

Il rimuginio

Elena Caprari

Riassunto

L'interesse ad approfondire il tema del rimuginio è nato dall'aver constatato quanto questo sia pervasivo, quanto sia presente nei pazienti con cui, quotidianamente, ci troviamo a lavorare. Una sua conoscenza più approfondita e più puntuale è stata, quindi, oltre che una curiosità, un'esigenza personale. In letteratura sono diversi gli studi che si sono occupati degli aspetti di questo tema e sempre di più si sta cercando di mettere a punto protocolli efficaci per il suo trattamento.

In particolare vorrei citare il lavoro svolto dal gruppo di ricerca di Sassaroli e Ruggiero a cui ho fatto riferimento sia per la rassegna inerente la letteratura scientifica, sia per le strategie di intervento.

Il presente lavoro è diviso in due parti: la prima affronta gli aspetti teorici del tema mentre la seconda espone i protocolli e le tecniche di intervento più efficaci.

Summary

The interest to elaborate on the subject of worry was born as evidence of how it is pervasive and present on patients which we treat every day. As consequence, to have a knowledge more deep and precise has been a personal need, more than a curiosity. In literature there are many studies that worked on different characteristics of this subject, and progressively effective protocols for its cure are being trying to finalizing.

In particular, I would quote the work made by Sassaroli and Ruggiero think tank. It's to them that I made reference both review about scientific literature, and intervention strategies.

Present work is divided in two parts: the first is about theoretical structures of the subject, the second expose more incisive protocols and intervention methods.

Una definizione di rimuginio

Il termine "rimuginio" sta ad indicare un fenomeno clinico caratterizzato da ripetitività e capacità pervasiva di occupare spazio mentale (Sassaroli, Ruggiero, et al., 2003). Come sostiene Borkovec (Borkovec et al., 1998) le caratteristiche fondamentali del rimuginio sono la predominanza del pensiero verbale negativo, a scapito di quello immaginativo, l'evitamento cognitivo e l'inibizione dell'elaborazione emotiva. Ciò sta ad indicare che nel rimuginio vi è una predominanza quantitativa del tempo che il soggetto dedica, utilizzando il canale verbale, a predire possibili eventi negativi futuri, attività caratterizzata da emozioni di ansia. La predominanza del pensiero verbale è giustificata in quanto questa consentirebbe una gestione razionale delle emozioni consentendo alle persone di valutare senza interferenze emotive la risposta più appropriata al problema. Il rimuginio, quindi, non sarebbe in sé un

comportamento disfunzionale in quanto consentirebbe di prendere una decisione pratica senza essere in uno stato di rilassatezza e senza essere condizionati dall'emozione di ansia. Il rimuginio, tuttavia, può diventare disadattivo in quanto una condizione protratta nel tempo di inibizione emotiva può determinare una persistenza di emozioni spiacevoli. Come sostengono Sassaroli, Ruggiero et al (2003) il rimuginio patologico (tratto distintivo dei disturbi d'ansia in generale e del disturbo d'ansia generalizzato in particolare) sarebbe, così, caratterizzato dalla ripetizione persistente degli elementi del problema che viene predetto come catastrofico e a cui non segue una decisione operativa in quanto tutte le ipotesi vagliate dal soggetto appaiono come inadeguate e non risolutive di fronte ad una minaccia, vaga ed indefinita, che pare portare ad un attacco definitivo, irreversibile, irreparabile e catastrofico. Il rimuginio, quindi, è una ripetizione mentale continua del timore del danno irreversibile senza la rappresentazione di scenari concreti di realizzazione e senza l'elaborazione di piani di coping efficaci (Eysenck, 1992; Stober, Borkovec, 2002; Schonpflug, 1989) ed in cui i correlati fisiologici tipici dell'ansia sono come spenti.

Rimuginio: cosa lo predispone e quali scopi sono sottesi

Il rimuginio, secondo Mathews (1990), è reso possibile dalla presenza nella memoria a lungo termine di informazioni negative e minacciose, da un'attenzione selettiva (bias attenzionali) verso percezioni ed emozioni minacciose e da stati di ipervigilanza (Sassaroli, Ruggiero, et al., 2003). Non è sempre facile capire se questi fattori siano antecedenti del rimuginio, che quindi ne facilitano l'insorgenza, o se siano fenomeni che lo accompagnano nel suo svolgersi; a ciò hanno cercato di dare una risposta McLeod e Mathews (1988) che, grazie ad uno studio sui soggetti ansiosi, hanno potuto sostenere l'ipotesi dell'ipervigilanza come antecedente. I bias nell'elaborazione delle informazioni agiscono, poi, come potenti fattori di mantenimento in quanto contribuiscono a mettere continuamente in luce, a causa dell'inflessibilità cognitiva dei soggetti, potenziali minacce nell'ambiente.

Viene spontaneo chiedersi come mai il rimuginio, pur essendo inefficace, sia un fenomeno così presente e pervasivo, Borkovec (1998) ha risposto a questa domanda sostenendo che il soggetto ruminatore attribuisce all'attività di rimuginare scopi positivi, vantaggiosi, e ciò rinforzerebbe il rimuginio.

Vediamo, come illustrato da Sassaroli, Ruggiero et al., quali possono essere questi scopi positivi:

1. *Attenuazione dell'ansia somatica, stato d'animo spiacevole.* Come è stato sostenuto sopra il rimuginio sarebbe associato ad un raffreddamento degli stati fisiologici spiacevoli tipici dell'ansia, pertanto risulterebbe un'attività che affievolisce uno stato fisiologico spiacevole. Questa modalità, tuttavia, non fa altro che mantenere l'ansia: affinché vi sia un cambiamento è necessario che vi sia accesso agli stati di paura immagazzinati in memoria, accesso bloccato proprio dal rimuginio. L'evitamento delle immagini associate all'ansia aumenta il rimuginio attraverso il meccanismo del

rinforzo negativo in forza del fatto che le sensazioni negative caratteristiche dell'arousal ansioso diminuiscono o scompaiono durante il rimuginio.

2. *Rimuginio come modalità di risoluzione dei problemi.* Molti soggetti non si rendono conto del fatto che il rimuginio è un'attività mentale che non porta all'elaborazione di un piano concreto ed efficace di risoluzione dei problemi, pertanto interpretano questa attività come un pensiero produttivo. In realtà alla minaccia temuta non viene contrapposta nessuna strategia risolutiva, quindi la minaccia permane e con essa permane il rimuginio.
3. *Rimuginio come "scudo emozionale" (emotional shield).* Il soggetto, pur essendo consapevole della scarsa efficacia delle sue preoccupazioni per la risoluzione dei problemi, ritiene che rimuginare sia comunque corretto perché lo mantiene in uno stato di allarme che gli permetterà di essere pronto quando i suoi timori, inevitabilmente, si presenteranno.
4. *Rimuginio come attività distraente da preoccupazioni peggiori.* Studi condotti da Vasey e Borkovec (1992) hanno messo in luce che i soggetti con tendenza al rimuginio hanno una probabilità di vedere eventi negativi e catastrofici molto maggiore dei soggetti non rimuginatori. Il timore è poi generalizzato al punto che gli individui vedono eventi catastrofici che si susseguono partendo da quelli meno gravi fino ad arrivare a quelli più irreversibili. Secondo Borkovec i soggetti rimuginatori si soffermerebbero sui timori meno carichi emotivamente, ciò facendo si impedirebbero di vedere e prendere in considerazione le preoccupazioni più distruttive. L'evitamento dell'esperienza emotiva potrebbe avere l'effetto di motivare l'individuo ad un rimuginio cronico.
5. *Rimuginio ascopico.* L'esperienza clinica del gruppo di ricerca di Lorenzini, Sassaroli e Ruggiero ha portato all'individuazione di questo particolare tipo di rimuginio chiamato ascopico in quanto il soggetto non sembra essere in grado di spiegare i motivi che lo portano a rimuginare. Questa credenza ben si inserisce all'interno delle teorie naive degli impulsi, che vedono il rimuginio come fenomeno incontrollabile e al quale non è possibile sottrarsi, anche se le evidenze cliniche portano ad ipotizzare che questo particolare tipo di rimuginio, riscontrato prevalentemente in soggetti con una lunga storia di malattia, sia il frutto di un impoverimento e deterioramento cognitivo.

Una delle caratteristiche della mente umana è quella di ritornare continuamente ai problemi irrisolti, il rimuginio interviene poiché l'individuo ritiene, appunto, di avere un problema da risolvere, la minaccia, tuttavia, non riguarda il momento presente, bensì il futuro pertanto la risposta funzionale attacco o fuga non può essere messa in atto; il rimuginio diventa quindi una risposta di evitamento cognitivo grazie alla quale il soggetto si illude di poter eliminare la minaccia percepita alla quale non è possibile rispondere con un comportamento appropriato.

La maggior parte delle preoccupazioni finisce per non realizzarsi e ciò ha il potente effetto di rinforzare la convinzione che il rimuginio sia un'attività in sé funzionale.

Una spiegazione ulteriore dello sviluppo del rimuginio patologico è quella proposta da Dugas, Gagnon, Ladouceur e Freeston (1998) che riconducono lo sviluppo del rimuginio a quattro caratteristiche: intolleranza del soggetto per l'incertezza (fattore più importante nello sviluppo del rimuginio patologico), atteggiamento negativo verso i problemi, credenze positive sul rimuginio ed evitamento cognitivo.

Nel 2000 Wells, alle convinzioni positive già individuate, ha aggiunto quelle che risultano essere convinzioni negative sul rimuginio, il metarimuginio (meta-worry), ovvero preoccupazioni che il soggetto dimostra per le ragioni del suo rimuginare. Secondo Wells queste preoccupazioni si dividerebbero in:

- *“Convinzioni di pericolosità e incontrollabilità del rimuginio”* secondo le quali l'individuo si percepirebbe come non in grado di controllare il proprio pensiero e quindi a rischio di impazzire (Sassaroli, Ruggiero, et al., 2003);
- *“Convinzioni di tipo autosvalutativo”* in cui il soggetto interpreta la tendenza a rimuginare come un segnale di debolezza (Sassaroli, Ruggiero, et al., 2003);
- *“Convinzioni di colpa e aspettative di punizione”* in cui il rimuginio viene considerato possibile causa di eventi negativi (sia realistici, sia superstiziosi) per sé o per gli altri e quindi è accompagnato da sensi di colpa (Sassaroli, Ruggiero, et al., 2003).

Rimuginio: come uscirne

Il rimuginio, esperienza normale e comune tra gli esseri umani, diventa patologico nel momento in cui diviene eccessivo ed incontrollabile. Questo tipo di rimuginio è caratteristico dei disturbi d'ansia, in generale, e del Disturbo d'Ansia Generalizzato, in particolare.

Il rimuginio è, quindi, un processo cognitivo che presuppone il pensare in modo ripetitivo a temi negativi legati ad una minaccia futura. La funzione del rimuginio è quella di essere un meccanismo di evitamento volto a prevenire danni futuri, a ridurre le esperienze di immagini e sensazioni spiacevoli ed i correlati fisiologici negativi legati all'immagine negativa degli scenari futuri. Il rimuginio è mantenuto da diversi fattori: credenze positive legate all'attività di rimuginare, credenza che da lui dipenda il mancato realizzarsi dell'evento temuto e, grazie al rinforzo negativo, inibizione del manifestarsi di emozioni ed attivazione fisiologica negative. Come conseguenza della sua natura astratta, linguistico-verbale e del suo impatto negativo sull'orientamento verso i problemi il rimuginio ne impedisce la risoluzione e l'elaborazione emotiva del materiale ansioso. Il rimuginio cronico ha, così, pesanti impatti sulla salute fisica e mentale essendo causa di problemi cardiovascolari, tensione muscolare, insonnia, problemi interpersonali.

Essendo il rimuginio un processo pervasivo che coinvolge tutti i disturbi di Asse I (Barlow, 1998) e contribuisce in modo significativo alle loro origini e al loro mantenimento la sua terapia può avere un ampio beneficio non solo per il disturbo d'ansia, ma anche per disturbi diversi da quello ansioso.

Per quanto riguarda la terapia del rimuginio farò riferimento alle strategie di intervento proposte dal gruppo di lavoro di Lorenzini, Sassaroli, Ruggiero et al.

La proposta di lavoro fa riferimento a tre principi:

1. I disturbi psicologici sono spesso associati a comportamenti appresi che assumono la forma di abitudini e che quindi vengono ripetuti indipendentemente dalla consapevolezza. Un punto saliente della terapia consiste nel rendere i pazienti consapevoli dei propri comportamenti e degli stimoli, interni ed esterni, che li elicitano. Ciò passa attraverso l'osservazione oggettiva e il monitoraggio dei comportamenti e dei loro antecedenti.
2. Il rimuginio è un evento che può presentarsi in qualsiasi momento della giornata ed in corrispondenza di una qualsiasi situazione, vi è, pertanto, il rischio che diventi un evento condizionato da una pluralità di fatti. Più frequenti saranno gli episodi di rimuginio più numerosi saranno i fatti a cui potrebbe essere associato e più numerosi saranno i fattori in grado di scatenarlo. Per ridurre l'attività del rimuginio è, pertanto, opportuno metterlo in relazione con un numero limitato di condizioni ambientali.
3. La terapia comportamentale suggerisce che un ottimo modo per diminuire la frequenza di un comportamento non adattivo è rafforzare il comportamento adattivo contrario. Sappiamo che il rimuginio è caratterizzato da pensieri negativi sul futuro, ciò comporta che il soggetto non presti attenzione al momento presente. È proprio su questo che è possibile lavorare: spostare l'attenzione sul presente, che non è coinvolto nei pensieri negativi e nelle preoccupazioni che sono indirizzate verso il futuro, da cui è opportuno distogliere l'attenzione.

Come sostengono Borkovec, Wilkinson, Folensbee e Lerman (1983) Ai pz è quindi opportuno dare queste indicazioni:

- a. Imparare ad identificare i pensieri negativi che caratterizzano il rimuginio distinguendoli da quelli più utili rivolti al momento presente.
- b. Scegliere un momento, di circa mezz'ora, all'interno della giornata (possibilmente sempre alla stessa ora e trovandosi nello stesso posto) da dedicare al rimuginio
- c. Interrompere e posticipare il rimuginio al momento apposito quando ci si rende conto di rimuginare nel momento non stabilito.
- d. Durante la mezz'ora dedicata al rimuginio impegnarsi per individuare soluzioni che permettano di affrontare ed eliminare le preoccupazioni.

Un'alternativa a questo metodo è stata messa a punto dalla dottoressa Boutsalis che ha ideato la "tecnica della zona libera da rimuginio" (worry free zone). Questa tecnica consiste nell'individuare alcuni momenti, alcune situazioni, alcuni spazi in cui al paziente è chiesto di non rimuginare e di posticipare il rimuginio ad un altro momento o ad una situazione, un contesto diverso. Col passare del tempo la persona diventerà sempre più abile nel rispettare la consegna, a quel punto si potrà chiedere di dilatare il tempo di permanenza nella zona libera da rimuginio e successivamente di aggiungere, gradualmente, il numero delle zone. L'obiettivo è che le zone, da brevi e ridotte, arrivino a coprire la maggior parte della giornata.

Una variante della zona libera dal rimuginio è la zona libera dai pensieri (thought free zone), tecnica per la quale valgono gli stessi principi sopra esposti.

Uno dei compiti fondamentali di una psicoterapia è quello di rendere i pazienti in grado di automonitorarsi e di diventare consapevoli di loro stessi (Sassaroli, Ruggiero, et al., 2003). Una delle caratteristiche dei disturbi psicologici è quella di imprigionare i pazienti in modi di essere rigidi ed abitudinari, il solo fatto di riconoscere questi aspetti, queste modalità, è un primo passo verso il cambiamento, ecco perché il monitoraggio dei propri pensieri, dei propri comportamenti e dei loro legami con l'ambiente interno ed esterno ha un ruolo cruciale nella psicoterapia cognitivo comportamentale.

Sono diversi i metodi di cui un terapeuta dispone al fine di aiutare il paziente a soffermarsi e a monitorare i suoi pensieri, le sue emozioni, le sue sensazioni e a leggere come questi aspetti interagiscano tra di loro e con l'ambiente, come ne siano influenzati e come lo influenzino. È possibile chiedere al paziente di ricordare un episodio stressante in cui sia comparso il rimuginio e di riimmaginarlo nel modo più vivido possibile per poter cogliere tutti i dettagli di ciò che è accaduto; il terapeuta aiuta poi il paziente ad individuare le modificazioni emotive che subisce e a spiegarle mettendole in relazione con eventi interni o esterni che sta rivivendo. Un punto cruciale di questo metodo consiste nel far sì che il paziente si renda conto che tutto ciò che sta provando è una risposta a fatti accaduti nel passato o a fatti che presume accadranno nel futuro e non a fatti reali in svolgimento nel presente. Questa chiarificazione è importante perché consente alla persona di soffermarsi e ricollocarsi nel qui ed ora differenziandolo dalle esperienze che nel rimuginio vive solo a livello mentale. Una certa dimestichezza con i compiti di automonitoraggio consentirà al paziente di individuare sempre più precocemente l'inizio del rimuginio e ciò gli permetterà di rispondere più velocemente mettendo in atto nuove strategie di fronteggiamento.

Man mano che la terapia procede i pazienti diventeranno sempre più abili nell'individuare le informazioni relative al momento presente e si cercherà di abituarli ad identificare le informazioni positive e, contrariamente a ciò che sarebbero portati a fare, non quelle negative.

La terapia cognitiva ha a disposizione diverse strategie e tecniche per gestire i pensieri negativi, è infatti possibile chiedere alla persona di ricercare le prove, a favore e contro, di ciò che pensa. Ancora, è opportuno valutare insieme, in seduta, l'accuratezza dei pensieri e delle credenze facendo un vero e

proprio esame di realtà; spesso, infatti, i pazienti immaginano eventi futuri catastrofici sui quali, però, non si soffermano in modo accurato. La tecnica della decatastrofizzazione (che si pone l'obiettivo di dimostrare che la situazione temuta non è catastrofica come si pensa e che le strategie di fronteggiamento sono applicabili) è molto utile per contrastare e ridimensionare questa attitudine in quanto permette di valutare gli eventi in modo più realistico e quindi di immaginare esiti più probabili che possano contare su strategie di coping più specifiche e quindi più efficaci.

Una volta individuati gli aspetti disfunzionali delle aspettative e delle credenze è utile creare insieme un modo diverso di interpretare le esperienze cercando di favorire questa nuova visione delle cose. Il terapeuta in questa situazione deve sollecitare la scoperta attiva del paziente e quindi, utilizzando il metodo socratico, lo solleciterà ad essere propositivo e autore delle nuove scoperte.

Questa attività, lontana dall'abitudine e dal pensiero rigido, presuppone che il paziente disponga di un pensiero flessibile che gli consenta di vedere le cose da più angolature, con più sfaccettature, sfumature e alternative. Per realizzare questo obiettivo paziente e terapeuta si allenano, in seduta, a produrre punti di vista differenti, prima su cose o eventi molto semplici, poi su fatti più complessi. Ciò ha lo scopo di dimostrare come sia possibile interpretare la realtà guardandola da più e diversi punti di vista e quindi dandole significati differenti ma sempre validi. L'applicazione di questa prospettiva nella pratica clinica si vede indispensabile per costruire alternative a pensieri e credenze disfunzionali.

Tra le credenze disfunzionali quelle sugli aspetti positivi del rimuginio rivestono un ruolo centrale. Come sostiene Borkovec (Borkovec et al., 2004) ogni credenza positiva è mantenuta in vita da un rinforzo negativo, ad esempio dal fatto che l'evento temuto non si è manifestato. Ciò è un potente fattore di mantenimento del rimuginio e, in quanto tale, deve essere eliminato. Per poter eliminare o ridurre il rinforzo e la motivazione a rimuginire il terapeuta deve individuare le credenze disfunzionali e metterle in luce agli occhi del paziente. Sarà utile suddividerle in categorie distinte (Sassaroli, Ruggiero et al, 2006):

- "Prevenzione della catastrofe"
- "Preparazione"
- "Superstizione"
- "Motivazione"
- "Problem solving"
- "Distrazione da argomenti emotivamente più attivanti"

Una volta individuate le credenze disfunzionali si passerà alla loro messa in discussione e modificazione.

Le prime tre credenze possono essere modificate utilizzando il Worry Outcome Diary, una tecnica che consiste nel chiedere al paziente di individuare e registrare ogni rimuginio che sperimenta nella giornata e quale tipo di conseguenza tema. Una volta fatto ciò il soggetto è chiamato, la sera, a passare in rassegna

tutti gli avvenimenti della giornata e le conseguenze intervenute a seguito dei rimuginii valutando se queste siano peggiori, uguali o migliori di ciò che avevano previsto. Questa tecnica ha l'obiettivo di mostrare al paziente la frequenza reale con cui fatti negativi si presentano e di come sia possibile farvi fronte con adeguate strategie di coping. Una registrazione prolungata nel tempo fornisce una prova di ciò che è reale, e cioè della frequenza di accadimento di fatti negativi, in contrasto a ciò che i pazienti immaginano e ipotizzano possa accadere.

Un metodo interessante messo a punto da Barlow e Hersen (1984) si propone di verificare se il rimuginio abbia davvero un'utilità come i pazienti credono. La consegna richiede al soggetto di eseguire un compito rimuginando e, in un secondo momento, di eseguire lo stesso compito senza rimuginare. Ciò che si vuole sottolineare è come vadano veramente le cose e cioè se ci si trovi in presenza di prestazioni migliori quando queste vengano eseguite rimuginando oppure no. Attenzione viene posta anche allo stato d'animo presente nel momento, la maggior parte dei soggetti ha dichiarato di provare maggiore ansia nell'esecuzione di quei compiti che svolgevano rimuginando e viceversa.

Un altro metodo di cui i terapeuti dispongono per invalidare le credenze positive sul rimuginio consiste nel dimostrare che rimuginio e problem solving sono due processi molto diversi che producono risultati molto diversi, o ancora che esistono eventi futuri su cui è ragionevole aspettarsi di poter esercitare un certo grado di controllo e altri su cui, al contrario, non sarà possibile farlo.

Una volta che i pazienti abbiano preso consapevolezza di questi aspetti si potrà chieder loro di individuare i costi e i benefici derivanti dal rimuginare, la risposta attesa è quella di una nuova consapevolezza dei limiti, dello stress e del disagio a cui si va in contro qualora non si dovesse interrompere il rimuginio.

Il modello di terapia proposto da Lorenzini, Sassaroli e Ruggiero propone un passo ulteriore rispetto alle fasi della psicoterapia cognitiva classica, dopo aver realizzato l'obiettivo di modificare le credenze disfunzionali e di averle sostituite con altre più funzionali e realistiche ci si pone di raggiungere l'obiettivo di osservare e valutare gli eventi liberi da aspettative, senza preconcetti ed ipotesi su come stanno ed andranno le cose. Ovviamente questa meta è piuttosto ambiziosa e difficile da raggiungere, in modo particolare per i pazienti che hanno fatto del rimuginio una forma di controllo che consenta loro di essere pronti quando si troveranno ad affrontare minacce future, e quindi la loro forma di assicurazione. Ciò che si può fare è stimolare e sollecitare le persone a liberarsi dalle aspettative ogni qualvolta si trovino ad affrontare situazioni nuove al fine di poterle comprendere e valutare per ciò che sono senza il condizionamento di preconcetti. Questo passaggio è di grande importanza poiché è ormai assodato che le aspettative sul mondo influenzano il nostro modo di vedere ed interpretare le cose ed in particolare orientano la valutazione nella direzione della conferma di ciò che ci aspettiamo e reputiamo essere vero.

Si è detto che il rimuginio rappresenta una forma di evitamento, la terapia non potrà quindi prescindere

da tecniche di esposizione, che tengano conto dei diversi livelli di funzionamento: cognitivo, affettivo e comportamentale, questo anche in virtù del fatto che la paura per le emozioni e per gli aspetti interpersonali possono essere considerati paure centrali per i soggetti ansiosi che rimuginano.

Un'altra tecnica rivela efficace per contrastare il rimuginio è il rilassamento, stato antagonista ed incompatibile con l'ansia.

Durante le sedute ai pz vengono insegnate la respirazione diaframmatica e le varie fasi del rilassamento muscolare progressivo. Queste tecniche dovranno essere messe in pratica anche a casa almeno due volte al giorno e ogniqualvolta si avverta l'innescarsi della spirale ansiosa o del rimuginio. Una messa in pratica costante di queste strategie consente di apprendere uno stile di vita più rilassato e permette ai pazienti di vivere momenti piacevoli.

La desensibilizzazione sistematica

La terapia cognitivo comportamentale fa largo uso, nella pratica clinica, di tecniche immaginative. La più conosciuta è, indubbiamente, la desensibilizzazione sistematica.

Questa, ideata da Wolpe nel 1958, è una tecnica terapeutica che si basa sul concetto per cui, se è possibile fare in modo che alla presenza di uno stimolo ansiogeno compaia una risposta antagonista all'ansia (ad esempio uno stato di rilassamento muscolare, un'immagine piacevole, ...), che contrasti la risposta d'ansia, si viene ad indebolire il legame esistente tra questo stimolo e l'ansia stessa. Dunque, associando la rappresentazione di una situazione che genera ansia a uno stato di rilassamento e a un'immagine piacevole, è possibile inibire la reazione emotiva spiacevole. In termini pratici il metodo della desensibilizzazione sistematica consiste nel costruire una gerarchia di situazioni ansiogene compilando un elenco di situazioni e ordinandole da quella che genera meno ansia a quella che ne genera di più. Sono, queste, le "situazioni-stimolo" che il paziente deve imparare ad affrontare. Alla persona che si sottopone a desensibilizzazione sistematica si insegna una tecnica di rilassamento e ad individuare un'immagine mentale capace di indurle un senso di relax: un paesaggio, una musica, un viso, ... Sarà questa immagine, associata all'esercizio di distensione, l'antidoto contro l'ansia.

Durante il processo il paziente, con l'aiuto del terapeuta, passa mentalmente in rassegna le varie situazioni-stimolo, partendo da quella meno ansiogena e più tollerabile, a cui associa la risposta di rilassamento. Quando l'ansia non si presenta più si passa alla situazione successiva.

Le fasi da seguire sono, quindi, le seguenti:

1. Addestramento al rilassamento muscolare
2. Costruzione di una gerarchia di stimoli ansiogeni
3. Abbinamento delle immagini ansiogene con lo stato di rilassamento

Il gruppo di lavoro di Lorenzini, Sassaroli e Ruggiero fa riferimento ad un metodo alternativo a quello appena proposto che prende il nome di "desensibilizzazione/self control" (Goldfried, 1971). Invece di

utilizzare immagini graduali e ripetute di situazioni ansiogene la desensibilizzazione self control richiede al paziente, dopo aver raggiunto uno stato di rilassamento profondo, di immaginare scene di situazioni stressanti che provocano ansia e rimuginio e, nel momento in cui questi si presentano, di continuare ad immaginare la scena immaginando, contemporaneamente, di mettere in pratica strategie di fronteggiamento. La scena termina nel momento in cui il paziente riesce a viverla senza ansia, il rilassamento viene, poi, aumentato e la scena viene ripetuta finchè non è più in grado di elicitare l'emozione negativa o finchè il paziente non è in grado di mettere in atto strategie di fronteggiamento efficaci nel più breve tempo possibile (Borkovec, Sharpless, 2004).

L'immaginazione, di cui si fa uso sia nella tecnica della desensibilizzazione sistematica di Wolpe sia nella tecnica della desensibilizzazione/self control di Goldfried, ha, come sostengono Sassaroli, Ruggiero, et al. (2003), particolari funzioni:

1. L'immaginazione di contenuti emotivi produce le stesse reazioni fisiologiche elicitate da fatti reali (Lang, Levin, Miller, Kozak, 1983)
2. L'immaginazione di particolari abilità di coping può essere un valido aiuto per la loro messa in pratica nella vita reale (Murphy, 1994)
3. L'immaginazione di un evento può condurre, a distanza di tempo, alla convinzione che l'evento si sia realmente realizzato (Garry, Manning, Loftus, 1996).

Il rimuginio fa sì che i pazienti temano il realizzarsi di eventi catastrofici che vengono percepiti con una forte evidenza, la desensibilizzazione/self control, forte del lavoro su questi aspetti portato avanti in terapia, può allora prevedere che le persone sostituiscano l'immagine di eventi drammatici con immagini di eventi e di conseguenze più realistiche e probabili.

La gestione degli aspetti interpersonali del rimuginio

Il gruppo di ricerca di Sassaroli, Ruggiero et al. Ha constatato come uno dei temi che più frequentemente compare nel rimuginio e nel disturbo d'ansia generalizzata ha a che fare con paure legate ai contesti interpersonali; in particolare il rimuginio è spesso associato a paure di valutazioni sociali.

La terapia non può, ovviamente, prescindere da questi dati e deve tener conto sia delle paure interpersonali espresse attraverso il rimuginio, sia delle paure che possono essere alla base del disturbo d'ansia generalizzata.

Non solo le relazioni sociali possono essere fonte di ansia, numerose ricerche hanno dimostrato come la paura delle emozioni, in generale, possa essere considerata il timore centrale del disturbo d'ansia generalizzata. Studi condotti da Abel e Borkovec (1994) hanno riscontrato alti livelli di alessitimia (incapacità di descrivere ed identificare le emozioni) in questi pazienti; ancora essi sostengono di temere tanto le emozioni positive quanto quelle negative (Mennin et al., 2001). Il trattamento di queste persone dovrà tenere in forte considerazione questi aspetti e prevedere la possibilità di esporli ad esperienze

emotive ripetute.

Forti di queste conoscenze la dottoressa Newman ed il dottor Castongui hanno messo a punto un modulo terapeutico da aggiungere alla terapia cognitivo comportamentale di base. Con questo nuovo approccio si desidera aiutare i pazienti a prendere coscienza dei loro bisogni relazionali e delle paure che li accompagnano, mettendoli, poi, nelle condizioni di apprendere nuovi comportamenti sociali adeguati che consentano di superare le difficoltà. A tal proposito vi sono alcune tecniche che è possibile mettere in atto:

- *Analisi funzionale* dei comportamenti sociali e delle diverse emozioni coinvolte. Una delle tecniche comportamentali che si utilizzano per la gestione dei comportamenti clinicamente rilevanti è l'analisi funzionale. Essa si basa sull'analisi delle relazioni esistenti tra gli eventi presi in esame e si pone l'obiettivo di individuare il ruolo che questi rivestono nella relazione reciproca. L'analisi funzionale serve, dunque, per osservare, registrare, analizzare e valutare le sequenze di avvenimenti che accadono intorno al comportamento, per determinare quali rinforzi lo mantengano e quali condizioni di stimolo ed eventi ambientali creino l'occasione per il manifestarsi di quel comportamento. Gli ingredienti su cui soffermarsi, quindi, sono:

Antecedente (cosa succede prima del comportamento)

Comportamento (descrizione operativa)

Conseguenza (cosa succede dopo il comportamento)

Una volta registrato il numero di volte in cui il comportamento appare, cosa succede prima del suo apparire e cosa succede dopo, si ha uno specchio della realtà da cui si può desumere cosa scateni una crisi e le conseguenze che tale crisi innesca.

- Analisi della probabilità che i vecchi comportamenti siano realmente funzionali.
- Promozione di strategie e apprendimento di nuovi metodi che garantiscano maggiori probabilità di ottenere gli esiti desiderati.
- Gioco di ruolo in terapia per la sperimentazione di nuovi comportamenti. Grazie a questa tecnica il paziente può sperimentare, in un ambiente protetto, comportamenti alternativi a quelli usuali; il ruolo del terapeuta consiste nel rimandare alla persona ciò che prova a livello emotivo, ciò che il comportamento e le modalità in cui viene esperito provocano e suscitano nell'interlocutore. Il paziente avrà così modo di rendersi conto delle conseguenze dei suoi atteggiamenti e delle sue parole e potrà regolarsi su come comportarsi nella vita di tutti i giorni con le altre persone. Ciò gli consentirà di verificare se i suoi comportamenti siano funzionali agli obiettivi che intende raggiungere e se questi lo soddisfino.

Tutte le tecniche sopra esposte hanno lo scopo di mettere il paziente di fronte a continue esperienze emotive che, grazie ad una nuova familiarità e alla mediazione del terapeuta, perdono l'alone di mistero e di paura che le avvolgeva. Una nuova confidenza e sicurezza emotiva permetteranno all'individuo di

sperimentarsi, di non evitare più le esperienze emotive e relazionali e quindi di comprendere e rispondere ai propri bisogni.

Conclusioni

Il rimuginio è un fenomeno cognitivo caratterizzato da catene di pensieri negativi, pervasivi e relativamente incontrollabili che interpretano catastroficamente eventi futuri e rappresenta un tentativo di problem solving mentale (Sassaroli, Ruggiero, et al., 2003).

La terapia del rimuginio deve tenere presenti alcuni punti fondamentali:

1. la persona affetta da rimuginio patologico ha una visione distorta della pericolosità e gravità degli eventi futuri e della probabilità che questi si manifestino; in oltre, caratteristica fondamentale, non ha fiducia nelle proprie capacità di farvi fronte e superarli. Il terapeuta dovrà, pertanto, aiutare il paziente a prendere consapevolezza di questi pensieri disadattivi e a modificarli.
2. Chi rimugina in modo cronico ha la credenza, assai pericolosa, che il rimuginio sia un processo utile e produttivo. Sarà, quindi, di vitale importanza modificare queste convinzioni disfunzionali il più precocemente possibile.
3. Il rimuginatore cronico, sebbene le previsioni catastrofiche difficilmente si realizzino, vive in uno stato di forte stress ed ansia. Aiutare il paziente a distinguere tra ciò che è probabile e ciò che non lo è e tra ciò che è reale e ciò che avviene solo a livello mentale servirà ad alleviare lo stato di sofferenza.
4. La persona che rimugina dedica la maggior parte delle energie e del tempo a prevedere eventi negativi futuri e quindi vive e si sofferma poco sul momento presente. È importante modificare questo aspetto aiutando il paziente a vivere maggiormente il presente e la realtà attuale.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994): *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. IV Edizione. Milano: Masson
- Baldini F., *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche*. Mc Graw Hill, Milano, 2004.
- Bara B. (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Borkovec, T.D. e Sides, J.K. (1979). The contribution of relaxation and expectancy to fear reduction via graded imaginal exposure to feared stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 529-540.
- Borkovec, T.D., e Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.

- Borkovec, T.D., Lyonfields, J.D., Wiser, S.L., e Diehl, L. (1993). The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 321-324.
- Borkovec, T.D., Ray, W.J., e Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Bowlby J., cliniche della teoria dell'attaccamento, Milano, Raffaello Cortina editore, 1989. Una base sicura: applicazioni.
- Dalle Grave R., Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione. Positive Press, Verona 2003.
- Garner D. M., Dalle Grave R., Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. Positive Press, Verona 1999.
- Holmes J., La teoria dell'attaccamento. Jhon Bowlby e la sua scuola, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1994.
- Liotti G., La dimensione interpersonale della coscienza, Carocci Editore, Roma, 1994.
- Liotti G., Le opere della coscienza, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2001.
- Lorenzini, Sassaroli, La mente prigioniera. Strategie di terapia cognitiva. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Papageorgius C., Wells A., (a cura di), Ruminazione depressiva. Teoria e trattamento. Erikson, Trento 2008.
- Perdighe C., Mancini F., (a cura di), Elementi di psicoterapia cognitiva. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2008.
- Sassaroli, Lorenzini, Ruggiero (a cura di), Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Wells A., Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia. Mc Graw Hill, Milano, 1999.

Elena Caprari

Specializzata a Verona, Training A. Ivaldi e C. Perdighe

e-mail: elena_caprari@hotmail.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