

Mina: un disturbo d'ansia generalizzata e panico

Cristina Salvatori¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale -Associazione Psicoterapia Cognitiva (APC), Roma

– Centro in Movimento, Fondi-

Riassunto

In questo articolo viene descritto il caso di Mina è una donna con diagnosi di disturbo d'ansia generalizzato e disturbo di panico. Oltre alla presenza di numerosi scopi difficilmente realizzabili, si può individuare nella donna un conflitto tra scopi. Se da una parte lo scopo è quello di non provare emozioni sgradevoli e non essere sopraffatta dalle emozioni, dall'altra non preoccuparsi delle problematiche familiari indicherebbe una mancanza di interesse: per Mina uno degli scopi più importanti è quello di essere una buona madre e una buona moglie. La preoccupazione le genera una serie di emozioni e sensazioni sgradevoli che però sono per lei indice di grave malessere e questo oltre ad essere inaccettabile le rende impossibile star dietro alla propria famiglia. Verrà illustrato il profilo interno della paziente, le vulnerabilità che hanno indotto la paziente a sviluppare il disturbo e verrà descritta la terapia nelle varie fasi.

Parole chiave: disturbo di panico, ansia generalizzata, preoccupazione, conflitto tra scopi.

Mina: a generalised anxiety and panic disorder

Abstract

In this article it is described the Mina's case, a women affected by generalised anxiety and panic disorder. We can observe in Mina the tendency to set unlikely achievable goals which are also in conflict among them. As a matter of fact on one hand she does not want to feel unpleasant-negative emotions and she tries to avoid to be overwhelmed by them; on the other hand for Mina is very important to be a good mother and wife and she feels that to be not worried about problems related to her family indicates a lack of interest. However those worries generate unpleasant feelings and emotion which she interprets as signals of weakness that make her unable to take care of her family. In this article first of all will be outlined Mina's inner profile by discussing the vulnerabilities that generate the disorders and secondly will be described each stage of the adopted therapy.

Key words: panic disorder, generalised anxiety disorder, worry, conflict among goals

Introduzione

Mina è una donna di 68 anni, casalinga, vive con il marito in un paese di provincia, lo stesso in cui è nata ed ha sempre vissuto. Viene ai colloqui sempre accompagnata dal marito, il quale

Cristina Salvatori, Mina, un caso di GAD e panico *N. 18, 2016, pp. 70-81.*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su

www.psicoterapeutiinformazione.it

l'aspetta pazientemente nella sala d'attesa e con il quale sostiene di avere un buonissimo rapporto. *"Siamo io e lui, ci facciamo sempre compagnia"*. A seguito di una crisi ipertensiva avvenuta a Marzo, Mina inizia a sviluppare una serie di preoccupazioni riguardanti il proprio stato di salute e a mantenere un atteggiamento iper vigile rispetto ad ogni segnale corporeo. A Maggio dello stesso anno il marito ha dovuto subire una piccola operazione ma, nonostante il buon esito di questa, la signora ha iniziato a sviluppare una serie di preoccupazioni riguardanti il proprio stato di salute e quello del marito. Il medico di base le consiglia quindi di rivolgersi al Centro di Salute Mentale e la donna ha accesso al servizio a Giugno. Inizio a vedere la paziente ad Ottobre su invio della psichiatra del CSM che la segue farmacologicamente (prescrivendole le seguente terapia: Elopran 24 mg: 12 gocce; Xanax 8 gocce mattina e sera). Mina appare ben curata nell'aspetto e disponibile al colloquio; si mostra spaventata per il proprio stato e, superato l'imbarazzo iniziale, esprime chiaramente il proprio malessere con un'esplicita richiesta d'aiuto. L'eloquio è fluente e coerente e la paziente si descrive come una donna *"peperina, sempre piena di energie e che non si è mai fermata di fronte a nulla"* mentre ora *"non riesce più a far nulla"*. Non sa cosa le accade ma da prima dell'estate, ogni giorno, al risveglio viene colpita da un forte stato di "agitazione" che si manifesta con tremori, crampi allo stomaco, nausea, e senso di confusione. In alcuni casi l'agitazione e l'attivazione somatica sono talmente forti che teme di dover essere ricoverata; in particolare teme che questo possa essere legato a scompensi cardiovascolari, sebbene il cardiologo l'abbia rassicurata a riguardo. Per il timore di sentirsi male evita di uscire da sola o di rimanere sola a casa. Inoltre riferisce di passare molto tempo a preoccuparsi del proprio stato di salute, di quello del marito e della condizione lavorativa del figlio quarantenne, che convive con la compagna e che è ormai disoccupato da più di 4 anni. Trascorre molte ore al giorno assorta nei propri pensieri che le impediscono di star bene quando si trova in compagnia di altre persone. Dice di non riconoscersi più e si sente molto triste. Tutto ciò l'ha condotta a passare molto tempo senza far nulla, riducendo le proprie attività domestiche ed extradomestiche. Trascorre le sue giornate oscillando tra stati di anedonia, apatia e di forte preoccupazione.

Storia di vita

Ultima di 4 figli, Mina perde il padre quando ha 8 mesi. L'uomo era stato ricoverato per dolori addominali ma a seguito di un'operazione, rispetto alla quale la paziente non sa riferire ulteriori informazioni, muore per complicazioni post-operatorie. La mamma, oberata di impegni, la affida a degli zii, con i quali cresce fino all'età di 12 anni. Racconta che in quegli anni, pur trovandosi bene a casa con gli zii e le cugine più grandi (parla della zia come di una "seconda mamma") si sentiva

spesso *“trascurata ed abbandonata”*. In quel periodo imparò a non dare disturbo, ad essere la bambina che portava sempre buoni voti e che non *“lasciava mai le sue cose fuori posto”*. Questo le permetteva di ricevere spesso l’attenzione della zia che la lodava e la faceva sentire brava. Descrive la sua infanzia come un’infanzia triste nella quale sperimentava una sensazione di diversità rispetto alle altre bambine per il fatto di non avere una famiglia *“normale”*. *“Non ho mai potuto invitare un’amichetta a casa perché sentivo che quella non era casa mia”*. All’età di 7 anni il fratello maggiore muore annegato. Di quel periodo ricorda la grande sofferenza della mamma e i suoi tentativi fallimentari di farla star bene. All’età di 12 anni torna a casa con la madre che ricorda essere sempre nervosa, *“aspra”* e poco affettuosa nei suoi confronti. Ciononostante in quel periodo inizia a frequentare diverse compagne di classe e ricorda di aver cominciato a star meglio. A 16 anni conosce il suo attuale marito, all’età di 24 anni si sposa e dopo qualche anno nasce il figlio. Con il matrimonio racconta di aver sperimentato un grandissimo cambiamento nella propria vita: finalmente capisce cosa significa avere una famiglia e una propria casa. A quel punto dice di essersi sentita realizzata e di aver iniziato a dedicare al marito e al figlio *“tutto l’amore possibile”*. Riferisce di esser sempre stata abituata a non *“piangersi addosso”* e che solo grazie al marito ha imparato cosa significa potersi *“appoggiare”* su qualcuno. Racconta, ad esempio, di quanto sia stato importante il sostegno del marito nell’affrontare i gravi problemi di salute che il figlio ha dovuto affrontare da bambino. Descrive quel periodo, superato grazie *“all’impegno e all’amore”* dedicatogli, come uno dei più brutti. Riferisce di essere stata soddisfatta della propria vita e realizzata nel proprio lavoro, quello di casalinga, *“perfetta nel pulire, cucinare, stirare e star dietro ai miei uomini (marito e figlio)”*, fino a prima dell’esordio della sintomatologia ansiosa.

Dall’osservazione clinica è possibile distinguere le seguenti diagnosi in base ai criteri del DSM-V:

Disturbo di panico: Presenza di più attacchi di panico seguiti da timore per il verificarsi di un nuovo attacco

Palpitazioni, sudorazione, nausea, tremori, paura di perdere il controllo, di svenire, di morire

Agorafobia: Caratterizzato dal timore di trovarsi in luoghi affollati, utilizzare mezzi di trasporto, uscire di casa da sola e trovarsi in spazi chiusi. La preoccupazione è relativa al timore di non poter ricevere aiuto qualora dovesse sentirsi male.

Disturbo d’ansia generalizzato

Caratterizzato da una eccessiva preoccupazione riguardante diversi ambiti, da una marcata difficoltà nel controllare la preoccupazione, affaticabilità, difficoltà di concentrazione, irritabilità e

tensione muscolare. I timori riferiti riguardano principalmente le preoccupazioni di Tipo1 (Wells 1997) quali la possibilità di ammalarsi, la possibilità che il marito si ammali e la disoccupazione del figlio e le preoccupazioni di Tipo 2 (Wells 1997) quali la sensazione di mancanza di controllo e l'idea che il rimuginio indichi uno stato pericoloso.

A Mentre cucino avverto una sensazione di debolezza	B Oddio che succede? Mi sto sentendo male, ora svengo qui, e lascio tutto sottosopra.	C Ansia Forte giramento di testa
C/A'	B' Ecco, sto per svenire ora succede il macello.	C' Panico Chiamo mio marito e mi sdraio
A Al risveglio avverto un senso di malessere	B Come sto? Mmmm anche oggi non va affatto bene. Si prospetta un'altra giornata	C Agitazione. Dolori addominali. Nausea. Check
C/A'	B' Ecco, ora anche il mal di stomaco, ma cosa mi prende?!!!!	C' Ansia 9 Nausea. Vertigini. Prendo farmaco antiemetico
C'/A''	B'' Ormai non riesco a fare niente, sto diventando dipendente dalle gocce. Sono penosa, non mi posso nemmeno più guardare allo specchio.	C'' Tristezza. Mi metto a letto
A Sento al TG una notizia sulla disoccupazione giovanile	B Come si fa? Marco non troverà mai lavoro. Io non lo posso aiutare economicamente. Come farà povero figlio mio?	C Ansia 7 Rimuginio sulle possibili soluzioni.
C/A'	B' Passo tutto il mio tempo a pensare a queste cose, ormai non penso ad altro. Mi sto proprio ammalando	C' Ansia +

Scopi e anti-scopi: Essere sempre efficiente e in grado di gestire le situazioni problematiche Portare sempre a termine con successo ciò che inizio Essere una persona sulla quale si può contare Non essere un peso per gli altri Non provare sensazioni ed emozioni sgradevoli Avere una famiglia felice Tenere sotto controllo le proprie emozioni Essere una buona madre e moglie
Regole: Se non mi preoccupo per qualcosa significa che non mi interessa Se la mia famiglia non sta bene la mia vita non ha senso Se mostro di star male gli altri potrebbero pensare che sono una debole Se sto male non posso occuparmi della mia famiglia Se non mi preoccupo per mio figlio sono una madre irresponsabile Se dovesse accadere qualcosa ai "miei uomini" sarei finita Se mi preoccupo troppo significa che sto male Se mio marito non ci fosse sarei persa Se sto male sono una persona debole
Credenze: Una madre che non si preoccupa è una madre irresponsabile, L'ansia mi impedisce di svolgere adeguatamente i miei doveri Senza la mia famiglia la mia vita non ha valore E' essenziale mantenere gli impegni presi La mia famiglia è tutto ciò che ho Non riesco più a controllare le mie preoccupazioni Senza il mio aiuto mio figlio non può farcela

Figura 1 Profilo interno

Sono stati somministrati i seguenti test:

ASI: (Ottobre 2014) 48- ansia elevata/panico; (Marzo 2015) 40; (Settembre 2015) 22- normale/bassa ansia

STAI Y1(M=43,85; DS=12.06): (Ottobre 2014) 68 (Settembre 2015) 47.

STAI Y2 (M=43,25; DS=9.85): (Ottobre 2014) 60 (Settembre 2015) 50.

Oltre alla presenza di numerosi scopi difficilmente realizzabili, si può individuare nella donna un conflitto tra scopi. Se da una parte lo scopo è quello di non provare emozioni sgradevoli e non essere sopraffatta dalle emozioni, dall'altra non preoccuparsi delle problematiche familiari indicherebbe una mancanza di interesse e quindi non essere una buona madre e una buona moglie.

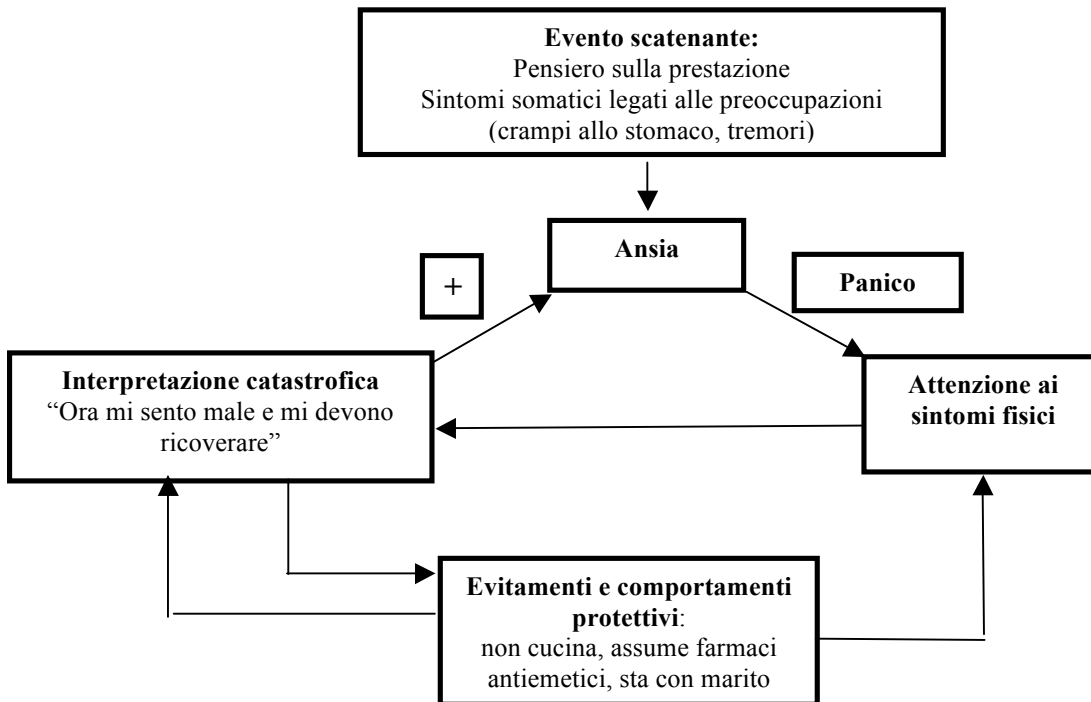


Figura 2: Modello Panico (Clark, 1986) con aggiunta del ciclo di mantenimento

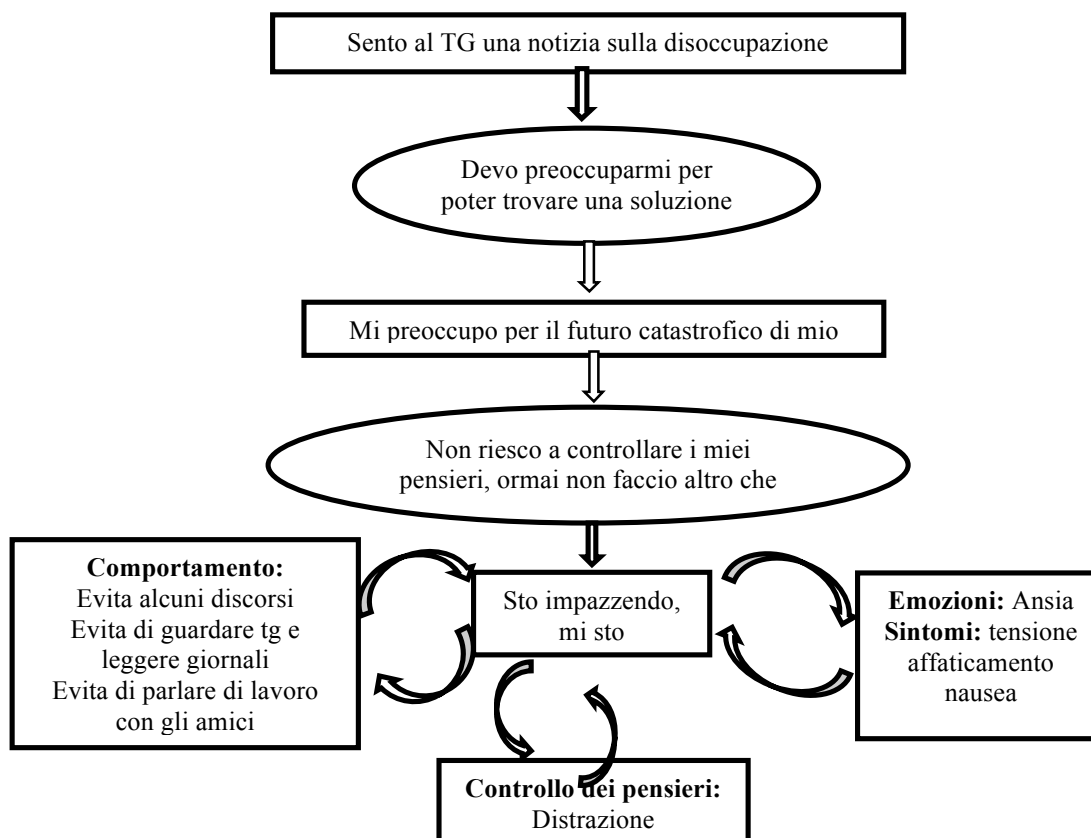


Figura 3: Modello GAD (Wells, 1995)

Fattori di mantenimento

Per quanto riguarda il disturbo di panico l'iper focalizzazione sulle sensazioni corporee la induce a sviluppare un'attenzione selettiva rispetto a manifestazioni somatiche che altrimenti non verrebbero notate. Inoltre i comportamenti protettivi (assunzione farmaco per nausea e vertigini; misurazione ripetuta della pressione arteriosa; ricerca della presenza costante del marito) non le permettono di sperimentare la natura transitoria degli stati ansiosi. Gli evitamenti delle situazioni che potrebbero generarle ansia e preoccupazione (trovarsi in luoghi aperti e lontani da casa, impegnarsi nella preparazione di pietanze complesse) mantengono intatta la credenza che qualora dovesse sentirsi male questo avrebbe esiti catastrofici. Infine i pensieri secondari di autocritica rispetto alla propria condizione le mantengono un'idea di sé come debole e non più in grado di gestire le situazioni problematiche. Questo aumenta il senso di minaccia percepito, in quanto le proprie risorse non sembrano essere sufficienti per fronteggiarla e ciò le genera maggiore

preoccupazione ed ansia.

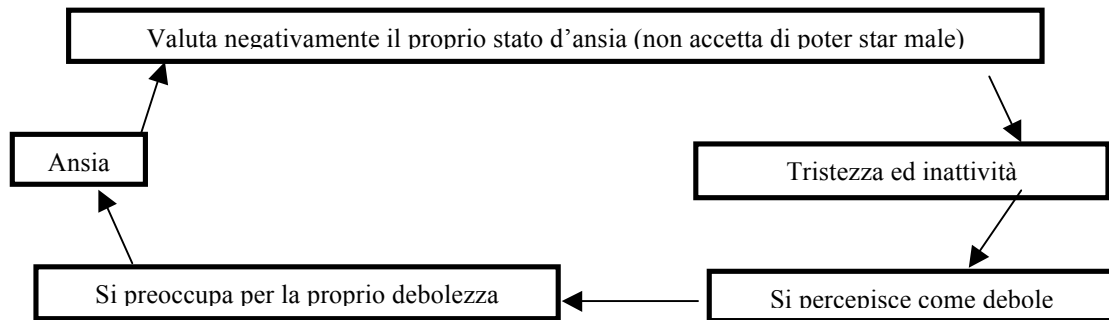


Figura 4: Rappresentazione del circolo vizioso di mantenimento dell'ansia

Per quel che riguarda l'ansia generalizzata il rimuginio le dà l'illusione di poter risolvere i propri problemi ma in realtà alimenta le preoccupazioni di 2 tipo. L'evitamento di situazioni che le stimolano le preoccupazioni (tg, ospedali, discorsi riguardanti malattie) le mantiene attiva la credenza che preoccuparsi sia pericoloso.

La richiesta di rassicurazioni aumenta lo stato di apprensione e la percezione di incapacità nel gestire la situazione e la distrazione, al pari dell'evitamento, le mantiene l'idea di pericolosità della preoccupazione.

Scompenso

La crisi ipertensiva che l'ha portata al ricovero ha reso la donna più sensibile ai segnali corporei legati all'ansia. Per quanto riguarda il GAD probabilmente l'intervento chirurgico che il marito ha dovuto sostenere ha sensibilizzato la donna rispetto alla presenza di malattie e alla possibilità che il marito stia male.

Vulnerabilità

Riguardo alla vulnerabilità storica, l'essere affidata agli zii, a seguito della morte precoce del padre, ha dato a Mina l'idea di non far parte di una famiglia "normale" e l'ha esposta ad un senso di diversità rispetto alle proprie coetanee. In questo modo la serenità familiare è diventata un elemento imprescindibile nella vita della donna. La morte del padre, a seguito di complicanze post-operatorie, ha sensibilizzato la donna al timore delle malattie. Il clima emotivo presente in casa, a seguito della morte del fratello, ha portato la paziente a non esprimere le proprie emozioni per non dare preoccupazioni ai propri cari. Inoltre la paziente, su continue raccomandazioni della madre, ha

appreso che si poteva ottenere l'amore degli altri solamente comportandosi alla perfezione, non arrecando disturbo e comportandosi sempre in maniera esemplare. Gli importanti ed improvvisi lutti hanno sensibilizzato la donna rispetto al fatto che nella vita possano avvenire inaspettatamente eventi spiacevoli.

Rispetto alla vulnerabilità attuale, si può osservare: l'elevata Anxiety Sensitivity; sintomi dell'ipertensione che rendono difficoltosa la distinzione con la sintomatologia ansiosa. L'età avanzata, con i relativi malanni associati, la predispongono a sperimentare preoccupazioni relative al proprio stato di salute e a quello del marito. La disoccupazione del figlio mantiene attiva la preoccupazione riguardo il benessere di quest'ultimo.

Terapia

La terapia è iniziata ad Ottobre 2014 e si è conclusa a Settembre 2015. Gli incontri si sono svolti con cadenza settimanale. Il piano di trattamento ha previsto più fasi:

Fase di assessment

Raccolta di informazioni anamnestiche e ricostruzione delle situazioni nelle quali la paziente sperimentava maggiormente il proprio malessere. Somministrazione dei test.

Obiettivo preliminare

Notando la grande difficoltà della signora nel riconoscere e discriminare i differenti stati emotivi (tristezza ed ansia in particolare), descritti come generale malessere, abbiamo stabilito come primo obiettivo quello di imparare a distinguere le diverse emozioni esperite.

Lavoro di psicoeducazione

In questa prima fase è stato necessario svolgere una psicoeducazione di base affinché la donna iniziasse a distinguere i propri stati mentali. Si è rivelato utile l'utilizzo della tecnica degli ABC sebbene la comprensione di questi abbia comportato un tempo piuttosto lungo a causa della scarsa capacità di mentalizzazione della paziente.

Primo obiettivo terapeutico

Considerando come, a causa del disturbo di panico, la signora stesse riducendo sempre più le proprie attività e come questo stesse influenzando notevolmente l'umore, ho ritenuto opportuno condividere come primo obiettivo il miglioramento nella gestione dell'ansia e la riduzione degli attacchi di panico.

Lavoro sul panico

Inizialmente è stato necessario concentrarsi sulla costruzione del circolo vizioso del panico e sull'individuazione dei comportamenti di evitamento, protettivi e di attenzione selettiva che

mantenevano il problema. Utilizzando la tecnica degli ABC ho chiesto alla signora di svolgere dei compiti di monitoraggio rispetto ai propri stati emotivi, appuntando ogni volta che si fosse sentita particolarmente in ansia. Una volta condivisi accuratamente quali fossero gli effetti fisiologici di questa emozione, ho invitato la signora a ridurre i comportamenti protettivi, dopo aver concordato con il medico di base di interrompere l'assunzione dei farmaci antiemetici e la misurazione ripetuta della pressione. In questo periodo, a seguito di un episodio luttuoso avvenuto nel condominio della signora, si è osservato un esacerbarsi della sintomatologia ansiosa in termini di frequenza ed intensità e ciò ha indotto la psichiatra ad aumentare la posologia.

La diminuzione dell'intensità dell'ansia, derivante dall'assunzione di farmaci, ha permesso di lavorare sulla riattivazione comportamentale attraverso delle esposizioni programmate con il duplice obiettivo di ridurre gli evitamenti e di attivarla per contrastare l'aspetto depressivo emergente. La signora aveva smesso di cucinare per il timore di sentirsi male durante la preparazione e di lasciare tutto in disordine senza portare a compimento il proprio lavoro. Attraverso il laddering è emerso come questo fosse legato al timore di essere debole e potersi sentire male durante la preparazione correndo il rischio di non concludere alla perfezione il proprio lavoro: ciò avrebbe significato essere una cattiva madre, moglie e donna di casa. Dopo aver discusso socraticamente e ridefinito il significato dell'essere una buona madre, moglie e donna di casa, e di come fosse necessario correre il rischio di sentirsi male per poter raggiungere il suo obiettivo, abbiamo stabilito una gerarchia (in base alla difficoltà di preparazione e quindi di ansia suscitata) delle pietanze da preparare. La paziente ha così iniziato il programma di esposizione tornando gradualmente a cucinare tutto. Ciò ha avuto un effetto benefico rispetto alla riattivazione comportamentale e all'accettazione del rischio di poter fare qualcosa in modo imperfetto. L'umore è migliorato notevolmente e Mina si è sentita molto rassicurata osservando miglioramenti nel proprio stato d'ansia. Sebbene gli attacchi di panico non si presentassero più, la donna mostrava difficoltà nel ridurre i comportamenti protettivi, in particolare l'assunzione di farmaci (in particolare quelli per le vertigini) e la continua ricerca del marito. Ad una nuova misurazione dell'ASI, il punteggio è risultato ancora molto alto ed ho ritenuto quindi necessario iniziare degli esercizi di esposizione enterocettiva. In particolare abbiamo lavorato sulle sensazioni di tremori e sensazione di sbandamento attraverso alcuni esercizi svolti in seduta e altri assegnati per casa (*tendere i muscoli del corpo; ruotare la testa ripetutamente*). La paziente molto diligentemente ha svolto anche questi home-work e questo ha avuto un effetto positivo sull'interpretazione dei sintomi dell'ansia (spesso associata alle preoccupazioni inerenti il GAD), non più vissuti in maniera catastrofica.

Secondo obiettivo terapeutico

Sebbene le attivazioni fisiologiche dell'ansia non inducessero più panico nella paziente, questa continuava a passare molto tempo preoccupata rispetto al proprio stato di salute, a quello del marito e alla disoccupazione del figlio. Abbiamo stabilito quindi come secondo obiettivo la riduzione del tempo trascorso a preoccuparsi.

Lavoro sull'ansia generalizzata

Preoccuparsi sembra essere per Mina l'unica cosa da farsi di fronte a problematiche per le quali si sente impotente. Attraverso la preoccupazione la donna ha l'illusione di poter controllare la situazione e il rimuginio è il tentativo di trovare una soluzione al futuro catastrofico previsto. Inizialmente è stato necessario distinguere tra lo stile di pensiero improntato al *problem solving* e il rimuginio, evidenziando come non vi fossero dei vantaggi a lungo termine legati a quest'ultima modalità ed eliminando in questo modo le credenze positive legate all'attività del rimuginare. E' stato utile utilizzare la tecnica del *doppio standard* per far osservare alla signora che non preoccuparsi non significa essere superficiale o disinteressata. Allo stesso tempo è stato importante lavorare socraticamente sulle preoccupazioni di Tipo 2 (timore delle preoccupazioni) e dopo avere individuato quali fossero gli evitamenti e come questi contribuissero a mantenere il problema, abbiamo concordato di ridurli. Ciononostante il tempo passato a rimuginare, come risultava dal *diario del monitoraggio* dei pensieri richiesto alla paziente, era comunque molto elevato. Ho trovato quindi utile definire dei periodi di *preoccupazione controllata*. In questo modo il tempo passato a rimuginare è stato inizialmente circoscritto ai periodi prestabiliti, per poi ridursi gradualmente sempre più. Contemporaneamente abbiamo introdotto all'interno delle sedute degli spazi dedicati alla *mindfulness* per favorire, attraverso l'osservazione dei pensieri il distanziamento da questi. Ciò ha permesso una minore identificazione con essi ed una maggiore capacità di concentrazione rivolta al momento presente. Questo ha avuto un effetto benefico e il tempo trascorso a rimuginare si è ridotto notevolmente, così come la sensazione di tensione costante e il fastidio rivolto alle altre persone.

Prevenzione delle ricadute:

In questa fase finale abbiamo svolto colloqui inizialmente a cadenza bisettimanale, dilazionando poi sempre più gli incontri. Abbiamo ripercorso insieme le tappe della terapia cercando di individuare quali fossero state le difficoltà maggiori (in particolare la sensibilità alle attivazioni fisiologiche dell'ansia e la difficoltà a disinvestire sullo scopo di efficienza). Abbiamo provato ad

immaginare le situazioni che in futuro potrebbero predisporla a provare ansia e riesaminato eventuali risposte da mettere in atto. Con l'obiettivo di farle sperimentare una condizione di benessere a prescindere dalla propria vita familiare le ho suggerito di individuare delle attività a cui dedicarsi. La donna ha deciso, dopo qualche resistenza di iniziare a frequentare il centro anziani del paese.

Alleanza e relazione terapeutica

Mina si è mostrata da subito molto motivata alla terapia, presentandosi puntualmente ad ogni incontro e svolgendo precisamente ogni compito assegnatole. La donna ha cercato in ogni modo di essere una "brava paziente" ed inizialmente non è stato facile riconoscere questo aspetto perché trovavo estremamente gratificante il lavoro svolto insieme. E' stato possibile accorgermi di ciò, osservando l'elevata preoccupazione che la signora mostrava quando non riusciva a completare le prescrizioni date in terapia. Il timore di non essere la paziente brava e perfettamente compliant la faceva entrare in uno stato di agitazione che inizialmente non esplicitava. La sua volontà era quella di apparire come una paziente "perfetta", il non farlo la faceva sentire in colpa per non essere stata abbastanza brava e ciò che la preoccupava maggiormente era il rischio di poter rovinare la terapia. Esplicitare questo aspetto non è stato semplice e ci sono voluti diversi mesi affinché, attraverso una continua meta-comunicazione rispetto a quanto avveniva in seduta ed utilizzando la tecnica del doppio standard, questo aspetto si riuscisse a superare e si potesse iniziare a lavorare in un clima di aperta collaborazione e fiducia. Ad eccezione di questo aspetto non sono emerse particolari difficoltà all'interno della terapia che si è svolta in maniera piacevole e soddisfacente per entrambe le parti.

Bibliografia

- Clark, D.M. (1986) A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*; 24, 461-470
- Wells, A. (1995) Meta-cognition and worry: a cognitive model of Generalised Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.

Cristina Salvatori

**Psicologa-Psicoterapeuta, Centro In Movimento, Fondi,
Associazione Psicoterapia Cognitiva (APC) Roma**

Specializzata a Roma, training Semerari-Saliani

e-mail: .cristi.salvatori@gmail.com

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail
personale, se fornita, o a quella della rivista:*

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di
formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e
SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro
Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su
www.psicoterapeutiinformazione.it