

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Ansia e attacchi di panico, trattamento complesso. Interventi integrati nel trattamento dell'Ansia e degli attacchi di Panico

Antonio Iannazzo¹, Priscilla Ciuffo¹, Federica Leoni¹

¹ A.S.P.I.C

ABSTRACT

From the onset of the Covid-19 pandemic to the present, the work of psychologists and psychotherapists has undergone major changes. The need to move from an in-person to an online setting, as well as the type of demands, coming from patients increasingly in a state of distress, have led helping relationship professionals to develop new settings and adaptations of online psychotherapy. The pandemic, disrupting the world we all knew, is having a heavy impact on the psychic sphere of individuals, causing, for example, a major increase in anxiety and panic disorders. Therefore, the article aims to present some tools that are useful to psychologists and psychotherapists, that can support them in working remotely with anxious patients, both synchronously and asynchronously. The integration of different techniques can help to range between different activities rooted in the most effective psychotherapeutic orientations, such as cognitive-behavioral theory and Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

KEYWORDS

Online therapy, Psychotherapy, Anxiety disorders, Panic attack, Integrated treatment, EMDR.

ABSTRACT IN ITALIANO

Dall'inizio della pandemia di Covid-19 ad oggi il lavoro di psicologi e psicoterapeuti ha subito importanti cambiamenti. La necessità di passare da un setting in presenza ad uno online, così come la tipologia delle richieste, provenienti da pazienti sempre più in uno stato di sofferenza, hanno portato i professionisti delle relazioni d'aiuto a sviluppare una nuova riflessione sulle molteplici possibilità e sui necessari adattamenti della psicoterapia online. La pandemia, sconvolgendo il mondo che tutti conoscevamo, sta avendo un pesante impatto sulla sfera psichica degli individui causando, ad esempio, un importante incremento dei disturbi di ansia e di panico. L'articolo vuole, quindi, presentare alcuni strumenti utili al clinico e che possano sostenerlo nel lavoro a distanza, sia in modalità sincrona che asincrona, con pazienti ansiosi. L'integrazione di diverse tecniche può aiutare il professionista a spaziare tra differenti attività che fondano le proprie radici negli orientamenti psicoterapeutici più efficaci, quali la teoria cognitivo-comportamentale e l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing o desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari.

PAROLE CHIAVE

Terapia online, Psicoterapia, Disturbi d'Ansia, Attacco di panico, Trattamento integrato, EMDR.



Citation

Iannazzo A., Ciuffo P., Leoni F. (2022).
Ansia e attacchi di panico, trattamento
complesso. Interventi integrati
nel trattamento dell'Ansia
e degli attacchi di Panico
Phenomena Journal, 4, 139-165.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.178>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Antonio Iannazzo
antonio.iannazzo1@gmail.com

Ricevuto: 24 ottobre 2022

Accettato: 2 dicembre 2022

Pubblicato: 2 dicembre 2022



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

Oggi sembra essere sempre più importante parlare dell'ansia e dei suoi effetti, infatti, la frequenza e la pervasività con la quale si manifesta (e la sua diffusa presenza in una serie di disturbi emotivi) la rende una condizione affettiva di estremo interesse. I disturbi d'ansia sono, tra i disturbi mentali più comuni, con una prevalenza nel corso della vita del 25% [1, 2]. È evidente che sempre più persone sperimentano questo tipo di vissuto durante l'arco della propria vita; per dare una misura di questo concetto si provi a pensare a quanto frequenti siano affermazioni come: “Questa situazione mi sta creando molta ansia ...” o “Il solo pensarci mi mette l'ansia ...”.

Allo stesso tempo il crescente utilizzo della tecnologia richiede ai professionisti delle relazioni di aiuto di intervenire, ad esempio sul paziente ansioso, anche attraverso il cyberspazio e di offrirgli strumenti che siano al passo con i tempi [3, 4]. Pensiamo a tutte le volte che ci svegliamo guardando lo smartphone o che ci addormentiamo “scrollando” i social network [5], questo utilizzo sempre più massivo di internet comporta che il clinico si formi e si aggiorni continuamente in tale direzione.

Il campo della salute mentale, infatti, sta diventando sempre più innovativo e questo richiede una maggiore presa di coscienza dei nuovi processi tecnologici esistenti [6] e l'acquisizione di un bagaglio conoscitivo tale che permetta di seguire i pazienti attraverso modalità alternative (ad esempio, con la videochiamata o la messaggistica) che, a seconda dei casi, favoriranno un potenziale e un nuovo vantaggio [7]. Questo implica anche un diverso 'sentire' da parte del professionista che eroga servizi a distanza [8, 9].

Ma come intervenire attraverso un percorso online con pazienti che riportano stati ansiosi? E, soprattutto, è possibile offrire degli interventi efficaci anche da remoto? Le prestazioni psicologiche online prevedono, dunque, un'interazione terapeutica, professionale e qualificata che utilizzi internet e le nuove tecnologie per connettere un professionista della salute mentale con i suoi clienti [10, 11]. Un intero numero della rivista *Psychotherapy Network* è stato dedicato al lavoro psicoterapeutico online (*Psychotherapy Networker*, November/December 2020; *Theory and Practice of Online Therapy: Internet-Delivered Interventions for Individuals, Groups Families, and Organizations*, Routledge 2020).

Nel 2011 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha introdotto il progetto mHealth, indicando le diverse attività mediche e di sanità pubblica che sono supportate da dispositivi mobili [12].

Vi sono infatti, diversi vantaggi connessi all'intervento terapeutico a distanza [13, 14] come la possibilità di offrire un aiuto in tempi più rapidi, ad esempio nei casi di emergenza ma anche di impossibilità nello spostamento.

Inoltre, la flessibilità di tale strumento permette il passaggio da una modalità a distanza ad un'altra, come nel caso presentato dalla psicoterapeuta Deany Laliotis [15] che con alcuni pazienti ha effettuato il passaggio dallo strumento Zoom (videochiamata) alla semplice telefonata senza video per andare incontro al desiderio della cliente di una maggiore vicinanza. Questo perché l'uso della videocamera senza poi

la dimensione tattile le rendeva l'esperienza troppo distante.

Inoltre, la costruzione di un setting efficace e l'importanza di valutare l'idoneità del cliente rispetto al tipo di trattamento da svolgere è indispensabile e consigliabile, come anche porre attenzione ad una modalità comunicativa o alle competenze tecnologiche possedute per il tipo di modalità scelta [14, 16, 17].

Nel presente articolo si desidera, quindi, proporre un modello di intervento integrato a distanza per guidare il paziente ansioso - attraverso l'utilizzo di diversi strumenti e strategie riadattate al cyberspazio - verso un miglioramento del proprio nucleo ansioso.

Ci siamo, infatti, soffermati su quelle tecniche che possono essere integrate in una relazione terapeutica da remoto in quanto utili ed efficaci sia all'interno di una comunicazione sincrona che asincrona. Ad esempio, per quanto riguarda i pensieri e i rimuginii ansiosi sono stati proposti alcuni esercizi pratici che intervengono sull'aumento della consapevolezza dei pensieri definiti irrazionali e, successivamente, sulla loro messa in discussione.

Tali attività possono essere approfondite e supervisionate nel corso della seduta oppure il clinico potrà decidere di inviare il materiale al paziente in un secondo momento.

Nel corso dell'articolo abbiamo voluto includere alcune tecniche cognitive comportamentali, trattandosi di un intervento altamente efficace per i disturbi d'ansia. Per fare un esempio, la terapia cognitivo comportamentale per il disturbo di panico si svolge solitamente in 8-12 sedute e ha mostrato la sua efficacia con miglioramenti nel 78% dei casi [18], con indici elevati di stabilità nel tempo [19].

Inoltre, sono state proposte ulteriori tecniche, ritenute efficaci per il trattamento del disturbo d'ansia, proprie della mindfulness e delle tecniche di meditazione che possono aiutare il cliente a mantenere il focus sul "qui ed ora", processo indispensabile con questa tipologia di pazienti.

Si tratta, infatti, di clienti che tendono a preoccuparsi eccessivamente rispetto al futuro, guidarli ad essere sempre più orientati al momento presente gli permetterà di rimanere ancorati alla realtà e a lasciare andare, gradualmente, tutti i pensieri irrazionali rivolti al domani, che sappiamo essere un'incognita.

La possibilità di svolgere tali esercizi comodamente da casa offre l'opportunità al paziente di sperimentare e di ripetere le attività proposte in seduta autonomamente e ripetutamente.

È necessario che qualsiasi tecnica venga mostrata con chiarezza da parte del terapeuta per permettere al paziente di abbassare i livelli di stress e ansia da prestazione.

La flessibilità nel trattamento, così come l'uso calibrato dell'empatia ed il focus sull'ambivalenza, tra il voler cambiare e rimanere nello status quo, rappresentano linee terapeutiche importanti per gestire la resistenza del paziente durante tutto il corso del trattamento [20].

2. I Disturbi d'ansia e di panico. Come trattarli efficacemente attraverso un intervento online

Una definizione condivisa dell'ansia la descrive come uno stato emotivo associato a una condizione di allerta e paura generalmente eccessive rispetto alla situazione realmente sperimentata [28]. Tuttavia, è bene sottolineare che si tratta di un'emozione adattiva che comporta uno stato di attivazione da parte dell'organismo. L'ansia sembra avere diverse componenti, cognitiva, somatica, emotiva e comportamentale [21]. La componente cognitiva comporta aspettative riguardanti un pericolo diffuso e incerto. Quella somatica si riferisce al corpo che prepara l'organismo ad affrontare la minaccia percepita (reazione d'emergenza) attraverso una modificazione degli stati corporei. Il vissuto emotivo riguarda un senso di terrore o panico diffusi percepiti dal soggetto ansioso, e da un forte senso di nausea e presenza di brividi. Inoltre, vi sono comportamenti volontari e involontari diretti alla fuga o all'evitamento della fonte dell'ansia [21].

La formulazione di un piano di trattamento integrato prevede di alleviare, attraverso l'uso del canale verbale, corporeo ed esperienziale, le difficoltà del paziente, aiutandolo in un processo autoconoscitivo che gli permetta di comprendere e integrare pensieri, fantasie e desideri che a mano a mano si attivano nella relazione terapeutica [22, 23].

Il trattamento integrato, sia in presenza che online, può essere articolato in una fase iniziale di colloqui che hanno lo scopo di inquadrare il disagio vissuto della persona. I colloqui iniziali sono già "terapeutici" nel senso che aiutano il paziente a dare un primo significato psicologico al suo disturbo e alle difficoltà percepite all'interno di una relazione basata sul rispetto, l'accoglienza e il non giudizio.

In questo breve lasso di tempo, solitamente costituito da quattro-cinque colloqui, il paziente ha l'opportunità di farsi un'idea della persona del terapeuta e "sentire" se corrisponde alle sue necessità in termini di agio, accoglienza, ascolto ecc. Contemporaneamente, lo psicoterapeuta ha potuto formarsi un quadro della personalità del paziente, della sua situazione attuale interna ed esterna e di conseguenza anche un'idea del fatto che il paziente abbia bisogno o no di una psicoterapia [22, 23].

Il trattamento integrato prevede anche di rassicurare e dare sollievo allo stress sintomatico permettendo di tornare gradualmente ad una vita più soddisfacente e funzionale, più adeguata per i bisogni dell'individuo. Consente, inoltre, di restaurare e cambiare i comportamenti disadattivi e le modalità relazionali con "l'altro"; di ristrutturare la personalità con la possibilità di una maggiore integrazione delle parti cognitive, emotive e comportamentali [22, 23].

Per raggiungere questi obiettivi è importante prendere in considerazione i vari livelli dell'esperienza, vediamo uno ad uno. Vi è il livello esperienziale cognitivo-verbale che comprende il linguaggio del paziente, la sua storia personale, il concetto che ha di sé stesso e i ruoli che assunti nel gruppo familiare, cioè tutte le cose che sa razionalmente sul mondo e sul come interagire, nonché le strutture che danno corpo all'identità. Interagendo con questo canale sarà possibile ri-costruire e sperimentare la

propria storia nel qui ed ora. Vi è poi un livello esperienziale immaginativo che riguarda l'esperienza del paziente attraverso forme che includono l'uso del simbolo della fantasia e dell'immaginazione, importante per il recupero delle capacità intuitive e creative. Il livello esperienziale-emozionale è importante in terapia, poiché ci connette più direttamente al mondo e agli altri, ed è la consapevolezza delle emozioni personali che in questo caso viene negata e non consapevolizzata. Il livello Sensoriale ha a che fare con i sensi e al modo in cui entrano in contatto con il mondo e con la realtà fenomenologica, facendo riferimento a ciò che realmente vediamo e sentiamo, cercando di fare spazio quando c'è troppa confusione.

Inoltre, l'attenzione va rivolta anche al livello corporeo, legato cioè alle sensazioni interocettive ed esteroceettive, alla postura, ai gesti e a come il paziente occupa lo spazio circostante.

Quando lo stress e l'ansia condizionano il normale funzionamento del corpo, il rilassamento può essere utile al fine di ristabilire l'equilibrio come una connessione tra mente e corpo.

Gli elementi fondamentali di questo modello terapeutico sono rappresentati dalla relazione, attraverso cui il cliente sperimenta una modalità nuova, emotivo correttiva tale che lo può aiutare, attraverso diverse fasi e momenti, a sperimentarsi ed esprimersi di più.

L'alleanza terapeutica, facilitata da tratti di personalità simili che permettono da subito di entrare in sintonia; la narrazione della propria storia attraverso cui il paziente ha parlato di sé, e allo stesso tempo parla a sé stesso di sé, si racconta operando una riattribuzione di significato attraverso processi cognitivi, affettivi e simbolici. Il raccontarsi in maniera differente nel corso della terapia permette al cliente di iniziare a viverli diversamente e, quindi, gradualmente ad essere diverso.

La sperimentazione di un modello integrato transdiagnostico che prende in considerazione più livelli dell'esperienza ha come scopo l'integrazione dell'individuo sia dentro di sé che nel mondo [22, 23, 24].

Quando gli individui riprendono gradualmente in mano le fila della propria vita iniziano a conoscersi più in profondità, a comprendere meglio i propri meccanismi, la propria storia e ad attribuirle nuovi significati. Ed è in tal modo che i bisogni e i desideri personali, finalmente ascoltati e accolti, possono spingere il soggetto a fare delle scelte meno condizionate dall'approvazione degli altri significativi, iniziando così ad auto affermarsi e autodeterminarsi.

La risposta ansiosa, infatti, avviene quando una situazione viene percepita come pericolosa, consentendoci di attivare delle risposte specifiche per affrontare al meglio tale minaccia. L'ansia si traduce, quindi, in una tendenza immediata ad esplorare l'ambiente circostante, a ricercare spiegazioni logiche, rassicurazioni e vie di fuga ma anche in un corollario di risposte psicofisiologiche come: l'aumento del battito cardiaco, della sudorazione, il potenziamento della memoria, un minor sanguinamento a seguito di ferite [25]. Come si può comprendere si tratta di modalità per rispondere meglio agli eventi avversi, quando l'ansia supera una certa soglia e diventa eccessiva si ha l'effetto contrario, una sorta di 'congelamento' (freezing) con il de-

potenziamento delle risposte fisiologiche.

Generalmente tutti gli individui vivono sensazioni di ansia, le quali se motivate restano una sensazione transitoria e con effetto positivo (pensiamo, ad esempio, all'eustress). In questi casi, se proviamo ansia, tendiamo a mettere in atto delle strategie per ridurre o eliminare la minaccia percepita come pericolosa, ripristinando in questo modo la precedente situazione di normalità.

Tuttavia, se gli episodi ansiosi insorgono senza una reale giustificazione sono all'origine di reazioni eccessive che possono caratterizzare la presenza di ansia patologica. Nella figura (Fig. 1) è evidenziata un'elaborazione sulla base del lavoro classico di Selye [26] [27], secondo cui l'attivazione mantenuta nel tempo, stress cronico che perdura da molto tempo, (per stimoli interni o esterni) conduce all'esaurimento delle risorse e al distress, mentre l'attivazione momentanea (eustress) è positiva per l'individuo.

Fig. 1 - CURVA DELLO STRESS
(<https://www.psicologiapathos.it/lo-stress-conosciamolo-meglio/>)



Ma che cosa trasforma l'ansia fisiologica in ansia patologica, a tal punto da strutturarsi in un disturbo?

In primis, nei disturbi d'ansia l'attivazione fisiologica - che segue la percezione di un pericolo nell'ambiente - viene valutata a sua volta in maniera catastrofica dal soggetto, diventando essa stessa una minaccia, spesso percepita come ancora più grave dello stimolo esterno. È in questo modo che si crea un circolo vizioso nel quale l'interpretazione errata e catastrofica dei sintomi dell'ansia aumenta le sensazioni sgradevoli percepite dal soggetto e queste, a loro volta, rinforzano l'interpretazione catastrofica. Ecco, quindi, che il disturbo d'ansia è mantenuto da:

□ attenzione selettiva, si pone estrema attenzione ai segnali del proprio corpo interpretandoli in maniera catastrofica;

❑ rimuginio, si trascorre molto tempo a preoccuparsi cercando di prevedere e/o prevenire eventi negativi in condizioni di incertezza e di costruire mentalmente ipotetiche soluzioni senza mai giungere a una conclusione;

❑ evitamento, si evitano gli stimoli temuti per non incorrere nell'ansia, riducendo così la propria libertà e applicando forti limitazioni alla propria sfera sociale, lavorativa, relazionale ecc.

Nella Tabella 1 sono riportati i criteri diagnostici del disturbo d'ansia generalizzata [28] che possono aiutare il clinico nella valutazione del caso.

Tabella 1 - Disturbo d'ansia generalizzata [28]

- | |
|---|
| <p>A. Ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche)</p> <p>B. L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione</p> <p>C. L'ansia e la preoccupazione sono associate a tre (o più) dei sei seguenti sintomi (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi sei mesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Irrequietezza, o sentirsi tesi/e, "con i nervi a fior di pelle" 2. Facile affaticamento 3. Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria 4. Irritabilità 5. Tensione muscolare 6. Alterazioni del sonno (difficoltà a addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente) <p>D. L'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti</p> <p>E. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza</p> <p>F. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale</p> |
|---|

2.1 Le distorsioni cognitive

Spesso i pazienti che vogliono affrontare un percorso terapeutico legato all'ansia riportano in seduta dei pensieri che Ellis [29] definì disfunzionali e non realistici. Sembra, infatti, che coloro che soffrono di tale disturbo, come a volte anche del disturbo depressivo, si convincano di aspetti e di avvenimenti del tutto infondati. Il compito del terapeuta sarà, quindi, quello di far luce su tali pensieri lavorando sulla distorsione che il cliente agisce, rendendolo sempre più consapevole di tali trappole cognitive. Il clinico dovrà, inoltre, guidarlo nel porre sempre più la sua attenzione su tali processi cognitivi e aiutandolo a svincolarsi in tal modo dal pensiero distorto, formandone uno più realistico. Riportiamo qui di seguito alcune delle distorsioni cognitive tipiche del paziente ansioso (vedi Tabella 2). Presentarle al paziente in seduta, come allegato a una e-mail o attraverso l'uso della chat, aiuterà il terapeuta nel processo di chiarificazione e di psico-educazione sul disturbo ansioso. Aiutare il paziente ad avere conoscenza delle distorsioni cognitive in atto e poi dargli come compito a casa quello di scriverle, lo porterà ad avere più consapevolezza del suo processo mentale in quel momento disfunzionale. Potrà ovviamente succedere che il paziente si ritroverà in

diversi esempi presenti nella tabella e qui starà al terapeuta accogliere e normalizzare quanto emerge, con quella che Rogers [30] definisce “accettazione incondizionata”.

Tabella 2 - Distorsioni cognitive tipiche del paziente ansioso

| | |
|-------------------------|--|
| Pensiero tutto-o-niente | <p>È la tendenza a valutare le proprie capacità e le proprie azioni in maniera del tutto estrema e polarizzata.</p> <p>“Sono un fallito totale” “Non faccio mai la cosa giusta” “È stato tutto un disastro”</p> <p>È infatti, tipico, vivere delle esperienze come totalizzanti, si può quindi aiutare il cliente ad ampliare la mente e valutare anche altre situazioni e altre emozioni che sono emerse nella stessa esperienza.</p> <p>Sarà necessario lavorare sul cercare nella relazione terapeutica la “giusta” via di mezzo per il paziente, mettendo il focus su quanto è irrealistico guardare il mondo circostante come solo bianco o nero.</p> |
| Leggere la mente | <p>Questo pensiero lo si vede molto spesso anche nelle relazioni di coppia, all’interno delle quali dopo un periodo di innamoramento si immagina di conoscere perfettamente l’altro/a e di sapere il motivo delle sue azioni e dei suoi pensieri.</p> <p>In sostanza si dà per scontato di sapere cosa pensa l’altro/a senza porsi l’interrogativo.</p> <p>“Sono certa che non viene a vivere con me perché è spaventato dall’impegno” “Ce l’hai con me, si vede!” “Sono sicuro che frequenti un’altra persona sei più distratto del solito”</p> <p>Ovviamente questa distorsione cognitiva può ricadere anche in ambito amichevole e nel contesto lavorativo, di primaria importanza è riportare il paziente a “vedere” l’altro come un essere pensante e proporre di fare domande per comprendere il suo punto di vista, ascoltando ciò che l’altra persona ha da dire.</p> |
| Sminuire | <p>Questa distorsione cognitiva è conducibile anche ad un lato depressivo di alcuni pazienti che soffrono del disturbo d’ansia. Verificare quando squalifica gli aspetti positivi di un’esperienza o in riferimento a sé stesso/a. Ne è un esempio lampante anche la non accettazione e il diniego in caso di ricevimento dei complimenti.</p> <p>“Mi ha detto che sono gentile solo perché dovevo” “È stata solo fortuna la mia” “A nessuno importa di me”</p> <p>Anche la sindrome dell’impostore fa parte di tale categoria, un’esperienza interna di non meritare il successo personale, valutarsi solo come un insuccesso è alla base di questa distorsione cognitiva.</p> <p>Aiutare quindi il paziente a vedere i propri successi, anche attraverso la visione di sms di sostegno da parte di amici o anche di attestati nel caso di obiettivi lavorativi raggiunti può portare il cliente a destrutturare il pensiero.</p> |
| Doverizzazioni | <p>Le doverizzazioni o musturbation come le definisce Ellis [31] sono un freno alle volte nell’esistenza umana. Il neologismo inglese è un gioco di parole formato da must (dovere) e masturbation (masturbazione) e rende proprio l’idea di quanto possa essere dirompente e faccia sentire le persone sotto pressione e maldisposte. Infatti, se poi non soddisferà quanto “deve” fare, dire, si sentirà frustrato, incapace, una nullità insomma. I terapeuti hanno quindi la necessità di esplorare quest’area cognitiva del cliente, lavorando, qualora il proprio orientamento lo richieda, anche sull’interiorizzazione genitoriale che può aver appreso in modo da svincolarsi.</p> <p>“Dovrei essere una persona più buona” “Devo finire gli esami entro i 23 anni” “Devo fare figli altrimenti che donna sono?”</p> |

| | |
|--|---|
| Saltare alle conclusioni | <p>In questo caso, seppur simile alla distorsione “lettura della mente” ha come connotato la quasi esclusiva certezza che tali conclusioni siano negative e molto rapide. Quando il paziente attua questo pensiero sente una certa urgenza nel dover arrivare con puntualità alla motivazione alla base di ciò che sta accadendo.</p> <p>Alcune di queste conclusioni sono molto note per gli psicoterapeuti. “Sto impazzendo, io lo so” è una delle classiche affermazioni che predicono un pensiero disfunzionale proprio perché attuato senza nessuna competenza clinica o dimostrazione oggettiva dell'accaduto. In questo caso il terapeuta deve ascoltare, rendere chiaro il processo di distorsione e portare il cliente in una dimensione razionale e di conoscenza e consapevolezza dell'infondatezza del proprio ragionamento.</p> |
| Sopravalutare le probabilità di un evento spiacevole | <p>Il focus di questo particolare pensiero irrazionale riguarda la negatività e l'ordine di probabilità, che risulta sfalsato. Il paziente, infatti, ravvede la certezza e, alle volte, la scientificità che ciò che prevede accadrà e non è in grado di metterla in discussione.</p> <p>In questo caso è importante lavorare su ciò che è realistico, quindi, che ci siano delle cose che possano andare male, tuttavia, vi è la probabilità che possa andare bene o che possa andare in maniera del tutto inaspettata. Anche in questo caso, il cliente ravvede l'urgenza di porre una fine all'attesa della valutazione dell'evento ed è naturale che la fine sia disastrosa.</p> <p>“Non mi sposerò ad ottobre perché verrà sicuramente a piovere” “Se organizzo una festa con i colleghi di lavoro verranno quelli più antipatici”</p> |
| Filtro mentale | <p>Il rimuginio è tipico nel disturbo ansioso e spesso in tale processo mentale è coinvolto un tipico pensiero disfunzionale che è il filtro mentale. La focalizzazione dell'attenzione è prettamente sui dettagli, come se si decidesse di vedere il mondo con un paio di occhiali rossi o con un restringimento del campo visivo. Si può prospettare questa visione sull'esterno e sulla propria personalità. Nel primo caso avremo frasi come “A lei non importa di me” dopo aver passato solo dieci minuti con una persona; nel secondo caso invece “io non ho niente di interessante da dire” quando magari gli amici stanno parlando di qualcosa che la persona non conosce.</p> <p>È importante che il terapeuta prenda spazio in questo rimuginio anche attraverso il contenimento dei pensieri, valutando l'idea della scrittura per poter rendere consapevole l'altro dell'errore di ragionamento che compie.</p> |
| Etichettamento | <p>Un altro pensiero irrazionale che ha fondamenti nell'educazione avuta è proprio quello di etichettare e di etichettarsi, secondo un sistema estremamente rigido. Nei disturbi d'ansia tale pensiero disfunzionale ha una connotazione negativa, il cliente non etichetterà positivamente sé o gli altri, tuttavia, porrà l'attenzione a concentrarsi sulla caratteristica negativa.</p> <p>“Sono un buffone” “È una cattiva ragazza”</p> <p>È ovviamente anche una modalità di generalizzazione, sarà quindi compito del terapeuta specificare i comportamenti, comprendere quali sono le altre risorse messe in gioco e i limiti, così da ampliare il concetto ristretto e rigido.</p> |
| Giudicare in base alle emozioni | <p>Le emozioni che prova il paziente quando attua questo pensiero distorto hanno un valore differente, tengono infatti un potere totale sulle proprie convinzioni e sui pensieri.</p> <p>Mettere in dubbio il pensiero è fuori discussione poiché la validità delle emozioni e la relativa correlazione con il processo cognitivo agli occhi di coloro che soffrono del disturbo ansioso è palese e valida.</p> <p>“Mi sento in colpa, quindi sicuramente ho fatto un errore e ho ferito qualcuno con i miei gesti” “Sono triste quindi nessuno vorrà vedermi” “Se mi sento male è per colpa del tuo modo di comportarti”</p> <p>Il terapeuta ha in questo caso il compito di accogliere le emozioni, di legittimarle e di aiutare il cliente a porre il dubbio, alcune riflessioni che possano mettere in discussione la correlazione, per la persona così ovvia, tra emozione e pensiero, sottolineando la complessità emotiva e cognitiva dell'essere umano.</p> |

Generalizzare

Un unico evento alle volte può essere generalizzato a tal punto che il cliente immagini si possa presentare sempre e per sempre.

Il contenuto emotivo di questo evento è spesso legato a vissuti ansiosi che quindi aumentano la paura nel paziente che possa succedere nuovamente e quindi diventa vittima di procrastinazione e evitamento.

“Ho avuto un attacco di panico al centro commerciale, sarà sempre così quindi non ci andrò più.”

“Non ha risposto al mio invito, non mi vuole nessuno!”

Il terapeuta può mettere luce insieme al cliente su altri eventi che hanno riportato dinamiche differenti da quella presa in considerazione, come ad esempio altre volte al centro commerciale in cui l'attacco di ansia non si è presentato.

(modificata, da [32], p. 208; [33], p. 56)

Inoltre, poiché l'ansia viene spesso rafforzata da convinzioni disfunzionali un aspetto sul quale porre molta attenzione sono le domande stimolo (vedi Tabella 3) e il modello ABCDE (vedi Tabella 4).

Tabella 3 - Domande stimolo per confutare le convinzioni disfunzionali

| DOMANDE DA PORSI PER ESAMINARE CRITICAMENTE I PENSIERI ANSIOGENI |
|--|
| <p>Che prove ci sono che la cosa che temo sia davvero reale? Se succedesse ciò che temo, sarebbe davvero importante, orribile, insopportabile? Avrebbe conseguenze negative per il resto della mia vita? Quanto è possibile che accada veramente ciò che temo? Qual è la cosa peggiore che realisticamente potrebbe accadermi? Che modi diversi, alternativi, vi possono essere di vedere le cose? Potrei interpretare diversamente la situazione? Quale delle possibili alternative è più verosimile? Qual è più corrispondente alla realtà e più utile per raggiungere i miei obiettivi? Sto usando modi sbagliati di ragionare e di valutare la realtà?</p> |

(da [32], p. 208)

Si tratta di due tecniche cognitivo-comportamentali che risultano essere altamente efficaci in quanto lavorano parallelamente sulla psico-educazione (descrivendo al cliente ciò che accade nella sua mente) e sulla riduzione e sul cambiamento del rimuginio rendendolo più razionale e contenuto.

Tabella 4 – Modello ABCDE

| A | iB | D | C | rB | E |
|--|---|---|---|--|---|
| Evento o situazione attivante | Interpretazioni disfunzionali | Messa in discussione | Conseguenze | Convinzioni funzionali | Nuovo effetto |
| Bere un caffè in mezzo alla gente al bar della stazione | Potrei tremare, versare il caffè. Tutti penseranno che abbia dei problemi mentali ... | È probabile che tremi tuttavia mi capita raramente. È facile che neanche se ne accorgano | Provo ansia, sono frustrate | Sento il bisogno di provare ugualmente a prendere il caffè | Provo un po' di fastidio e sono preoccupata di poter apparire ridicola |
| Riassumi brevemente la situazione che ti disturba (che cosa vedrebbe una telecamera) | Possono essere: - pretese dogmatiche (dovere assolutamente) - terribilizzazioni (è terribile, una catastrofe) - bassa tolleranza alle frustrazioni (non posso sopportarlo) - autocolpevolizzazione /colpevolizzazione degli altri (sono/è una persona cattiva/inetta/indegna) | Se succedesse ciò che temo, sarebbe davvero tanto importante, disgustoso, insopportabile? Avrebbe conseguenze negative per tutto il resto della mia vita? | Principali emozioni e comportamenti che danneggiano Es., ansia, depressione, rabbia, bassa tolleranza alle frustrazioni, gelosia ... | Per pensare più razionalmente, ambisci a: - preferenze non dogmatiche (desideri, intenti) - valutare la negatività (è deludente, è spiacevole) - tolleranza alle frustrazioni (non mi piace, ma posso sopportarlo) - non dare giudizi generali su te e gli altri (io e gli altri siamo umani e possiamo sbagliare) | Nuove emozioni e comportamenti costruttivi Es., delusione, preoccupazione, fastidio, tristezza ... |
| | | Quanto è possibile che accada veramente ciò che temo? | | | |
| | | Qual è la cosa peggiore che realisticamente potrebbe accadermi? | | | |
| | | Che modi diversi, alternativi, vi possono essere di vedere le cose? Potrei interpretare diversamente la situazione? | | | |

(adattata da [29], pp. 68-69)

3. Trattare l'ansia online

Lavorare terapeutamente con l'ansia è possibile e ad oggi sappiamo di poterlo fare anche da remoto. Chiaramente in una prima fase sarà necessario valutare se si tratta di stati ansiosi causati da una malattia organica, di ansia situazionale oppure cronica. Una conoscenza più approfondita permetterà al clinico di approcciarsi più efficacemente al caso, escludendo o meno, la necessità di trattamenti farmacologici - da attivare parallelamente al percorso terapeutico - e, quindi, eventuali collaborazioni con altri professionisti di riferimento.

Ci sono studi che hanno evidenziato come il passaggio repentino da sedute in presenza a sedute a distanza (nell'immediatezza del COVID-19) non abbia influito sul trattamento di vari disturbi, compresi quelli ansiosi [34] e come l'impatto economico degli interventi a distanza sia più basso [35].

Al paziente che contatta il terapeuta per un primo colloquio conoscitivo online, è importante inviare un vademecum al cui interno si trovano descritte delle brevi linee guida con informazioni preliminari utili per lui. Il vademecum [14] offre la possibilità di co-costruire un setting terapeutico ottimale e, nel caso in cui si tratti di un paziente ansioso, avere delle indicazioni chiare su aspetti quali: come scegliere lo spazio fisico più adeguato all'interno della propria abitazione (in particolare se si convive con altre persone); come posizionarsi con il proprio device; come assicurarsi di avere una buona connessione a internet o, ancora, come viene tutelata la privacy del cliente. Avere una visione preliminare del setting online potrebbe portare a un abbassamento dei livelli di ansia e stress percepiti di fronte a una situazione nuova.

Le linee guida, presenti nel vademecum, diventano così delle semplici ancore che possono aiutare il cliente a immaginare con più chiarezza come sarà lo spazio terapeutico virtuale e di percepirlo come più sicuro e protetto.

Inoltre, quando ci si appresta a un intervento online con un paziente ansioso una delle sfide più importanti è connessa alla capacità di comprensione, da parte del terapeuta, delle preferenze del paziente in termini di comunicazione uditiva, testuale e visiva [36]. Sarà necessario chiedersi in che modo tali preferenze si relazionino con lo stile cognitivo e di personalità del cliente e quali combinazioni tra queste modalità siano maggiormente terapeutiche per quel caso specifico [7]. Pensiamo, ad esempio, come nelle forme gravi di ansia sociale, che possono compromettere l'interazione verbale, il paziente potrebbe presentare importanti difficoltà nel far fronte alle richieste emotive o verbali proprie delle interazioni che avvengono nel "qui e ora". In questo caso, come in molti altri, la comunicazione asincrona (che prevede l'utilizzo delle e-mail o dei messaggi) potrebbe essere la modalità da prediligere. Il vantaggio risiederebbe nell'opportunità connessa allo spazio di riflessione generata poiché scegliere un tempo per rispondere può aiutare a creare un'opportunità per pensare al messaggio ricevuto e per comporre attentamente una risposta [7]. Per il cliente, questo potrebbe avere implicazioni importanti per questioni riguardanti l'impulsività, stimolare l'osservazione dell'Io e lavorare attraverso il processo [37].

Una volta definita la modalità di intervento con il paziente il clinico avrà a disposi-

zione diversi strumenti da utilizzarsi anche in un percorso a distanza con lo scopo generale di guidare il paziente ad acquisire un atteggiamento sempre più attivo a prendersi cura dell'ansia, imparando a fidarsi delle proprie capacità e risorse personali per comprendere da cosa origina e come gestirla al meglio nel qui e ora [12, 38]. Chiaramente tali strategie di intervento richiedono un adattamento in vista di un setting diverso da quello in presenza. Pensiamo, ad esempio, alle tecniche di rilassamento o di respirazione, in questi casi sarà importante introdurre al paziente, con estrema chiarezza, il lavoro che ci si appresta a svolgere, guidarlo ad assumere una posizione rispetto alla webcam che permetta al professionista di osservarlo nella sua interezza durante le varie fasi dell'esercizio: da come si è posizionato con il corpo sulla sedia, a come respira e ai movimenti che agisce [32].

Infatti, lavorare attraverso il corpo con il paziente ansioso è fondamentale poiché il corpo è la persona stessa e qualunque problema sia presente si manifesterà tanto nell'espressione corporea quanto in quella psicologica [39]. Pertanto, nel lavoro online con pazienti che presentano un nucleo ansioso il clinico dovrà porre molta attenzione nel guidarli efficacemente al riconoscimento dei punti del corpo di forte tensione e permettergli così di imparare delle strategie di rilassamento. Questo tipo di intervento produce, infatti, diversi cambiamenti a partire da una diminuzione nella produzione di adrenalina, del battito cardiaco, o del ritmo del respiro che si farà più lento perché sarà necessario meno ossigeno. Sono tutte reazioni esattamente opposte a quelle tipiche di una risposta ansiosa.

Infatti, spesso coloro che presentano disturbi d'ansia possono soffrire di iperventilazione, in questo caso sarà necessario fare alcune domande adeguate e chiare al cliente: respiri velocemente? In assenza di sforzi fisici, come salire le scale o fare una camminata con andatura irregolare o in pendenza, la frequenza del respiro, compreso ovviamente di inspirazione ed espirazione, è di 10-12 al minuto.

respiri troppo? Il cliente, per esempio sente la necessità di prendere respiri profondi "come se non avesse sufficiente aria ..."

In questo caso vi sono alcuni aspetti da non sottovalutare come l'assunzione di sostanze psicotrope, di alcolici, bevande contenenti caffeina o assunzione di tabacco che possono influenzare la respirazione del cliente, così come l'utilizzo di alcuni abiti (per esempio, troppo stretti) o di posture quotidiane che possono portare la persona a sentirsi costretta e costipata. In questi casi, può essere molto utile proporre al paziente tecniche come quella del respiro lento (vedi Tabella 4).

Tabella 4 - Tecnica del respiro lento

Interrompi quello che stai facendo e siediti o appoggiate a qualcosa
 Trattieni il fiato (senza prima fare un respiro profondo) e conta fino a 10 (o meglio 1001, 1002, 1003 ...)
 Quando sei arrivato a 10, lascia uscire fuori l'aria e di a te stesso mentalmente "Mi rilasso" in modo calmo e tranquillo
 Inspira ed espira lentamente in 6 secondi: inspira per tre secondi ed espira per tre secondi. In questo modo si fanno circa 10 respiri completi al minuto. Di a te stesso mentalmente "Mi rilasso" ogni volta che espiri.
 Ogni minuto (dopo una serie di 10 respiri), trattieni di nuovo il fiato per 10 secondi, poi riprendi a respirare in cicli di 6 secondi.
 Continua a respirare così fino alla scomparsa di tutti i sintomi dell'iperventilazione.

(da [32], p. 98)

Per aiutare il paziente nell'utilizzo di questa nuova tecnica e, quindi, per abbassare la frequenza del respiro e allo stesso tempo tenerne traccia si può consegnare un semplice compito a casa, ovvero il "Diario giornaliero della frequenza del respiro". Attraverso queste registrazioni il terapeuta sarà in grado di sapere se e quanto il cliente riesce a controllare la frequenza del respiro e anche di aumentare la consapevolezza del proprio corpo attraverso la tabella "prima" e "dopo" (vedi Tabella 5).

Tabella 5 – Schema del Prima e Dopo

| DATA | PRIMA | DOPO |
|--------|-------|------|
| ORARIO | | |
| ORARIO | | |
| ORARIO | | |

(da Andrews et al., 2003, p. 99)

3.1 Il Disturbo di Panico

Parlando di disturbi d'ansia è facile immaginare come alla "porta" dello studio online di un professionista della salute mentale possa presentarsi un paziente che racconti di soffrire di attacchi di panico.

La caratteristica centrale del disturbo da attacchi di panico è la presenza di attacchi ricorrenti e inaspettati, i quali sono seguiti da almeno un mese di preoccupazione persistente di avere un altro attacco di panico [40].

La persona, infatti, si preoccupa delle possibili implicazioni o delle conseguenze degli attacchi d'ansia e cambia il proprio comportamento conseguente agli episodi di panico. Arriverà, così, ad agire una serie di comportamenti di evitamento, in particolare, di tutte quelle situazioni in cui teme che essi possano verificarsi nuovamente. Il primo attacco di panico generalmente è inaspettato e per questo il soggetto si spaventa terribilmente e, spesso, ricorre al pronto soccorso.

Si tratta, quindi, di un disturbo caratterizzato da episodi di improvvisa e intensa paura o di una rapida escalation dell'ansia normalmente presente. Tali episodi sono chiaramente accompagnati da sintomi somatici e cognitivi come: palpitazioni, sudora-

zione improvvisa, tremore, sensazione di soffocamento, dolore o fastidio al petto, nausea, capogiri e vertigini, paura di morire o di impazzire, brividi, vampate di calore, parestesie (vedi Tabella 6).

Tabella 6 - Sintomatologia del Disturbo di panico [28]

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

1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;
2. Sudorazione;
3. Tremori;
4. Dispnea o sensazione di soffocamento;
5. Sensazione di asfissia;
6. Dolore o fastidio al petto;
7. Nausea o disturbi addominali
8. Sensazioni di vertigine, di instabilità, di “testa leggera” o di svenimento;
9. Brividi o vampate di calore;
10. Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da sé stessi);
12. Paura di perdere il controllo o di “impazzire”;
13. Paura di morire.

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

1. Preoccupazione per l'insorgere degli altri attacchi o per le loro conseguenze;
2. Significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata dagli attacchi.

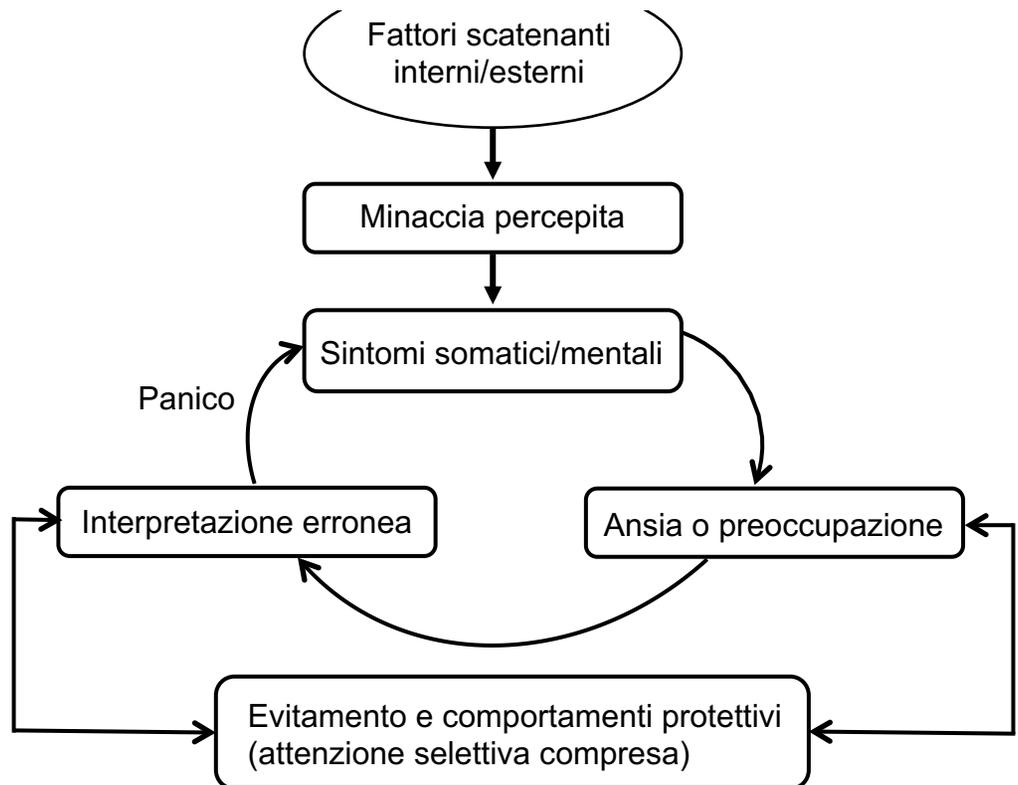
C. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo).

D. Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale.

Il singolo episodio di panico sfocia facilmente in un vero e proprio disturbo di panico e la paura di risperimentare quel terrore diviene sempre più intensa. Il soggetto si troverà, così, rapidamente invischiato in un tremendo circolo vizioso che lo limiterà nelle uscite con gli amici, nel guidare la macchina da solo, nel viaggiare in treno, nell'assistere a un concerto, nell'andare a fare la spesa per paura di trovare il supermercato troppo affollato come anche nel prendere parte a una riunione di lavoro [23] (vedi Figura 2).

Qui sotto il modello del circolo vizioso del panico di [41, 42, 43].

Figura 2 - Circolo vizioso del panico



(da [41], modificata da [44])

L'evitamento di tutte le situazioni potenzialmente ansiogene diviene, in tal modo, la risposta prevalentemente agita ed è facile immaginare come la persona con disturbo da attacchi di panico possa diventare schiavo del panico stesso e altamente dipendente dagli affetti a lui più cari che dovranno, ad esempio, accompagnarlo ovunque [13]. Ne consegue un intenso senso di frustrazione che deriva dal fatto di sapere di essere adulti, eppure di sentirsi estremamente dipendenti dagli altri, vissuto che può condurre a una depressione secondaria e, in moltissimi casi, a un abbassamento importante dei livelli di autostima percepiti [23].

Nel caso in cui il professionista online si appresti a svolgere un percorso da remoto - con un paziente che presenta attacchi di panico - particolare attenzione dovrà essere data anche a quest'ultimo aspetto [14].

Infatti, tra gli obiettivi a breve-medio termine il terapeuta, oltre a consolidare la relazione terapeutica attraverso l'accettazione incondizionata e un ascolto attivo, dovrà guidare il cliente ad accrescere la consapevolezza delle affermazioni auto dispregiative che si auto infligge.

Per fare questo, in un primo momento, si potrà proporre, anche in chiave di compito a casa, di stilare una lista di tutte le affermazioni negative che dice su sé stesso: "Sono un incapace", "Ho paura di tutto", "Per fare qualunque cosa ho bisogno dell'aiuto di mia moglie", "Sono pazza" "Nessuno mi vorrà al suo fianco", "Sono un peso per i miei cari" e così via [23].

Una volta portata in seduta la lista il terapeuta potrà proporre al cliente di affrontare uno ad uno i suoi commenti e procedere a un esame di realtà riformulandoli in una chiave più realistica, aiutandolo a concretizzare pensieri disfunzionali e indagando quali sono le aree di resilienza e le risorse che, al contrario, mette in campo in certe situazioni che potrebbero essere altamente ansiose per qualcun altro. Questo graduale processo avrà l'obiettivo di guidare verso il rinforzo delle definizioni auto-descrittive positive. Queste ultime andranno chiaramente scritte all'interno di una nuova lista. Sempre in chiave di un miglioramento dei livelli di autostima percepiti si potrà proporre al cliente un esercizio giornaliero da svolgere davanti allo specchio dove potrà prendersi uno spazio per parlare positivamente di sé e leggere la lista delle affermazioni positive [23].

Un ulteriore aspetto presentato dai pazienti che vivono un disturbo d'ansia è quello di tendere a procrastinare a lungo prima di svolgere un compito specifico. Questo capita perché sono presi dalla paura di non farcela, di sentirsi giudicati, inadeguati e perché tendono a catastrofizzare l'evento immaginando che uscire dalla loro zona di comfort possa ledere alla loro salute psico-fisica [45].

È, quindi, importante lavorare sul problem solving del cliente e sulla sua tendenza alla procrastinazione anche attraverso dei compiti che possono essere svolti durante la seduta terapeutica online, così come da casa.

Durante la seduta, ovviamente, la scheda (vedi Tabella 7) potrà essere compilata recuperando alla memoria del cliente alcuni eventi da lui rimandati e che vorrebbe portare a termine, mentre a casa il paziente potrà svolgere l'esercizio anche durante l'attacco di ansia per abbassare il livello di stress e portare il rimuginio disfunzionale ad un livello più razionale.

Tabella 7 - Abbassare il livello di stress

| Data | Attività | Difficoltà Prevista | Soddisfazione Prevista | Difficoltà Effettiva | Soddisfazione Effettiva |
|------|----------------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|
| | (Scomponila in piccoli passaggi) | (0-100%) | (0-100%) | (0-100%) | (0-100%) |

(da [33], p. 114)

In tale ottica il paziente può imparare a “spezzettare” il problema, ovvero il compito, in diversi passaggi più piccoli che gli permettono di testare la sua capacità, di averne una maggiore consapevolezza e di metterle così in pratica. Ad esempio, se decidessi di correre una maratona so che dovrò allenarmi per diverso tempo attraverso vari step. Il primo potrebbe essere fare una corsa di qualche chilometro, successivamente potrò avvicinarmi – con estrema gradualità - al chilometraggio necessario per la gara che voglio sostenere.

Il ragionamento è facilmente applicabile anche ad altre condizioni e attività che il paziente tende a rimandare. In questa ottica, egli può scoprire le sue risorse e così lavorare sul giudizio che si attiva automaticamente attraverso pensieri come: “non sono

capace”, “ho l’ansia e non posso fare nulla”, “non sono in grado”, “non posso farcela”, “per me è impossibile”. Spesso, infatti, coloro che sperimentano ansia eccessiva e attacchi di panico tendono a vedere il risultato finale, a prevedere il futuro, ad esempio dicendosi “non potrò mai correre la maratona” senza avere neppure provato a correre qualche chilometro e senza conoscere gli allenamenti necessari per affrontare una sfida simile. Come terapeuti è importante, quindi, lavorare sulla scomposizione delle attività e sulle previsioni in relazione alle effettive riuscite.

Nella tabella (Tabella 7) si potranno scrivere le attività da svolgere facendo un primo ragionamento sui microstep da effettuare, ad esempio, se voglio pagare una bolletta alla posta ho bisogno di verificare quale è l’ufficio postale dove recarmi, che orari ha, dovrò controllare se ho sufficiente denaro per potere pagare, devo vestirmi e poi recarmi alla posta, prendere il numero di prenotazione e poi pagare e finalmente avrò svolto l’intera attività.

Per ognuna di queste attività [33] prevede una valutazione delle difficoltà e della soddisfazione, prevista ed effettiva, il tutto viene valutato in forma di percentuale. Il grado di difficoltà e quello di soddisfazione sono meramente soggettivi e, quindi, si favorirà un ascolto consapevole del paziente sul suo vissuto emotivo e allo stesso tempo gli si permetterà di comprendere la differenza tra ciò che prevede e ciò che poi sperimenta, così da lavorare parallelamente anche sulle previsioni catastrofiche. A volte i problemi pratici sono difficili e complessi da gestire anche per coloro che vivono un momento di vita con una dose minore di stress, tuttavia, per coloro che soffrono d’ansia o che vivono attacchi di panico è estremamente complesso risolvere dei problemi e imparare a gestirli con efficacia. Spesso, infatti, ciò che il cliente ansioso tende a fare è cercare la cosiddetta soluzione perfetta, rimanendo così incastrato in questa visione caratterizzata dall’impossibilità. In linea generale ciò che può essere davvero utile per il paziente è sapere che avere soluzioni perfette è difficile e che cercare con calma tra diverse possibilità può condurlo alla soluzione più opportuna, vivendo il tutto con meno ansia quando la metterà in atto.

Per questo è utile proporre un approfondimento dei processi del problem solving proposti ([29], p. 99; vedi Tabella 8).

Tabella 8 - Approfondimento dei processi di problem solving

Analizza la situazione problematica. Considera quali sono le soluzioni ovvie e dove si annidano le difficoltà.
 Considera alcune soluzioni ma valuta anche delle alternative.
 Metti alla prova diverse soluzioni, prima immaginandole e poi, se possibile, mettendole in pratica.
 Verifica ogni potenziale soluzione per vedere se è valida e se è più valida di altre soluzioni.
 Cerca soluzioni nuove e migliori, anche se alcune delle precedenti sembravano valide.
 Continua a dare per scontato che c'è almeno una soluzione possibile. Continua a cercare soluzioni alternative. Non arrenderti facilmente.
 Definisci una situazione che ti mette in difficoltà o ti genera stress come un problema che probabilmente si può risolvere.
 Fissa degli obiettivi realistici che possono risolvere o ridurre il tuo problema.
 Considera i vantaggi e gli svantaggi delle soluzioni che hai in mente.
 Quando trovi delle strategie e azioni interessanti per risolvere il problema, provale mentalmente.
 Fai degli esperimenti per verificare quella che ti sembra la soluzione migliore, valuta i risultati.
 Aspettati un certo grado di insuccesso e alcuni svantaggi anche per le soluzioni migliori.
 Anche se non riesci a trovare una buona soluzione, congratulati con te stesso e ricompensati per averci provato.

(da [29], p. 99)

Tra i vari interventi, centrali nel trattamento dei disturbi d'ansia, vi è anche la tecnica della respirazione profonda, detta anche diaframmatica. Durante un attacco di panico l'aumento di anidride carbonica nel nostro cervello porta a un aumento del livello di adrenalina responsabile di quella sensazione di pericolo imminente. Ecco, dunque, che la respirazione diventa una strategia essenziale anche a livello fisiologico, la respirazione profonda consentirà al cliente di eliminare l'anidride carbonica in eccesso [46]. Nel proporre questo tipo di strategie online è bene che il professionista mostri come avviene la respirazione profonda e chieda al paziente di ripeterla, posizionandosi in modo da poterlo osservare nella sua interezza ed eventualmente apportare delle correzioni. Il terapeuta potrà, inoltre, condividere strategie che permettano al cliente di apprendere come distogliere la sua attenzione dal panico. Si potrà proporre, ad esempio, di iniziare a contare, preferibilmente utilizzando anche le dita delle mani, in questo modo saranno coinvolti entrambi gli emisferi cerebrali (quello destro, sensoriale, che si attiva con il tatto, e quello sinistro, cognitivo, che si attiva con l'atto del contare). Quest'azione, apparentemente così semplice, può rivelarsi un'ottima strategia perché impedisce a livello pratico di seguire il pensiero ossessivo che non fa altro che alimentare il circuito dell'ansia.

Proponiamo, inoltre, alcune tecniche come "La meditazione di un minuto" (vedi Box operativo 1) e la tecnica del Body Scan (vedi Box operativo 2) che risultano essere molto pratiche e semplici da proporre anche durante una seduta online.

In particolare, la tecnica del Body Scan è una tipologia di meditazione che prevede la scansione del corpo attraverso diversi esercizi: visualizzazioni guidate, come, ad esempio, immaginare di avere un riflettore, o un teatro che illumina ogni parte del corpo, oppure più semplicemente "respirando dentro" il proprio corpo, scandendone ogni singola parte.

Questo esercizio permette di integrare la mente e il corpo in un'unità 'potente', spo-

stando l'attenzione nei vari distretti corporei e portando alla ribalta per un po' di tempo ogni zona sotto il riflettore di un'accoglienza consapevole e non giudicante. Il training aiuta a sviluppare la capacità di prestare attenzione e di mantenerla per un certo periodo di tempo e scoprire anche un particolare sapore della consapevolezza caratterizzato da un senso di dolcezza e di curiosità. La meditazione della scansione del corpo è meglio effettuarla da sdraiati.

Alcuni studi [47, 48, 49] effettuati negli ultimi decenni hanno dimostrato che meditare con regolarità rende più felici e con un grado di soddisfazione maggiore della media. Inoltre, ulteriori approfondimenti [50] sui singoli disturbi psichiatrici (come il disturbo d'ansia e la depressione) evidenziano come regolari sessioni di meditazione siano in grado di ridurre i livelli di ansia e di depressione, avendo un effetto importante anche sull'irritabilità del paziente. Una maggiore consapevolezza corporea ed emotiva, conseguente a training di meditazione e a sessioni di mindfulness, permettono di ottenere relazioni migliori e più appaganti [51].

Box operativo 1 - La meditazione di un minuto

Mettiti seduto/a eretto/a, come se un filo ti tirasse, se riesci mettiti con la schiena a una certa distanza dallo schienale in modo che la colonna vertebrale si tenga eretta da sola, piedi ben appoggiati a terra, chiudi gli occhi o abbassa lo sguardo se per te è ancora troppo faticoso stare ad occhi chiusi.

Concentra l'attenzione sul respiro che entra ed esce dal corpo, tieniti in contatto con le diverse sensazioni che ogni inspirazione e ogni espirazione ti dona.

Osserva il respiro senza giudicare ciò che accade, non occorre alterare in alcun modo la tua normale respirazione, devi soltanto porre attenzione e consapevolezza a ciò che fai quotidianamente.

Dopo un po' la mente potrebbe distrarsi, quindi, appena te ne accorgi, riporta delicatamente l'attenzione al respiro senza rimproverarti. Infatti, il fatto stesso di renderti conto che la mente si è distratta e di recuperare l'attenzione senza criticarti è essenziale per la pratica della meditazione di consapevolezza.

Forse la mente finirà per calmarsi, per somigliare a un quieto specchio d'acqua oppure no, qualsiasi cosa accada, accettala senza giudizio.

Se raggiungi una sensazione di tranquillità assoluta sappi che potrebbe essere solo transitoria.

Se ti senti arrabbiato/a o esasperato/a nota che anche questo stato d'animo potrebbe essere transitorio a sua volta.

Qualunque cosa accada permettere di essere così com'è e nient'altro.

Dopo un ciclo di altre dieci respirazioni riapri gli occhi e riprendi conoscenza della stanza in cui ti trovi.

(da [46], p. 131)

Anche quest'altra tecnica può essere utilizzata bene nelle sedute a distanza, sia video che telefoniche.

Box operativo 2 - Body Scan

Sdraiati sulla schiena e mettiti comodo/a in un luogo in cui sei al caldo e non vieni disturbato, puoi farlo sul letto, sul pavimento oppure su un materassino. Tieni a portata di mano anche una coperta.

Potrai trovare utile chiudere gli occhi, tuttavia se preferisci sentirti libero/a di tenere gli occhi aperti oppure di riaprirli in qualunque momento durante la meditazione se avverti che ti stai addormentando.

Concediti qualche momento per rivolgere la consapevolezza alle sensazioni fisiche nel corpo specialmente a quelle tattili o di pressione là dove senti il contatto con ciò su cui sei sdraiato, ad esempio la parte dorsale della schiena o la nuca.

A ogni espirazione lasciati affondare un po' di più nella superficie di appoggio, lasciandoti andare delicatamente.

Ricorda gentilmente a te stesso che questo è il momento di "risvegliarti" non di addormentarti, è il momento giusto per essere pienamente consapevole della tua esperienza così com'è non come pensi che dovrebbe essere, non cercare di modificare il modo in cui ti senti, non cercare di essere più rilassato/a o più calmo/a.

Lo scopo di questa pratica è portare consapevolezza a ogni singola sensazione che provi via via che concentri l'attenzione sistematicamente su ogni parte del corpo.

A volte forse non sentirai nulla se così limitati a prendere atto di questo, non c'è bisogno di cercare di immaginarsi sensazioni laddove non ne sentiamo alcuna.

Ora porta la consapevolezza su ciò che senti nell'addome, fermati alcuni respiri a percepire le sensazioni mentre inspiri ed espiri. Concentra ora l'attenzione come se fosse un riflettore e portalo a scorrere tutto il corpo fermandoti sulle gambe, sui piedi per tutta la lunghezza fino alle dita.

Inspirando senti come il respiro possa entrare nei polmoni e poi scorrere nell'intero corpo attraversando le gambe per arrivare fino alle dita dei piedi. Senti il respiro che definisce dalle dita dei piedi, dalle gambe, dal tronco, ed infine esce dal naso.

Continua concentrandoti in questo modo per alcuni respiri, concentrandoti sulla parte inferiore del corpo, lascia che la consapevolezza si espanda al resto del piede, alle caviglie, alle ossa e alle articolazioni.

Ora poni attenzione alla parte inferiore delle gambe, risalisci alle ginocchia e alle cosce, sposta l'attenzione alla zona pelvica, inguine, genitali, glutei, fianchi prendi consapevolezza della zona lombare dell'addome, del dorso e infine delle spalle e porta delicatamente l'attenzione sulle mani. Poi spostati delicatamente verso i polsi, gli avambracci, i gomiti, la parte alta delle braccia e le spalle, le ascelle, in seguito conduci la consapevolezza verso il collo, il volto, la mandibola, la bocca, le labbra, il naso, le guance, le orecchie, gli occhi, la fronte e infine avvolgi tutta la testa intera nella piena consapevolezza.

Quando prendi consapevolezza di qualche sensazione particolarmente intensa, per esempio, una tensione specifica in una zona del corpo, vedi che effetto ti fa respirarci dentro per esplorarla più a fondo.

Di tanto in tanto la mente si allontanerà dal respiro e dal corpo inevitabilmente ed è del tutto normale, tuttavia, quando te ne accorgi riconosci e con gentilezza prendi nota mentalmente di dove sono finiti i tuoi pensieri e riporta delicatamente la consapevolezza alla parte del corpo sulla quale intendevi concentrarla.

Dopo avere trascorso tutto il corpo in questo modo dedica alcuni minuti a prenderne consapevolezza come un tutt'uno, nella tua interezza.

(da [46], p. 101)

Altro aspetto sul quale è importante intervenire è il recupero graduale della libertà di muoversi autonomamente e di svolgere tutte quelle attività verso le quali il cliente agisce l'evitamento. Anche in questa fase del lavoro la terapia online permette al terapeuta di seguire il cliente passo dopo passo, nel guidarlo mentre si immerge gradualmente in quella situazione che teme potrà generargli nuovamente il panico [40]. Pensiamo al caso di una donna che ha il terrore di prendere l'ascensore da sola. Il terapeuta potrà proporgli, in un primo momento, di recarsi, con lui connesso telefonicamente, davanti all'ascensore. Successivamente si potrà guidare la paziente ad andare davanti all'ascensore stesso e chiamarlo, rimanendo semplicemente in attesa finché le porte non si apriranno. In tal modo si potrà arrivare, con la giusta gradualità

e con un lavoro successivo sui vissuti e sui pensieri prodotti, a chiedere alla donna di chiamare l'ascensore, entrarci e successivamente di fare un piano e così via. Questo esempio vuole sottolineare come, anche nei lavori più esperienziali, la terapia da remoto sia possibile ed efficace [52, 14].

Si potrà poi procedere lavorando su elementi storici che hanno reso vulnerabile il soggetto, in tale ottica sarà importante guidare il paziente nella ricostruzione della storia di vita, dei legami più significativi, delle relazioni sentimentali e sociali. Si potranno approfondire eventuali episodi traumatici, compresa la prima esperienza dell'attacco di panico [15].

In questa chiave tecniche come l'EMDR [53] possono essere altamente efficaci per sostenere il cliente nel difficile processo di elaborazione emotiva di tali eventi [54]. L'EMDR è un metodo psicoterapeutico strutturato in grado di facilitare il trattamento di diverse psicopatologie e di problemi legati a esperienze emotivamente intense e stressanti, così come a eventi profondamente traumatici.

Si tratta di un metodo interattivo e standardizzato, scientificamente comprovato da più di 44 studi randomizzati controllati condotti su pazienti traumatizzati e documentato in centinaia di pubblicazioni che ne riportano l'efficacia nel trattamento di numerose psicopatologie, dalla depressione all'ansia, così come dalle fobie al lutto.

La terapia EMDR ha come base teorica il modello AIP (Adaptive Information Processing) che affronta i ricordi non elaborati che possono dare origine a molte disfunzioni. Numerosi studi neurofisiologici hanno documentato i rapidi effetti post-trattamento EMDR [53].

L'EMDR (ovvero, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) è un approccio terapeutico che si focalizza sul ricordo dell'esperienza traumatica, vissuta dal paziente, utilizzando i movimenti oculari, o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra, per trattare disturbi legati direttamente alle esperienze traumatiche o particolarmente stressanti da un punto di vista emotivo [53].

Dopo una o più sedute di EMDR quello che accade e che i ricordi disturbanti, legati all'evento traumatico, vengono desensibilizzati e perdono, pertanto, la loro carica emotiva negativa. Il cambiamento può essere molto rapido, indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento che si vuole elaborare. Il processo di desensibilizzazione avviene perché l'immagine cambia nei contenuti e nel modo in cui si presenta al cliente [53].

Ecco, quindi, che i pensieri intrusivi possono diminuire la loro potenza o persino sparire, è in tal modo che divengono più adattivi e le emozioni, così come le sensazioni fisiche correlate, si riducono di intensità.

Tale processo di elaborazione dell'esperienza traumatica permette al paziente di cambiare prospettiva, modificando le valutazioni cognitive su di sé, acquisendo emozioni più adeguate alla situazione ed eliminando, come dicevamo prima, le conseguenti reazioni fisiche [55].

Da un punto di vista clinico quello che si osserva è che, in seguito a un trattamento con EMDR, il cliente è in grado di discriminare con maggiore efficacia i pericoli

reali da quelli immaginari condizionati dall'ansia e percepisce il ricordo dell'esperienza traumatica come una memoria appartenente al passato. La percezione dell'esperienza permette di vivere in modo più distaccato l'esperienza dolorosa, disturbante o pregnante dal punto di vista emotivo.

Inoltre, il trattamento con EMDR può guidare il paziente a un cambiamento tale per il quale non presenterà più la sintomatologia propria di un disturbo post-traumatico da stress, come pensieri e ricordi intrusivi, i comportamenti di evitamento e l'iperarousal neurovegetativo nei confronti di stimoli legati all'evento traumatico. Chiaramente in seguito a un trattamento simile il cliente ricorderà ancora l'evento, quello che cambia è che il contenuto sarà integrato in una prospettiva più adattiva.

Ma come proporre un trattamento EMDR online? Può il clinico intervenire con il paziente anche a distanza?

Ebbene sì, anche le terapie EMDR possono essere svolte senza la necessità di una presenza del clinico e del suo paziente nel medesimo luogo.

Infatti, sono nate negli ultimi anni diverse piattaforme in grado di offrire la possibilità di praticare l'EMDR online in modo sicuro e semplice, attraverso una videochiamata.

Tra queste la EMDR Platform è tra le prime piattaforme in cui le videochiamate e gli strumenti EMDR sono stati completamente integrati all'interno di una pagina web. Il professionista e il cliente possono usare tale piattaforma senza il bisogno di installare alcun software. Tale piattaforma risulta molto comoda e pratica poiché può essere utilizzata anche da smartphone o da tablet attraverso una app completamente gratuita.

Inoltre, il terapeuta, attraverso la EMDR Platform, ha la possibilità di controllare lo schermo del paziente senza la necessità di dovere utilizzare altri programmi.

Ma come funziona? la sessione ha inizio semplicemente attraverso l'invio, da parte del clinico, di un collegamento. Una volta che il cliente avrà cliccato sul link la sessione online avrà inizio. A questo punto al professionista appare una finestra nella quale può vedere il suo cliente in modalità conversazione e, se lo desidera, può convertire lo schermo del suo cliente nella modalità EMDR. Tale modalità è, infatti, dotata di molteplici funzioni e attività che mettono alla prova la memoria di lavoro del paziente, attraverso varie forme, colori e motivi imprevedibili della pallina EMDR. Il clinico ha, inoltre, la possibilità di caricare delle foto di sfondo, l'esperienza clinica ha, infatti, dimostrato che offrire all'osservazione del paziente delle immagini neutre, legate al suo vissuto traumatico, combinate simultaneamente con altri stimoli distraenti sia molto efficace.

Tra le piattaforme EMDR online ricordiamo anche la remotEMDR. Attualmente molti terapeuti EMDR di tutto il mondo utilizzano la remotEMDR, trattandosi di una piattaforma ricca di funzionalità che consente di fornire ai clienti il più alto livello di assistenza, con sessioni online ma anche di persona.

Ma come funziona remotEMDR? Tale piattaforma unisce la chat video conforme alle norme HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) con la stimolazione bilaterale controllata dal terapeuta, creando in tal modo una preziosa ri-

sorsa per la terapia EMDR online.

Anche nel caso della stimolazione in EMDR da remoto è necessario sottolineare la necessità di un continuo aggiornamento degli strumenti adottati perché in breve tempo potrebbero subire ulteriori perfezionamenti e modifiche [56]. Spesso si dice che chi non cambia è destinato a scomparire [14], tale affermazione racconta l'importanza di accogliere i mutamenti che ogni epoca porta con sé a livello sociale, culturale ed economico sottolineando come cambia l'organizzazione del sistema sociale e come gli individui costituiscono la propria identità intorno alla partecipazione a comunità virtuali [57].

4. Conclusioni

La terapia da remoto è una delle modalità con le quali psicologi e psicoterapeuti possono lavorare. Alcune ricerche [58, 59, 60] hanno portato a risultati che comparano in modo positivo l'efficacia della terapia che avviene per mezzo delle nuove tecnologie con quelle face to face. Come già sottolineato, sarà necessario mantenere il focus del proprio lavoro terapeutico sull'idoneità del cliente e la tipologia della problematica presentata.

Diversi studi, condotti nel corso degli ultimi anni, hanno dimostrato quanto la psicoterapia online sia fortemente consigliata per i pazienti con disturbi alimentari [61], depressione e ansia [62], così come per i disturbi ossessivi compulsivi [63]. In molti casi, l'associazione tra farmaci e psicoterapia si è rivelata più efficace [64, 65].

In questo articolo abbiamo voluto dare rilievo al disturbo di ansia generalizzato e al disturbo di attacco di panico in modo da fornire adeguati strumenti a tutti i professionisti che si interfacciano nella strutturazione di una efficace relazione terapeutica online.

Vi sono diversi orientamenti psicoterapeutici e molteplici modalità attraverso le quali gestire quelli che sono i comportamenti e i pensieri ansiosi, tuttavia, ad oggi non potevamo non includere gli strumenti forniti dalla teoria cognitivo comportamentale a distanza.

Nell'ultima parte ci siamo soffermati sull'EMDR, una delle tecniche utilizzate per elaborare i vissuti traumatici, anche in presenza di Disturbi d'ansia e depressione, tuttavia, una nuova particolarità di questo orientamento è proprio l'utilizzo di tale tecnica su piattaforme in remoto.

In conclusione, l'utilizzo di diverse tecniche a seconda del cliente e del bisogno del paziente può garantire una gestione ottimale dello stato ansioso e degli attacchi di panico nonché una comprensione approfondita del processo emotivo in atto.

Sembra promettente la possibilità di trattare alcuni disturbi, quali ad esempio quelli legati alla condizione ansiosa, attraverso un intervento a distanza o anche Misto, in cui una parte del lavoro potrebbe essere fatta nelle sedute in presenza e altra parte in incontri 'distanza'.

BIBLIOGRAFIA

1. Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman S., Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), pp. 8-19.
2. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), pp. 593-602.
3. AA.VV. (2020a, June 3). eHealth Network, Summary report. *17th e HealthNetwork meeting*, Brussels.
4. AA.VV. (2020b, March 18). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. *Document*, World Health Organization.
5. Carriero, C. (2020). *Smart working: Tool e attitudini per gestire il lavoro da casa e da remoto*. Milano: Hoepli.
6. Suler, J. (2001). The Future of Online Clinical Work. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 4, pp. 265-70.
7. Suler, J. (2006). *The psychology of cyberspace*. www.rider.edu/users/suler/psyber/psyber.html
8. McWilliams, N. (2020, April 5). *Psychotherapy in a Pandemic*. www.researchgate.net/publication/342491996.
9. Catz, B. et al. (2020). *Fear of lockdown. Psychoanalysis, pandemic discontents and climate change*. Lecce: Frenis Zero.
10. Bloom, J.W. (1998). The ethical practice of Web Counseling. *British Journal of Guidance and Counselling*, 26, 1, pp. 53-59.
11. Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A.P. et al. (2020). Recommendation for Policy and Practice of Telepsychotherapy and E-Mental health in Europe and Beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30 (2), pp. 160-173, (DOI: 10.1037/int0000218).
12. Vargiu, N. (2021). *Psicologia online: un'opportunità d'innovazione*. Dueville: Ronzani RES.
13. Algeri, D., Gabri, S., Mazzucchelli, L. (2018). *Consulenza psicologica online. Esperienze pratiche, linee guida e ambiti di intervento*. Giunti: Firenze.
14. Iannazzo, A., Leoni, F., Ciufò, P. (2022). *Psicoterapia online, come realizzare interventi efficaci a distanza*. Roma: Carocci.
15. Laliotis, D. (2020, November/December). Trauma and Teletherapy: discerning our clients' needs, *Psychotherapy Networker*. New York: Routledge.
16. Leoni, F. (2021, novembre). Psicoterapia online. Efficienza e risorse del servizio. In A. Iannazzo (a cura di), *Consulenza e formazione online. Integrazione nelle Psicoterapie*, 11, Roma: Aspici.
17. Leoni, F., Ciufò, P. (2021). Psicologia online. Costruzione del setting e pratica clinica. In A. Iannazzo (a cura di), *Consulenza e formazione online. Integrazione nelle Psicoterapie*, 11, Roma: Aspici.
18. Öst, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, pp. 296-321.
19. Norton, P.J., Price, E.P. (2007). A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, pp. 521-531.
20. Burns, D.D., Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: Does it really make a difference? In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 135-164). New York: Guilford Press.
21. Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2001). *Abnormal psychology* (4th ed.). New York: W.W. Norton & Company.
22. Giusti, E., Montanari, C., Iannazzo, A. (2004). *Psicoterapie Integrate* (nuova ed.). Milano: Masson.
23. Giusti, E., Montanari, C., Iannazzo, A. (2021). *Manuale. Psicoterapie Pluralistiche Integrate*. Roma: Armando.
24. Norton, P.J., Philipp, L.M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), pp. 214-

226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>[https](https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214).
25. Yerkes, R.M., Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18 (5): pp. 459-482. doi:10.1002/cne.920180503.
26. Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
27. Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston (MA): Butterworths.
28. APA (American Psychiatric Association) (2014). *DSM-5 – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi di personalità* (5^a ed.). Milano: Raffaello Cortina Editore (ed. or. 2013).
29. Ellis, A., (2013). *Che ansia! Come controllarla prima che lei controlli te*. Trento: Erickson.
30. Rogers, C. (1977). *La terapia centrata sul cliente*. Roma: Astrolabio (ed. or. 1951).
31. Ellis, A., (1996). *Sex Without guilt* (new ed.). Pennsylvania State University: Wilshire Book Company
32. Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., Page, A. (2003). *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*. Torino: Centro Scientifico Editore.
33. Burns, D.D. (1980). *Sentirsi bene*. Milano: Mondadori.
34. Yellowlees, P., Nakagawa, K., Pakyurek, M. et al. (2020, July). Rapid conversion of an outpatient Psychiatric Clinic to a 100% Virtual Telepsychiatric Clinic in response to COVID-19. *Technology in Mental Health* (DOI:10.1176/appi.ps.202000230).
35. Zhao, X., Bhattacharjee, S. (2020). The impact of telemental health use on healthcare costs among commercially insured adults with mental health conditions. *Current Medical Research and Opinion*, 36 (9): pp. 1541-1548.
36. Suler, J. (2017). Psychoanalytic Cyberpsychology. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 14, pp. 97-102.
37. Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *CyberPsychology and Behavior*, 7, pp. 321-6.
38. Christ, C., Schouten, M.J., Blankers, M. et al. (2020). Internet and Computer-based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22 (9), e17831, (DOI: 10.2196/17831).
39. Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. New York: Coward, McCarin, Geoghen Inc.
40. Beck, A.T., Emery, G. (1988). *L'ansia e le fobie. Una prospettiva cognitiva*. Roma: Astrolabio.
41. Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and Therapy*, 24, pp. 461-470.
42. Clark, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman, J.D. Maser (Eds.). *Panic: Psychological Perspectives* (pp. 71-89). Hillsdale (NJ): Erlbaum.
43. Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Gelder, M.G., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P. et al. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. In I. Hand, H.U., Wittchen (Eds.). *Panic and phobias 2*. Berlin: Springer-Verlag.
44. Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
45. Rees, C.S., Maclaine, E. (2015). A Systematic Review of Videoconference Delivered Psychological Treatment for Anxiety Disorders. *Australian Psychologist*, 50, 4, pp. 259-264.
46. Williams, M., Penman, D. (2014). *Metodo Mindfulness. 56 giorni alla felicità. Il programma di meditazione che ha liberato dall'ansia e dallo stress milioni di persone*. Milano: Mondadori.
47. Ivanowsky, B., Malhi, G.S. (2007). The Psychological and Neurophysiological Concomitants of Mindfulness Forms of Meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, pp. 76-91.
48. Shapiro, S.L., Oman, D., Thoresen, C.E., Plante T.G., Flinders T. (2008). Cultivating Mindfulness. Effects on Well-Being. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), pp. 840-62.
49. Shapiro, S.L., Schwatz, G.E., Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, pp. 581-99.
50. Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Kreitemeyer, J., Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13, pp. 27-45.

51. Hick, S.F., Segal, Z.V., Bien, T. (2008). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.
52. Iannazzo, A. (a cura di) (2021, novembre). Consulenza e formazione online. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 11. Roma: Aspic.
53. Shapiro, F. (2019). EMDR. *Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Milano: Cortina.
54. Zaccagnino, M., Callerame, C. (a cura di) (2022). *Terapia EMDR. Attaccamento, concettualizzazione del caso e lavoro con le parti del Sé*. Trento: Erickson.
55. Croitoru, T. (2020). *Emdr Revolution. Cambiare la propria vita un ricordo alla volta*. Sesto San Giovanni: Mimesis.
56. Manfrida, G., Albertini, V., Eisenberg, E. (2020). *La clinica e il web: Risorse tecnologiche e comunicazione psicoterapeutica online*. Milano: Angeli.
57. Bauman, Z. (2000). *Modernità liquida*. Bari: Laterza.
58. Mizrahi, C. (2017). The analyst's closeness in long-distance psychoanalysis. In J. Sharf (Ed.), *Psychoanalysis online* 3, pp. 65-83. London: Karnac.
59. Blumer, M., Hertleink, M., Vanderbosch, M. (2015). Towards the development of educational core competencies for couple and family therapy technology practices. *Contemporary Family Therapy*, 37, pp. 113-21.
60. Wagner, B., Horn, A., Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*, 152, pp. 113-121.
61. Wagner, C.S., Park, H.W., Leydesdorff, L. (2015). *The Continuing Growth of Global Cooperation Networks in Research: A Conundrum for National Governments*. Leuven, Belgium: Wolfgang Glanzel, Katholieke Universiteit.
62. Choïs, S., Schalet, B., Cook, K. F., Cella, D. (2014). Establishing a Common Metric for Depressive Symptoms: Linking the BDI-II, CES-D, and PHQ-9 to PROMIS Depression. *Psychological Assessment*, 26, 2, pp. 513–27.
63. Yuen, E.K., Gros, D.F., Price, M., Zeigler, S., Tuerk, P.W., Foa, E.B., Acierno R. (2015). Randomized controlled trial of home-based telehealth versus in-person prolonged exposure for combat-related PTSD in veterans: Preliminary results. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 6, pp. 500-12.
64. Bandelow, B., Michaelis, S., Wedekind, D. (2017, Jun). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2): 93–107 (DOI: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow).
65. Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S., Wedekind, D. (2018). Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: meta-analysis of follow-up studies. *British Journal of Psychiatry*, 212, pp. 333–338.

SITOGRAFIA

<https://emdr.it/> (ultimo accesso, 29-09-2022)

<https://emdr-platform.it/> (ultimo accesso, 29-09-2022)

<https://www.psicologiapathos.it/lo-stress-conosciamolo-meglio/> (ultimo accesso, 21-09-2022)

<https://www.remotemdr.com/it/> (ultimo accesso, 29-09-2022)