

LE CONVINZIONI DI DANNOSITÀ DELL'ANSIA (CDA). COSTRUTTO, PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DEL QUESTIONARIO E IMPLICAZIONI CLINICHE* **

Gian Luigi Dell'Erba, Maria Assunta Carati, Stefania Greco, Milena Muya, Ernesto Nuzzo, Anna Gasparre, Romina Greco, Rosanna Isnardi, Domenico Navarra, Antonella Rosito, Valentina Torsello, Roberta Amato

Gian Luigi Dell'Erba (psicologo psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Clinica ASL Lecce, docente APC Lecce), **Maria Assunta Carati, Stefania Greco, Milena Muya** (psicologi psicoterapeuti, Tutor e Centro Clinico APC Lecce), **Ernesto Nuzzo** (psicologo psicoterapeuta, Tutor APC Lecce), **Anna Gasparre, Romina Greco, Rosanna Isnardi, Domenico Navarra, Antonella Rosito, Valentina Torsello** (psicologi specializzandi APC Lecce), **Roberta Amato** (psicologo, Specializzando Studi Cognitivi, Modena).

* - Il presente lavoro è stato effettuato conseguentemente alla attività di Project di ricerca clinica della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Comportamentale APC sede di Lecce.

** - Una versione abbreviata di questo lavoro è stata inviata per la pubblicazione su *Psicopuglia – Bollettino degli Psicologi Regione Puglia*, 2010.

Riassunto

Il presente lavoro ha lo scopo di valutare quali sono le convinzioni specifiche riguardanti la pericolosità e la dannosità dell'ansia attraverso il CDA - Convinzioni Dannosità Ansia -, uno nuovo strumento che attraverso items diretti e mirati si propone di verificare tali convinzioni in relazione all' *ansia in sé come stato*.

L'obiettivo specifico è esaminare con il questionario CDA le convinzioni che sono sottese sia alle condizioni ansiose sia alle altre condizioni psicopatologiche, ed identificare le convinzioni di danno sull'ansia in quanto indicatore al fine di prevenire le ricadute. La ricerca è condotta su un campione di 926 normali e 142 clinici. Gli strumenti utilizzati sono SCI 90-R e LPI (Lecce Psychopathology Inventory, precedentemente pubblicato) e l'intervista SCID. In linea con ipotesi della ricerca, i risultati evidenziano che le "convinzioni di danno" sono significativamente più elevate nei clinici rispetto ai normali e lo sono in modo particolare nei soggetti con disturbi d'ansia che, al confronto con gli altri gruppi diagnostici, superano il cut-off pari a 45,6 ($p < 0,05$). Inoltre, il sottogruppo con DPA è quello che riporta il punteggio superiore, confermando il tratto distintivo di questo indicatore nel modello di tale disturbo.

Altri due risultati vanno nella stessa direzione della peculiarità delle convinzioni di danno per i disturbi d'ansia e della sensibilità dello strumento nel rilevarle: L'Anova e le correlazioni della scala con gli altri due strumenti utilizzati. Il punteggio totale al CDA correla significativamente e positivamente con le sottoscale tipiche del profilo dei soggetti ansiosi, sia in riferimento all'SCL 90-R che all'LPI.

Parole chiave: disturbi d'ansia, credenze di base, convinzioni di danno.

BELIEFS OF HARMFULNESS OF ANXIETY (CDA - "CONVINZIONI DI DANNO DELL'ANSIA" IN ITALIAN). CONSTRUCT, PSYCHOMETRICAL PROPERTIES AND CLINICAL IMPLICATIONS OF QUESTIONNAIRE

Abstract

The present research aims to study the specific beliefs about danger and damage ("Beliefs of Harmfulness of Anxiety" - CDA, "Convinzioni di Danno dell'Ansia" in Italian). The construct was introduced through direct items dealing with state anxiety. The main goal of this work was to study the typical beliefs about anxiety across anxiety disorders and other psychopathological conditions and to use this construct as an indicator in preventive intervention. 926 non clinical and 142 clinical subjects were screened and studied. The psychological assessment consisted of SCL90R, LPI (Lecce psychopathological Inventory, previously published), and SCID interviews. The results showed that the total score of Harmfulness Beliefs of Anxiety was more high in clinical subjects than non clinical, and that anxiety disorders subjects were very high on score that others, with cut off 45,6 ($p < 0,05$). Moreover, Panic/agoraphobia subjects were the highest on total score, in line with the theoretical discussion and the main hypothesis of the research.

The Harmfulness of anxiety Questionnaire demonstrates very good psychometrical characteristics and qualities in sensibility and specificity.

Key Words: anxiety disorders, core beliefs, danger beliefs.

Introduzione

Nella letteratura scientifica si ritrovano diversi modelli e teorie che spiegano l'insorgenza e il mantenimento dei disturbi d'ansia, tuttavia la teoria di Beck e gli approcci cognitivisti sono quelli che per il rigore metodologico, che caratterizza le indagini sperimentali, hanno offerto una solida base esplicativa del funzionamento di questi disturbi ed hanno portato allo sviluppo di trattamenti psicoterapici di provata efficacia.

Secondo l'impianto teorico del cognitivismo clinico, fin dall'infanzia le persone sviluppano alcune convinzioni o credenze di base (*core beliefs*), su se stessi e sul mondo, alcune delle quali così profonde che spesso restano sotto la soglia della coscienza e gli individui non le esplicitano neppure a se stessi. Le credenze di base guidano il soggetto nell'interpretazione degli eventi e tendono a rimanere stabili nel tempo, anche se inesatte e disfunzionali (estreme), poiché gli individui si focalizzano selettivamente sulle informazioni che le confermano non prendendo in considerazione o sminuendo quelle che, invece, attestano il contrario. Esse costituiscono il livello di credenze più profondo: sono globali, rigide, ipergeneralizzate e influenzano una classe intermedia di credenze costituita da opinioni, regole e assunzioni, anche esse spesso non esplicitate ma fortemente interrelate ai pensieri automatici dell'individuo ossia alle cognizioni più vicine alla consapevolezza conscia.

Nei disturbi d'ansia, classicamente, il difetto di elaborazione può essere concepito da un lato come una preoccupazione o "fissazione" relativa al concetto di pericolo, dall'altro come una sottovalutazione delle capacità di farvi fronte (Beck et al. 1985). Dunque, ciò che è importante sottolineare e che contraddistingue l'elaborazione cosciente del paziente ansioso, è il contenuto degli schemi, dominati dalla tematica del pericolo (Beck 1987).

Gli autori che si sono occupati della concettualizzazione dei disturbi ansiosi hanno messo

in luce le diverse convinzioni disfunzionali che hanno un ruolo rilevante nel loro sviluppo e mantenimento. Queste hanno a che fare con l'idea che le persone hanno di sé, del funzionamento mentale, del funzionamento fisico, della salute e dell'ansia (su questo, si veda in particolare Dell'Erba et al. 2009). I pazienti con diagnosi di DOC (disturbo ossessivo compulsivo) evidenziano convinzioni disfunzionali sulla propria mente, sui pensieri intrusivi, e circa l'impatto del pensiero sulla propria condotta (Rachman et al. 1988, Wells 1997, 2000). Nell'ipocondria si rilevano convinzioni disfunzionali sulla morte, sulla sofferenza, sull'influsso del pensiero sulla realtà. Nell'ansia sociale emergono convinzioni negative su di sé, sulle proprie prestazioni e sull'essere bersaglio del giudizio sfavorevole degli altri (Clark e Wells 1995, Wells 1997, Clark 1997). Ancora, nel DAG (disturbo ansioso generalizzato), Wells (1997, 2000, 2006) ha distinto le convinzioni positive di Tipo I, per cui la preoccupazione è ritenuta un'utile strategia di coping, da quelle negative di Tipo II, secondo le quali preoccuparsi è dannoso e può portare al discontrollo. Infine, nel DPA (disturbo di panico e agorafobia) le convinzioni riguardano più nello specifico l'ansia e i sintomi fisiologici ad essa correlati, percepiti dai soggetti come pericolosi e come indice di un grave ed imminente danno fisico o mentale (impazzire, avere un infarto, avere un ictus, perdere il controllo, svenire, soffocare, ...).

In questo lavoro si vuole mettere in luce come le convinzioni di dannosità dell'ansia, sebbene siano caratteristica distintiva del DPA, sono trasversali a tutti i disturbi d'ansia. Una volta attiva la risposta ansiosa, conseguente ad un preciso pericolo percepito (che come abbiamo visto può essere diverso per i vari disturbi ansiosi), le sensazioni fisiche ad essa correlate diventano per il soggetto uno "stimolo-sotto-attenzione". L'ansia stessa viene, quindi, valutata come pericolosa per diversi motivi: il paziente teme le sensazioni come segnale di imminente catastrofe o come segnale di un supposto "strano meccanismo" che parte dal cervello ed è del tutto indipendente dal suo funzionamento mentale, entrando così in un ciclo ricorsivo di pericolo → ansia → pericolo → ansia. Il soggetto può arrivare a dissociare l'emozione sopravvenuta dal pericolo iniziale percepito ed interpretare l'ansia secondo convinzioni specifiche (l'ansia è dannosa) (Dell'Erba et al. 2009).

I soggetti ansiosi attribuiscono i propri stati sia a cause misteriose, inspiegabili, non ben identificabili, sia alla stessa "ansia". Ora, per un ansioso ritenere che il proprio stato alterato sia causato dall'ansia vuol dire sostanzialmente che tale "ansia" non è una condizione "normale" o un normale sentimento, ma un *quid* che sopravviene e può cambiare il corso delle cose, turbare un equilibrio e causare un danno fisico o mentale. È evidente che alla base di tali prospettive vi siano teorie *naive* o quantomeno prospettive ingenuie radicate. Sono questi modi di pensare che poi strutturano le convinzioni di dannosità, ed è questo un punto cruciale proprio alla luce della fenomenologia e della psicologia della condizione ansiosa. Le convinzioni di dannosità dell'ansia svolgono, quindi, un ruolo molto rilevante nello sviluppo dei problemi secondari relativi ai disturbi ansiosi: il modo in cui il soggetto valuta l'ansia e i suoi segnali fisici diventa un elemento estremamente significativo che contribuisce al mantenimento dei disturbi.

Diversi autori hanno cercato di studiare e misurare l'atteggiamento preoccupato dei soggetti riguardo ai propri stati fisici e ai correlati relativi all'emozione dell'ansia.

Uno dei costrutti più interessanti è quello dell'*anxiety sensitivity* (AS), definito come la paura delle sensazioni somatiche dell'ansia e legato alla credenza che queste abbiano conseguenze disastrose sull'individuo (Reiss e McNally 1985). Da esso nasce uno dei questionari più utilizzati, l'ASI (Anxiety Sensitivity Index) (Reiss et al. 1986, Peterson e Reiss 1993) che misura la sensibilità dei soggetti ai sintomi e alle sensazioni d'ansia chiedendo loro quanto siano preoccupati del verificarsi delle conseguenze negative dei sintomi stessi.

Per quanto concerne, invece, nello specifico l'attacco di panico, Chambless e Goldstein

(1988) hanno elaborato il costrutto “paura della paura” il cui focus è la paura del soggetto legata al ripresentarsi dell’attacco di panico. Ciò comprende da un lato la preoccupazione circa le potenziali conseguenze catastrofiche dell’attacco di panico ad es. paura di morire, di impazzire, dall’altro la risposta disadattava legata alle sensazioni somatiche dell’ansia. Partendo da tali presupposti teorici, la Chambless ha messo a punto due questionari che misurano rispettivamente le sensazioni fisiche disturbanti associate all’ansia (Body Sensations Questionnaire, BSQ). E le preoccupazioni circa le possibili conseguenze dell’attacco (Agoraphobic Cognitions Questionnaire, ACQ).

In letteratura, esistono però anche altri lavori che hanno studiato il problema delle cognizioni sull’ansia da un altro punto di vista, utilizzando un approccio che parte dal basso e che registra le affermazioni dei pazienti.

Raffa e collaboratori (2004) hanno cercato di valutare le cognizioni associate alle conseguenze di un attacco di panico attraverso un’analisi qualitativa, raccogliendo cioè le risposte di un campione di 207 pazienti ad una domanda semistrutturata (“che cosa hai paura possa accadere come conseguenza dell’attacco?”). I pazienti hanno riferito un’ampia varietà di cognizioni associate all’attacco di panico raccolte in 32 categorie e le più frequenti sono state: paura di imbarazzo (30%), morte (26%), svenimento (25%), diventare pazzo (18%), perdere il controllo (18%), inabilità di fronteggiamento/perdita dell’indipendenza (18%). Gli autori hanno scelto un approccio “bottom-up” spiegando che un’analisi delle conseguenze temute circa l’attacco di panico, fatta a partire dalle dirette esperienze dei pazienti e non derivante dall’opinione tecnica del clinico, sia più adatta a cogliere la complessità del fenomeno. Gli stessi tuttavia, mettono in luce i limiti dell’utilizzo di una domanda semistrutturata per questo tipo di analisi, non potendo escludere biases legati all’intervistatore. È possibile che i clinici differiscano sia nell’ampiezza delle informazioni che richiedono sulle cognizioni, sia nel ricordare i dettagli riportati dai pazienti.

In un altro studio di Hedley e collaboratori (2000) ai pazienti era chiesto di compilare un diario degli attacchi di panico indicando per ognuno di essi il livello di paura e di sofferenza percepite su una scala Likert da 0 a 10. Dovevano, altresì, registrare i pensieri più terribili associati all’attacco e indicare quanto ritenevano probabile si sarebbe verificato ciò che pensavano (credenze sui pensieri) da 0%, per niente probabile, a 100% assolutamente certo. Ad una cognizione di primo livello ne poteva seguire un’altra di secondo livello. Quelle di primo livello comprendevano danno fisico immediato, danno sociale, danno mentale, mentre tutte le altre erano considerate di secondo livello. I risultati hanno dimostrato che le cognizioni catastrofiche erano correlate con l’intensità dell’attacco di panico, senza differenze tra cognizioni di primo livello e di secondo livello. Anche questa ricerca presenta dei limiti legati allo strumento di misura utilizzato, in quanto è da considerare la difficoltà dei pazienti di trascrivere sintomi e cognizioni quando il grado di ansia è molto alto.

Da quanto si può rilevare, gli strumenti a disposizione sull’ansia indagano sintomi o stati, e chiedono al soggetto di riferire quanto tali sintomi o stati siano presenti, con quale frequenza o quali siano i timori ad essi associati. In tal modo, la questione è ampiamente aggirata e, crediamo noi, mal posta. Al contrario, verificare se l’ansia in se stessa, come condizione, sia pericolosa o dannosa, significa chiedere se proprio “l’Ansia” sia dannosa e non sintomi fisici, sensazioni fisiche o stati psicologici. Le convinzioni che l’ansia provochi un danno fisico o mentale è cruciale se posta in modo diretto.

Peraltro, ricordiamo che l’ACQ valuta quali sono le cognizioni conseguenti l’attacco di panico chiedendo direttamente al soggetto cosa pensa possa accadergli quando si presentano i sintomi dell’ansia (Conti 2000): possiamo quindi osservare che le domande sono

“contestualizzate” al momento in cui è presente l’attivazione fisiologica. Anche Hedley e collaboratori (2000) e Raffa e collaboratori (2004) nelle loro ricerche hanno cercato di indagare le conseguenze temute sull’ansia contestualizzando la domanda all’attacco di panico e quindi al momento in cui è attiva la risposta fisiologica.

Il nostro questionario, invece, si propone di cogliere quali siano le convinzioni che le persone hanno sull’ansia in quanto costrutto globale anche indipendentemente dall’“innescarsi” di uno stato ansioso, senza quindi il riferimento ad uno specifico e puntuale stato di attivazione fisiologica quale quello dell’attacco in cui sono presenti i sintomi fisici dell’ansia.

Competitors

Prima di entrare nel merito della nostra ricerca faremo una breve rassegna della letteratura sugli strumenti che sono, ad oggi, utilizzati per la valutazione dei timori associati all’emozione di ansia.

ASI (Anxiety Sensitivity Index)

L’Anxiety Sensitivity Index, o ASI (Reiss et al. 1986, Peterson e Reiss 1993), permette di rilevare le differenze individuali nell’interpretare come minacciose le sensazioni corporee, fisiche o mentali. Questo strumento consta di 16 items, valutati su scala likert a 5 punti, che riguardano principalmente tre domini: Physical Concerns (paura delle conseguenze fisiche legate all’ansia), Cognitive Concerns (paura delle conseguenze cognitive legate all’ansia), Social Concerns (paura delle conseguenze sociali legate all’ansia). La ricerca empirica ha evidenziato differenze di genere rispetto all’anxiety sensitivity: in particolare, le donne sembrerebbero riportare livelli più elevati di sensibilità all’ansia rispetto agli uomini (Van Dam et al. 2008). Ulteriori analisi hanno rivelato, tuttavia, che tali differenze possono derivare dalle risposte riportate ad un unico item ovvero “*Mi spavento quando mi sento debole*”; la rimozione di questo item non altera la coerenza interna della scala ma elimina la notevole differenza di genere.

In diversi studi l’ASI è stato messo a confronto con strumenti di valutazione di altri costrutti.

Drahovzal e collaboratori (2006) hanno indagato la relazione esistente tra l’ASI e la Pain Catastrophizing Scale (PCS) attraverso analisi correlazionali e fattoriali su un campione di studenti universitari. La PCS misura la tendenza a catastrofizzare il dolore (risposta negativa esagerata causata da un’esperienza dolorosa reale o immaginata) (Sullivan et al. 2001). Lo strumento, a 13 items, consta di 3 sottoscale: ruminazione, esagerazione (enfaticizzazione della spiacevolezza provocata dal dolore e dell’aspettativa di conseguenze negative), impotenza (incapacità ad affrontare la situazione di dolore). ASI e PCS verificano le tendenze disposizionali a catastrofizzare le sensazioni associate rispettivamente con l’ansia e il dolore. L’analisi delle componenti principali e correlazionali hanno mostrato come i due strumenti misurino costrutti indipendenti ma sovrapponibili nella loro dimensione cognitiva, ovvero, nella tendenza generale a catastrofizzare il significato di sensazioni fisiche spiacevoli.

Stewart e collaboratori (2008), hanno messo in relazione ASI e Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT, Longley et al. 2005). Il MIHT è uno strumento di misura *self-report* volto a rilevare i tratti ipocondriaci, è composto da 31 items, valutati su scala likert a 5 punti, ed è diviso in 4 sottoscale: cognitiva, percettiva, comportamentale ed affettiva. Le analisi hanno rilevato una forte correlazione dell’ASI con il punteggio totale di MIHT, e con la dimen-

sione cognitiva ed affettiva dell'ansia sulla salute dell'MIHT (la correlazione più elevata era tra l'ASI e la dimensione affettiva del tratto ipocondriaco). I punteggi all'ASI, inoltre, erano correlati significativamente anche con la componente comportamentale della salute (punteggi sulla dimensione comportamentale dell' MIHT): sebbene l' anxiety sensitivity non fosse associata con determinati comportamenti (es. evitamento di cibi non sani), essa era significativamente e positivamente associata con comportamenti tipici dell'ansia connessa allo stato di salute (quali ad es., la ricerca di assicurazione). Secondo gli autori, l'ASI e l'MIHT possono essere meglio rappresentati come due tratti correlati ma indipendenti piuttosto che come manifestazioni di un singolo tratto sottostante.

L'anxiety sensitivity è stata studiata anche in rapporto alle dimensioni di alessitimia in pazienti con disturbi somatoformi, ansiosi e depressivi (Celikel e Saatcioglu 2007). In questi tre gruppi sono emerse correlazioni significative positive tra i punteggi totali dell'ASI e della TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale): l'ASI era positivamente correlata con difficoltà nell'identificare i sentimenti e nel distinguere le sensazioni corporee dalle emozioni.

Un altro filone di ricerche si è, invece, orientato alla sperimentazione di forme differenti dell'ASI.

Una versione più estesa dell'ASI, l'Anxiety Sensitivity Index - Revised (ASI-R) (Taylor e Cox 1998), consta di 36 items e valuta 4 dimensioni: a) la paura dei sintomi respiratori; b) la paura delle reazioni ansiose che possono verificarsi in pubblico; c) la paura dei sintomi cardiovascolari; d) la paura di perdere il controllo della mente. Questa forma è stata somministrata ad un largo campione di persone di differenti culture, in 6 diversi paesi in America ed Europa (Bernstein et al. 2006) cercando di determinarne la struttura fattoriale e la consistenza interna. Parzialmente in linea con le ipotesi originali, la struttura basilare del costrutto di emotività ansiosa è risultata sostanzialmente simile tra i paesi, incidendo sulla paura circa le conseguenze negative delle sensazioni fisiche, cognitive e sociali legate all'ansia.

Nella loro analisi critica dei fattori dell'ASI-R, in uno studio su un campione australiano di pazienti affetti da disturbi d'ansia, Armstrong e collaboratori (2006) hanno dimostrato che lo strumento può essere ridotto a 21 items e restare una valida misura del costrutto. Con la stessa forma, inoltre, lo stesso gruppo di ricerca (Khawaja et al. 2008) ha analizzato la relazione tra le dimensioni dell'ASI e i sintomi dell'ansia in popolazioni cliniche e non cliniche, evidenziando che la dimensione della paura di perdere il controllo è il maggior predittore dei sintomi fisiologici, cognitivi ed emotivi legati all'ansia in entrambe le popolazioni. Molti altri lavori, peraltro, confermano che questa dimensione è un importante predittore dei sintomi ansiosi (Cox et al. 2008) in accordo con il modello di Clark (1986), secondo cui sintomi fisiologici dell'ansia possono essere erroneamente interpretati come segno di pazzia (perdita di controllo).

Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ).

È una scala autosomministrata che indaga la frequenza di pensieri catastrofici negativi sperimentati nel corso di un attacco d'ansia. Originariamente la scala era composta da 9 items; successivamente sono stati aggiunti ulteriori 6 items basati sui resoconti riportati dai pazienti al termine delle sedute di esposizione. Dei 15 item, 6 sono relativi ad aspetti fisiologici e 8 ad aspetti comportamentali. Vi è poi un altro item nel quale registrare un'ulteriore risposta generica che non andrà ad incidere sul punteggio finale. Gli item valutano su una scala Likert a 5 punti (da "non penso mai a questo" a "lo penso ogni volta che sono ansioso") la frequenza con cui si manifesta un determinato pensiero nel momento in cui si sperimenta ansia. Esempi di item sono:

“Adesso vomiterò”, “Adesso farò cose insensate”, “Perderò il controllo di me stesso” (Greco e Dell'Erba 2009).

L'analisi fattoriale condotta dal gruppo di ricerca ha evidenziato due fattori: uno relativo alla perdita di controllo e l'altro relativo alle preoccupazioni fisiche. Stessi risultati sono stati replicati in studi successivi (Arrindel 1993a, Bouvard et al. 1998). La scala a 14 item presenta un'alta consistenza interna (α di Cronbach= 0.87), una buona stabilità e una discreta affidabilità test-retest ($r=0.74$).

Body Sensations Questionnaire (BSQ).

È uno strumento di autovalutazione costituito da 18 item che indagano la misura in cui il soggetto è preoccupato dalle sensazioni corporee legate all'ansia sperimentate nel corso dell'ultima settimana. Gli item sono stati costruiti domandando a pazienti ed intervistatori di riferire le sensazioni sperimentate dai primi nel corso di esposizioni a situazioni fobiche percepite come particolarmente stressanti. Come nel questionario precedente, gli item sono valutati su una scala a 5 punti, da 1 (per niente preoccupato) a 5 (estremamente preoccupato). Il questionario presenta una buona consistenza interna (α di Cronbach=0.80), e una buona affidabilità test-retest ($r=0.67$).

Dall'analisi statistica condotta dal gruppo di Chambless è emerso che ACQ e BSQ sono validi ed affidabili strumenti per la valutazione della paura negli agorafobici e sono in grado di discriminare i soggetti agorafobici dai soggetti normali o con patologie psichiche differenti. Buona è risultata anche la sensibilità al cambiamento di soggetti che si sottopongono ai trattamenti (Conti 2000; Greco e Dell'Erba 2009).

Non tutti gli studi, comunque, sono concordi nel ritenere le due scale così valide. Una rassegna in letteratura rivela, infatti, che le proprietà psicometriche di entrambe richiedono ulteriori approfondimenti, poiché la loro struttura fattoriale non è ancora chiara (Arrindel 1993a, Bouvard et al. 1998, Stephenson et al. 1998, 1999).

Infatti, proprio considerando l'importanza e l'ampia diffusione di ACQ e BSQ per l'assessment dell'ansia, grazie anche alla loro economicità ed alla facilità di somministrazione (Arrindel 1993b), Khawaja (2003) ha cercato di valutare la struttura fattoriale delle due scale su un campione di 228 pazienti australiani (64% donne e 36% uomini) con disturbo d'ansia, dei quali il 54% con una prima diagnosi di disturbo di panico con o senza agorafobia, e il resto con diagnosi di fobia sociale, ansia generalizzata e disturbo ossessivo-compulsivo. Mentre gli studi che ritengono buone le proprietà delle scale hanno utilizzato l'analisi fattoriale esplorativa con rotazione ortogonale, in questo studio si è utilizzata l'analisi fattoriale confermativa che non ha riconosciuto valida la struttura a due fattori dell'ACQ risultante dalle analisi precedenti. Analogamente l'analisi fattoriale confermativa del BSQ non ha rilevato una soluzione unifattoriale. Contrariamente a quanto emerso dalla ricerca di Chambless e collaboratori (1984), la scala sembra avere più di una dimensione; vista, però, la debolezza di alcuni item, il numero delle sottodimensioni non risulta essere chiaro. Come per l'ACQ, la rimozione di item scarsamente validi, non migliora l'integrità dello strumento. I risultati dello studio vanno interpretati con una certa cautela in quanto ottenuti su un campione limitato composto, tra l'altro, da soggetti con diversi disturbi d'ansia e non solo da pazienti con disturbo di panico con o senza agorafobia, sui quali sono state costruite le scale. Tuttavia, pur con tali limiti, la ricerca conferma le precedenti analisi fattoriali che mettono in evidenza dati contraddittori suggerendo l'opportunità di ulteriori revisioni delle stesse.

La ricerca sulle CDA: obiettivi, strumenti e metodi

Obiettivi della ricerca

Lo scopo del presente lavoro è quello di verificare quali sono le convinzioni specifiche dell'ansia attraverso il CDA - Convinzioni Dannosità Ansia -, uno strumento che pone quesiti diretti e mirati. Pensiamo esso possa rappresentare una novità rispetto alla moltitudine di scale valutanti l'ansia ed orientate principalmente ad indagare i sintomi o gli stati ad essa correlati, ad identificarne la loro presenza e frequenza, ad individuare i timori associati ai sintomi stessi, poiché si propone per l'appunto di verificare se *l'ansia in sé come condizione* sia pericolosa o dannosa.

Nello specifico l'obiettivo è valutare con il CDA le convinzioni che sono sottese alle condizioni ansiose, sia nei disturbi categoriali che nelle altre condizioni psicopatologiche. Ci si propone, inoltre, di: a) discriminare i soggetti con punteggio elevato, che è possibile prevedere siano categorialmente correlati ai disturbi ansiosi; b) discriminare i soggetti con altri disturbi categoriali; c) identificare le convinzioni sull'ansia in quanto marker per prevenire le ricadute.

Campione

La ricerca è stata condotta su un campione di 926 normali e 142 clinici. I soggetti normali erano variamente reclutati dai partecipanti alla ricerca; inoltre, erano reclutati soggetti partecipanti ad altre ricerche, i quali accettavano di compilare anche i materiali della presente ricerca (dipendenti ASL, partecipanti a corsi scolastici per genitori ed insegnanti, infermieri, ...). Il campione clinico è composto come illustrato nella Tabella 1. Il soggetti erano divisi per diagnosi categoriale, e includendo nei sottogruppi diagnostici diagnosi singole. La diagnosi categoriale si riferiva agli standard SCID-I (in pochi casi MINI 5.5 PLUS) e comunque aderente ai criteri DSM IV-TR (Dell'Erba 2008). In particolare, il sottogruppo di pazienti "Misti" (N=39) aveva diagnosi multiple sia in Asse I che in Asse II. Le caratteristiche dei soggetti del campione sono state, nei limiti del possibile, tenute presenti e studiate metricamente. L'inclusione dei soggetti seguiva un andamento *snowball*, come accade nella maggior parte di questo tipo di indagini con campioni composti e con ampiezza rilevante.

Strumenti

CDA

Il CDA è costituito da una lista di 10 affermazioni che indicano altrettante convinzioni sull'emozione ansiosa.

Gli items che lo compongono sono tratti dai resoconti dei pazienti in terapia; si è proceduto sulla base di queste verbalizzazioni, costruendo dapprima una lista di conseguenze temute a causa dell'emozione d'ansia ed estrapolando successivamente le 10 affermazioni più utilizzate (Dell'Erba et al. 2009).

Alcuni di questi items, nello specifico il 2°, il 3°, il 4° valutano le convinzioni di pericolosità dell'ansia sulla base degli effetti che essa può determinare a livello fisico, (timore di avere un infarto, di svenire o perdere coscienza, di soffocare o asfissiare); altri quali il 1°, il 5°, il 6° si riferiscono invece alle convinzioni correlate alle conseguenze che l'ansia può avere a livello comportamentale, (timore di perdere il controllo, di commettere azioni irresponsabili, di agire in modo imbarazzante davanti agli altri); l'item 7 valuta la convinzione di pericolosità dell'ansia in relazione alla sensazione di impotenza o incapacità del soggetto, a risolvere i propri problemi

di vita; gli item 9 e 10 possiamo meglio dire che valutano l'ansia come segnale di un'anomalia del proprio funzionamento biologico o mentale, l'attenzione in essi non è posta sulle conseguenze dei sintomi ma piuttosto sulla convinzione che l'ansia sarebbe un segnale di un problema o di una disfunzione a monte; anche nel n°8 sarebbe un'emozione/indicatore di un pericolo quasi certo ma indefinito.

Gli items vengono valutati dal soggetto come "grado di accordo-disaccordo", in un continuum da 0 (nessun accordo), a 10 (massimo accordo). Si considera il punteggio totale come indicatore complessivo delle CDA.

Il questionario offre dei vantaggi rispetto alla sua somministrazione: è uno strumento semplice, di facile comprensione, che richiede dei tempi minimi di compilazione, (10 - 15 minuti al massimo).

Scheda per le variabili indipendenti

Oltre alle classiche voci di identificazione dei soggetti, quali genere, età, titolo di studio, stato civile, sono stati inseriti altri criteri per l'esclusione di soggetti dal campione normale, ritenuti non idonei. Una domanda (Domanda 5: "Ha in corso un trattamento/terapia per un Disturbo Mentale (psichiatrico/psichico/psicologico)?") ha avuto lo scopo di escludere soggetti reclutati nel campione normale, ma che, in effetti, si erano rivolti ad un professionista per un trattamento psicologico. Un secondo item (Domanda 6: "Si è sentito infelice, depresso, teso, stressato, per la maggior parte dei giorni, negli ultimi 2 mesi?") è stato inserito come rafforzativo, qualora il risultato fosse tutto orientato verso la scelta No (la risposta 2). Questa domanda, nelle variabili indipendenti, è stata inserita allo scopo di studiare il comportamento e la distribuzione del campione, quindi è una variabile che può essere considerata solo se assume una distribuzione assolutamente non equivoca.

Sono inserite anche altre voci specifiche per i soggetti clinici, come la diagnosi sindromica (Asse I; Domanda 7), l'orientamento in Asse II (Domanda 8), ed un item filtro per i gruppi clinici (Domanda 9, "stadio clinico") in quanto sono inclusi solo soggetti che hanno appena iniziato un trattamento o sono alla 1° visita. L'ultimo item è una graduazione della VGF (Asse 5 del DSM IV-TR; Domanda 10) che esprime le condizioni di gravità e compromissione del paziente.

SCL 90-R

La scala *Symptom Checklist - 90 - Revised - SCL-90-R* (Derogatis 1983) è un questionario *self-report* composto da 90 item che utilizza una scala Likert a 5 punti (da 0=per niente a 4=moltilissimo). Il questionario, basato sull'Hopkins Symptom Checklist, a sua volta basato sul Cornell Medical Index, permette di ottenere una valutazione della psicopatologia generale e clinica di soggetti adulti considerando 9 sotto-scale: Somatizzazione, Ossessivo-Compulsiva, Sensibilità, Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoidea, Psicoticismo.

Dalle valutazioni attribuite a ciascun item si possono derivare sia i punteggi relativi alle singole sottoscale per elaborare un profilo multidimensionale, sia un Indice di Gravità Globale (*Global Severity Index - GSI*), che indica il livello generale di sintomatologia. Inoltre, sono previsti altri due indici di controllo che consentono di identificare eventuali distorsioni o falsificazioni delle risposte: PST (positive symptom total) che riguarda il numero degli item

positivi, cioè dal punteggio 1 a 4; PSDI (positive symptom distress index) che consiste nel rapporto tra punteggio totale e PST (Dell'Erba 2008, Dell'Erba et al. 2010). Il SCL90-R è stato oggetto di una indagine mirata ad identificare i valori normativi italiani locali (Dell'Erba et al. 2010).

LPI

Lo strumento LPI, (Lecce Psychopathology Inventory), (Dell'Erba et al. 2009, Dell'Erba et al. 2010), è stato pensato e costruito per lo screening, l'assessment, il monitoraggio e lo studio di esiti di trattamenti in area psicopatologica, secondo un metodo self-report di somministrazione.

La LPI è un questionario di 46 item che misura i sintomi nell'ultima settimana e può essere replicata a partire da questo gradino temporale. Le risposte sono valutate su una scala Likert classica a 5 punti, 0-4. Essa intende indagare la sintomatologia dei soggetti: è una scala quantitativa e composta da fattori (o sottoscale) elaborati sulla base dei criteri di definizione di alcuni disturbi mentali, come presenti nel DSM IV-TR. A tali raggruppamenti o fattori, inoltre, si aggiungono altri fattori che hanno un'utilità clinica nell'assessment, nello screening e nella valutazione di esito.

I fattori clinici sono: ossessività (per DOC), ansia sociale (per DAS), panico (per DPA), ipocondria (per Ipocondria), Iper.Preoccupazioni (per DAG), stress post-traumatico (per DPTS), depressione (per Distimia e DDM), paranoia (per D.Delirante), psicoticismo (per Schizofrenia e disturbi psicotici associati). Gli altri fattori, o sottoscale, sono: Totale (che è la media di tutte le sottoscale ovvero di tutti i punteggi), Tensione (che identifica stati di tensione trasversali alle categorie diagnostiche), Ostilità (che identifica stati o atteggiamenti di rischio interpersonale), Metacognizione (una sottoscala trasversale che analizza un costrutto e lo studia in modo differenziato a seconda della categoria diagnostica). La sottoscala Tensione è composta da 4 item, la sottoscala Metacognizione da 9 item e le rimanenti da 3 item. Questo strumento, sperimentale, è stato considerato in quanto molto appropriato data la natura della ricerca. Le caratteristiche psicometriche si sono dimostrate essere molto buone e sono disponibili in Dell'Erba et al. (2010).

Statistiche utilizzate

Sono state utilizzate statistiche descrittive e l'analisi della varianza al fine di indagare se il CDA differisce per le variabili indipendenti quali genere, età, titolo di studio, stato civile, tipo di terapia, diagnosi ricevuta.

Come misure dell'Attendibilità dello strumento sono state utilizzate l'Alpha di Cronbach, e lo Split-half. Il coefficiente α di Cronbach è stato utilizzato come misura di consistenza interna del CDA; l'affidabilità del retest è stata valutata calcolando il coefficiente di correlazione di Pearson tra le misure ottenute nei due tempi. Il retest è avvenuto dopo 5 ore ad un gruppo di 38 soggetti normali che partecipavano ad un corso di formazione per genitori, in una scuola media. Lo Split-half è stato utilizzato per identificare la possibilità che una parte del test correli con una seconda parte del test stesso, garantendo che lo strumento sia compatto, strutturato e coerente.

Al fine di testare i diversi tipi di validità dello strumento, di criterio, concorrente, di contenuto, validità esterna, è stata utilizzata una matrice di correlazione.

Come misura della Validità di Criterio o Concorrente si è utilizzata la matrice di correlazione tra CDA e SCL90R e LPI. Infatti, nel caso dello studio delle CDA non esiste uno strumento che rilevi il costrutto specifico delle CDA. Uno strumento simile può essere l'ASI, ma esso

esprime un costrutto capovolto rispetto alle CDA, cioè la valutazione di sensazioni e sintomi e non la valutazione di convinzioni di pericolosità o dannosità delle emozioni. In modo molto indiretto, la correlazione tra indici di ansia (ottenuti attraverso l'SCL90R e LPI) e punteggi delle CDA possono svolgere parzialmente questo ruolo.

Come misura della Validità Esterna si è indagata la relazione tra i risultati dello strumento con un indicatore presente al di fuori della indagine sperimentale. In sostanza, si è voluto vedere se le CDA, che sono elevate nel panico (nel quale sono specifiche), possono essere generalizzate anche ad altri disturbi, dove tuttavia non sono così centrali nello sviluppo e mantenimento del disturbo.

Come misura della Validità di Contenuto attraverso un ANOVA CDA * Diagnosi, si è visto se le CDA sono più elevate negli ansiosi (con maggiore intensità nel panico) e meno negli altri disturbi non ansiosi. Il fatto che le CDA siano riferite all'Ansia come emozione, non vuol dire che l'ipotesi sia tautologica, dal momento che le emozioni di ansia sono equidistribuite in tutte le condizioni mentali patologiche ed i sentimenti ansiosi sono intensi in ogni condizione psicopatologica. Tuttavia, mentre nelle altre condizioni psicopatologiche le CDA non sono una parte integrante e specifica del meccanismo (o organizzazione) del disturbo, nel caso dei disturbi ansiosi questo sembra essere dimostrato (Dell'Erba et al. 2009).

Infine, come misura della Validità di Costrutto si è voluto verificare se l'indicatore (o la misura), si comporta prevedibilmente come previsto dalla teoria o dal modello. Nel caso del questionario sulle CDA si è cercato di capire, attraverso un ANOVA CDA * Diagnosi, se i soggetti con punteggio più elevato al CDA sono soggetti con diagnosi di disturbo ansioso, e se tra questi è il sottogruppo con disturbo di panico a presentare il punteggio maggiore.

La struttura fattoriale sottostante la CDA è stata indagata attraverso un'Analisi fattoriale con metodo di rotazione varimax.

Risultati

Punteggi e cut-off

Dai risultati emerge che il punteggio del CDA si differenzia in modo significativo nel campione clinico rispetto al campione normale, in particolare risulta essere più elevato nei gruppi diagnostici specifici dei disturbi d'ansia rispetto agli altri sottogruppi (vedi Tab.1 e Fig.1), superando il cut-off pari a 45,6 ($p < 0,05$; $N=926$; $M=15,6$; $DS=18,3$): DPA ($M=74,6$, $DS=9,7$), DOC ($M=60,8$, $DS=7,8$), DAG ($M=72,3$ $DS=16,6$) e DAS ($M=60$ $DS=10,4$).

Questi dati evidenziano come le convinzioni di dannosità dell'ansia siano una caratteristica elettiva dei disturbi ansiosi, veri e propri *marker* dell'ansia. Il fatto, peraltro, che all'interno dei disturbi ansiosi il punteggio maggiore si rilevi nei soggetti con diagnosi di Panico ($M=74,6$, $DS=9,7$), conferma l'ipotesi iniziale secondo cui le convinzioni di dannosità dell'ansia siano proprie di questo disturbo. I gruppi della Tabella 1 sono costituiti da soggetti con disturbi puri senza comorbidità.

Analisi della varianza.

Al fine di esaminare la relazione tra le variabili indipendenti considerate nella nostra ricerca e punteggi al CDA è stata condotta un'analisi della varianza multivariata.

Figura 1. Punteggi del CDA nei sottogruppi clinici e cut off ($p < 0,05$; $N = 926$).

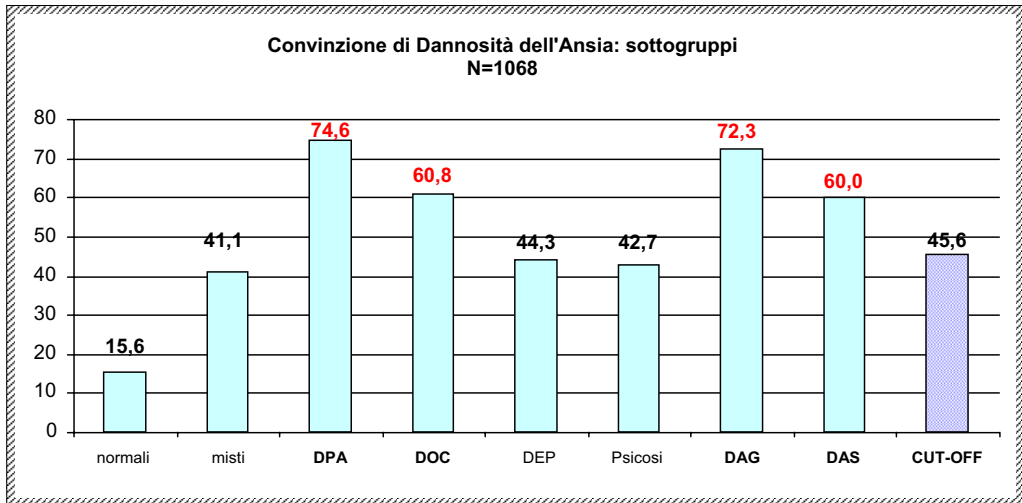


Tabella 1. I gruppi clinici e non clinici del campione della ricerca

CAMPIONE	M	N	DS
normali	15,6	926	18,3
misti	41,1	39	26,0
DPA	74,6	38	9,7
DOC	60,8	19	7,8
DEP	44,3	13	5,8
Psicosi	42,7	13	12,4
DAG	72,3	12	16,6
DAS	60,0	8	10,4
CUT-OFF	45,6		

Tabella 2. AVOVA sulle variabili indipendenti del campione

	ETA	STATO CIVILE	TITOLO DI STUDIO	TERAPIA	DIAGNOSI	STADIO CLINICO	DISAGIO	VGF
P	,01	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000
F	3,167	10,905	6,478	82,618	119,353	11,639	164,645	8,253

L'ANOVA rileva differenze significative nei punteggi relativamente a età, stato civile, titolo di studio, terapia, diagnosi, stadio clinico, disagio e VGF (Tab 2).

Analisi della varianza campione intero (n=1068)

- L'analisi della varianza mette in luce un effetto non significativo ma comunque tendenzialmente significativo del fattore sesso sul punteggio totale ($F=3.628$, $p=.057$): le donne riportano punteggi mediamente più elevati al CDA, evidenziando una vulnerabilità superiore rispetto agli uomini per le convinzioni di dannosità sull'ansia. Questo è un dato in linea con quanto emerge dagli studi epidemiologici sulla popolazione generale che indicano una maggiore prevalenza nel sesso femminile di gran parte dei Disturbi d'Ansia (DAG, alcune Fobie Specifiche, Disturbo di Panico con o senza Agorafobia, Fobia Sociale).

- Per la variabile età dai confronti post-hoc ($\alpha=.05$) emerge che sono i soggetti tra i 30 e i 60 a presentare punteggi più elevati. Nelle percentuali medie dei vari raggruppamenti il gruppo di età 3 (31-45 anni) riporta punteggi significativamente maggiori rispetto sia al gruppo di età 2 (19-30 anni) che a quello di età 5 (>60 anni); il gruppo di età 4 (45-60) registra anche esso percentuali significativamente superiori nei confronti del gruppo 5 e tendenzialmente maggiori nei riguardi del gruppo 2 ($p=.069$).

- I confronti post-hoc ($\alpha=.05$) per il fattore stato civile mostrano che i coniugati evidenziano livelli di convinzioni di danno dell'ansia significativamente maggiori rispetto a celibi e nubili. Non si rilevano invece differenze nell'interazione tra gli altri gruppi. Tale risultato potrebbe essere attribuibile, secondo gli autori, alla differenza dei compiti di ruolo esistenti tra questi due gruppi. Gli sposati si trovano ad affrontare un elevato numero di richieste ed esigenze di tipo affettivo che emergono nella famiglia e ciò può, forse, riflettersi in una maggiore sensibilità per temi inerenti il pericolo, inteso non solo come possibile danno a sé ma anche come ostacolo allo svolgimento del proprio ruolo di protezione e accudimento nei confronti dei congiunti.

- Un effetto significativo si registra ancora per la variabile titolo di studio, dai confronti post-hoc ($\alpha=.05$), infatti, risulta che minore è il livello di istruzione maggiore è la percentuale media di risposte al CDA. I soggetti del campione con Diploma di Laurea o Specializzazione Post Laurea, e quindi con un bagaglio formativo più importante, sembra siano meno vulnerabili alle convinzioni sulla dannosità dell'ansia. Si può ipotizzare che un certo background culturale fornisca strumenti di conoscenza che consentono alle persone di comprendere ed interpretare meglio alcune esperienze soggettive sia di tipo psichico che fisico.

- Per il fattore terapia, dai confronti post-hoc ($\alpha=.05$) risulta che tutti i soggetti in trattamento offrono percentuali di risposte di danno significativamente superiori a quelli che invece non seguono alcuna terapia, ma ciò ovviamente è attribuibile al fatto che questi ultimi non hanno un disturbo e pertanto è naturale che evidenzino minori convinzioni disfunzionali sull'ansia. Non si osserva alcuna differenza significativa tra i punteggi dei soggetti che hanno in corso un trattamento qualunque esso sia: solo farmacologico, solo psicoterapico, o combinato.

- Per la variabile disagio l'ANOVA evidenzia un effetto altamente significativo ($F=164.64$, $p=.000$). Dai nostri risultati emerge che le persone, che abbiano o meno un disturbo definito, nel momento in cui vivono una qualche forma di disagio psicologico presentano elevate percentuali di convinzioni di danno dell'ansia. È questo un dato secondo noi molto interessante in quanto suggerisce che le convinzioni di dannosità dell'ansia rappresentano un indice di "problema sottosoglia" e, quindi, disporre di uno strumento che punta alla loro rilevazione può diventare molto importante e utile in una fase di screening.

- Per il fattore diagnosi Asse I dai confronti post-hoc ($\alpha=.05$) effettuati si osserva, in linea con le attese della ricerca, che i soggetti che soffrono di un Disturbo d'Ansia sono quelli con risposte di dannosità dell'ansia significativamente più elevate rispetto a tutti gli altri; non si evince nessuna differenza significativa solo nei confronti del gruppo che ha una diagnosi di DCA. Da questi risultati si può concludere che le convinzioni prese in esame possono essere considerate componenti specifiche o veri e propri marker dell'ansia. Il fatto che anche nei DCA esse emergano con forza è un risultato comprensibile e in accordo con alcune delle caratteristiche di questi disturbi, nei quali l'emozione di ansia è piuttosto rilevante: nell'Anoressia spesso si osservano comportamenti ossessivo-compulsivi nel rapporto con il cibo e nella Bulimia di frequente si riscontrano sintomi d'ansia, ad esempio, nelle situazioni sociali. Dai confronti, peraltro, risulta che Psicotici, soggetti con un Disturbo dell'Umore e con DCA danno percentuali di risposte significativamente maggiori rispetto al gruppo "altri disturbi" e "nessun disturbo", un dato questo a sostegno dell'osservazione clinica che l'ansia è un'emozione trasversale ai diversi disturbi.

Analisi della varianza campione clinici (n=142)

L'Analisi della varianza per le variabili VGF, stadio clinico e diagnosi Asse II è stata fatta solo sul campione dei clinici.

- Per la variabile VGF, i confronti post-hoc ($\alpha=.05$) evidenziano, come ci si poteva aspettare, che i soggetti del gruppo con il livello di funzionamento più basso (VGF=0-25), e quindi con un disturbo gravemente invalidante, riportano percentuali di risposte di danno maggiori rispetto a tutti gli altri. Un dato molto interessante e che va nella direzione della nostra ipotesi riguarda i soggetti del gruppo con VGF=76-100 che offrono una percentuale media di risposte più alta al CDA rispetto a quelli del gruppo 3 (VGF=51-75). Il risultato si può spiegare se si considera che il nostro campione di clinici comprende soggetti con varie diagnosi e tra di essi sono i pazienti con disturbi di ansia, i quali per quanto ci consentono di concludere i nostri risultati presentano maggiori convinzioni di danno, che possono avere un più alto livello di funzionamento personale e sociale.

- Per la variabile "stadio clinico" si registra un effetto significativo delle risposte dei soggetti in valutazione iniziale ($F=11.64$, $p=.001$) rispetto a quelli nella fase prime sedute. Tale risultato è in linea con quanto previsto e conferma l'ipotesi che le convinzioni di danno sono un indicatore di una condizione di interesse clinico. I pazienti quando si presentano ad un primo esame manifestano un'alta percentuale di convinzioni disfunzionali ed è necessario l'avvio di un percorso di trattamento, limitato anche a poche sedute, per ottenerne una riduzione.

- Per la diagnosi su Asse II non si evince nessuna differenza significativa tra i tre cluster di Disturbi di Personalità relativamente alla frequenza delle risposte di dannosità dell'ansia.

Correlazione tra CDA e SCL-90R

È stata calcolata la correlazione tra SCL-90R e CDA nel campione dei normali e in quello dei clinici separatamente al fine di esaminare come si comporta il nostro strumento rispetto all'SCL-90R, strumento per la valutazione della psicopatologia in ambito clinico di provate proprietà psicometriche, sia in una popolazione che nell'altra.

Correlazione CDA e SCL-90R campione normali (n=926)

Il punteggio totale al CDA correla positivamente con tutte le scale dell'SCL-90R ; nonostante il risultato non discriminante, questo potrebbe indicare che le scale sintomatologiche correlano con le CDA, piuttosto che con gli scarsi sintomi. Infatti, i soggetti non clinici sono significativamente distinti da tutti i gruppi clinici.

Correlazione CDA E SCL-90R campione clinico (n=142)

I risultati evidenziano una correlazione altamente positiva ($p=,000$) del punteggio totale al CDA, oltre che con il GSI ($r=,32$), con SOM ($r=,49$), ANX ($r=,56$) e PHO ($r=,46$). Ciò conferma l'ipotesi sperimentale secondo cui un punteggio più elevato al CDA coincide con il profilo dei pazienti con Disturbo di Panico con o senza Agorafobia, somatizzazione, fobia/evitamenti e ansia (Dell'Erba e al. 2009) e rimarca la validità dello strumento nel centrare ciò che intende misurare: le convinzioni patogene sull'ansia.

Correlazione tra CDA e LPI

Si è voluto calcolare anche la correzione tra CDA e LPI, strumento costruito come misura di valutazione di assessment, di screening e di esito, le cui proprietà psicometriche sono state studiate e dimostrate in un'altra ricerca (Dell'Erba et al., 2010).

Correlazione CDA e LPI campione normali (n=926)

Il punteggio totale al CDA correla positivamente con tutte le scale dell'LPI.

Correlazione CDA e LPI campione clinici (n=142)

Dai dati ottenuti emerge che, anche in questo caso, il punteggio totale al CDA correla positivamente non solo con il punteggio totale all'LPI ma anche con alcune sottoscale specifiche. La correlazione è molto significativa ($p=,000$) per Tensione ($r=,47$), Panico ($r=,38$), Metacognizione ($r=,37$), Iperpreoccupazione ($r=,32$); è, altresì, significativa ($p=,004$) per Ipocondria ($r=,24$), ($p=,023$) Fobie ($r=,19$). È questo un risultato che sottolinea ulteriormente come le convinzioni di dannosità dell'ansia siano presenti in modo specifico nei soggetti che presentano un corollario di sintomi riconducibili al quadro ansioso. Infatti, a parte le scale Tensione, che identifica stati di tensione trasversali a tutti i disturbi, e Metapreoccupazione, che fa riferimento a un atteggiamento mentale con cui si tende a confondere tra loro processi mentali differenti ed è anch'essa trasversale alle varie categorie diagnostiche, tutte le altre sottoscale misurano aspetti sintomatologici di determinati disturbi d'ansia.

Nel complesso, i dati ottenuti dalle correlazioni nei due campioni, normali e clinici, possono essere, a nostro avviso, interpretabili come una dimostrazione che le convinzioni di danno dell'ansia, mentre nella popolazione normale si distribuiscono senza segnalare problemi particolari in aree oggetto di attenzione clinica (ad esempio, correlazioni nel campione dei normali),

nei pazienti sono degli indicatori specifici di alcuni disturbi dei quali il sintomo dell'ansia è un ingrediente fondamentale e distintivo (si veda, ad esempio, le correlazioni nel campione dei clinici).

Conclusioni

Lo strumento CDA intende valutare le convinzioni relative alla dannosità dei sentimenti ansiosi, che sono alla base dei disturbi d'ansia (Dell'Erba et al. 2009) e che ne costituiscono il marker più importante (anche se il meno scontato). Misurare tale indicatore vuol dire misurare uno dei fattori di mantenimento dei circoli viziosi dei disturbi ansiosi e valutare (o "screenare") la presenza di tale marker in soggetti che hanno terminato un trattamento, ma presentano ancora questo fattore attivo (condizione che possiamo definire come "a rischio" di ricaduta). Tale misura permette, altresì, di identificare soggetti appartenenti alla popolazione non clinica che presentano un fattore di rischio per lo sviluppo di una condizione ansiosa clinica.

Una prima analisi svolta nella ricerca ha riguardato la distribuzione delle convinzioni di danno sull'ansia in rapporto ad alcune variabili demografiche. Le CDA nel nostro campione totale, di normali e clinici, risultano tendenzialmente più elevate nelle donne, significativamente maggiori nei soggetti di età compresa tra i 30 e i 60 anni, nei coniugati e nelle persone con un background culturale più modesto.

Per quanto concerne, invece, lo studio dello strumento in ambito clinico, in linea con le attese della ricerca un primo dato importante si ricava dai punteggi al CDA; da questi emerge che le convinzioni di danno sono significativamente più elevate nei clinici rispetto ai normali e lo sono in modo particolare nei soggetti con disturbi d'ansia che, al confronto con gli altri gruppi diagnostici, superano il cut-off pari a 45,6. Peraltro, il sottogruppo con DPA è quello che riporta il punteggio superiore a conferma del tratto distintivo di questo disturbo.

Altri due risultati vanno nella stessa direzione della peculiarità delle convinzioni di danno per i disturbi d'ansia e della sensibilità dello strumento nel rilevarle: l'ANOVA e le correlazioni della scala con gli altri due strumenti utilizzati nella ricerca. Il punteggio totale al CDA, infatti, correla significativamente e positivamente con le sottoscale tipiche del profilo dei soggetti ansiosi, sia in riferimento all'SCL-90-R che all'LPI.

Le convinzioni disfunzionali sull'ansia, quindi, sono un elemento distintivo dei disturbi ansiosi, ma al contempo l'ansia è un'emozione comune e presente in varie condizioni psicopatologiche, e la credenza di essa come di una condizione che una volta attivata può causare danni rilevanti è molto diffusa. In questo lavoro, il dato che le convinzioni di danno siano trasversali a vari disturbi, anche se non specifiche di essi, è dimostrato dai punteggi del gruppo dei clinici, così come abbiamo già osservato, e dall'analisi della varianza da cui risulta che i soggetti con DCA, Psicotici e con Disturbo dell'Umore offrono percentuali di risposte significativamente maggiori rispetto al gruppo "altri disturbi" e "nessun disturbo", tuttavia distinguendosi significativamente dal gruppo dei pazienti ansiosi.

Da dati clinici, inoltre, si rileva che soggetti con condizioni "ansiose" dovute ad abuso e/o dipendenza da sostanze, non presentano tale marker. Secondo il nostro punto di vista, ciò è dovuto al fatto che, in questi casi, la condizione "ansiosa" è una condizione che "simula" l'ansia clinica, tuttavia, non ne ha le caratteristiche psicologiche ma soltanto quelle fisiologiche; dunque, il soggetto non attribuisce il suo malessere all'ansia o alle proprie emozioni, ma alla privazione della sostanza o al suo incauto effetto. Questo confermerebbe lo status delle CDA, così come le abbiamo proposte qui ed altrove (Dell'Erba et al. 2009).

Infine, relativamente alla possibilità di considerare le CDA come dei marker e quindi di utilizzare la scala per “screenare” soggetti a rischio di sviluppo di un disturbo d’ansia, la ricerca ci ha fornito un primo dato incoraggiante che stimola ulteriori approfondimenti. I soggetti del nostro campione che dichiarano di soffrire di un disagio psicologico, indipendentemente dalla presenza o meno di un disturbo, si rivelano più propensi a ritenere l’ansia uno stato pericoloso.

Ulteriori ricerche focalizzeranno il potere predittivo delle CDA sia nel caso di soggetti che svilupperanno un disturbo ansioso, sia nel caso di soggetti che dopo aver terminato con apparente successo un trattamento (psicologico o farmacologico o combinato) ricadono in un disturbo ansioso (anche non lo stesso per cui sono stati seguiti), infine nel caso di interventi che si focalizzano direttamente sulle CDA e che sono in grado di incidere sulla risoluzione del disturbo ansioso.

Bibliografia

- Armstrong KA, Khawaja NG, Oei TPO (2006). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Anxiety Sensitivity Index - Revised in Australian clinical and normative populations. *European Journal of Psychological Assessment* 22, 116 - 125.
- Arrindell WA (1993a). The fear of fear concept: evidence in favour of multidimensionality. *Behaviour Research Therapy* 31, 507-518.
- Arrindell WA (1993b). The fear of fear concept: stability, retest artefact and predictive power. *Behaviour Research Therapy* 31, 139-148.
- Bartlett FC (1932). *Remembering: a study in experimental and social psychology*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Beck AT (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press, New York.
- Beck AT (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1, 5-37.
- Beck AT, Emery C, Greenberg RL, (1985). *Anxiety disorder and phobias: a cognitive prospective*. Basic Books, New York.
- Bernstein A, Zvolensky MJ, Kotov R, Arrindell WA, Taylor S, Sandin B (2006). Taxonicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 20, 1-22.
- Bouvard M, Cottraux J, Talbot F, Mollard E, Duhem S, Yao SN, Arthus M, Note I, Cungi C (1998). Cross-cultural validation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Psychotherapy Psychosomatic* 67, 249-253.
- Celikel FC, Saatcioglu O (2007). Alexithymia and anxiety sensitivity in Turkish depressive, anxiety and somatoform disorder outpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 11, 140-145.
- Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal Consulting Clinical Psychology* 52, 1090-1097.
- Chambless DL, Goldstein AJ (1988). Fear of fear: a reply to Reiss. *Behavior Therapy* 19, 85-88.
- Chambless DL, Gracely EJ (1989). Fear of fear and the anxiety disorders. *Cognitive Therapy Research* 13, 9-20.
- Clark DM, Salkovskis PM, Öst LG, Breittoltz E, Koehler KA, Westling BE, Jeavons A, Gelder M (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 203-213.
- Clark DM, Wells A, (1995). A cognitive model of social phobia. In RG Heimberg, MR Liebowitz DA

- Hope, FR Scheneier (Eds), *Social phobia: Diagnosis, assesment and treatment*. Guilford Press, New York.
- Clark DM (1986). A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy* 24, 461-470.
- Conti (a cura di) (2000). *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. SEF, Firenze.
- Cox BJ, Taylor S, Clara IP, Roberts L, Enns MW (2008). Anxiety sensitivity and panic-related symptomatology in a representative community-based sample: a 1-year longitudinal analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International quarterly* 22 (1), 48-53.
- Dell'Erba GL (2008) *Diagnosi Psicologica. Fondamenti, pratiche professionali, Prospettive*. Edizioni Pensa Multimedia, Lecce.
- Dell'Erba GL, Muya M, Carati MA, Greco S, et al. (2010). Lo standard del profilo SCL90R. Studio su campione di N.1216 soggetti per la costruzione di norme italiane locali. *Psicopuglia – Notiziario Ordine Psicologi della Puglia* 1 (aprile), 9-19.
- Dell'Erba GL, Carati MA Greco S, Muya M (2009), *La Sindrome Ansiosa, comprensione e trattamento dei disturbi d'ansia*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Dell'Erba GL, Greco S, Carati MA, Muya M, Nuzzo E, et al. (2010) Il questionario LPI (Lecce Psychopathological Inventory): caratteristiche, dati normativi locali, uso in Psicologia Clinica. *Psicopuglia – Notiziario Ordine Psicologi della Puglia* 2 (settembre), 73-82.
- Derogatis LR (1983). *SCL-90: Administration, scoring, and procedures manual for the Revised Version*, in Clinical Psychometric Research, Baltimore .
- Drahovzal DN, Stewart SH, Sullivan MJL (2006). Tendency to Catastrophize Somatic Sensations: Pain Catastrophizing and Anxiety Sensitivity in Predicting Headache. *Cognitive Behaviour Therapy* 4, 226-235.
- Greco S, Dell'Erba GL (2009) Sistemi di valutazione dell'ansia in Dell'Erba GL, Carati MA Greco S, Muya M. *La Sindrome Ansiosa, comprensione e trattamento dei disturbi d'ansia*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Hedley LM, Hoffart A, Dammen T, Ekeberg E, Friis S (2000). The relationship between cognitions and panic attack intensity. *Acta Psychiatrica Scandinavian* 102, 300-302.
- Khawaja NG, Brooks B, Armstrong KA (2008). Relationship between the dimension of anxiety sensitivity in clinical and non-clinical populations. *Australian Journal of Psychology* 60 (1) 53-61.
- Khawaja NG (2003). Revisiting the Factor Structure of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire and Body Sensations Questionnaire: A Confirmatory Factor Analysis Study *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 25(1), 57-63.
- Longley SL, Watson D, Noyes RJ (2005). Assessment of the Hypochondriasis Domain: the Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits(MIHT). *Psychological Assessment* 17 (1), 3-14.
- Peterson RA, Reiss S. (1993). *Anxiety Sensitivity Index Revised. Test Manual*. OH: IDS Publishing, Worthington.
- Rachman S, Lopatka K, Levit L (1988). Experimental analysis of panic 2: Panic patients. *Behaviour Research Therapy* 26, 33-40.
- Raffa SD, White KS, Barlow DH (2004). Feared consequences of panic attacks in panic disorder: a qualitative and quantitative analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 33 (4), 199-207.
- Reiss S, McNally RJ (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss, & R. R. Bootzin (Eds), *Theoretical Issues, Behaviour Therapy* 107-121. Academic Press, New York.
- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy* 24, 1-8.
- Stephenson R, Marchand A, Lavalley MC (1998). Cross-cultural validation of the Body Sensations Questionnaire for the French-Canadian population. *Encephale* 24, 415-425.
- Stephenson R, Marchand A, Lavalley MC (1999). A Canadian French adaptation of the Agoraphobic

- Cognitions Questionnaire: Cross-cultural validation and gender differences. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 28, 58-69.
- Stewart SH, Sherry SB, Watt MC, Grant VV, Hadjistavropoulos HD (2008). Psychometric Evaluation of the Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits: Factor Structure and Relationship to Anxiety Sensitivity. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 22, 97-114.
- Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe FJ, Martin M, Bradley LA, (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain* 17, 52-64.
- Taylor S, Cox BJ (1998). An expanded anxiety sensitivity index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders* 12, 463 - 483.
- Van Dam NT, Earleywine M, Forsyth JP (2008), Gender bias in the sixteen-item Anxiety Sensitivity Index: an application of polytomous differential item functioning. *Anxiety Disorders* 23 (2), 256-259.
- Wells A (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.
- Wells A (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.
- Wells A (2006). *Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment*. Edited by GCL Davey and A.Wells: John Wiley & Sons, Ltd, New York.