia, esistono strategie e interventi efficaci che possono migliorare significativamente la qualità della vita delle persone.

Conclusioni

La presente tesi ha esplorato il complesso panorama dell'ansia, partendo dalla sua distinzione fondamentale tra una manifestazione adattiva e una patologica, fino ad analizzare i suoi intricati correlati cognitivi, neuropsicologici e le strategie di intervento riabilitativo. Attraverso un'analisi approfondita della letteratura, ho delineato come l'ansia patologica, inquadrata secondo i criteri del DSM-5, si manifesti attraverso una serie di disfunzioni che impattano significativamente la qualità della vita dell'individuo.

Il Capitolo Primo imposta le basi necessarie per comprendere l'ansia, distinguendo in maniera cruciale l'ansia adattiva e l'ansia patologica. Questa distinzione è fondamentale, poiché l'ansia, in una certa misura, è una risposta umana normale e persino utile. Il richiamo all'inquadramento diagnostico secondo il DSM-5 garantisce un approccio basato sulle più recenti classificazioni cliniche, conferendo rigore scientifico all'analisi. La sezione sull'eziologia dei disturbi d'ansia è altrettanto importante, poiché un'efficace comprensione delle cause sottostanti (biologiche, psicologiche, ambientali) è il primo passo verso interventi mirati.

Il Capitolo Secondo si addentra nel cuore delle basi cognitive e neuropsicologiche dell'ansia, un'area di ricerca che ha visto notevoli progressi negli ultimi decenni. Il concetto di Intolleranza all'Incertezza è particolarmente rilevante, essendo riconosciuto come un fattore transdiagnostico in molti disturbi d'ansia. L'analisi della regolazione emotiva (ER) e della sua disregolazione nei disturbi d'ansia è cruciale, poiché le difficoltà nel gestire le emozioni sono spesso un elemento centrale dell'esperienza ansiosa. Le distorsioni cognitive e le alterazioni nei circuiti cerebrali offrono una visione completa del "funzionamento interno" dell'ansia a livello mentale e neurologico.

La sezione sulle funzioni esecutive influenzate dall'ansia è cruciale perché mostra, in modo specifico, come l'ansia possa compromettere aspetti come l'attenzione, la memoria di lavoro e il problem-solving, e abbia un impatto diretto e misurabile sui processi cognitivi superiori: le funzioni esecutive.

Infine, il Capitolo Terzo si concentra sulle strategie e gli interventi di riabilitazione, il che dimostra un approccio pragmatico e orientato alla soluzione. Gli interventi di riabilitazione cognitiva sono un campo in espansione che mira a modificare i processi di pensiero disfunzionali. La desensibilizzazione del bias alla minaccia è una tecnica specifica e promettente, mirata a ridurre la tendenza a interpretare stimoli ambigui come minacciosi. Questo capitolo rappresenta il culmine logico del lavoro, traducendo le conoscenze teoriche e diagnostiche in applicazioni pratiche. Questo lavoro ha approfondito la complessa interazione tra ansia e funzioni cognitive, delineando come la comprensione dei correlati neuropsicologici e delle strategie riabilitative sia fondamentale per offrire percorsi terapeutici sempre più mirati ed efficaci.

Bibliografia

Cattell & Scheier (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Ronald Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting Psychologists Press.

American Psychiatric Association. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Quinta Edizione (DSM-5)*. Raffaello Cortina Editore.

Alonso, J., et al. (2004). *Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*.

Sanavio, E., & Cornoldi, C. (2017). *Psicologia Clinica: Fondamenti e Applicazioni*. Il Mulino.

Pavlov (1927). *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex*. Oxford University Press.

Bandura & Walters (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
https://ia601807.us.archive.org/14/items/BanduraSocialLearningTheory/Bandura_SocialLearningT_text.pdf

Thorn, Holen, & Wampold (1999). *The Development of Psychodynamic Approaches*. In M. A. Reinecke & A. M. Freeman (Eds.), *Cognitive Therapy Across the Lifespan*. Guilford Press.

Buhr, & Dugas (2009). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Journal of Anxiety Disorders*.

Carleton, Norton & Asmundson (2007). Intolerance of uncertainty and the anxiety disorders: Theoretical and empirical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*.

Dugas, Ladouceur, Léger, Freeston, Langlois, Provencher & Tremblay (1998). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Carleton (2012). A universal fear? Intolerance of uncertainty, threat, and the unknown. *Journal of Anxiety Disorders*.

Hong & Cheung (2015). The structure of intolerance of uncertainty: A meta-analytic review and a bifactor model. *Journal of Anxiety Disorders*.

McEvoy & Mahoney (2011). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*.

Carleton (2016). Fear of the unknown: A fear that exacerbates anxiety and uniquely predicts GAD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*.

Becerra, Gainey, Murray, et al. (2022). Intolerance of uncertainty and anxiety: The role of beliefs about emotions. *Journal of Affective Disorders*

Denham (1998). *Emotional development in young children: Behavioral, social, and cognitive foundations*. Guilford Press.

Eisenberg, Fabes, Bernzweig, Karbon, Poulin & Hanish (1993). The relations of emotionality and regulation to preschoolers' social skills and sociometric status. *Child Development*.

<https://psycnet.apa.org/record/1994-09061-001>

McRae & Gross (2020). *Emotion regulation*. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (2nd ed.). Academic Press.

McRae & Gross (2020). Emotion regulation. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, & E. Todd (Eds.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 71). Annual Reviews.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31337275/>

Anderson, Carleton, Diefenbach & Han (2019). Intolerance of uncertainty and emotion dysregulation in anxiety and depression. *Cognitive Behaviour Therapy*.

Cicchetti, Ackerman & Izard (1995). Ecological-transactional perspectives on depression. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 6. Emotion, cognition, and representation*. University of Rochester Press.

Ebner-Priemer, Houben, Santangelo, Kleindienst, Trull & Bohus, M. (2015). Unraveling affective dysregulation in borderline personality disorder: A theoretical model and empirical evidence. *Journal of Abnormal Psychology*.

Breslau & Klein (1999). The relationship between temperament and psychiatric disorders: a review of the literature. *Psychiatric Research*.

Mennin, Heimberg, Fresco & Ritter (2004). Trait emotional intelligence in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*.

Tull, Stierman, Savonius-Pulkila, Roemer & Gratz (2008). The role of emotion dysregulation in the experience of panic attacks: a preliminary investigation. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*.

Tull, M. T., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation in generalized anxiety disorder: A preliminary investigation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.

Cisler, Olatunji & Lohr (2010). Emotion regulation and anxiety disorders: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*.

Beck, Emery & Greenberg (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.

Beck, Emery & Greenberg (2005). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books.

Barlow (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic (2nd ed.)*. Guilford Press.

Kandel, Schwartz, Jessell, Siegelbaum & Hudspeth (2012). *Principi di neuroscienze*. Casa Editrice Ambrosiana.

Quirk & Beer (2006). Prefrontal involvement in the regulation of fear. *Handbook of Experimental Psychology*.

Mahan & Ressler (2018). Neural circuits of fear and anxiety in humans. *Psychiatric Annals*.

LeDoux, J. E. (2012). *Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*. Viking.

Duman, Deyama & Fogaça (2019). *Neurotrophic Factors and Therapeutic Development for Depression*. Dialogues in Clinical Neuroscience.

Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, Howerter, & Wager (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*.

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23020641/>

Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, Anastasiades & Fennell (1998). A comparison of cognitive therapy and applied relaxation in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*.

Greeven, Spinhoven, van Balkom, van Oppen, Diekstra, & van Dyck (2007). Cognitive behavioral therapy versus paroxetine in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*.

Warwick, Clark, Salkovskis & Kobak (1996). A comparative study of cognitive therapy and applied relaxation in the treatment of hypochondriasis. *British Journal of Clinical Psychology*.

Olatunji, Cisler & Tolin (2014). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: A meta-analytic review of randomized placebo-controlled trials. *Psychological Bulletin*,

Cooper, Watson & Steer (2017). A meta-analysis of the effectiveness of cognitive behavior therapy for adults with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*.

Beck (2013). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.). Guilford Press.

LeDoux (1995). Emotion: Clues from the Brain. *Annual Review of Psychology*.
<https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.ps.46.020195.001233>

Williams, MacLeod & Mathews (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2nd ed.). Wiley.

MacLeod, Mathews & Tata (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*.
<https://psycnet.apa.org/record/1986-17383-001>

MacLeod & Mathews (1994). Anxiety and the allocation of attention to threat. *Behaviour Research and Therapy*.

Rachman (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*.

Wolpe (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.

Ringraziamenti

Arrivare a questo punto, alla conclusione di un percorso così significativo, mi riempie di una profonda riconoscenza. In questi mesi, ho avuto la fortuna di incontrare e collaborare con persone eccezionali, il cui contributo è stato fondamentale non solo per la realizzazione di questo lavoro, ma anche per la mia crescita personale e accademica.

Considerando la durata e l'intensità di questi anni, è doveroso dedicare i giusti ringraziamenti a tutti coloro che hanno contribuito e partecipato a questo traguardo.

Prima di tutti, vorrei ringraziare Mamma e Martina, per essere state sempre supporto, presenza e amore, per aver creduto in me e aver reso ogni ostacolo meno pesante con la vostra vicinanza. Siete il mio pilastro più grande e ogni traguardo è anche merito vostro.

“Nonna ce l'ho fatta, hai visto?”. Un grazie enorme va a te, che mi hai insegnato tanto in questi anni. Sei l'esempio di come l'amore vado oltre ogni cosa, e la tua forza silenziosa è stata la mia ispirazione più grande. Ogni obiettivo raggiunto porta un po' del tuo amore e della tua immensa saggezza. Questa tesi è anche per te, mia super Nonna.

Un ringraziamento altrettanto speciale va alla mia straordinaria famiglia. Agli Zii Cinzia, Massimo, Roberta e Roberto, i miei super cugini Ilaria, Luca e Federico: grazie per avermi sempre fatta sentire bene, accolta e amata incondizionatamente. Siete il mio porto sicuro, la mia fonte di allegria e i miei primi sostenitori. Ogni vostro incoraggiamento e ogni momento condiviso ha contribuito a farmi arrivare fin qui.

A Leonardo, il mio amore grande, grazie perché hai creduto in questo traguardo prima ancora che lo facessi io. Hai saputo sostenermi con forza, anche quando io stessa vacillavo. La tua pazienza infinita, i tuoi incoraggiamenti costanti e la tua presenza instancabile sono stati il pilastro su cui ho potuto contare in ogni momento. Sono così

felice di condividere questo momento con te, e non vedo l'ora di scoprire quali nuove esperienze ci attendono.

Grazie anche a tutta la super famiglia di Leo, per avermi accolta sempre con tanto affetto e per avermi fatta sentire parte di qualcosa di speciale!

A Selene, grazie di cuore. Sei un'amica come poche, una di quelle che fatichi a trovare. Sei stata sempre in prima linea a supportarmi, a credere in me e, soprattutto, a gioire sinceramente per ogni mio successo. Amicizie così non si trovano tutti i giorni, e la tua costante presenza è stata una vera e propria roccia per me. Grazie per aver condiviso con me ogni piccolo passo di questo grande traguardo.

Ad Anna (Giuliana), la mia amica-mamma, grazie. Sei stata un vero e proprio faro in uno dei momenti forse più delicati e importanti della mia vita. Sin dal liceo, sei sempre stata pronta ad ascoltare, a rassicurare e a darmi la spinta giusta. La tua presenza è una vera e propria ancora di salvezza.

Grazie a tutti i miei amici e le mie amiche, siete l'energia ed il sostegno costante nella mia vita. Siete stati la mia riserva di buon umore nei momenti più stressanti e compagni perfetti per festeggiare ogni piccolo progresso. Grazie per esserci sempre, ognuno a suo modo, per i vostri consigli e le vostre risate.

Un grazie “grande grande così” (come dicono i bimbi) va a Roberta e Sueno Dance, che non è solamente una scuola di danza, ma una vera e propria seconda casa.

Grazie Roby per avermi trasmesso la disciplina, la passione e l'amore per la danza. La tua fiducia nelle mie capacità è stata un punto di riferimento che mi ha permesso di credere sempre in me stessa.

Grazie alla mia crew del cuore Madodai, in particolare ad Eva, Jade (so che sei più felice se lo scrivo così), Marty e Anna. Avrete sempre un posticino speciale nel mio

cuore, anche se in fondo so che continueremo a ballare il country e la “non-danza” assieme.

Grazie anche ai miei piccoli “Pazzerelli Crew”, e alle mie super ragazze di “High Five Crew”, siete unici e mi avete regalato emozioni indescrivibili. Ogni lezione con voi è una gioia e un’opportunità di crescita, e sono grata per l’energia, la passione e l’allegria che mi portate ogni volta. Spero di avervi trasmesso e continuare a trasmettervi almeno una parte di ciò che voi date a me.

Un grazie speciale a Debora, per la sua passione contagiosa e la capacità di trasformare ogni lezione in un viaggio emozionante alla scoperta di noi stessi attraverso il movimento.

Grazie a Sara, la mia Doc del cuore, come la chiamo io. Grazie perché hai permesso alla Giulia forte di ritrovarsi, di accettare le sue fragilità e di trasformarle in nuove e inaspettate risorse. La tua capacità di ascolto, la tua guida discreta ma sempre presente, e la tua incrollabile fiducia in me sono stati essenziali in questo percorso, non solo professionale ma profondamente personale.

Un ringraziamento importante va anche alla mia super Benedetta, grazie per aver creduto in me sin dal primo momento e per essere stata una guida preziosa. È stato un privilegio aver ricevuto la tua fiducia e sono grata per le opportunità che mi continui ad offrire, sono tutti momenti preziosi da cui imparo moltissimo.

Un grazie speciale al Professor Liotti. Grazie per la Sua costante presenza ed il prezioso supporto che ha avuto nei miei confronti. Sono stata fortunata ad averLa come Relatore, i Suoi consigli e la Sua guida sono stati fondamentali per la realizzazione di questo lavoro.

Grazie alle mie pizzaiole del cuore, per aver creduto in me sempre. Erika e Giulia, siete speciali! Ogni sorriso, ogni impasto, ogni pizza sfornata sono stati momenti indimenticabili. Sono così grata di avervi incontrato e di aver costruito un'amicizia così bella. Siete speciali!

A tutti i bimbi e bimbe che ho incontrato in questi anni, grazie di cuore. Continuate ad essere fonte d'ispirazione per il vostro amore così grande, la vostra sconfinata curiosità e la pura gioia che portate ogni giorno. Mi avete ricordato la bellezza della spontaneità e l'importanza di guidare il mondo con occhi sempre nuovi. Non smetterò mai di ringraziarvi per avermi permesso di far parte, anche se per un breve tratto, delle vostre vite.

Grazie anche a tutte le maestre e maestri con cui ho avuto il privilegio di collaborare in questi anni. Siete state delle guide preziose, mi avete insegnato tantissimo e sarò sempre grata dei vostri consigli, che hanno arricchito non solo la mia formazione professionale, ma anche la mia persona. Grazie per aver condiviso con me le vostre esperienze e la vostra passione.

Grazie a tutti, di cuore.