



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia
Cognitiva Applicata**

Tesi di Laurea Magistrale

**La paura di perdere il controllo negli attacchi di panico:
studio su una popolazione non clinica**

**(Fear of losing control in panic attacks: study of a non clinical
population)**

Relatrice

Prof.ssa Caterina Novara

Dipartimento di Psicologia Generale, DPG

Laureanda: Geraldine Margherita Lacchini

Matricola: 2023723

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

Introduzione

Capitolo 1: La paura di perdere il controllo

1.1 Background

1.2 Il “Beliefs About Losing Control Inventory” (BALCI)

Capitolo 2: Disturbo di Panico

2.1 Diagnosi

2.2 Il dominio del controllo negli attacchi di panico

Capitolo 3: Lo studio: analisi e discussione

3.1 Scopo della ricerca

3.2 Somministrazione: modalità e procedure

3.3 Metodologia: strumenti utilizzati

3.4 Analisi dei risultati

3.4.1 Il campione

3.4.2 Coerenza interna

3.4.3 Validità convergente

3.4.4 Validità divergente

3.4.5 Altre correlazioni

3.4.6 Potere predittivo

3.5 Discussione

3.5.1 Limiti dello studio

Conclusioni

Riferimenti bibliografici

Sitografia

Introduzione

In letteratura alcuni autori hanno dimostrato la rilevanza clinica del costrutto del controllo. In particolare molti studi lo hanno indagato principalmente all'interno del disturbo ossessivo compulsivo (DOC).

Radomsky e Gagné (2020) hanno sviluppato un questionario per la valutazione delle credenze sulla perdita di controllo: il *Beliefs About Losing Control Inventory* (BALCI), al fine di dimostrare che le credenze disadattive svolgono un ruolo principale nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo ossessivo compulsivo (DOC). Infatti nella sintomatologia di questo disturbo, sembrano esistere credenze e paure legate alla paura di perdere il controllo dei propri pensieri, emozioni, comportamenti che determinano conseguenze concrete legate alle ossessioni.

Il costrutto del controllo è stato spesso anche associato anche ad altri disturbi, quali il disturbo d'ansia sociale, il disturbo del comportamento alimentare e il disturbo di panico (DAP). Nel DAP la paura di perdere il controllo risulta più evidente per quanto riguarda l'aspetto delle funzioni corporee. I soggetti che soffrono di attacchi di panico potrebbero sviluppare delle interpretazioni errate sulla perdita del controllo delle proprie sensazioni fisiologiche.

Lo scopo del presente progetto è la validazione italiana del questionario BALCI. Viene inoltre indagato il costrutto transdiagnostico del controllo in particolar modo all'interno del disturbo di panico.

Infine, attraverso la somministrazione di alcuni questionari, tra cui il BALCI e il *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS), si verifica se le convinzioni di perdere il controllo contribuiscano a spiegare i sintomi del disturbo di panico e se il BALCI abbia un potere predittivo sia sui sintomi legati al disturbo ossessivo compulsivo sia sui sintomi legati al disturbo di panico.

La ricerca si è svolta in collaborazione con altri due progetti che hanno indagato, rispettivamente, il costrutto del controllo all'interno del disturbo d'ansia sociale e del disturbo del comportamento alimentare.

Capitolo 1:

La paura di perdere il controllo

1.1. Background

In letteratura diversi autori hanno indagato il costrutto legato al controllo. J.B. Rotter (1954), all'interno della teoria dell'apprendimento sociale, elabora il costrutto di '*locus of control*' (LOC), letteralmente 'luogo di controllo', che si riferisce al concetto di rinforzo proveniente dall'ambiente esterno a seguito di una determinata azione. Il controllo interno è definito tale se il rinforzo viene percepito dalla persona come dipendente dal suo comportamento, dalle sue azioni e dalle sue decisioni; il controllo esterno prevede che l'individuo percepisca che gli eventi vanno oltre il controllo individuale, attribuendo gli effetti delle conseguenze a eventi esterni (la fortuna, il destino o altre circostanze non direttamente governabili). Rotter sostiene che questa differenza sia alla base dell'interazione tra persona e ambiente e che un LOC interno sia associato, generalmente, ad effetti più positivi sulla salute e a strategie di coping più favorevoli.

Il costrutto della perdita di controllo è stato spesso indagato all'interno del disturbo ossessivo-compulsivo, che viene definito nel DSM-5 come "un disturbo caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni. Le ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti che sono vissuti come indesiderati, mentre le compulsioni sono comportamenti o azioni mentali ripetitive che un individuo si sente obbligato a compiere in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente" (DSM-5, 2014, p.271).

A.E. Mallinger (1984) esamina le caratteristiche prevalenti nei soggetti che soffrono di disturbo ossessivo-compulsivo: "il bisogno eccessivo di controllo, il perfezionismo, la capacità di fidarsi significativamente compromessa, il conflitto intorno alla dipendenza, la paura di essere scoperto, la risposta idiosincratICA

alle richieste percepite” (Mallinger, 1984, Introduction). Il dominio più clinicamente significativo è il bisogno di controllo, che include “il controllo dei propri sentimenti, dei propri comportamenti, dell’integrità fisica; il controllo delle opinioni, atteggiamenti e delle azioni altrui; il controllo di eventi vari che possono influenzare la vita” (Mallinger, 1984, Introduction). Il mito del controllo del paziente ossessivo si compone di tre elementi: il controllo su se stesso (attuato tramite mezzi consci e inconsci), che induce il paziente ad essere ignaro dei propri sentimenti; il controllo sugli altri, quando il soggetto cerca di influenzare le opinioni altrui; il controllo sulle diverse esperienze di vita. Se il soggetto non riesce ad avere il controllo su una di queste tre aree, “viene attivato il mito del controllo retroattivo, che implica la via di fuga dalla realtà” (Mallinger, 1984, Introduction).

David A. Clark e Christine Purdon (1993) sostengono che le credenze metacognitive e i processi ad esse correlate siano centrali nel disturbo ossessivo-compulsivo, che presenta le seguenti caratteristiche: “monitoraggio eccessivo della presenza di intrusioni mentali; convinzione che queste intrusioni siano il presagio di una catastrofe; convinzione di essere responsabili di questo danno a causa dei pensieri; convinzione di dover controllare i pensieri per evitare il danno e ridurre l'angoscia” (Clark & Purdon, 1993, p.161-163). Il controllo e la capacità di respingere i pensieri intrusivi è un tema centrale nel disturbo ossessivo-compulsivo. Clark e Purdon (1993) sostengono inoltre che lo sviluppo delle ossessioni sia “il risultato di convinzioni disfunzionali riguardanti la necessità di controllare i propri pensieri e dei vari processi cognitivi coinvolti in un crollo generale della persona incline all'ossessione sulla capacità di controllo mentale” (Clark & Purdon, 1993, p.161-163).

L’Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (1997) identifica i domini di credenze più rilevanti per il DOC: “responsabilità gonfiata; sopravvalutazione dei pensieri; eccessiva preoccupazione per l’importanza di controllare i propri pensieri; sopravvalutazione della minaccia; intolleranza per l’incertezza” (OCCWG, 1997, p.667). In seguito è stato poi aggiunto un sesto dominio, il perfezionismo, che tuttavia non è esclusivamente rilevante per il disturbo

ossessivo compulsivo. Il terzo dominio spiega l'importanza di esercitare il controllo su pensieri, immagini e impulsi intrusivi nel soggetto che soffre di DOC. L'OCCWG ha definito, al suo interno, altri quattro sotto-domini per evidenziare l'importanza del controllo nel disturbo ossessivo-compulsivo: "convinzioni sull'importanza di seguire e di essere ipervigilante sugli eventi mentali; credenze sulle conseguenze morali del mancato controllo dei pensieri; credenze sulle conseguenze psicologiche e comportamentali del fallimento del controllo dei pensieri; credenze sull'efficacia di controllo, per esempio credenze che i propri sforzi per controllare i pensieri dovrebbero avere successo soprattutto a lungo termine" (OCCWG, 1997, p.678). Uno dei fattori scatenanti del disturbo ossessivo-compulsivo è che il soggetto ritiene che i propri pensieri abbiano come conseguenza azioni inaccettabili e quindi riterrà importante e fondamentale cercare di controllare i propri pensieri.

S. Rachman (1998) analizza le ossessioni e la conseguente paura della perdita di controllo ad esse associata. L'autore definisce le ossessioni come "interpretazioni errate del significato dei propri pensieri, immagini, impulsi invadenti, che persistono finché queste interpretazioni errate non si indeboliscono" (Rachman, 1998, p.385). I pensieri intrusivi sono sperimentati da tutti gli individui; tuttavia diventano ossessioni ricorrenti nel momento in cui il soggetto gli attribuisce un significato personale eccessivo. Quando si presenta un pensiero intrusivo, l'individuo è sottoposto ad un momento o ad un'esperienza stressante. Le sensazioni interne provocate dagli stimoli degli eventi stressanti diventano importanti quando vengono assunti dal soggetto come minaccia, anziché rimanere stimoli neutri. Questo provoca nell'individuo un'errata interpretazione dell'evento e dei pensieri conseguenti; la frequenza con cui la persona ritiene questi impulsi come errati, li trasforma in ossessioni. Quando l'individuo sperimenta queste ossessioni, cerca in qualche modo di neutralizzarle, ma spesso non riesce: ciò causa nel soggetto l'idea di poter perdere il controllo e agire secondo l'impulso generato dall'interpretazione sbagliata di un pensiero invadente.

Richard Moulding e Michael Kyrios (2006) sostengono che il controllo su emozioni e pensieri è determinante nel disturbo ossessivo-compulsivo e nel disturbo d'ansia. Gli autori identificano l'importanza del controllo del pensiero nel momento in cui vi sono intrusioni che possono minare il valore di sé dell'individuo o destare preoccupazioni nelle situazioni di pericolo per il soggetto. Queste situazioni sono ritenuti fattori di stress che possono aumentare nell'individuo i tentativi di controllo. Il controllo è suddiviso in due costrutti: il senso di controllo (SC o controllo percepito), definito da Skinner come "valutazione individuale del livello di controllo disponibile in un contesto che incorpora sia la misura in cui un individuo crede di poter compiere un'azione sia la misura in cui crede che tale azione porterà a un risultato desiderato o ne eviterà uno indesiderabile" (Skinner, 1996, citato da Moulding & Kyrios, 2006, p.760) e il desiderio di controllo (DC o bisogno per il controllo) che viene definito come "la motivazione generale dell'individuo ad essere in grado di esercitare il controllo sugli eventi della propria vita" (Burger & Cooper, 1979, citato da Moulding & Kyrios, 2006, p.760). Quando questi due costrutti non sono positivamente correlati, nell'individuo si genera un vissuto psicologico negativo, che può portare ad ansia o depressione. La contrapposizione tra un basso senso di controllo e un alto valore di desiderio di controllo è predittiva dei sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo.

La ricerca svolta da Orna Reuven-Magril, Reuven Dar e Nira Liberman (2008) sull'illusione del controllo e il tentativo di controllare i comportamenti all'interno del disturbo ossessivo-compulsivo, ha dimostrato che i sintomi del DOC erano correlati con un maggiore senso illusorio di controllo e con tentativi di controllo comportamentali più frequenti. Dopo aver chiesto ai partecipanti (sia popolazione clinica che non clinica) di valutare il loro livello di controllo percepito attraverso stimoli visivi avversivi neutri da controllare tramite una tastiera, è stata esaminata la relazione tra senso di controllo illusorio, tentativi di controllo comportamentale e sintomi del DOC. I risultati sono in accordo con le teorie sul DOC per cui gli sforzi dei soggetti di controllare gli eventi sono direttamente proporzionali alle minacce che vengono percepite dagli stessi.

Il costrutto della perdita di controllo è stato oggetto di alcuni studi anche in relazione ai disturbi alimentari (es. Marika Tiggemann & Melissa Raven, 1998). Le ricerche hanno riportato che i soggetti che soffrono di questi disturbi hanno una percezione del controllo interno inferiore e un minore desiderio di controllo, ma una paura più elevata di perdere il controllo. Emerge l'importanza della percezione del controllo nei disturbi alimentari, non tanto per quanto riguarda l'attenzione sul cibo e sul peso, ma più per quanto riguarda la paura di perdere l'autocontrollo.

Bruce F. Chorpita e David H. Barlow (2018) hanno indagato il costrutto del controllo all'interno dei disturbi d'ansia sociale: il senso di controllo, quando è diminuito, è associato ai disturbi d'ansia, in quanto vi è minore controllo di agire su uno stimolo minaccioso o di pericolo, a causa della mancanza di strategie alternative messe in atto dal soggetto. La bassa percezione di controllo aumenta l'ansia cronica e i relativi stati emotivi negativi.

Adam S. Radomsky, Jean-Philippe Gagné e Roisin M.O'Connor (2021) affermano che le credenze negative sulla perdita di controllo hanno un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'ansia anticipatoria, un fenomeno connesso al disturbo di ansia sociale: nel momento in cui il soggetto si imbarazza e perde il controllo, viene influenzata l'immagine negativa di sé, aumentando così l'ansia nel soggetto.

Adam S. Radomsky e Kenneth Kelly-Turner (2020) descrivono il disturbo d'ansia sociale come caratterizzato da cognizioni disadattive in persone che hanno la convinzione di perdere il controllo sul proprio comportamento e linguaggio in situazioni o contesti sociali. Gli aspetti cognitivi dell'ansia sociale comprendono: "la percezione di sé negativa, l'alto costo sociale, il basso controllo emotivo percepito e le scarse abilità sociali percepite (Hofmann, 2007, citato da Adam S. Radomsky e Kenneth Kelly-Turner, 2020, p.834-835). I soggetti che soffrono di disturbo di ansia sociale riferiscono un minore controllo interno e una percepita mancanza di controllo sulle loro esperienze. Queste credenze legate al controllo sono un aspetto primario nel mantenimento del disturbo. Come riferiscono gli autori, "l'incapacità percepita di controllare le

proprie emozioni, il comportamento, le reazioni e le conseguenze negative percepite del mancato mantenimento del controllo, che insieme comprendono convinzioni negative sulla perdita del controllo, sono fenomeni comunemente descritti tra gli individui che si presentano per il trattamento dell'ansia sociale" (Adam S. Radomsky e Kenneth Kelly-Turner, 2020, p.834-835).

Adam S.Radomsky (2022) ha approfondito il costrutto legato alla paura di perdere il controllo in associazione ai sintomi del DOC e ad altri disturbi che presentano questo dominio, quali il disturbo di panico, il disturbo d'ansia sociale, il disturbo da stress post-traumatico, i problemi alimentari e i domini della medicina comportamentale (es. dolore cronico, insonnia, diabete). Come aveva indagato Raichman, persone che descrivono i disturbi sopracitati "riferiscono preoccupazioni sulla perdita del controllo su una serie di domini cognitivi, emotivi, fisiologici e contestuali" (Radomsky, 2022, p.1). Anche Radomsky si focalizza principalmente sul disturbo ossessivo-compulsivo e si chiede "cosa potrebbero temere le persone quando credono che sia importante o necessario controllare i propri pensieri" (Radomsky, 2022, p.2), individuando la risposta nella perdita di controllo. Tuttavia ritiene necessario indagare la paura di perdere il controllo come fattore transdiagnostico di molteplici disturbi, anziché limitarlo alla specificità del DOC. Radomsky individua tre domini specifici della paura di perdere il controllo: il primo dominio è quello relativo alla preoccupazione di perdere il controllo sulle proprie emozioni e quindi di impazzire (potrebbe essere associato al disturbo d'ansia); il secondo dominio è quello relativo alla paura di perdere il controllo sui propri pensieri e/o ricordi (potrebbe essere associato al disturbo di deficit da attenzione); il terzo dominio è quello legato alla paura di perdere il controllo sulle proprie funzioni corporee, come un battito cardiaco accelerato (potrebbe essere associato al disturbo di panico). In accordo con la teoria cognitiva delle ossessioni di Raichman, il pensiero di poter perdere il controllo diventa problematico solo nella misura in cui il soggetto gli attribuisce un significato errato, che va dal riuscire a mantenere il controllo alla paura di perderlo. Radomsky sostiene che non sia possibile perdere il controllo, fatta eccezione di un abuso sostanzioso di alcol o

sostanze e di alcuni episodi psicotici acuti; le persone possono infatti riferire di aver avuto la percezione di perdere il controllo, ma ciò deriva dal fatto che il soggetto si sia poi pentito della decisione presa o abbia messo in atto una strategia per cercare di regolare le proprie emozioni. Radomsky stila poi una serie di ipotesi da poter verificare, una delle quali cita che “sebbene i processi relativi alle paure e alle convinzioni sulla perdita del controllo siano coerenti tra i disturbi, i domini specifici delle preoccupazioni e delle paure relative al controllo varieranno in base al disturbo, ad esempio, le paure di perdere il controllo sulle sensazioni fisiche saranno prevalenti nel disturbo da panico; le paure di perdere il controllo sui propri pensieri sarà prevalente nel disturbo ossessivo-compulsivo” (Radomsky, 2022, p.5).

1.2 Il “Beliefs About Losing Control Inventory” (BALCI)

Adam S.Radomsky e Jean-Philippe Gagnè (2020) hanno pubblicato sulla rivista online della terapia cognitiva comportamentale di Stoccolma lo studio sullo sviluppo e la validazione del “*Beliefs About Losing Control Inventory*” (BALCI).

Lo scopo dello studio era quello di validare un nuovo questionario che indagasse le credenze e le convinzioni sull'importanza di mantenere il controllo, valutando in quale misura il soggetto teme di perdere il controllo sui propri pensieri, comportamenti, emozioni e funzioni corporee. Questo studio ha indagato, nello specifico, le credenze relative al controllo nel disturbo ossessivo-compulsivo.

Gli autori sostengono che i questionari per valutare il senso di controllo sviluppati precedentemente al BALCI, in particolare l’“*Obsessive Beliefs Questionnaire*” (OBQ-44), l’“*Anxiety Control Questionnaire-Revised*” (ACQ) e il “*Desirability for Control Scale*” (DCS), non sono sufficientemente idonei a misurare le convinzioni sulla perdita del controllo: i pochi item che misurano queste credenze, mettono in risalto la necessità di controllare solo i propri pensieri e le proprie preoccupazioni; al contrario è necessario indagare la paura di perdere il controllo anche sulle emozioni, sui comportamenti e sulle funzioni corporee. Mentre i questionari disponibili valutano solo alcuni aspetti del controllo, lo scopo del BALCI è quello di misurare tutte le convinzioni negative sulla perdita di controllo in relazione al disturbo ossessivo-compulsivo. L’obiettivo finale è quello di poter considerare queste credenze durante il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo nella terapia cognitivo comportamentale.

Le ipotesi iniziali prevedevano che il BALCI sarebbe stato fortemente associato al controllo su tutte le situazioni ritenute ansiogene; al contrario non sarebbe stato associato con la misura del desiderio di controllo sugli eventi generali. Sarebbe stato predittivo, inoltre, di sintomi elevati del disturbo ossessivo-compulsivo.

Il campione utilizzato, inizialmente si componeva di 497 studenti universitari di psicologia, che venivano ricompensati con crediti formativi. I criteri di inclusione prevedevano che avessero come età minima 18 anni e che comprendessero la lingua inglese. Alla fine della somministrazione, non vi erano dati mancanti, in quanto il software utilizzato per il sondaggio online impediva di non rispondere ad alcuni item. Il link per accedere al sondaggio è stato mandato tramite email.

I questionari utilizzati all'interno del sondaggio, oltre al BALCI, erano i seguenti: "*Vancouver obsessional compulsive inventory*" (VOCI; Thordarson et al., 2004); "*Obsessive beliefs questionnaire*" (OBQ-44; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005); "*Anxiety control-questionnaire-revised*" (ACQ-R; Brown et al., 2004); "*Desirability for control scale*" (DCS; Burger & Cooper, 1979). Il BALCI è sempre stato presentato per primo, gli altri questionari sono stati presentati in ordine randomizzato.

Gli item inizialmente utilizzati erano 32 ed indagavano le credenze negative relative alla perdita di controllo su pensieri, comportamenti, emozioni e funzioni corporee. Il punteggio andava da 0 ("Per niente") a 4 ("Molto").

Dopo aver calcolato la distanza di Mahalanobis, sono stati esclusi 7 casi; altri due soggetti sono stati identificati come outlier e quindi tolti dal campione, portandolo così ad un numero finale di 488 studenti, di cui l'88,11% di sesso femminile e con un'età media di 22 anni.

E' stata condotta un'analisi fattoriale esplorativa (EFA) a tre fattori per determinare la proporzione di varianza rappresentata dai fattori latenti; l'analisi ha dimostrato che gli item si correlavano significativamente tra loro. E' stata poi fatta una seconda analisi EFA a tre fattori, alla fine della quale sono stati rimossi 9 item che durante l'analisi non sono stati assegnati a nessun fattore: "Se perdessi il controllo, mi congelerei e non riuscirei a muovermi"; "Una volta che hai perso il controllo, non puoi più riprenderlo"; "Se bevo troppo o assumo droghe, potrei ritrovarmi totalmente senza controllo sul mio corpo e/o sulle mie azioni"; "Perdere il controllo significa essere disconnessi dalla realtà"; "Se non sto attento, potrei dire o fare qualcosa di terribile"; "Perdere il controllo equivale ad impazzire"; "Non mi piace nemmeno pensare di perdere il controllo"; "Una

delle cose peggiori del perdere il controllo è quello che gli altri penserebbero di me”; “Se ho pensieri strani, mi preoccupa di perdere il controllo della mia mente” (Radomsky e Gagnè, 2020, p.102). Il questionario è stato validato con 21 item, suddivisi in tre fattori: il primo, il TBE (*thoughts, behaviour, emotions*), composto di 14 item relativi alla paura di perdere il controllo sui propri pensieri, comportamenti ed emozioni (40,78% della varianza); il secondo, l'ISC (*importance of staying in control*), composto di 3 item relativi all'importanza di mantenere il controllo (6,20% della varianza); il terzo, il BBF (*body and bodily functions*), composto di 4 item relativi alla paura di perdere il controllo sul proprio corpo e funzioni corporee (5,39% della varianza). I risultati mostrano che i tre fattori sono moderatamente correlati tra loro.

Il questionario ha dimostrato buone qualità psicometriche: una buona consistenza interna, misurata utilizzando l'alfa di Cronbach ($\alpha=.93$). Dopo 33 giorni dalla prima somministrazione, è stato condotto il retest, a cui hanno partecipato 108 soggetti, mostrando un'adeguata affidabilità. La validità convergente è stata esaminata tra il BALCI e l'OBQ-44, tra il BALCI e l'ASI, tra il BALCI e l'ACQ-R: le correlazioni tra i questionari sono risultate forti, dimostrando una buona validità convergente. La validità divergente è risultata anch'essa buona data la bassa correlazione tra il BALCI e il DCS.

Tramite un'analisi di regressione gerarchica tra il BALCI e l'OBQ-44 è stato valutato il potere predittivo sui sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo, per le scale TBE e BBF del BALCI. La scala ISC, al contrario, non ha dimostrato potere predittivo.

Il risultato dello studio mostra che la perdita del controllo sui pensieri può essere predittiva della perdita del controllo su altri domini. Il BALCI dimostra dunque che nella formulazione del disturbo ossessivo-compulsivo bisogna tenere in considerazione gli aspetti della perdita del controllo.

All'interno dello studio vi sono alcuni limiti da tenere in considerazione: il questionario è stato convalidato su un campione di studenti universitari, tuttavia alcune scale che sono state eliminate potrebbero essere reinserite in un contesto clinico, come, ad esempio, l'item “Se perdessi il controllo, mi

congelerei e non riuscirei a muovermi” (Radomsky e Gagnè, 2020, p.108); bisognerebbe rifare un’analisi fattoriale EFA a tre fattori per replicarne la struttura e confermarla; sarebbe stato più appropriato utilizzare l’ASI-3 per esaminare la validità convergente, in quanto ha qualità psicometriche migliori; sarebbe opportuno prendere in considerazione altri disturbi, oltre quello ossessivo-compulsivo, in cui è rilevante la paura di perdere il controllo, come ad esempio nei problemi legati all’ansia, quali il disturbo di panico.

Capitolo 2: Disturbo di Panico

2.1 Diagnosi

All'interno della quinta edizione del DSM (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) il Disturbo di Panico è inserito all'interno della sezione dei disturbi d'ansia e viene definito come "un particolare tipo di risposta alla paura" (DSM-5, 2014, p.217). La paura è indicata come la risposta emotiva ad una minaccia reale o percepita, ed è "associata a picchi di attivazione autonoma necessaria alla lotta o alla fuga" (DSM-5, 2014, p.217). L'ansia è invece la risposta di anticipazione alla minaccia e prevede sintomi legati alla tensione muscolare. L'attacco di panico è un fattore prognostico del disturbo d'ansia, ed è caratterizzato dalla comparsa improvvisa di paura che raggiunge il suo picco in pochi minuti: è atteso quando è presente un elemento scatenante o quando avviene come risposta ad una situazione già temuta, inaspettato invece quando non è presente una ragione evidente.

Durante un attacco di panico, il soggetto può sperimentare quattro o più dei seguenti sintomi:

- palpitazioni
- cardiopalmo, tachicardia
- sudorazione
- tremori fini o grandi scosse
- dispnea o sensazione di soffocamento
- sensazioni di asfissia
- dolore o fastidio al petto
- nausea o disturbi addominali
- sensazioni di vertigini, di instabilità, di testa leggera o di svenimento
- brividi o vampate di calore

- parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio)
- derealizzazione o depersonalizzazione
- paura di perdere il controllo o di impazzire
- paura di morire.

I primi undici sintomi sono fisici, gli ultimi due sono cognitivi. L'attacco di panico può partire da uno stato di ansia, che raggiunge il suo picco in pochi minuti, o da uno stato di quiete. Il tempo in cui l'intensità raggiunge il picco dell'attacco di panico deve essere valutato a prescindere da stati ansiosi precedenti; come evidenzia il DSM infatti, "l'inizio dell'attacco di panico è il punto in cui vi è un improvviso aumento del disagio piuttosto che il punto in cui si è sviluppata inizialmente l'ansia" (DSM-5, 2014, p.247-248). Affinchè si possa parlare di Disturbo di Panico, il soggetto deve presentare ricorrenti attacchi di panico inaspettati, con la comparsa di quattro o più dei sintomi precedentemente elencati (Criterio A del DSM-5). Inoltre, dopo uno degli attacchi di panico, il soggetto per il mese successivo o più mesi seguenti presenta una "preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi o per le loro conseguenze e/o una significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi" (Criterio B del DSM-5, 2014, p.240). L'alterazione non deve essere attribuita agli effetti fisiologici di una sostanza o condizione medica e gli attacchi di panico non sono spiegati da nessun altro disturbo mentale (Criterio C e D del DSM-5). Per quanto riguarda la frequenza, essa può variare da attacchi di panico che si presentano quotidianamente, una volta a settimana, per mesi o per molti anni. Per quanto riguarda la gravità il soggetto può presentare attacchi di panico completi o paucisintomatici (meno di quattro dei sintomi elencati). L'individuo che soffre di Disturbo di Panico spesso riferisce una condizione di ansia costante o legata a situazioni nocive per la salute fisica o mentale. La prevalenza del disturbo è del 2-3% negli Stati Uniti e in alcuni paesi europei (DSM-5, 2014, p.242). Le donne ne sono più colpite rispetto ai uomini, ma non vi è differenza nelle caratteristiche cliniche (DSM-5, 2014,

p.242). Vi sono alcuni fattori che possono essere di rischio nell'insorgenza del Disturbo di Panico: il nevroticismo (predisposizione ad esperire emozioni negative), sensibilità all'ansia, abuso sessuale e fisico in età infantile, fumo di sigaretta, presenza di eventi stressanti, fattori genetici (DSM-5, 2014, p.243).

Clark (1986) propone un modello cognitivo del disturbo di panico, in cui sostiene che qualsiasi stimolo (interno o esterno) che viene interpretato dal soggetto come minaccioso, produce una sensazione di ansia che, a sua volta, induce sintomi somatici e cognitivi. Questi vengono interpretati dal soggetto in modo catastrofico e ciò aumenta lo stato di ansia precedentemente innescato.

Il soggetto, pensando di provare a gestire i sintomi ansiogeni, mette in atto alcuni comportamenti di evitamento; al contrario, però, essi contribuiscono a mantenere lo stato di ansia e di panico. Essi sono: l'evitamento, ovvero quando il soggetto cerca di non sperimentare mai le percezioni corporee sgradevoli e le sensazioni fisiche spiacevoli che generano insicurezza, al fine di non sentirsi vulnerabile; l'attenzione selettiva, ovvero il prestare attenzione solo ad alcuni dei sintomi corporei percepiti, al fine di sentirne maggiormente l'intensità; i comportamenti protettivi, che vengono messi in atto dal soggetto per evitare le conseguenze catastrofiche di cui ha paura. La messa in atto da parte del soggetto di questi tre meccanismi, volti ad evitare l'attacco di panico e le conseguenze temute, favorisce al contrario un ciclo di mantenimento del disturbo (si veda Figura 1).



Modello del circolo vizioso del panico (Clark, 1986)

Figura 1. Modello cognitivo del disturbo di panico (Clark 1986) con aggiunta del ciclo di mantenimento (Wells, 1990)

I sintomi che vengono riscontrati maggiormente, seguiti dalle erranee interpretazioni, sono: il dolore toracico, che viene interpretato come la presenza di un imminente infarto; le vertigini, che vengono interpretate come una perdita di controllo o svenimento; la mancanza di aria, che viene interpretata come un imminente soffocamento (Clark, 1998, p.73). Questo modello è stato rivisto e verificato da altri autori, tra cui Wells (1990) e Salkovskis (1988). Quest'ultimo, ad esempio, conferma il fatto che i "pazienti spesso si impegnano in forme sottili per evitare il mantenimento delle loro credenze negative" (Clark et al., 1988, p.150) delle sensazioni corporee legate al panico. Dopo l'attacco di panico, spesso accade che il paziente sia molto vigile riguardo le sue sensazioni corporee, notando sensazioni che in una situazione di normalità non verrebbero notate; credendo quindi di avere un problema fisico (come una malattia cardiaca) che gli causa le sensazioni corporee legate ad essa (ad esempio le

palpitazioni), evita qualsiasi tipo di attività che possa causarle, pensando così di evitare un attacco di cuore. Questi pensieri in realtà sono centrali nel mantenimento del disturbo e delle credenze negative legate al panico, come sostiene Clark.

Il modello cognitivo del disturbo di panico è utile dunque sia per comprendere da cosa è scaturito un attacco di panico sia per analizzare come l'autosuggestione sia un aspetto da non sottovalutare quando si affronta il disturbo di panico. Questo può provocare un costante stato di allerta che provoca un mantenimento dei sintomi cognitivi quali l'attenzione, l'immaginazione, la memoria e la memorizzazione per le sensazioni provate. Questo stato di allerta provoca la comparsa dell'ansia anticipatoria che porta poi al panico e al conseguente attacco.

Per spiegare maggiormente come l'ansia di avere un attacco di panico contribuisca in realtà a mantenere il disturbo, si può far riferimento al "mood congruity effect". Gordon H. Bower (1981) ha dimostrato infatti che gli stati d'animo indotti possono influenzare la memoria e il pensiero del soggetto, e che vi sia una tendenza maggiore a prestare attenzione agli eventi che mostrano congruità con il proprio stato emotivo. L'effetto "mood congruity" consiste nel fatto che un evento emotivamente importante (ad esempio un incidente) nella vita di un soggetto verrà ricordato maggiormente rispetto ad un evento che non possiede un impatto emotivo così forte. Lo studio ha indagato come i soggetti che hanno partecipato a tale indagine mostrassero più attenzione ai personaggi narrati all'interno di una storia che mostravano lo stesso stato d'animo. Questo effetto è lo stesso che contribuisce al mantenimento del disturbo di panico come conseguenza dell'ansia. Infatti, quando i pensieri e le credenze relative al panico sono coerenti con l'emozione attivata, ciò innescherà maggiormente l'emozione dell'ansia.

2.2 Il dominio del controllo nel disturbo di panico

In letteratura diversi autori hanno indagato il dominio del controllo legato ai disturbi d'ansia e al disturbo di panico, all'interno del quale ha un ruolo rilevante, e ciò viene anche confermato dal fatto che nel DSM-V uno dei sintomi presenti all'interno del primo criterio diagnostico del disturbo di panico e/o dell'attacco di panico è "la paura di perdere il controllo o di impazzire" (DSM-V, 2014, p.240).

E' stato dimostrato come i pazienti abbiano un maggior numero di attacchi di panico quando percepiscono le situazioni come non controllabili. Ad esempio Rapee, Mattick e Murrell (1986) hanno riportato che in uno studio i partecipanti sostenevano di avere meno paura e minor quantità di attacchi di panico se percepivano le situazioni come controllabili. Anche Sanderson, Rapee e Barlow (1989) hanno confermato che i soggetti che credevano di non poter avere il controllo, avevano un numero maggiore di attacchi di panico con sintomi più intensi, provando una maggiore ansia e dimostrandosi più propensi a riferire di avere attacchi di panico.

Il dominio del controllo sulle situazioni esterne è un aspetto centrale dell'emozione dell'ansia legata al panico. Mineka e Kelly (1989) sostenevano che la mancanza di controllo su eventi della vita importanti per il soggetto possono influenzare i fattori di ansia e paura presenti in un momento o in una situazione stressante. Craske, Miller, Rotonda e Barlow (1990) hanno dimostrato che c'è una maggiore componente di ansia legata agli attacchi di panico quando essi si verificano in situazioni che non sono controllabili dal soggetto. Anche Rapee, Craske, Brown, e Barlow (1996) sostenevano che i disturbi d'ansia sono caratterizzati da una mancanza di percezione di controllo su eventi particolari, quali alcune reazioni emotive o situazioni percepite come minacciose. Barlow riferiva che emozioni intense possono generare ansia nei soggetti vulnerabili in quanto essi pensano che le loro emozioni e le loro reazioni corporee siano fuori controllo, in particolare "nel disturbo di panico gli

individui vulnerabili sperimentano l'emozione della paura intensamente e brevemente" (Barlow, 1988, citato da Rapee, Craske, Brown, & Barlow, 1996, p.281). Anche il dominio del controllo interno del soggetto è un aspetto che è stato preso in considerazione nei disturbi d'ansia e nel disturbo di panico. Dalle definizioni di alcuni autori, gli attacchi di panico sono vissuti come "l'improvvisa e occasionale insorgenza di spiccata eccitazione fisiologica, spesso associata a pensieri di morte imminente, lesioni fisiche, o perdita di controllo" (Hibbert, 1984, citato da Cloitre, Heimberg, Liebowitz & Gitow, 1992, p.571) e il tema predominante sembra essere l'improvviso "cambiamento nello stato fisico, la difficoltà nel predire il verificarsi di un attacco e un generale senso di perdita di controllo (Sanderson, Rapee, & Barlow, 1987, citato da Cloitre, Heimberg, Liebowitz & Gitow, 1992, p.571). Quindi nel paziente che soffre di disturbo di panico, l'esperienza dell'attacco è vissuta come l'improvvisa insorgenza di sintomi che cambiano lo stato del soggetto. Cloitre, Heimberg, Liebowitz e Gitow (1992) dimostrano che i soggetti con disturbo di panico hanno punteggi più bassi sulla percezione del controllo interno e che le caratteristiche delle credenze di controllabilità sono associate ai disturbi d'ansia. Gli autori riportano inoltre che gli individui che soffrono di disturbo di panico e fobia sociale mostrano un senso inferiore di controllo interno, misurato dalla scala di Levenson (1973). Riportano inoltre la proposta di Levenson (1973,1981) delle due concettualizzazioni delle credenze sul controllo, esplicitate nelle dimensioni di casualità (come credenza che gli eventi abbiano una natura casuale) e di altre potenze (come convinzione che altri fattori possano controllare l'esito degli eventi). Queste due concettualizzazioni descrivono le percezioni presenti all'interno del soggetto che soffre di disturbo di panico e fobia sociale. Gli autori, indagando il dominio del controllo percepito nei pazienti con disturbo di panico e fobia sociale, hanno ipotizzato che esso fosse inferiore rispetto ai soggetti non clinici e che i pazienti si differenziassero anche nella percezione della mancanza di controllo. I risultati dello studio hanno confermato le ipotesi, mostrando come "gli individui con disturbo di panico e fobia sociale abbiano punteggi più bassi sulla percezione del controllo interno" (Cloitre, Heimberg,

Liebowitz & Gitow, 1992, p.574). Alcuni autori hanno approfondito poi il concetto di imprevedibilità e incontrollabilità. Brown, White, Forsyth e Barlow (2004) sostengono che in alcuni soggetti l'imprevedibilità e l'incontrollabilità sulle proprie emozioni sono associate a eccitazione fisiologica, apprensione ansiosa e incertezza di poter gestire le minacce esterne. L'ansia è descritta anche da Barlow (2002) come un processo in cui è centrale il senso di imprevedibilità e incontrollabilità di cui parlano gli autori.

White, Brown, Somers e Barlow (2006), elaborano il concetto di "vulnerabilità psicologica generalizzata": essa consiste nel fatto che le situazioni e la percezione delle proprie emozioni siano imprevedibili e incontrollabili dal soggetto e dunque che la mancanza di controllo percepito causerebbe nell'individuo il falso allarme e la conseguente ansia di sperimentare futuri attacchi di panico. Gli autori sostengono che gli attacchi di panico siano falsi allarmi che "si verificano in funzione di eventi di vita stressanti e sono facilitati da affetti negativi" (White, Brown, Somers e Barlow, 2006, p.148). Wolpe e Rowan (1988) avevano già dimostrato che attraverso il condizionamento classico "i segnali enterocettivi possono associarsi all'attacco di panico iniziale e provocare successivi attacchi di panico (Wolpe e Rowan, 1988, citato da White, Brown, Somers e Barlow, 2006, p.148), innescando così allarmi appresi. Questa associazione è ciò che porta gli individui a provare ansia quando prevedono di poter sperimentare un ulteriore attacco di panico, dopo averlo già avuto. Gli autori infine sostengono che i sintomi legati all'ansia possono essere percepiti come controllabili e questo ha un effetto sulla paura di sperimentare gli attacchi di panico: vi è dunque una connessione tra il controllo percepito e il verificarsi degli attacchi di panico.

Un altro aspetto che è stato approfondito in letteratura relativamente al disturbo di panico è quello delle sensazioni corporee ad esso collegato.

Zinbarg, Brown, Barlow e Rapee (2001) hanno dimostrato che la dimensione della paura delle sensazioni fisiche è quella che ha maggior potere predittivo sul panico.

Craske e Simos (2013), riprendendo il modello cognitivo del disturbo di panico

di Clark, confermano che l'ansia relativa alle sensazioni corporee sia centrale nel mantenimento del disturbo di panico per tre motivi. In primo luogo le sensazioni corporee vissute dal soggetto durante un attacco di panico suscitano un aumento della paura, che intensifica le stesse sensazioni provate, che a sua volta aumenta la paura stessa, favorendo così il circolo vizioso descritto da Clark. In secondo luogo, dato che le sensazioni corporee scatenate durante gli attacchi di panico non sono sempre evidenti fin da subito, questo può generare angoscia nel soggetto, che percepisce l'attacco di panico come inaspettato. Infine il fatto di percepire il mancato controllo sull'evento da parte del soggetto o la sua incapacità da fuggire dalle sensazioni corporee provate, aumenta la sensazione di ansia provata. A differenza del modello di Clark, gli autori prendono quindi in considerazione il costrutto del controllo, che il soggetto non riesce ad avere sugli eventi: ciò crea maggiori livelli di ansia, contribuendo così al mantenimento del disturbo. Secondo gli autori, l'incontrollabilità è quindi centrale nel momento in cui si parla di disturbo di panico. Infine A. S. Radomsky (2022) approfondisce ulteriormente il dominio della paura di perdere il controllo, individuandone tre. Uno di questi si riferisce al fatto che "timori e le convinzioni sulla perdita del controllo sulle sensazioni fisiologiche o corporee sono più probabilmente correlati al disturbo di panico, data la sua associazione con interpretazioni errate delle sensazioni corporee" (Radomsky, 2022, p.4). Motivo per cui uno dei tre fattori del questionario BALCI è quello delle credenze sulla perdita del controllo sul proprio corpo/funzioni corporee. L'autore riporta la descrizione di un uomo di 34 anni che spiega cosa sono per lui gli attacchi di panico: "periodi in cui perdo il controllo del mio corpo e della mia mente" (Radomsky, 2022, p.1). Le sue sensazioni corporee, quali il battito cardiaco accelerato, la sensazione di calore, le vertigini e i tremori lo facevano sentire come se stesse "avendo un ictus o impazzisse" (Radomsky, 2022, p.1); inoltre ha aggiunto che era "terrificato dal fatto che se perdo il controllo su come mi sento e su cosa mi passa per la mente, potrei non riuscire mai a riprendermi" (Radomsky, 2022, p.1).

Capitolo 3: Lo studio

3.1 Scopo della ricerca

Come evidenziato in precedenza, alcuni studi in letteratura hanno dimostrato la rilevanza clinica dei costrutti legati al controllo e molti autori lo hanno analizzato all'interno del dominio del disturbo ossessivo-compulsivo. Tuttavia, come ha suggerito Radomsky (2022), sarebbe utile indagare il costrutto legato alla perdita di controllo anche in altri disturbi, tra cui il disturbo di panico.

Lo scopo del presente studio è l'indagine del costrutto transdiagnostico della paura di perdere il controllo collegato al disturbo di panico (DAP), analizzando se le credenze disadattive legate al controllo siano in relazione con il DAP. In questo disturbo, il timore di perdere il controllo risulta più evidente per quanto riguarda l'aspetto delle funzioni corporee, motivo per cui i soggetti che soffrono di tale disturbo potrebbero avere delle errate interpretazioni sulla perdita del controllo delle proprie sensazioni fisiologiche.

La ricerca si è svolta in collaborazione con altri due progetti che hanno indagato, rispettivamente, il costrutto legato alla perdita di controllo nel disturbo d'ansia sociale (DAS), nel disturbo ossessivo compulsivo (DOC) e nel disturbo del comportamento alimentare (DCA).

Attraverso un sondaggio nella popolazione generale, si indaga principalmente se il questionario Beliefs About Losing Control Inventory (BALCI), validato da Radomsky e Gagné (2020), abbia un potere predittivo sul questionario Panic Disorder Severity Scale (PDSS), che indaga la gravità e la frequenza dei sintomi nel disturbo di panico nell'ultimo mese, per verificare se le convinzioni di perdere il controllo contribuiscano a spiegare i sintomi del disturbo di panico. Vengono fatte ulteriori ipotesi all'interno di questa ricerca:

- che vi sia un'ottima consistenza interna del BALCI sia nel punteggio totale che nelle sottoscale TBE (*thoughts, behaviour, emotions*), ISC (*importance of staying in control*), BBF (*body and bodily functions*);
- che vi sia una buona consistenza interna del PDSS;
- che le correlazioni del BALCI con i diversi costrutti e le rispettive sottoscale siano positive;
- che il valore totale del BALCI e di tutte le sue sottoscale (in particolare la sottoscala BBF legata alle funzioni corporee) correlino in modo significativo con i punteggi totali del PDSS;
- che la validità di costrutto convergente sia alta e positiva;
- che la validità di costrutto divergente sia bassa e negativa;
- che il BALCI abbia un potere predittivo sui sintomi legati al disturbo ossessivo-compulsivo;
- che il BALCI abbia un potere predittivo sui sintomi legati al disturbo di panico, in particolare per quanto riguarda la sottoscala BBF.

3.2 Somministrazione: modalità e procedure

I soggetti per il seguente studio sono stati reclutati dalla popolazione generale tramite piattaforme di messaggistica online. Il minimo di partecipanti è stato fissato a 210 persone, in proporzione 10:1 per ogni item del BALCI.

I criteri di idoneità includono l'età minima di 18 anni e quella massima di 65, la capacità di leggere e comprendere la lingua italiana e di fornire il consenso per la partecipazione allo studio.

I criteri di esclusione includono le diagnosi di psicopatologie, danni neurologici gravi, problemi neuromuscolari, disturbi gastro-intestinali, disfunzioni nella diuresi e nell'alvo, donne in stato di gravidanza, disturbi cardiovascolari, mancato assenso da parte loro o di chi ne fa le veci a fornire il consenso per la partecipazione allo studio.

Il tempo previsto di compilazione del sondaggio è di 30-40 minuti.

E' stato inviato un link per accedere alla piattaforma Qualtrics utilizzata per la somministrazione del sondaggio; esso è composto da:

- una parte introduttiva di presentazione della ricerca sul controllo, che specifica al partecipante che i dati vengono raccolti in forma anonima, associando un codice alla compilazione, che non vi sono risposte giuste o sbagliate e che il tempo di compilazione è di circa 30-40 minuti.
- Un modulo informativo e di consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati, in cui il partecipante dichiara di: essere maggiorenne; di essere a conoscenza che lo studio è in linea con le leggi D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati e di acconsentire al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati dalle vigenti leggi; di potersi ritirare dallo studio in qualsiasi momento; di essere a conoscenza che i dati saranno raccolti in forma anonima e associati a un codice che consenta esclusivamente al partecipante di accedere ai propri dati; di essere a conoscenza che i propri dati saranno utilizzati esclusivamente per scopi scientifici e statistici e con il mantenimento delle regole relative alla riservatezza; di

essere a conoscenza che, qualora il partecipante lo desiderasse, può ottenere la restituzione dei dati grezzi congiuntamente ai relativi dati normativi di riferimento (rivolgendosi ad uno specialista per l'eventuale interpretazione dei dati); di sapere che una copia del modulo informativo e di consenso al trattamento dei dati gli sarà consegnata dal ricercatore; di sapere che la protezione dei suoi dati è designata con Decreto del Direttore Generale 4451 del 19 dicembre 2017.

- Una scheda socio-anagrafica con i seguenti campi da compilare: età, genere, nazionalità, madrelingua italiana, stato civile, numero di anni di frequenza scolastica, occupazione, problemi psicologici per i quali è stato necessario richiedere una consulenza o aiuto professionale, assunzione di farmaci, diagnosi mediche (problema neuromuscolare o neurologico, disturbi cardiovascolari, disfunzioni nella diuresi e/o nell'alvo, disturbi gastrointestinali), presenza di una gravidanza, codice compilativo (iniziale del nome e del cognome, mese e anno di nascita).
- E' stato chiesto di inserire la propria email nel caso in cui il partecipante volesse essere ricontattato per il retest o per ricevere i risultati grezzi della propria compilazione.
- I questionari da compilare: BALCI, "Vancouver Obsessional Compulsive Inventory", "Obsessive Beliefs Questionnaire", "Anxiety Sensitivity Index – 3", "Anxiety Control Questionnaire", "Desirability of Control Scale", "Dutch Eating Behavior Questionnaire, "Panic Disorder Severity Scale", "Social Phobia Scale", che verranno analizzati più approfonditamente nel capitolo seguente. I questionari sono stati presentati in ordine randomizzato.

3.3 Metodologia: strumenti utilizzati

Gli strumenti utilizzati in questo studio sono nove questionari self-report: il “Beliefs About Losing Control Inventory” (BALCI), il “Vancouver Obsessional Compulsive Inventory” (VOCI) , l’“Obsessive Beliefs Questionnaire” (OBQ-46), l’“Anxiety Sensitivity Index – 3” (ASI-3), l’“Anxiety Control Questionnaire” (ACQ), il “Desirability of Control Scale” (DCS), il “Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), il “Panic Disorder Severity Scale” (PDSS) e il “Social Phobia Scale” (SPS). Cinque di questi (VOCI, OBQ-44, ASI-3, ACQ, DCS) vennero utilizzati anche nella validazione del questionario BALCI di Radomsky e Gagné. Il DEBQ, IL PDSS e il SPS vengono utilizzati in questa ricerca per indagare gli aspetti transdiagnostici legati rispettivamente al disturbo del comportamento alimentare, al disturbo di panico e al disturbo di ansia sociale. Il DCS è utilizzato per determinare la validità discriminante, mentre il VOICI, l’OBQ-46, l’ASI-3 e l’ACQ per analizzare la validità convergente.

Il “Beliefs About Losing Control Inventory” (BALCI) è un questionario self-report validato da Radomsky e Gagné (2020). E’ composto da 21 items che indagano le convinzioni negative sulla paura della perdita di controllo. Gli items sono suddivisi in 3 sottoscale: la prima indaga la paura di perdere il controllo sui propri pensieri, comportamenti ed emozioni ed è composta da 14 items quali “ho paura di perdere il controllo della mia mente”; la seconda scala indaga l’importanza di mantenere il controllo ed è composta da 3 item (“per me è importante mantenere il controllo dei miei pensieri”, “una priorità importante per me è mantenere il controllo”, “per me è importante evitare che le mie emozioni vadano fuori controllo”); la terza e ultima scala indaga la paura di perdere il controllo sul proprio corpo e sulle proprie funzioni corporee, è composta da 4 item (“ho paura di perdere il controllo degli sfinteri, vescica e/o intestino”, “ho paura di avere il singhiozzo o di starnutire perché potrei non essere in grado di fermarmi”, “se perdessi il controllo, mi verrebbe da vomitare”, “ho paura di perdere il controllo del mio corpo”). La valutazione delle affermazioni è compilata su una scala Likert a 5 punti che va da “0 = per niente” a “4 =

moltissimo”. Il tempo di compilazione è di circa 2 minuti. La versione originale presenta un’ottima consistenza interna ($\alpha = .93$) e l’affidabilità al retest è adeguata ($r = .68$). La versione italiana dello strumento viene validata attraverso questa ricerca.

Il “Vancouver Obsessional Compulsive Inventory” (VOCI) è un questionario redatto da Thordarson, Radomsky, Rachman, Shafran, Sawchuk e Ralph Hakstian (2004) che indaga i sintomi associati al disturbo ossessivo-compulsivo. E’ stato validato nella versione italiana da Carlo Chiorri, Gabriele Melli e Rosa Smurra (2011). Il questionario è composto da 55 items, quali “sono spesso disturbato da pensieri indesiderati di usare oggetti appuntiti”, “mi capita di avere ripetutamente lo stesso pensiero o immagine indesiderata di una possibile disgrazia”, “sono spesso disturbato da pensieri o immagini indesiderate di atti sessuali” (Chiorri, Melli & Smurra, 2011). Gli items sono suddivisi in 6 sottoscale: contaminazione (“mi sento molto sporco dopo aver toccato i soldi”), controllo (“controllo ripetutamente che le porte e le finestre siano chiuse, anche se tento di resistere all’impulso di farlo”), ossessioni (“mi capita ripetutamente di avere lo stesso pensiero o immagine disturbante riguardante la possibile morte di qualcuno”), accumulo (“mi sento costretto a conservare troppe cose, come vecchie riviste, giornali o scontrini, perchè temo che possano essermi necessari in futuro”), giusto (“mi sento costretto a seguire una rigida sequenza quando svolgo le mie attività quotidiane”), indecisione (“tendo a rimandare nel prendere decisioni perchè ho molta paura di commettere errori”). La valutazione delle affermazioni è compilata su una scala Likert a 5 punti che va da “0 = per niente” a “4 = moltissimo”. L’età target per la compilazione del questionario è compresa tra i 18 e gli 80 anni e richiede un tempo di circa 9 minuti. La validazione italiana dello strumento è stata fatta su un campione non clinico di 445 soggetti di cui il 64,5% di sesso femminile. La versione italiana ha buone qualità psicometriche: la consistenza interna risulta da buona ad ottima (range da $\alpha = .78$ a $.89$), l’affidabilità al retest risulta buona ($r = .75$). Lo strumento è utilizzato per valutare la validità di costrutto convergente.

L' "Obsessive Beliefs Questionnaire" (OBQ-44) è un questionario redatto dall'"Obsessive Compulsive Cognitions Working Group" (2005) per valutare i domini cognitivi considerati centrali nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo ossessivo-compulsivo. La validazione italiana del questionario, fatta da Dorza, Novara, Pastore, Sica e Sanavio (2009), si compone di 46 items divisi in 5 scale. La prima scala corrisponde al dominio del perfezionismo e indaga la necessità di svolgere le cose in maniera sempre corretta; è composta da 11 items quali "secondo me tutto dovrebbe essere sempre perfetto". La seconda scala, la responsabilità per danno, indaga il senso di responsabilità che un soggetto percepisce quando compie un'azione ritenuta immorale; è composta da 10 items quali "devo pensare alle conseguenze di ogni mia più piccola azione". La terza scala corrisponde al dominio del controllo dei pensieri, è composta da 11 items quali "devo sapere in ogni momento cosa mi passa per la testa in modo tale da avere il pieno controllo dei miei pensieri". La quarta scala, responsabilità per omissione, è composta da 7 items quali "per me, non essere in grado di prevenire una disgrazia equivale a causarla". La quinta e ultima scala corrisponde al dominio dell'importanza dei pensieri, è composta da 7 items quali "non dovrei avere pensieri bizzarri o disgustosi" (Dorza, Novara, Pastore, Sica & Sanavio, 2009). La compilazione del questionario si erge su una scala Likert a 7 punti che va da "1 = molto in disaccordo" a "7 = molto d'accordo". Il tempo di compilazione è di 5-10 minuti per una popolazione che ha compiuto la maggiore età. La validazione italiana dello strumento è stata fatta su un campione studentesco di 752 soggetti di cui il 63,4% di sesso femminile. La versione italiana ha buone qualità psicometriche: la consistenza interna va da moderata a buona (range di $\alpha = .65$ a $.86$), l'affidabilità al retest è accettabile (da $r = .67$ a $r = .84$). Lo strumento è utilizzato per valutare la validità di costruito convergente.

L' "Anxiety Sensitivity Index – 3" (ASI-3) è un questionario validato da Taylor, Zvolensky, Cox, Deacon, Heimberg, Ledley, Abramowitz, Holaway, Sandin, Stewart, Coles, Eng, Daly, Arrindell, Bouvard e Cardenas (2007) per valutare le dimensioni dell'ansia. La versione italiana è a cura di Petrocchi, Tenore,

Couyoumdjian e Gragnani (2014). E' composto da 18 items suddivisi in 3 sottoscale: fisica, con item quali "mi spavento quando il mio cuore batte rapidamente"; sociale, con item quali "quando tremo in presenza di altri mi preoccupa di ciò che le persone potrebbero pensare di me"; cognitiva con item quali "quando ho difficoltà a pensare lucidamente, temo di avere qualcosa che non va" (Petrocchi, Tenore, Couyoumdjian e Gragnani, 2014). La valutazione delle affermazioni si compila su una scala Likert a 5 punti che va da "0 = per nulla" a "4 = moltissimo". Il tempo di compilazione è di circa 2-3 minuti per una popolazione che ha compiuto la maggiore età. La validazione italiana dello strumento è stata fatta su un campione misto di pazienti con disturbi d'ansia, DOC, disturbo d'ansia sociale, GAD, DAP (154 partecipanti) e soggetti non clinici (n = 629). Il questionario mostra un'ottima consistenza interna ($\alpha = .90$) e l'affidabilità al retest risulta alta. Lo strumento è utilizzato per valutare la validità di costrutto convergente.

L' "Anxiety Control Questionnaire" (ACQ) è un questionario validato da Brown, White, Forsyth e Barlow (2004) per valutare il controllo che viene percepito dal soggetto su situazioni e reazioni legate all'ansia. La versione italiana è a cura di Ruggiero (in Sassaroli e colleghi, 2015). Il questionario è composto da 30 items suddivisi in tre sottoscale: controllo percepito delle emozioni, con item quali "di solito riesco a escludere i pensieri preoccupanti dalla mia mente con facilità"; controllo percepito delle minacce, con item quali "riesco a sfuggire a una situazione minacciosa solo per caso"; controllo percepito dello stress, con item quali "se sono messo sotto stress, è facile che io perda il controllo" (Ruggiero, 2015). La valutazione delle affermazioni è compilata su una scala Likert a 6 punti che va da "0 = forte disaccordo" a "5 = forte accordo". L'età target per la compilazione del questionario è compresa tra i 18 e i 75 anni e richiede un tempo di circa 5 minuti. La consistenza interna nella versione italiana è di $\alpha = .65$. Lo strumento è utilizzato per valutare la validità di costrutto convergente.

Il "Desirability of Control Scale" (DCS) è un questionario self-report validato da Burger e Cooper (1979) che valuta il desiderio di controllo sugli eventi generali della vita. E' composto da 20 items, quali "preferisco un lavoro in cui ho molto

controllo su ciò che faccio e su quando lo faccio”, “quando guido, cerco di evitare di mettermi in una situazione in cui potrei essere ferito dall’errore di un’altra persona”, “prima di iniziare, mi piace farmi un’idea precisa del lavoro da svolgere” (Burger & Cooper, 1979). La valutazione delle affermazioni è compilata su una scala Likert a 7 punti che va da “1 = mai” a “7 = sempre”. Il tempo di compilazione è di circa 4 minuti per una popolazione che ha compiuto la maggiore età. La versione originale presenta una buona consistenza interna ($\alpha = .80$) e adeguata affidabilità al retest. Lo strumento è utilizzato per valutare la validità discriminante. Non è presente, ad oggi, la versione italiana dello studio. La traduzione è stata fatta nell’ambito della suddetta ricerca.

Il “Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) è un questionario redatto da Van Strien, Frijters, Bergers e Defares (1986), al fine di indagare gli aspetti del comportamento alimentare. La versione italiana è stata validata da Dakanalis, Zanetti, Clerici, Madeddu, Riva e Caccialanza (2013). E’ composto da 33 items suddivisi in tre sottoscale: l’alimentazione controllata, composta da 10 item quali “durante i pasti cerchi di mangiare meno di quanto vorresti?”; l’alimentazione emotiva, composta da 13 item quali “hai il desiderio di mangiare quando sei emotivamente turbato/a?”; l’alimentazione esterna, composta da 10 item quali “mangi più del solito quando vedi altri mangiare?” (Dakanalis, Zanetti, Clerici, Madeddu, Riva & Caccialanza, 2013). La valutazione delle affermazioni è compilata su una scala Likert a 5 punti che va da “1 = mai” a “5 = molto spesso”. L’età target per la compilazione del questionario è compresa tra i 20 e i 63 anni e richiede un tempo di circa 6 minuti. La versione italiana del questionario ha dimostrato di avere un’ottima consistenza interna (range di α da .88 a .92) e adeguata affidabilità al retest (r da .89 a .90). Lo strumento è utilizzato per indagare gli aspetti transdiagnostici.

Il “Panic Disorder Severity Scale” (PDSS) è un questionario validato da Shear, Rucci, Williams, Frank, Grochocinski, Bilt, Houck e Wang (1997) per indagare la gravità e la frequenza dei sintomi nel disturbo di panico durante l’ultimo mese. La versione italiana è stata redatta da Rossi e colleghi (2022). E’ composto da 7 items valutati su una scala Likert a 5 punti che va da “0 = nessuno” a “4 = molto

grave/molto invalidante”. Essi sono i seguenti: la frequenza degli attacchi di panico, il disagio durante l’attacco, la gravità dell’ansia anticipatoria, i timori/evitamenti agorafobici correlati al panico, la paura/evitamento di sensazioni correlate al panico, la compromissione-interferenza nell’attività lavorativa e nella vita di tutti i giorni. Un esempio di item è il seguente: “nello scorso mese, con quale frequenza ha avuto attacchi di panico? Quanti attacchi pieni ha avuto nel mese scorso, intendo dire con più sintomi o con grave disagio? E nelle scorse due settimane? Quanti episodi con pochi sintomi e disagio lieve ha avuto?” (Rossi et colleghi, 2022). E’ consigliabile somministrare il questionario sotto forma di intervista. L’età per la compilazione del questionario deve essere maggiore di 13 anni. Nella sua versione originale presenta buona consistenza interna ($\alpha = .88$) e sufficiente affidabilità nel tempo ($r = .71$). Lo strumento è utilizzato per indagare gli aspetti transdiagnostici.

Il “Social Phobia Scale” (SPS) è un questionario redatto da Mattick e Clarke (1998) che indaga i sintomi del disturbo d’ansia sociale, ovvero le situazioni in cui il soggetto, mentre compie gesti e azioni, viene osservato e questo provoca in lui ansia. La validazione italiana è stata fatta da Sica, Musoni, Chiri, Bisi, Lolli e Sighinolfi (2007). E’ composto da 20 items, quali “mi innervosisco se le persone mi fissano mentre cammino per la strada”, “divento teso se devo trasportare un vassoio all’interno di un self-service affollato” (Sica, Musoni, Chiri, Bisi, Lolli & Sighinolfi, 2007). La valutazione delle affermazioni è compilata su una scala Likert a 5 punti che va da “0 = per nulla” a “4 = moltissimo”. L’età target per la compilazione del questionario è compresa tra i 18 e i 61 anni e richiede un tempo di circa 5 minuti. La versione italiana del questionario ha dimostrato di avere un’ottima consistenza interna ($\alpha = .87$) e affidabilità al retest ($r = .87$). Lo strumento è utilizzato per indagare gli aspetti transdiagnostici.

Nessuno degli strumenti utilizzati ha alcun tipo di invasività.

3.4 Analisi dei risultati

3.4.1 Il campione

Inizialmente hanno partecipato a questo studio 463 soggetti reclutati dalla popolazione generale, di cui 50 sono stati eliminati a causa dei seguenti criteri di esclusione: persone con età sopra i 65 anni; soggetti che presentavano un problema psicologico con diagnosi e assunzione di farmaci; soggetti che presentavano un problema psicologico con assunzione di farmaci ma senza diagnosi (ad esempio problema d'ansia con assunzione di serotonina); persone che presentavano un problema psicologico con diagnosi ma senza assunzione di farmaci; persone che presentavano un problema psicopatologico; persone che avevano un problema psicologico con diagnosi medica; altri soggetti presentavano un problema psicologico con diagnosi medica e assunzione di farmaci; persone che assumevano farmaci con diagnosi medica; un soggetto assumeva il farmaco Xanax; una donna era in stato di gravidanza. Dopo un controllo, è emerso che a causa di un errore umano e di un problema nel software della piattaforma Qualtrics, 270 soggetti non avevano compilato tutti gli item presenti nel sondaggio, in particolare la maggior parte dei partecipanti non aveva risposto all'item 9 del questionario BALCI. E' stato deciso di non eliminare i 270 partecipanti, ma di fare la sostituzione con la media durante le analisi del campione finale.

Inizialmente è stato analizzato il campione d'età tra i 18 e i 65 anni: molti soggetti sono stati identificati come outlier. Infatti, dopo aver calcolato la Skewness e la Kurtosis (George & Mallery, 2010), è emerso che non era presente una distribuzione normale dell'età (si veda Figura 2).

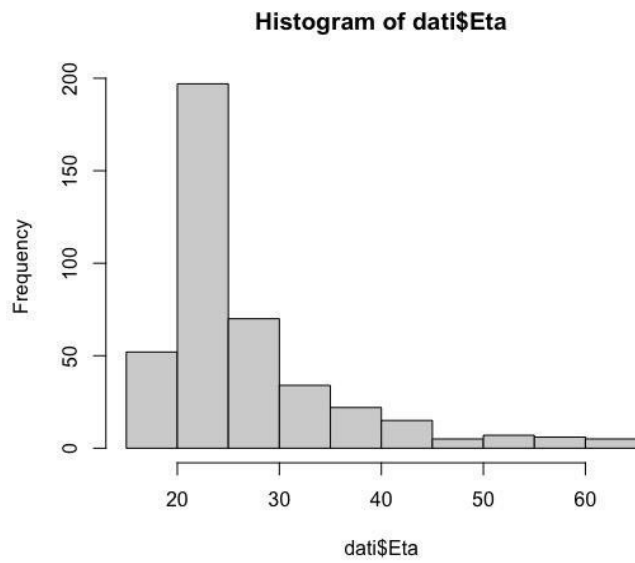


Figura 2. Distribuzione dell'età

E' stato quindi preso in considerazione il campione di soggetti con età compresa tra i 18 e i 40 anni e sono stati identificati ulteriori outlier (si veda Figura 3).

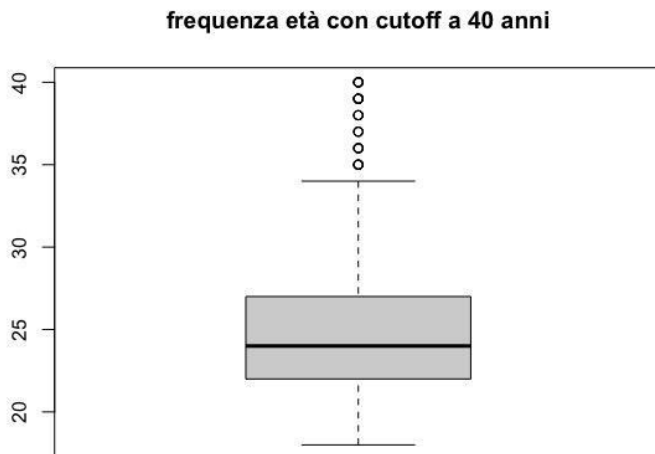


Figura 3. Identificazione di outlier

E' stato deciso quindi di mettere il cut-off a 33 anni e altri 7 soggetti sono stati identificati come outlier. È stata fatta inoltre l'ANOVA per analizzare l'effetto del genere ("Maschio", "Femmina", "Altro/preferisco non specificare") sui punteggi al BALCI, che è risultato significativo. È stato deciso di eliminare 8 soggetti che hanno selezionato la voce "altro/preferisco non specificare" in quanto, essendo pochi, influenzavano di molto i risultati.

L'analisi finale è stata fatta su un campione che presentava l'età compresa tra i 18 e i 32 anni. È stata fatta una regressione lineare (con il BALCI come variabile dipendente e l'età come predittore) per controllare se l'età potesse avere un effetto sulle risposte del questionario BALCI (si veda Figura 4). L'analisi ha mostrato che c'è una relazione statisticamente significativa tra l'età dei soggetti e i punteggi al BALCI: si conclude quindi che l'età ha un effetto sui punteggi del questionario (che diminuiscono all'aumentare dell'età dei soggetti). Durante l'analisi di regressione lineare sono stati segnalati alcuni outlier, che non stati eliminati in quanto non modificavano in modo significativo i risultati della regressione lineare.

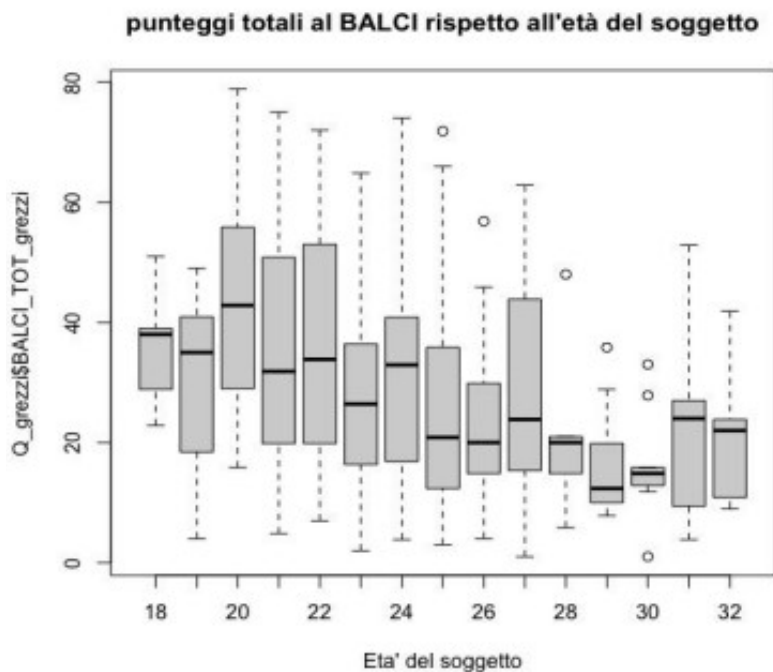


Figura 4. Regressione lineare per controllare l'effetto dell'età.

In seguito è stata analizzata la distribuzione del genere per controllare se potesse avere un effetto sui punteggi del BALCI (si veda Figura 5). L'analisi tramite il test parametrico ha mostrato che non c'è un effetto significativo del genere sui punteggi al BALCI (le medie tra donne e uomini non presenta una differenza significativa). E' stato fatto un test di confronto tra le medie utilizzando un test non parametrico dato che l'età non ha una distribuzione normale, ed è risultata una differenza significativa tra i punteggi di donne e uomini al BALCI. È stato deciso, dato che il campione è costituito dal 93% da donne, di non prendere in considerazione il test non parametrico, pur tenendo in considerazione il forte sbilanciamento del genere.

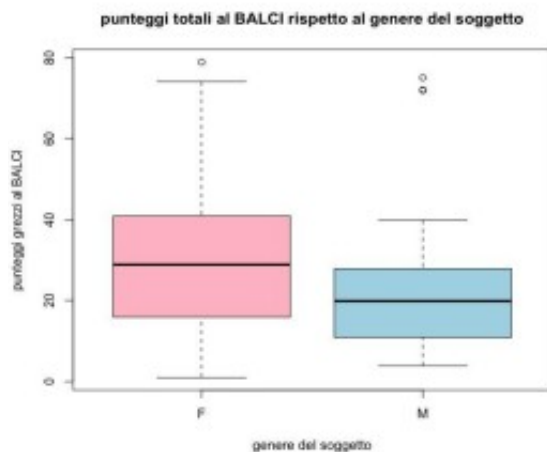


Figura 5. Distribuzione del genere

E' stato poi controllato se ci fosse un effetto combinato di età e genere sui punteggi al BALCI tramite una regressione multivariata con l'età come predittore continuo e il genere come predittore dicotomico. L'interazione tra i due predittori sui punteggi al BALCI non sono risultati statisticamente significativi: si conclude quindi che non vi è un effetto combinato di genere ed età sui punteggi al BALCI.

Infine, per identificare gli outlier multivariati, è stata calcolata la distanza di Mahalanobis (Tabachnick & Fidell, 2001) e un solo caso è stato escluso. Non sono stati identificati outlier univariati.

Il campione finale è composto di 327 partecipanti, di cui 304 di sesso femminile (93%) e 23 di sesso maschile (7%), con una media di 23.85 (SD = 3.23; range = 18-32) anni. La skewness (.49, SD = 1.82) è entro i limiti accettabili, la kurtosis (-.17, SD = -.32) è alta (si veda Tabella 1). Sono state calcolate Skewness e Kurtosis (George & Mallery, 2010) del BALCI (rispettivamente 0.60 con DS = 2.26 e -0.17 con DS = -0.32) e degli altri strumenti utilizzati (VOCI; OBQ; ASI; ACQ; DCS; DEBQ; PDSS; SPS), risultando entrambe adeguate in tutti i questionari citati.

Skewness	Kurtosis	normtest.W	normtest.p
0.49 (DS = 1.82)	-0.17 (DS = -0.32)	0.96	p value = 3.416659e-07

Tabella 1. Calcolo Skewness e Kurtosis

In seguito è stato ricontrollato se l'età e il genere avessero un effetto sui punteggi del BALCI. Per quanto riguarda l'età c'è una correlazione r di Pearson significativa (-.304), quindi si può affermare che l'età influenza i punteggi. Per quanto riguarda il genere, il test parametrico mostra un p -value non significativo (=0.26) senza una differenza significativa tra le medie di donne (= 30.14) e uomini (24.96); il test non parametrico invece mostra una differenza significativa tra i due generi. Si decide di non considerare il test non parametrico in quanto il campione di donne è molto più alto rispetto a quello degli uomini.

Vengono calcolate frequenze e percentuali per l'occupazione (si veda Tabella 2), per lo stato civile (si veda Tabella 3), per la scolarità (si veda Tabella 4), per la presenza di problemi psicologici (si veda Tabella 5), per l'assunzione di

farmaci (si veda Tabella 6) e per la presenza di diagnosi psicologiche/mediche (si veda Tabella 7).

Occupazione	F	%
Casalingo/a	1	0.30%
Disoccupato/a	23	7.03%
Occupato/a - a tempo pieno	51	15.60%
Part time	18	5.50%
Precario/a - contratto a progetto	10	3.06%
Studente	211	64.53%
Non in grado di lavorare per disabilità	0	0%
Pensionato/a	0	0%
Altro	13	3.98%

Tabella 2. Percentuali occupazione

Stato civile	F	%
Separato/a - Divorziato/a	1	0.30%
Single – Fidanzato/a - Non convivente	304	92.97%
Sposato/a - Convivente	22	6.73%
Vedovo/a	0	0%

Tabella 3. Percentuali stato civile

Anni di scolarità	F	%
10	1	0.30 %
11	1	0.31 %
12	3	0.92 %
13	33	10.1 %
14	28	8.56 %
15	39	11.9 %
16	94	28.7 %
17	22	6.73 %
18	96	29.3 %
19	6	1.84 %
20	2	0.60 %
22	1	0.30 %

Tabella 4. Percentuali anni di scolarità

Problemi psicologici	F	%
No	187	57.19 %
Si	140	42.81 %

Tabella 5. Percentuale problemi psicologici

Assunzione farmaci	F	%
No	291	88.99%
Si	36	11.01%

Tabella 6. Percentuale assunzione farmaci

Diagnosi mediche/psicologiche	F	%
No	291	88.99%
Si	36	11.01%

Tabella 7. Percentuale diagnosi mediche/psicologiche

3.4.2 Coerenza interna

La coerenza interna è stata esaminata utilizzando l'alfa di Cronbach. Il BALCI totale ($\alpha = .95$) e la sottoscala TBE ($\alpha = .95$) hanno dimostrato un'eccellente coerenza interna. La sottoscala ISC ($\alpha = .88$) ha dimostrato una buona consistenza interna, mentre la scala BBF ($\alpha = .58$) ha una consistenza interna discreta.

Per quanto riguarda gli altri questionari, il VOCl ($\alpha = 0.95$), l'OBQ ($\alpha = 0.95$), l'ASI ($\alpha = 0.91$), il DEBQ ($\alpha = 0.92$) e l'SPS ($\alpha = 0.94$) hanno dimostrato un'eccellente coerenza interna. L'ACQ ($\alpha = 0.86$), il PDSS ($\alpha = 0.89$) e il DCS ($\alpha = 0.76$) hanno una buona consistenza interna.

E' stata calcolata la riduzione proporzionale dell'errore quadratico medio (PRMSE) sui punteggi delle sottoscale del BALCI utilizzando la procedura di

Haberman (2008): la sottoscala TBE ha un valore di 0.93 e quella ISC ha un valore di 0.62, entrambe hanno un valore minore della rispettiva alfa di Cronbach, quindi possono essere considerate rilevanti ma solo a livello informativo. La sottoscala BBF invece ha un valore di 0.70, maggiore della sua alfa di Cronbach, è dunque non è rilevante.

3.4.3 Validità convergente

Per valutare la validità convergente sono state condotte le correlazioni tra:

- il BALCI (totale e sottoscale) e l'OBQ (totale e sottoscale): i dati (riportati in Tabella 8) mostrano una correlazione moderata sia tra i punteggi totali di entrambi i questionari ($r = .66$), sia tra il BALCI totale e le sottoscale dell'OBQ, sia tra le sottoscale di entrambi i questionari.
- Il BALCI (totale e sottoscale) e l'ASI (totale e sottoscale): i dati (riportati in Tabella 9) mostrano una correlazione forte tra il BALCI totale e l'ASI totale ($r = .70$) e tra il BALCI totale e la sottoscala cognitiva dell'ASI ($r = .72$) e una correlazione moderata tra il BALCI totale e le sottoscale fisica e sociale dell'ASI (rispettivamente $r = .44$ e $r = .60$). Vi è inoltre una forte correlazione tra la sottoscala TBE del BALCI e quella cognitiva dell'ASI ($r = .72$). Le correlazioni sono moderate per quanto riguarda la sottoscala sociale dell'ASI e la ISC del BALCI ($r = .42$) e la sottoscala fisica dell'ASI e la BBF del BALCI ($r = .41$). Debole invece la correlazione tra la sottoscala ISC del BALCI e quella fisica dell'ASI ($r = .28$).
- Il BALCI (totale e sottoscale) e l'ACQ (totale e sottoscale): i dati (riportati in Tabella 10) mostrano una moderata correlazione tra il BALCI totale e l'ACQ totale ($r = -.59$) e tra le rispettive sottoscale, tranne la sottoscala ISC del BALCI e il totale e le due sottoscale dell'ASI (rispettivamente $r = -.28$, $r = -.19$, $r = -.30$) che mostrano una bassa correlazione.

Misura	BALCI TBE	BALCI ISC	BALCI BBF	OBQ TOT	OBQ Controllo pensieri	OBQ Importanz a pens.	OBQ Perfez.	OBQ Resp. danno	OBQ Resp. omissi one
BALCI TOT	0.98**	0.76**	0.70**	0.66**	0.70**	0.47*	0.51**	0.52**	0.51**
BALCI TBE		0.67**	0.61**	0.63**	0.68**	0.46*	0.49*	0.49*	0.50*
BALCI ISC			0.44*	0.58**	0.61**	0.38*	0.48*	0.50*	0.41*
BALCI BBF				0.42*	0.42*	0.33*	0.30*	0.37*	0.32*
OBQ TOT					0.87**	0.74**	0.82**	0.88**	0.84**
OBQ Controllo pensieri						0.64**	0.58**	0.71**	0.65**
OBQ Importanz a pens.							0.47*	0.54**	0.61**
OBQ Perfez.								0.65**	0.58**
OBQ Resp. danno									0.76**

Tabella 8. Correlazioni tra BALCI e OBQ.

Misura	ASI – TOT	ASI - Cognitiva	ASI - Fisica	ASI - Sociale
BALCI - TOT	0.70**	0.72**	0.43*	0.59**
BALCI -TBE	0.69**	0.72**	0.41*	0.59**
BALCI - ISC	0.47*	0.47*	0.28*	0.42*
BALCI - BBF	0.55**	0.53**	0.41*	0.42*
ASI - TOT		0.89**	0.81**	0.79**
ASI - Cognitiva			0.63**	0.58**
ASI – Fisica				0.39*

Tabella 9. Correlazioni tra BALCI e ASI.

Misura	ACQ - TOT	ACQ - Eventi	ACQ - Reazioni
BALCI – TOT	-0.59**	-0.45*	-0.58**
BALCI - TBE	-0.61**	-0.47*	-0.61**
BALCI - ISC	-0.28*	-0.19*	-0.30*
BALCI - BBF	-0.44*	-0.36*	-0.42*
ACQ - TOT		0.86**	0.91**
ACQ - Eventi			0.59**

Tabella 10. Correlazioni tra BALCI e ACQ.

3.4.4 Validità divergente

La validità divergente è stata valutata esaminando l'associazione tra il BALCI e il DCS. I risultati (riportati in Tabella 11) mostrano una debole correlazione ($r = -.06$), che sostiene la buona validità divergente del BALCI.

Misura	DCS - TOT
BALCI - TOT	-0.06*
BALCI - TBE	-0.10*
BALCI - ISC	0.08*
BALCI - BBF	-0.01*

Tabella 11. Correlazioni tra BALCI e DCS.

3.4.5 Altre correlazioni

Sono state calcolate le correlazioni anche con i rimanenti questionari utilizzati nello studio:

- tra il BALCI (totale e sottoscale) e VOICI (totale e sottoscale): i risultati mostrano una correlazione moderata tra il totale dei due questionari ($r = .66$).
- Tra il BALCI (totale e sottoscale) e il DEBQ (totale e sottoscale): i risultati mostrano una bassa correlazione tra il totale dei due questionari ($r = .32$).

- Tra il BALCI (totale e sottoscale) e l'SPS (totale): i risultati mostrano una moderata correlazione tra il totale dei due questionari ($r = .62$).
- Tra il BALCI (totale e sottoscale) e il PDSS (totale e sottoscale): i dati (riportati in Tabella 12) mostrano una moderata correlazione ($r = .54$) tra il totale dei due questionari. Il totale del PDSS e le tre sottoscale del BALCI mostrano una correlazione moderata per la TBE ($r = 0.53$), moderata per la BBF ($r = .49$), debole per la ISC ($r = 0.31$). Le correlazioni tra il BALCI (totale e sottoscale) e le sottoscale del PDSS non risultano particolarmente significative, tranne la sottoscala del timore agorafobico collegato al panico e la paura delle sensazioni correlate al panico.

Misura	PDSS TOT	- PDSS Freque nza attacchi	- PDSS Disagio durante attacco	- PDSS Gravità ansia anticip.	- PDSS Timore agorafa bico	- PDSS Paura sensazi oni panico	- PDSS Interfer enza con lavoro	- PDSS Interfer enza con vita
BALCI TOT	- 0.54**	0.43*	0.43*	0.42*	0.50*	0.47*	0.34*	0.38*
BALCI TBE	- 0.53**	0.43*	0.42*	0.42*	0.49*	0.45*	0.35*	0.38*
BALCI ISC	- 0.31*	0.22*	0.25*	0.28*	0.29*	0.29*	0.17*	0.21*
BALCI BBF	- 0.49*	0.37*	0.39*	0.34*	0.47*	0.45*	0.31*	0.32*

Tabella 12. Correlazioni tra BALCI e PDSS

3.4.6 Potere predittivo

E' stata condotta un'analisi di regressione gerarchica per determinare se le convinzioni sulla perdita di controllo contribuiscono ai sintomi del DOC al di là delle convinzioni ossessive precedentemente identificate. I punteggi totali dell'OBQ sono stati inseriti nella prima fase dell'analisi di regressione per prevedere i punteggi totali del VOCl e hanno spiegato una quantità significativa di varianza, $R^2 = 0.431$. Il modello dunque spiega il 43% della varianza, con $p < 0.001$. In seguito è stata inserita l'età come predittore e la varianza è aumentata a 0.467, aumentando così del 4%. Il modello quindi, con l'inserimento dell'età come predittore, spiega il 47%.

I punteggi totali del BALCI sono stati inseriti nella seconda fase e hanno aumentato in modo significativo la quantità di varianza spiegata, $R^2 = 0.524$. Il modello con il BALCI come predittore, spiega il 52% della varianza, aumentandola del 9%, con $p < 0.001$. In seguito è stata inserita, oltre al BALCI, anche l'età come predittore, che ha aumentato fino al 54% la varianza ($R^2 = 0.537$).

Il modello finale spiega il 54% della varianza e sia l'OBQ, sia il BALCI sia l'età sono risultati predittori significativi dei punteggi totali al VOCl. I risultati delle analisi di regressione sono riportati in Tabella 13 (Modello 2).

In seguito sono state condotte analisi di regressione gerarchica per determinare se i sottotipi di convinzioni sulla perdita di controllo possono essere differenziati dalla sottoscala correlata dell'OBQ nel predire i sintomi del DOC. E' stato esaminato il potere predittivo delle sottoscale del BALCI controllando le convinzioni sull'importanza e il controllo dei pensieri (CP, sottoscala dell'OBQ). I risultati delle analisi di regressione (cioè le sottoscale CP e BALCI che predicono il VOCl totale e le sottoscale) sono riportati in Tabella 14 (Modello 3). Poichè in queste analisi vi erano molteplici predittori, sono state applicate le correzioni di Bonferroni per ridurre la possibilità di errori tipo ($\alpha = .05/5 = 0.01$; Cabin & Mitchell, 2000).

Complessivamente, le convinzioni negative di perdere il controllo sui propri

pensieri, comportamenti ed emozioni (sottoscala TBE) hanno predetto in modo univoco sintomi elevati del DOC in generale (VOCI totale) e nelle rispettive sottoscale (contaminazione, controllo, ossessioni, accumulo, giusto, indecisione). Le convinzioni negative di perdere il controllo sul proprio corpo/funzioni corporee (sottoscala BBF) hanno predetto moderatamente i sintomi del DOC nel VOCI totale e nelle rispettive sottoscale. Invece la sottoscala ISC (importanza di mantenere il controllo) non ha predetto la scala CP e le altre due sottoscale del BALCI.

	R ²	b	SEb	β	t	P
TOTALE	0.37					<.001
OBQ CP		1.37	0.11	0.55	12.4	<.001
ETA'		-2.30	0.47	-0.22	-4.90	<.001
Contaminazione	0.19					<.001
OBQ CP		0.26	0.03	0.41	9.19	<.001
ETA'		-0.28	0.13	-0.10	-2.07	0.039
Controllo	0.17					<.001
OBQ CP		0.17	0.02	0.38	7.50	<.001
ETA'		-0.20	0.09	-0.11	-2.10	0.037
Ossessioni	0.32					<.001
OBQ CP		0.33	0.03	0.50	10.9	<.001
ETA'		-0.55	0.13	-0.20	-4.21	<.001
Accumulo	0.23					<.001
OBQ CP		0.16	0.02	0.43	8.74	<.001
ETA'		-0.28	0.08	-0.18	-3.60	<.001
Giusto	0.2					<.001
OBQ CP		0.28	0.03	0.44	9.27	<.001
ETA'		-0.69	0.13	-0.26	-5.40	<.001
Indecisione	0.28					<.001
OBQ CP		0.19	0.02	0.48	10.2	<.001
ETA'		-0.27	0.08	-0.17	-3.54	<.001

Tabella 13. Regressione gerarchica. Modello 2

	R ²	b	SEb	β	t	p
TOTALE	0.48					<.001
OBQ CP		0.64	0.14	0.26	4.45	<.001
ETA'		-1.21	0.45	-0.11	-2.70	0.007
BALCI TBE		0.72	0.18	0.28	4.05	<.001
BALCI ISC		0.76	0.60	0.07	1.25	0.211
BALCI BBF		2.29	0.65	0.18	3.52	<.001
Contaminazione	0.22					<.001
OBQ CP		0.17	0.04	0.26	3.74	<.001
ETA'		-0.13	0.14	-0.05	-0.91	0.364
BALCI TBE		0.04	0.05	0.07	0.79	0.431
BALCI ISC		0.22	0.19	0.08	1.19	0.236
BALCI BBF		0.48	0.20	0.15	2.41	0.017
Controllo	0.21					<.001
OBQ CP		0.09	0.03	0.20	2.90	0.004
ETA'		-0.07	0.10	-0.04	-0.78	0.433
BALCI TBE		0.21	0.04	0.05	0.56	0.574
BALCI ISC		0.24	0.13	0.13	1.87	0.063
BALCI BBF		0.41	0.14	0.18	2.93	0.004
Osessioni	0.45					<.001
OBQ CP		0.13	0.04	0.20	3.37	<.001
ETA'		-0.23	0.12	-0.08	-1.86	0.063
BALCI TBE		0.30	0.05	0.43	6.17	<.001
BALCI ISC		-0.19	0.16	-0.07	-1.17	0.243
BALCI BBF		0.56	0.18	0.17	3.16	0.002
Accumulo	0.29					<.001
OBQ CP		0.07	0.02	0.20	3.00	0.003
ETA'		-0.15	0.08	-0.10	-1.94	0.053
BALCI TBE		0.10	0.03	0.25	3.17	0.002
BALCI ISC		0.04	0.11	0.02	0.33	0.742
BALCI BBF		0.25	0.11	0.13	2.17	0.030
Giusto	0.36					<.001
OBQ CP		0.11	0.04	0.17	2.66	0.008
ETA'		-0.48	0.13	-0.17	-3.73	<.001
BALCI TBE		0.13	0.05	0.20	2.65	0.008
BALCI ISC		0.44	0.17	0.16	2.58	0.001
BALCI BBF		0.36	0.18	0.11	1.93	0.055
Indecisione	0.38					<.001
OBQ CP		0.07	0.02	0.19	3.06	0.002
ETA'		-0.11	0.07	-0.07	-1.45	0.149
BALCI TBE		0.15	0.03	0.37	4.95	<.001
BALCI ISC		0.01	0.10	0.01	0.04	0.972
BALCI BBF		0.27	0.11	0.14	2.45	0.015

Tabella 14. Regressione gerarchica. Modello 3

E' stata poi condotta un'analisi di regressione lineare per determinare se le convinzioni sulla perdita di controllo contribuiscono ai sintomi del DAP. Nella prima fase della regressione, i punteggi totali del BALCI e l'età sono stati inseriti come predittori dei punteggi totali del PDSS e hanno spiegato moderatamente una quantità di varianza, $R^2 = 0.297$. Il modello dunque spiega il 30% della varianza, con $p < 0.001$. Nella seconda fase della regressione sono stati inseriti i punteggi delle sottoscale del BALCI. I dati sono riportati in Tabella 14.

Complessivamente, il punteggi totali del BALCI hanno mediamente predetto i sintomi del DAP in generale (PDSS totale). Le convinzioni negative di perdere il controllo sui propri pensieri, comportamenti ed emozioni (sottoscala TBE) hanno predetto moderatamente i sintomi del DAP nel PDSS totale; le convinzioni negative di perdere il controllo sul proprio corpo/funzioni corporee (sottoscala BBF) hanno predetto in misura minore i sintomi del DAP nel PDSS totale; la sottoscala ISC (importanza di mantenere il controllo) invece non ha un potere predittivo dei sintomi del DAP.

In una terza fase della regressione i punteggi totali del BALCI e l'età sono stati inseriti come predittori dei punteggi delle scale del PDSS. Si evidenzia come i punteggi del BALCI hanno mediamente predetto i sintomi del DAP legati al timore agorafobico e alla paura delle sensazioni correlate al panico. Le altre sottoscale non hanno un potere predittivo significativo dei sintomi del DAP. I dati sono riportati in tabella 15.

	R ²	b	Seb	t	p
PDSS TOT	0.30				
BALCI TOT		0.14	0.01	10.83	<0.001
ETA'		-0.08	0.06	-1.21	0.226
PDSS TOT	0.29				
BALCI TBE		0.18	0.01	10.63	<0.001
ETA'		-0.09	0.07	-1.42	0.155
PDSS TOT	0.12				
BALCI ISC		0.41	0.08	5.41	<0.001
ETA'		-0.23	0.07	-3.09	0.002
PDSS TOT	0.24				
BALCI BBF		0.79	0.09	9.27	<0.001
ETA'		-0.11	0.07	-1.58	0.113

Tabella 14. PDSS = Panic Disorder Severity Scale. BALCI = Beliefs About Losing Control Inventory. TBE = Thoughts/Behaviour/Emotions. ISC = Importance of Staying in Control. BBF = Body/Bodily Functions.

	R ²	b	Seb	t	p
PDSS–Frequenza attacchi	0.19				
BALCI TOT		0.015	0.001	7.802	<0.001
ETA'		-0.016	0.010	-1.637	0.102
PDSS–Disagio durante attacco	0.18				
BALCI TOT		0.019	0.002	7.849	<0.001
ETA'		-0.018	0.013	-1.364	0.173
PDSS–Gravità ansia anticipat.	0.18				
BALCI TOT		0.021	0.002	7.785	<0.001
ETA'		-0.016	0.014	-1.136	0.257
PDSS-Timore agorafobico	0.25				
BALCI TOT		0.023	0.002	9.934	<0.001
ETA'		-0.004	0.012	-0.383	0.702
PDSS–Paura sensazioni panico	0.22				
BALCI TOT		0.022	0.002	8.913	<0.001
ETA'		-0.013	0.013	-1.007	0.315
PDSS–Interferenza con lavoro	0.12				
BALCI TOT		0.017	0.002	6.129	<0.001
ETA'		-0.013	0.015	-0.904	0.367
PDSS–Interferenza con vita	0.14				
BALCI TOT		0.020	0.002	7.153	<0.001
ETA'		0.0001	0.015	0.010	0.992

Tabella 15. PDSS = Panic Disorder Severity Scale. BALCI = Beliefs About Losing Control Inventory.

3.5 Discussione

Diversi studi in letteratura (Radomsky, 2022) e sperimentali (Gagné & Radomsky, 2020) hanno approfondito il costrutto legato alla paura di perdere il controllo all'interno del disturbo ossessivo-compulsivo; il dominio del controllo è stato poi documentato anche in altri disturbi, soprattutto quelli legati all'ansia, tra cui il disturbo di panico.

Per quanto riguarda quest'ultimo, il controllo è stato quasi sempre associato alle sensazioni fisiche: a partire da Clark (1986) che interpretava le vertigini (tipico sintomo che può avere chi ha un attacco di panico) come perdita di controllo; Zinbarg e colleghi (2001) che sostenevano il potere predittivo della paura delle sensazioni fisiche sul panico; Craske e Simos (2013) che confermavano il modello di Clark sostenendo che l'ansia relativa alle sensazioni corporee era centrale nel mantenimento del DAP; e infine Radomsky, che, nei suoi studi sulla paura di perdere il controllo nel DOC, ha individuato il panico come disturbo associato alle errate interpretazioni delle sensazioni corporee.

Nel presente studio è stata indagata la correlazione tra il BALCI e il PDSS, due questionari che indagano rispettivamente le convinzioni negative sulla paura di perdere il controllo e la gravità e la frequenza dei sintomi del DAP. Quello che ci si aspettava di trovare era una forte correlazione tra i due questionari: i risultati però hanno mostrato una moderata correlazione tra il totale dei punteggi ($r = .54$). Ciò potrebbe trovare la spiegazione nel fatto che la paura di perdere il controllo è un sintomo cognitivo (come evidenziato nel DSM-V). Tuttavia i sintomi principali che il soggetto può sperimentare durante un attacco di panico sono di natura fisica. Alla luce di ciò ci si aspettava quindi di trovare una forte correlazione tra la scala del BALCI che indaga la paura di perdere il controllo sul proprio corpo e funzioni corporee (BBF) e il totale del questionario PDSS e che la correlazione fosse più alta rispetto alle altre due scale che indagano il controllo su pensieri, comportamenti, emozioni (TBE) e il mantenimento del controllo (ISC). I risultati al contrario mostrano come la sottoscala BBF del BALCI sia correlata in misura minore ($r = .49$) rispetto alla sottoscala TBE (r

= .54). Una spiegazione potrebbe essere la tipologia del campione: i partecipanti infatti hanno un'età compresa tra i 18 e i 33 anni, età in cui la paura di perdere il controllo sul proprio corpo e funzioni corporee è tenuta in minor considerazione rispetto ai problemi legati ai pensieri, emozioni e comportamenti, proprio per la natura dell'età giovanile; inoltre il campione dei partecipanti è stato selezionato dalla popolazione generale, che non presenta dunque un disturbo specifico e di durata. Un'altra spiegazione potrebbe essere insita nell'attacco di panico, i cui sintomi sono per la maggior parte fisici; questo però non significa che ciò che lo scaturlisce sia per forza la paura di perdere il controllo sul proprio corpo. Al contrario, l'attacco di panico potrebbe derivare da un mancato controllo su pensieri estremamente invasivi e poco definibili per il soggetto; quest'ultimo quindi, pensando di non riuscire a controllare la mente, sfoga la problematica sul corpo. Nel DAP, le sensazioni corporee provate potrebbero derivare dal fatto che il soggetto non riesce a gestire le emozioni a livello mentale perché troppo dolorose o insopportabili e quindi le scarica a livello fisico. Questo spiegherebbe il perché la sottoscala che indaga la paura di perdere il controllo sulle emozioni sia quella con il valore di correlazione più alto con il PDSS.

Per quanto riguarda il disturbo ossessivo-compulsivo, in letteratura è stato spesso evidenziato il costrutto relativo al controllo, in particolare relativamente ad emozioni e atteggiamenti legati a situazioni che il soggetto percepisce come minacciose o dannose, per cui deve mettere in atto dei comportamenti, detti compulsioni, per rispondere ai fattori d'ansia che condizionano il vissuto emotivo di ossessione. I risultati del presente studio hanno confermato la forte correlazione che vi è tra la paura di perdere il controllo sui propri comportamenti ed emozioni e il DOC. Infatti è emerso come il questionario BALCI sia predittivo dei punteggi totali del VOICI ($R^2 = 0.537$).

Alla luce dei risultati del presente studio, è stato necessario comprendere quale sia il fattore che approfondisce il legame presente tra DOC e DAP legato alla paura di perdere il controllo: è quello relativo all'ansia. Nel DOC essa è associata ad una condizione mentale spiacevole di esposizione al danno del

soggetto; nel DAP invece essa è relativa ad una sensazione fisica dannosa che il soggetto ha paura di provare. In entrambi i casi, il soggetto cerca di controllare la situazione. L'ansia associata alla paura di perdere il controllo dunque è un aspetto centrale che collega i due disturbi e che in questo studio è stata confermata tramite la correlazione molto forte ($r = 0.70$) tra il BALCI e l'ASI-3. I risultati mostrano inoltre come la sottoscala cognitiva dell'ASI abbia una forte correlazione con i punteggi totali del BALCI; più bassa invece è la correlazione con la sottoscala fisica dell'ASI. Questo potrebbe confermare il fatto che il mancato controllo della parte fisica all'interno del DAP, non sia in realtà il costrutto principale da approfondire nel momento in cui avviene un attacco di panico, al contrario nel presente studio la gestione del controllo emotivo che si ripercuote poi su quello fisico ha rilevato un'importanza maggiore.

Rispetto alle altre ipotesi formulate, il BALCI ha dimostrato un'ottima coerenza interna, compresa la sottoscala TBE; invece la sottoscala ISC ha mostrato una buona coerenza interna, mentre quella BBF è risultata discreta.

I risultati relativi alla validità convergente e divergente del BALCI sono in linea con le previsioni: i risultati mostrano infatti che la relazione con gli strumenti convergenti (OBQ, ASI, ACQ) è alta e positiva ($r = .66$, $r = .70$, $r = -.59$), mentre quella con gli strumenti divergenti (DCS) è bassa e negativa ($r = -.06$). La consistenza interna del PDSS è risultata buona ($\alpha = .89$).

Infine il presente studio aveva come obiettivo principale quello di verificare se il questionario BALCI avesse un potere predittivo sul questionario PDSS e dunque se le credenze disadattive legate al controllo fossero in relazione con il disturbo di panico. I risultati evidenziano come il questionario abbia mediamente predetto i sintomi del DAP ($R^2 = .297$): le convinzioni sulla perdita di controllo contribuiscono alla sintomatologia. Al contrario di quanto ci si aspettava, ovvero che la sottoscala BBF del BALCI fosse quella con un punteggio più alto, è la sottoscala TBE del BALCI quella che ha mostrato un potere predittivo maggiore. Questo conferma nuovamente come il costrutto del controllo abbia un ruolo importante nel DAP quando si prendono in

considerazione gli aspetti fisici, tuttavia, ha una rilevanza maggiore per gli aspetti relativi al controllo dei pensieri e delle emozioni all'interno del disturbo di panico. Lo studio ha infine verificato la validazione del BALCI per quanto riguarda le credenze sulla perdita di controllo all'interno del DOC.

3.5.1 Limiti dello studio

Lo studio presenta alcuni limiti da tenere in considerazione. In primo luogo il sondaggio è stato valutato su un campione di popolazione generale, tuttavia sarebbe opportuno estendere la ricerca anche su un campione clinico, al fine di confermare o approfondire ulteriormente le analisi fatte in questa ricerca. In secondo luogo la disparità di genere nelle risposte al sondaggio, è un fattore da tenere in considerazione, data la presenza cospicua del genere femminile. In terzo luogo la presenza di alcune risposte mancanti all'item 9 del BALCI e la successiva sostituzione con la media durante le analisi, è un limite da non trascurare. Infine, un ultimo fattore su cui riflettere, è il cut-off di età in cui sono state svolte le analisi. Sarebbe interessante, nelle ricerche future, comprendere come mai l'età influenzi così tanto i punteggi al BALCI (più bassi con l'avanzare dell'età). Un'ipotesi potrebbe essere il fatto che l'esperienza dei soggetti in età adulta sia maggiore rispetto ai giovani anche per quanto riguarda le convinzioni relative alla paura di perdere il controllo. Per altre ricerche potrebbe essere utile utilizzare un questionario che indaga il DAP in modo più approfondito riguardo ai sintomi fisici associati a quelli cognitivi.

Nonostante le limitazioni, lo studio ha in parte soddisfatto le ipotesi iniziali per valutare le convinzioni negative sulla perdita di controllo in relazione con il disturbo di panico, come aveva evidenziato Radomsky (2022) tra le ipotesi di ricerca futura. Lo studio ha fornito, infatti, una prova psicométrica concreta del fatto che le convinzioni di perdere il controllo sui propri pensieri, comportamenti, emozioni e funzioni corporee sono un'estensione importante delle convinzioni legate al controllo nel DAP.

Conclusioni

Diversi studi in letteratura hanno approfondito il costrutto legato alla paura di perdere il controllo in alcuni disturbi, tra cui quello ossessivo-compulsivo e quello di panico.

Per quanto riguarda il DOC, il presente studio ha verificato la validazione del questionario Beliefs About Losing Control Inventory (BALCI), validato da Radomsky e Gagné (2020), per quanto riguarda le credenze sulla perdita di controllo all'interno del disturbo ossessivo compulsivo. I risultati mostrano inoltre come abbia un potere predittivo sui punteggi totali del questionario che misura i sintomi associati al DOC.

Per quanto riguarda il DAP, lo studio ha indagato il potere predittivo del BALCI sul questionario Panic Disorder Severity Scale (PDSS), che misura la gravità e la frequenza dei sintomi nel disturbo di panico nell'ultimo mese, e ha verificato in parte il fatto che le credenze disadattive legate al controllo sono in relazione con il disturbo di panico. Tuttavia, al contrario di quanto ci si aspettava, il costrutto del controllo all'interno del DAP è legato più alla paura di perderlo su pensieri, emozioni e comportamenti piuttosto che sul proprio corpo e funzioni corporee.

All'interno della letteratura è stato approfondito in gran parte il costrutto del controllo per quanto riguarda l'aspetto delle sensazioni fisiche durante un attacco di panico. E' stato poco approfondito l'aspetto del controllo legato ai pensieri e alle emozioni provate da un soggetto che soffre di disturbo di panico. In futuro sarebbe interessante verificare in misura maggiore quanto il costrutto del controllo sia associato al fattore di ansia emotiva durante un attacco di panico, associando la dimensione dell'ansia anche al DOC.

Inoltre sarebbe opportuno somministrare i questionari ad una popolazione clinica, per vedere se vi sono differenze nei risultati. Sarebbe anche interessante estendere il campione d'età della popolazione in un range più alto e di genere più omogeneo tra maschi e femmine, per valutare se i due fattori (età e genere) influenzino in modo cospicuo i risultati.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali (5° éd.)*. Milano: Raffaello Cortina.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36(2), 129–148. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.36.2.129>

Brown, T. A., White, K. S., Forsyth, J. P., & Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised Anxiety Control Questionnaire. *Behavior Therapy*, 35(1), 75-99. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80005-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80005-4)

Burger, J. M., & Cooper, H. M. (1979). The desirability of control. *Motivation and emotion*, 3, 381-393.

*Cabin, R. J., & Mitchell, R. J. (2000). To Bonferroni or not to Bonferroni: when and how are the questions. *Bulletin of the ecological society of America*, 81(3), 246-248.

Chiorri, C., Melli, G., & Smurra, R. (2011). Second-order factor structure of the Vancouver Obsessive Compulsive Inventory (VOCI) in a non-clinical sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 561-577.

Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2018). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *The Neurotic Paradox, Vol 2*, 227-264. <https://doi.org/10.4324/9781315619996>

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 461-470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)

*Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28(3), 161-167. <https://doi.org/10.1080/00050069308258896>

*Clark, D. M. (1998). A cognitive model of panic at-tacks. *Panic, psychological perspectives*.

Cloitre, M., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., & Gitow, A. (1992). Perceptions of control in panic disorder and social phobia. *Cognitive therapy and research*, 16(5), 569-577.

Craske, M. G., & Simos, G. (2013). Panic disorder and agoraphobia. *CBT for anxiety disorders: A practitioner book*, 3-24.

<https://doi.org/10.1002/9781118330043.ch1>

Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R., & Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research and Therapy*, 28(5), 395-400.

[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90158-F](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90158-F)

Dakanalis, A., Zanetti, M. A., Clerici, M., Madeddu, F., Riva, G., & Caccialanza, R. (2013). Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric properties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. *Appetite*, 71, 187-195. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.08.010>

Dorz, S., Novara, C., Pastore, M., Sica, C., & Sanavio, E. (2009). Presentazione della versione italiana dell'Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): struttura fattoriale e analisi di attendibilità (parte I). *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 15(2), 139-170.

Gagne, J. P., Radomsky, A. S., & O'Connor, R. M. (2021). Manipulating alcohol expectancies in social anxiety: A focus on beliefs about losing control. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 61-73. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10165-6>

*George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple study guide and reference*. New York, NY: Pearson.

*Haberman, S. J. (2008). When can subscores have value? *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 33, 204-229. <https://doi.org/10.3102/1076998607302636>

Kelly-Turner, K., & Radomsky, A. S. (2020). The fear of losing control in social anxiety: An experimental approach. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 834-845. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10104-5>

Mallinger, A. E. (1984). The obsessive's myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 12(2), 147-165. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1984.12.2.147>

- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 455-470. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10031-6)
- *Mineka, S., & Kelly, K. A. (1989). The relationship between anxiety, lack of control and loss of control.
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2007). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive therapy and research*, 31, 759-772. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9086-x>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39(8), 987-1006. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00085-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00085-1)
- Petrocchi, N., Tenore, K., Couyoumdjian, A., & Gragnani, A. (2014). The anxiety sensitivity index-3: factor structure and psychometric properties in Italian clinical and non-clinical samples. *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*, 62(269).
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 385-401. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10041-9)
- Radomsky, A. S., & Gagne, J. P. (2020). The development and validation of the beliefs about losing control inventory (BALCI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(2), 97-112. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1614978>
- Radomsky, A. S. (2022). The fear of losing control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 77, 101768. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101768>
- Rapee, R., Mattick, R., & Murrell, E. (1986). Cognitive mediation in the affective component of spontaneous panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(4), 245-253. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(86\)90059-5](https://doi.org/10.1016/0005-7916(86)90059-5)

- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27(2), 279-293. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80018-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80018-9)
- *Rotter, J. B. (1954). Social learning and clinical psychology. <https://doi.org/10.1037/10788-000>
- *Sanderson, W. C., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air. *Archives of General psychiatry*, 46(2), 157-162. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810020059010
- Sassaroli, S., Centorame, F., Caselli, G., Favaretto, E., Fiore, F., Gallucci, M., ... & Rapee, R. M. (2015). Anxiety control and metacognitive beliefs mediate the relationship between inflated responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Psychiatry Research*, 228(3), 560-564. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.053>
- Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Bilt, J., ... & Wang, T. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *Journal of psychiatric research*, 35(5), 293-296. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(01\)00028-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00028-0)
- Sica, C., Musoni, I., Chiri, L. R., Bisi, B., Lolli, V., & Sighinolfi, C. (2007). Social phobia scale (SPS) e social interaction anxiety scale (SIAS): traduzione ed adattamento italiano. *Bollettino di psicologia applicata*, 252, 59-71.
- *Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- *Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*, 19(2), 176. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., & Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver obsessional compulsive inventory

(VOCI). *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1289-1314.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.007>

*Tiggemann, M., & Raven, M. (1998). Dimensions of control in bulimia and anorexia nervosa: Internal control, desire for control, or fear of losing self-control?. *Eating Disorders*, 6(1), 65-71.
<https://doi.org/10.1080/10640269808249248>

Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders*, 5(2), 295-315.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)

White, K. S., Brown, T. A., Somers, T. J., & Barlow, D. H. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 147-157.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.07.009>

Wolpe, J., & Rowan, V. C. (1988). Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behaviour research and therapy*, 26(6), 441-450.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90138-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90138-6)

*Zinbarg, R. E., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Rapee, R. M. (2001). Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. *Journal of abnormal psychology*, 110(3), 372.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.3.372>

* = Opere non direttamente consultate

Sitografia

APA PsycNet Home Page

<https://scholar.google.com/>

ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books.