



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

SCUOLA DI DOTTORATO

SCIENZE DEL PATRIMONIO LETTERARIO, ARTISTICO E AMBIENTALE

XXX CICLO

**CULTURA E SALUTE MENTALE: UNO STUDIO
TEORICO ED EMPIRICO SULLE ORIGINI
PSICO-SOCIALI DELL'ATTACCO DI PANICO**

Dott.ssa LINDA GRAZIA POLA
MARTICOLA: R11045

TUTOR: Chiar.mo Prof. PAOLO INGHILLERI

COORDINATORE DEL DOTTORATO: Chiar.mo Prof. ALBERTO VALERIO CADIOLI

A.A. 2016-2017

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare il prof. Inghilleri, che, tramite un continuo e proficuo confronto teorico ed intellettuale, ha guidato il processo di ricerca alla base del presente contributo. Grazie alla sua paziente disponibilità ed il costante incoraggiamento e sostegno sento di aver vissuto al meglio questa esperienza di crescita tanto umana quanto professionale che è il dottorato di ricerca.

Ringrazio i colleghi psicologi, il dott. Boffi, il dott. Rainisio e la dott.ssa Riva, per essere sempre stati, dall'inizio del mio percorso ad oggi (e spero anche in futuro) degli affidabili punti di riferimento dentro e fuori il panorama universitario e per avermi, in definitiva, insegnato tanto.

Ringrazio i colleghi del sottotetto, la cui compagnia ha alleggerito questi anni di studio e con cui ho potuto condividere, oltre che progetti e riflessioni teoriche, gli entusiasmi e le frustrazioni di questo periodo di vita.

Vorrei ringraziare la mia famiglia e i miei fantastici amici, su cui posso sempre contare.

Un grazie speciale infine a Marco che, con infinita pazienza ed amore, mi incoraggia sempre, facendomi sempre rivolgere lo sguardo verso il lato positivo della vita.

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	1
SEZIONE TEORICA.....	7
1. La rilevanza della cultura nella costituzione del disagio mentale.....	7
1.1.Mettere al centro la cultura: psicologia culturale e discipline di confine.....	10
1.1.1.Il contributo dell’etnopsichiatria	12
1.1.2.Il contributo dell’antropologia medica.....	14
1.1.3.La cultural-clinical psychology: una prospettiva emergente.....	17
2. La cultura occidentale contemporanea: elementi di scenario	18
2.1.Impatto sull’identità	22
2.2.Impatto sul senso di comunità.....	26
2.3.Impatto sulla condizione giovanile	27
2.4.Individualismo vs collettivismo	31
2.4.1.Individualismo e salute mentale	34
3. L’approccio al benessere in psicologia: prospettive odierne	37
3.1.Dal benessere individuale al benessere sociale	38
3.2.Un approccio culturale al benessere: l’esperienza ottimale e l’uso degli artefatti.....	42
4. L’attacco di panico.....	48
4.1.Breve storia dell’attacco di panico	49
4.1.1.Le origini mitiche del Panico.....	49
4.1.2.Il Panico nella medicina classica.....	51
4.1.3.Il Panico nella medicina moderna.....	52
4.1.4.Il Panico nella psichiatria contemporanea.....	53
4.2. L’attacco di panico oggi	54
4.2.1.La diagnosi dell’attacco di panico per il DSM V	54
4.2.2.Frequenza e diffusione del sintomo.....	56
4.2.3.Principali approcci teorici sull’attacco di panico	59
4.2.3.1.Approccio medico	60
4.2.3.2.Approccio cognitivista	63
4.2.3.3.Approccio psicodinamico.....	68
L’attacco di panico nella psicoanalisi classica.....	68
L’attacco di panico secondo la prospettiva della psicoanalisi lacaniana	70
L’attacco di panico secondo la psicoterapia della Gestalt.....	71
4.3. Una nuova prospettiva psico-culturale: attacco di panico come sintomo culturale.....	73

4.3.1. Il paradosso della scelta.....	74
4.3.2. Il paradosso dell'autonomia	78
4.3.3. Il ruolo dell'incertezza	81
LA RICERCA	83
5. Obiettivi di ricerca.....	83
6. Campione	84
7. Strumento di analisi.....	85
8. Analisi dei dati	89
8.1. Analisi descrittive e confronti tra punteggi medi	89
8.2. Analisi delle correlazioni	94
8.3. Analisi di regressione	96
8.4. Analisi delle mediazioni.....	97
9. Discussione dei risultati	100
9.1. Benessere Sociale	100
9.2. Flusso di coscienza	104
9.3. Tendenza alla massimizzazione.....	107
9.4. Tendenza al rimpianto	109
9.5. Anxiety sensitivity	111
9.6. Attacco di panico: un sintomo culturale?	113
CONCLUSIONI.....	117
10. Dov'è il leone?.....	117
11. Prospettive di ricerca future.....	120
Bibliografia.....	121
ALLEGATO 1: QUESTIONARIO SOMMINISTRATO	137

“Molti psicologi e psichiatri rifiutano l’idea che la società nel suo insieme potrebbe essere malata. Assumono che il problema della salute mentale in una società è solo quello degli individui ‘inadeguati’ e non quello di una possibile inadeguatezza della cultura stessa”

(Erich Fromm, *The Sane Society*, 1955)

INTRODUZIONE

L’attacco di panico ha iniziato a delinarsi come un set specifico di sintomi all’interno della comunità medico-scientifica solo recentemente, nel 1994. Da quell’anno ad oggi ad esso è associato un interesse scientifico e culturale crescente.

Attraverso una ricerca su Google.Scholar.it¹, è possibile vedere l’evoluzione riguardo alle pubblicazioni con la keyword “attacco di panico” da quando questo disturbo è stato inserito all’interno di una classificazione ufficiale fino ad oggi. Com’è possibile notare, le pubblicazioni scientifiche riguardanti l’attacco di panico sono in una crescita costante: in particolare nell’ultimo quinquennio analizzato (2011-2016) le pubblicazioni presenti su Google.Scholar sul tema hanno avuto un picco, superando le 4500 unità.

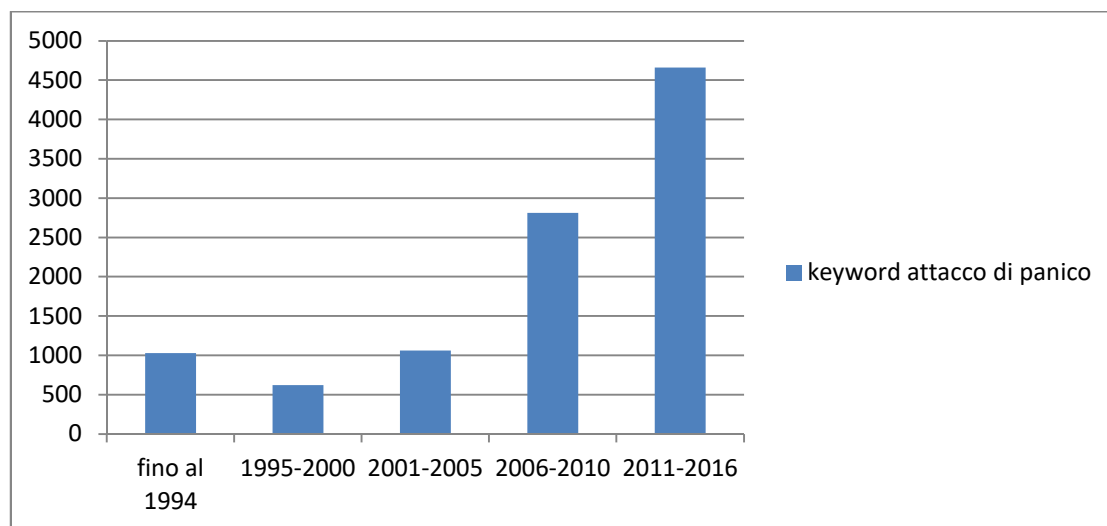


Figura 1: Frequenza della parola “attacco di panico” nella letteratura scientifica

Google Ngram viewer è un tool che mostra la frequenza di parole specifiche all’interno di un corpus di riferimento composto da più di 5 milioni di libri digitalizzati, e viene utilizzato per l’identificazione di trend culturalmente rilevanti (Grant, 2017). Com’è possibile vedere

¹ Ricerca datata 7 ottobre 2016

nell'immagine che segue, per la parola “panico”² è possibile apprezzare tendenza crescente relativa alla frequenza con il passare del tempo (1800-2000), ed un aumento particolarmente significativo dopo il 1980, anno in cui il “disturbo di panico” appare per la prima volta nelle classificazioni mediche ufficiali.

Google Books Ngram Viewer

Graph these comma-separated phrases: panico case-insensitive
between 1800 and 2000 from the corpus Italian with smoothing of 3 [Search lots of books](#)

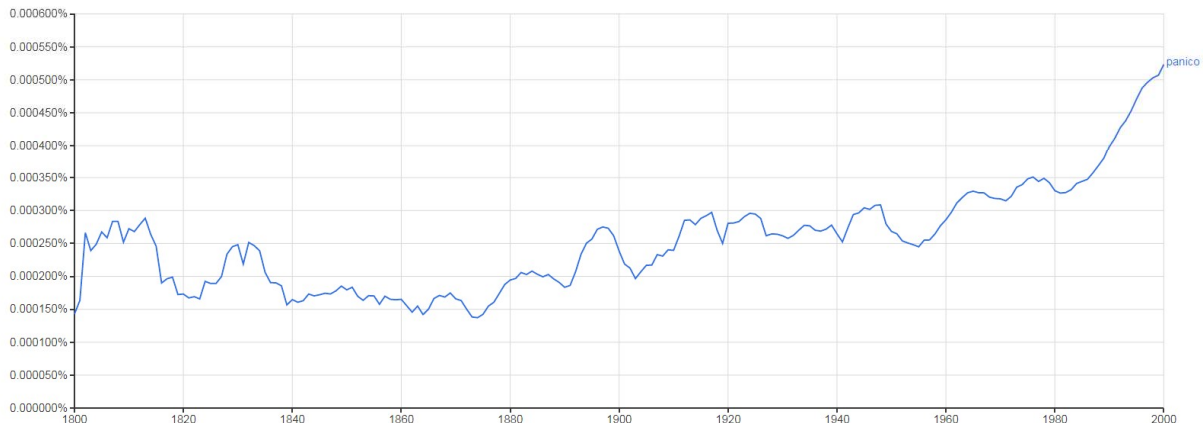


Figura 2: Frequenza della parola “panico” nella letteratura popolare

A questo interesse crescente si lega il fatto che il sintomo dell'attacco di panico è sempre più diffuso nelle società occidentali di stampo individualista (vedi par. 4.2.2.); eppure, ciò che lo rende un tema interessante non è prettamente la sua diffusione, ma è anche, e soprattutto, la sua peculiare conformazione sintomatologica: il perdere il controllo di sé e del proprio corpo, la paura di essere in procinto di morire o di impazzire, la difficoltà a trovare appigli tali da facilitare il recupero del proprio stato “normale”. L'attacco di panico si costituisce come esperienza forte ed indimenticabile, lontana dalle esperienze usuali che le persone hanno nella vita di tutti i giorni: la depressione, l'ansia, la maniacalità, l'ossessione sono tutti quadri sintomatici che in qualche modo si riescono a comprendere se si guarda alla gamma delle emozioni quotidiane che l'essere umano vive. L'attacco di panico no, è un'esperienza di estraneità, un fenomeno egodistonico, che sembra cadere dal nulla sulla persona e risulta estranea al suo modo di vivere, esperire e percepire. In altri termini si potrebbe caratterizzare come esperienza “limite” in quanto si costituisce come paura senza limiti e, nel contempo, come paura di perdere i limiti, o di averli già persi.

² Ricerca datata 5 settembre 2017

Tanto l'attacco di panico risulta complesso come quadro sintomatico quanto lo è lo studio delle sue cause. L'attacco di panico costituisce un forte campanello di allarme, una sirena assordante che apre gli occhi interiori del sé verso le difficoltà necessariamente derivanti dalla sopravvivenza in un sistema sociale come il nostro, caratterizzato da complessità ed incertezze. Un segnale che porta l'attenzione sulla precarietà dell'equilibrio raggiunto perché un equilibrio in questo sistema non può che essere precario, in quanto il sistema stesso lo richiede. E quindi l'avvento di questa nuova "epidemia" psicopatologica non deve essere letta necessariamente come un dato negativo né rappresenta un simbolo di un destino apocalittico. Anzi, come vedremo, le manifestazioni di disturbi psicopatologici non rappresentano solo uno stato disgregativo, come spesso è facile pensare a livello intuitivo, ma possono anche rappresentare un tentativo, per quanto poco strutturato e a volte fallace, di riorganizzazione tra ciò che è interno e ciò che è esterno, conseguentemente ad un rifiuto dell'equilibrio fino a quel momento stabilito.

La tesi che ci si propone di sviluppare e verificare si basa sul fatto che se riconosciamo (come viene qui ipotizzato) che l'attacco di panico non è dovuto esclusivamente alla nostra debolezza come individui ma anche allo sforzo eccessivo richiestoci per vivere una vita coerente al contesto sociale e culturale a cui apparteniamo, forse ci sentiremmo meno soli e potremmo essere meno inflessibili con noi stessi, e potremmo quindi accettare questo sintomo, che ci ricorda del nostro essere "solamente" umani, esseri umani, in una società dell'iperscelta senza confini.

Il primo passo verso l'indagine della tematica proposta verte nello sviluppo di un impianto teorico articolato e multidisciplinare.

Nel primo capitolo si approfondiranno le prospettive provenienti da quelle discipline psicologiche e antropologiche che ci permettono di guardare al disagio mentale come risultato della complessa relazione di interdipendenza esistente tra individualità e contesto sociale e culturale, ponendo particolare attenzione alla disciplina di riferimento per questo lavoro specifico, la psicologia culturale.

Il secondo capitolo introdurrà nel campo specifico del contesto culturale e sociale contemporaneo e della sua caratterizzazione al fine di andare ad esplorare l'influenza che alcune caratteristiche del sociale possono avere sul funzionamento dell'individuo e sulla sua salute mentale: nello specifico si andrà ad indagare loro impatto su identità, senso di comunità e condizione giovanile. Successivamente si andrà poi a specificare l'apporto proveniente dalla

psicologia culturale a questo proposito, andando a descrivere le dimensioni culturali di individualismo e collettivismo, e la loro influenza nella definizione del Sé e sulla salute mentale.

Nel terzo capitolo si approfondirà il tema del benessere dell'individuo, così come viene studiato oggi in psicologia e ci si concentrerà su due teorie del benessere che, più di altre, vengono considerate come in grado di cogliere la natura psico-sociale del benessere: la teoria del benessere sociale (Keyes, 1998), alla cui assenza viene collegata la promozione culturale dell'indipendenza, e la teoria del flusso di coscienza (Csikzentmihalyi, 1990), che si esplicita in esperienze ottimali che richiamano la tendenza culturale a promuovere il valore dell'autonomia.

Nel quarto capitolo si entrerà nel merito del sintomo dell'attacco di panico. Dopo una breve panoramica storica, verranno esplicitati i criteri diagnostici individuati dalla psichiatria attuale. Verranno quindi fornite alcuni dati relativi alla frequenza e alla diffusione del sintomo e della sindrome ad esso legata (il disturbo di panico), attraverso una review delle ricerche effettuate in ambito epidemiologico. Successivamente si approfondiranno le varie cornici teoriche interpretative legate a questo sintomo; l'approccio medico, l'approccio cognitivista e l'approccio psicodinamico, con particolare attenzione alla psicanalisi classica, alla prospettiva teorica fornita dalla psicanalisi lacaniana e alla psicoterapia della Gestalt.

Infine, alla luce dell'apparato teorico presentato, si proporrà una prospettiva di stampo psico-culturale attraverso cui studiare l'attacco di panico come sintomo "etnico", che tiene conto dell'impatto di fenomeni rilevanti nel contesto socio-culturale contemporaneo, quali il paradosso della scelta, il paradosso dell'autonomia e il ruolo dell'incertezza.

La ricerca empirica, che si basa sulla somministrazione di un questionario *self report* ad un campione di studenti universitari, permette di approfondire alcuni dei temi centrali presentati nella parte teorica. Attraverso analisi statistiche verranno approfondite le relazioni che intercorrono tra i diversi costrutti e la significatività del loro legame con l'attacco di panico. Segue una discussione analitica dei risultati e le conclusioni, che include un paragrafo volto a sottolineare le strade di ricerca percorribili in futuro alla luce dei limiti della ricerca effettuata.

Prima di addentrarsi nella parte teorica può essere utile inquadrare la ricerca attraverso una breve digressione epistemologica. La psicologia sociale contemporanea è caratterizzata da una frattura disciplinare, che ha portato allo sviluppo di due principali prospettive concettuali: la psicologia sociale sperimentale e il costruzionismo sociale (Kruglanski & Jost, 2000). La differenza tra tali prospettive consiste nel fatto, che da una parte, i costruzionisti sociali, influenzati generalmente dalla retorica della postmodernità, considerano qualsiasi rappresentazione della realtà come

arbitraria e relativa, mentre gli sperimentalisti aderiscono ad una visione più propriamente deterministica e sistematica dei processi di costruzione sociale dell'apparato cognitivo umano e delle relazioni con il contesto sociale. Queste due visioni, per quanto viaggino in direzioni parallele e perlopiù contrapposte, possono essere complementari per quanto riguarda le strategie di ricerca: le argomentazioni dei costruzionisti sociali potrebbero infatti essere rafforzate grazie alla struttura metodologica propria dell'approccio sperimentalista. Le teorie derivanti dal costruzionismo sociale non dovrebbero essere utilizzate solo come spunti per la riflessione teorica, ma fungere anche da ispirazione per le ricerche sperimentali (Kruglansky & Jost, 2000). Il presente contributo cerca di sottolineare la continuità, piuttosto che la divergenza, tra queste prospettive, sfruttando i vantaggi di una fruizione complementare tra i due approcci. La parte teorica si delinea come un complesso sistema di prospettive vicine all'ambito del costruzionismo sociale. Nonostante ciò, il disegno di ricerca strutturato al fine di dare una controprova della validità delle riflessioni teoriche proposte è di stampo sperimentale. Tale approccio congiunto porta a volte ad alcuni paradossi interni: ad esempio, la prospettiva teorica di riferimento principale in questo studio è quella della psicologia culturale, secondo cui gli approcci metodologici della psicologia scientifica, basati su criteri di oggettività e universalità, non sono da considerarsi come realmente obiettivi; d'altra parte la parte di ricerca empirica qui presente si basa proprio sull'utilizzo di strumenti standardizzati e valutati come oggettivi. Il limite insito in questa tipologia di ricerca, secondo l'ottica della psicologia culturale, consiste nel rischio di etnocentrismo, cioè sul meccanismo di generalizzazione degli assunti facenti parte della cultura di appartenenza del ricercatore (Inghilleri, 2009). Tale critica fa perlopiù riferimento al mondo della ricerca cross-culturale, in cui, generalmente, a partire dall'operazionalizzazione di un processo psicologico teorizzato come universalmente omogeneo (ad es. l'intelligenza), si lavora sul confronto tra individui provenienti da diversi contesti culturali, dando per scontato che l'approccio teorico e metodologico alla base della ricerca possa essere utilizzato indiscriminatamente ovunque. Nel nostro caso il rischio di etnocentrismo viene in parte attenuato; infatti, per quanto l'approccio metodologico sia proprio della psicologia scientifica, e punti ad ottenere risultati oggettivi e attendibili, l'ambito di applicazione e di interpretazione dei risultati emersi fa riferimento ad un unico contesto sociale e culturale di riferimento, e cioè quello contemporaneo occidentale, e ad un'unica popolazione, rappresentata dal giovane adulto. In questo senso si cerca di non trascurare i principi di base della cornice teorica di riferimento, ma, d'altra parte, di non rinunciare al tentativo di avere dei dati empirici di riferimento al fine di arrivare a delle conclusioni poco influenzate dal pensiero di origine del ricercatore. Un secondo esempio dei possibili paradossi interni che si possono riscontrare in questo studio consta nel fare

proprie le riflessioni teoriche sul tema della salute mentale dell'etnopsichiatria e dell'antropologia medica, prospettive teoriche apertamente critiche nei confronti del sistema biomedico e, d'altra parte, quando poi si entra nello specifico di come andare a misurare l'attacco di panico, oggetto di studio privilegiato di questa ricerca, avvalersi della classificazione del DSM, strumento principale della tradizione psichiatrica di stampo biomedico. E' difficile sostenere un impianto teorico di stampo relativista e, al tempo stesso, proporre una modalità di ricerca determinista, ma il potenziale vantaggio di accogliere questo rischio è di per sé un obiettivo allettante. La possibile ricompensa potrebbe essere quella di uscire dal circolo vizioso per cui, causa l'attenzione esclusiva per i dettagli metodologici e per quelle teorie perfettamente aderenti all'apparato sperimentale, non si riesce ad apportare avanzamenti significativi a livello teorico-applicativo. Oggi in psicologia siamo estremamente attenti a non fare affermazioni che vadano oltre i nostri dati, a causa di un'avversione eccessiva al rischio. Ma *“tale enfasi sull'esattezza metodologica e sui modelli teoretici ristretti può ridurre la nostra capacità collettiva a contribuire ai dibattiti intellettuali generali su argomenti relativi alla società”* (Kruglanski & Jost, 2000, p. 60).

SEZIONE TEORICA

1. La rilevanza della cultura nella costituzione del disagio mentale

La salute mentale è un tema ampio e multi sfaccettato, che, in psicologia, viene generalmente ricondotto alla personalità e all'attitudine del singolo individuo: è diffusa l'idea che ognuno debba dedicarsi al proprio benessere personale mettendo in atto comportamenti e stili di vita adatti ad esso. Con questo spirito nasce la psicologia positiva, che si pone come obiettivo la comprensione e lo sviluppo di quelle risorse soggettive in grado di aiutare l'individuo a gestire al meglio la propria esistenza, attraverso il riconoscimento e l'implementazione di quelle competenze che consistono nei punti di forza e di eccellenza di ogni singola persona (*Positive Psychology: an introduction*, 2000). Spesso il ruolo della cultura nei processi di salute e disagio psicologico, viene posto in secondo piano e non si tiene conto di quanto questa carenza abbia anch'essa origini culturali; infatti l'idea di ricercare la causa e la soluzione del malessere di un individuo nell'individuo stesso è a sua volta un'idea costruita culturalmente, che si radica, nello specifico, in una cultura di stampo individualista (Quaranta, 2010). Ciò non sta a significare che l'individuo non sia in grado di esercitare una consistente influenza sul proprio benessere e malessere, ma richiama le opportunità collegate all'ampliare l'analisi al fine di comprendere anche l'influenza della cultura su queste variabili, al fine di stabilire un'ottica maggiormente bilanciata e organica di salute mentale.

E' come se si riscontrasse, all'interno delle discipline psicologiche, un gap difficile da sanare, che divide l'evidenza teorica dell'importanza della cultura nel definire e connotare il benessere e il malessere psicologico, dagli ambiti di ricerca e azione presenti in ambito accademico su queste tematiche, che tendono a mantenere uno stampo di tipo biologico e psicologico, dove la componente sociale rimane come sottotesto scarsamente approfondito. Una causa di questo gap è maggiormente evidente quando si adotta un'ottica epistemologica al problema. Le scienze psicologiche di tipo *mainstream*, infatti, possono essere intese essenzialmente come un sottoprodotto di quello che viene generalmente chiamato "modernismo culturale" (Gergen, 2001) e sembrerebbero restie ad includere nel loro dibattito scientifico le evidenze derivanti dal sapere postmoderno (socio-costruzionista e dialogico) e dalle prospettive culturaliste (Valsiner, 2012). Nonostante siano stati molti gli autori che nella storia della psicologia (e non solo) hanno sottolineato, attraverso il loro lavoro, l'importanza critica dei fattori culturali nel funzionamento mentale e nel suo malfunzionamento, le loro voci hanno sempre costituito ad oggi una minoranza

marginalizzata rispetto alla visione *mainstream* presente in psicologia, in psichiatria e nelle altre professioni di cura (Cuèllar & Paniagua, 2000).

Questa dinamica caratterizza anche lo studio dell'attacco di panico, patologia sempre più diffusa nel nostro contesto contemporaneo e che vive una continua anticipazione dei tempi di insorgenza³. Si investono molte energie per monitorare questa patologia e per curarla. La ricerca accademica su questa tematica deriva per la maggior parte dagli ambiti di psicologia cognitiva, bio-medica e clinica; poco spazio viene invece dedicato alla comprensione culturale di questo tipo di sintomo. Si può pensare che la causa di questa scarsità di interesse accademico dipenda dalla difficoltà di trovare applicazioni concrete o immediate rivolte alla cura del sintomo, a partire da un'ottica macro sul problema, e che questa visione sia in qualche modo controcorrente rispetto ad una ideologia perlopiù efficientista del sistema medico/psicologico *mainstream*. E' intuibile l'utilità che può ricavare un paziente nell'intervenire sulla propria patologia attraverso la messa in pratica di strategie cognitivo-comportamentali volte alla diminuzione dei sintomi, come, ad esempio, tecniche di respirazione, oppure esercizi di contrasto nei confronti di modalità di pensiero ruminante disfunzionale. E' invece ancora tutto da indagare l'effetto che può suscitare la consapevolezza dell'inquadramento del suo disturbo attraverso un'ottica macro, culturalmente e socialmente connotata. Riprendendo la riflessione di Pierre Bourdieu (1993) relativa al ruolo della ricerca socio-antropologica nell'ambito della sofferenza sociale, è possibile affermare che, per quanto indagare sui meccanismi sociali che rendono la vita dolorosa, o addirittura insostenibile, non significhi di per sé neutralizzarli, non bisogna trascurare l'effetto che una maggiore conoscenza di essi può avere su coloro che soffrono: attraverso la scoperta delle possibili cause sociali della loro sofferenza, infatti, è possibile fornire loro una possibilità di liberarsi dal senso di colpa che può essere connesso e derivante dal loro malessere.

Aderire a una visione complessa e culturalista di salute mentale è un'azione di ricerca non solo interessante da un punto di vista clinico, ma si connota come un'azione moralmente e politicamente significativa:

“Nella nostra cultura vi è la necessità di un valore assoluto che è quello del bios, ma, poiché il bios è diventato esterno, astratto, così a priori rispetto alla storicità dell'individuo, non c'è uno spazio effettivo per identificarsi. A questo punto, se quello che permette alla maggior parte dei cittadini di esperire benessere, malessere, di fare esperienza del mondo è divenuto così estraneo, allora il ruolo di clinici e psicoterapeuti diventa per definizione politico, cioè l'azione clinica non può non essere anche un'azione

³ Per approfondimento si rimanda al paragrafo 4.2.2

politica, dove per politica intendo che il focus dell'attenzione si sposta sul livello collettivo, che rappresenta così la dimensione per agire sull'individuo. E' come se lo psicoterapeuta dovesse spostare la sua attenzione sulla cultura per poter agire sui processi psichici individuali, e in questo senso deve collocare la sua azione clinica anche politicamente" (De Cordova, Inghilleri, & Pandolfi, 2005, p. 59).

Tenuto conto di queste premesse generali, in questa sezione ci si propone di approfondire alcune delle riflessioni rivolte al sostegno dell'inclusione dei fattori sociali e culturali nell'eziologia di disturbi mentali. Farsi largo tra l'enorme mole di materiale prodotto sul tema e cercare di separare i campi d'azione può risultare un'impresa difficile, che, d'altra parte, esula dagli obiettivi specifici della presente ricerca. Per quanto marginalizzate, infatti, le discipline che hanno offerto il loro contributo a favore dell'interdipendenza tra cultura e salute mentale (psicologia culturale, etnopsichiatria, psicoterapia transculturale, psicologia multiculturale, psichiatria culturale, psichiatria transculturale, psichiatria sociale, psichiatria di comunità, antropologia medica...) sono numerose e, costituendosi tutte come approcci di stampo interdisciplinare, sono caratterizzate da confini di delimitazione spesso labili e non fortemente delineati. Dal punto di vista disciplinare, il presente contributo si basa principalmente sulle teorie e sui costrutti derivanti dalla "psicologia culturale", per poi ampliarne i contenuti attraverso il riferimento a settori disciplinari confinanti, con particolare attenzione ai contributi dell'antropologia medica, dell'etnopsichiatria e della cultural-clinical psychology. Alcuni di questi approcci disciplinari, in particolare quello antropologico e quello etnopsichiatrico, mantengono un'impostazione tendenzialmente di stampo multiculturale, per cui lo scopo principale è la comprensione e la cura della malattia mentale di quelle persone che appartengono a culture non occidentali. La finalità di queste discipline si possono essere riassunte come segue (Cuèllar & Paniagua, 2000):

- Favorire una sensibilizzazione nei confronti delle peculiari visioni di salute mentale presenti in culture diverse
- Contrastare un'ottica di medicalizzazione etnocentrica di stampo occidentale

Più raramente, invece, è possibile riscontrare, all'interno di queste discipline, un chiaro interesse di ricerca allo studio dell'influenza che la stessa cultura occidentale esercita sulla salute mentale degli individui che ne sono immersi. Eppure le teorie costruite in questi ambiti ci permettono di costruire ipotesi specifiche sulla nostra domanda di ricerca: è possibile considerare l'attacco di panico come un "disturbo etnico" (Devereux, 1956)?

1.1. Mettere al centro la cultura: psicologia culturale e discipline di confine

L'ostacolo principale ad una visione culturalmente connotata del disagio mentale origina da una visione della psiche umana come prettamente individuale, da studiare attraverso una metodologia di tipo empirico e scientifico, che riesca a coglierne gli elementi universali e standardizzati, sostenuta da quella che si identifica generalmente con la psicologia generale. In opposizione a questa prospettiva, il *framework* più funzionale alla visione di psicopatologia proposta in questa ricerca è certamente quello della psicologia culturale, definibile come “*lo studio del modo in cui le tradizioni culturali e le pratiche sociali regolano, esprimono, trasformano e mutano la psiche umana, risolvendosi a rilevare più divergenze etniche sulla mente, il Sé e l'emozione che un'unità psichica per l'umanità*” (Shweder, 1990, p. 1). La psicologia culturale si delinea come disciplina di confine, interdisciplinare per definizione e nasce come reazione alla rivoluzione cognitiva avvenuta in psicologia durante gli anni '60 del secolo scorso, sostenendo, in particolare, una visione critica nei confronti di una concezione di una vita mentale come universale, astratta ed esclusivamente interiore. La persona, secondo le scienze cognitive tradizionali, può essere compresa quando paragonata ad un sistema processore di informazioni, come il computer; in questo senso il compito della psicologia consiste nello studio delle specificità operative dei processi mentali, attraverso un approccio di stampo prettamente individualistico. Una visione culturale della psicologia sposa invece l'approccio della continuità di sostanza tra psiche e cultura: la psiche viene considerata come incarnazione particolare, individuale, della cultura, che a sua volta è costituita dal concorso delle espressioni particolari della prima (Coppo, 2003). Un approccio conciliante rispetto a queste due prospettive è quello evidenziato da Cole (1996), che si basa sulla duplicità del lavoro di Wilhelm Wundt, Autore storicamente conosciuto come il padre fondatore della psicologia moderna. Famoso per aver aperto il primo laboratorio di psicologia a Lipsia, nel 1879, Wundt lo rese un centro di ricerca specializzato sui processi mentali di base, come la fisiologia delle sensazioni e percezioni, i tempi di reazione, la psicofisica e le associazioni mentali, basandosi sui canoni metodologici della scienza sperimentale. Wundt credeva, infatti, che per capire i processi mentali complessi fosse necessario partire dalla ricostruzione di quelli di base; solo una volta compresa la struttura dei processi mentali semplici si poteva risalire a quella dei più complessi. Ma l'idea di psicologia di Wundt trascende l'elementismo per cui viene ricordato nei libri di storia della psicologia, per giungere ad una concezione maggiormente complessa di psicologia: se, per l'Autore, da una parte esiste una cosiddetta “psicologia fisiologica”, con i suoi studi sperimentali sull'esperienza immediata e sulle funzioni fisiologiche elementari, che si pone come obiettivo la ricerca di legge

universali, d'altra parte riconosce l'esistenza della cosiddetta *Volkerpsychologie*, la "psicologia dei popoli", che per studiare le funzioni psicologiche più complesse utilizza i metodi delle scienze descrittive come l'etnografia o la linguistica. Secondo l'Autore la psicologia può configurarsi come disciplina finalmente completa solo attraverso una sintesi integrata dei risultati ottenuti da queste due anime. Da questa visione complessa di psicologia nasce l'approccio della psicologia culturale, una disciplina centrata sull'analisi delle interrelazioni fra individuo e contesto, partendo dal presupposto che cultura e processi psicologici siano indissolubilmente legati (Cole, 1996). La cultura costituisce una dimensione sovraindividuale a cui i singoli appartengono e, allo stesso tempo, una loro proprietà, che essi concorrono a conservare e modificare: la cultura è, in definitiva, la dimensione in cui i singoli si immettono per divenire umani (Coppo, 2003) in quanto la dimensione più specificamente "naturale" per l'essere umano non è tanto bio-fisiologica, bensì sociale e culturale (Emiliani & Mazzara, 2015). I ricercatori che si riconoscono nel suddetto modello di psicologia culturale, condividono una serie di assunti generali (Inghilleri, 2009);

1. Cultura e pensiero e comportamento sono indistinguibili e inseparabili
2. Le strutture mentali e i processi psicologici individuali possono essere compresi solo se si tiene conto dello specifico contesto culturale di appartenenza del soggetto
3. I significati e le pratiche di un gruppo culturale influenzano e modellano le strutture mentali e i processi psicologici delle persone che ne fanno parte (anche quelli disfunzionali)
4. Gli approcci metodologici della psicologia scientifica, basati su criteri di oggettività e universalità, non sono realmente obiettivi ma etnocentrici, cioè si basano sulla generalizzazione degli assunti della cultura di appartenenza del ricercatore
5. Per comprendere realmente i fenomeni che si vogliono studiare, è necessario analizzare le pratiche quotidiane, gli artefatti presenti all'interno del contesto culturale dei soggetti, e il modo in cui gli individui si relazionano con essi

Questa prospettiva si caratterizza per differenza con un'ulteriore disciplina psicologica, detta cross-culturale, definibile come "*lo studio delle similitudini e delle differenze nel meccanismo psicologico individuale, in gruppi etnici e culturali diversi; dei rapporti tra variabili psicologiche e quelle socioculturali, ecologiche e biologiche e dalle modifiche in corso di queste variabili*" (Berry *et al.*, 1992, p. 4).

1.1.1. Il contributo dell'etnopsichiatria

Quando la psicologia culturale si occupa del fenomeno della malattia mentale si lega a doppio filo a diverse discipline ad essa confinanti, tra cui l'etnopsichiatria, una corrente della psichiatria dedita a mettere in risalto l'eziologia culturale dei disturbi mentali. Alcuni studi riguardanti i disturbi alimentari (Ritenbaugh, 1982; Testoni, 2001; Inghilleri, Castiglioni, & de Cordova, 2007) possono rappresentare un utile esempio al fine di meglio comprendere che cosa voglia dire dare risalto all'eziologia culturale nell'ambito della salute mentale. Il disturbo alimentare, se studiato attraverso la mera categorizzazione clinica individualista, ovvero come disturbo idiosincratico (Devereux, 1956), rischia di non essere compreso appieno nella sua complessità. Solo quando collochiamo i disturbi mentali all'interno del più ampio contesto storico-sociale è possibile indagarne la natura profonda e riconoscerli in quanto l'espressione del mutamento radicale connesso alle aspettative sociali esistenti nei confronti della fisicità delle persone all'interno della società occidentale moderna, caratterizzato da pressioni sociali costanti. La giovane anoressica esprimerebbe, inconsapevolmente, attraverso il suo dolore e la sua sofferenza, una crisi culturale diffusa della società contemporanea occidentale. In questo senso il disturbo alimentare può essere considerato come un disturbo etnico (Devereux, 1956), ovvero un tipo di disturbo strettamente connesso al modello culturale specifico del gruppo di appartenenza. Questo esempio ci permette di introdurre il tema del disturbo etnico, che viene approfondito da Devereux nel suo saggio "*Normale e Anormale*" nel 1956. Secondo l'Autore ciascuna area culturale possiede almeno uno, ma spesso molti, disturbi caratteristici definibili come "etnici". Nella maggioranza dei casi il gruppo culturale di appartenenza ha teorie esplicite riguardo alla natura e alla causa di tali disturbi ed idee precise sui loro sintomi, sulla loro evoluzione e sulla loro prognosi: è come se la cultura di appartenenza fornisse ai propri membri chiare indicazioni su quali sono le modalità corrette per esprimere il proprio disagio psichico, proponendo quindi modelli specifici di cattiva condotta. Gli individui sofferenti, secondo questa prospettiva, sintetizzano ed esprimono con il loro comportamento dei valori antisociali costruiti socialmente, che permettono loro, in altre parole, di essere antisociali in una maniera socialmente approvata. La sintomatologia dei disturbi etnici riflette, quindi, la natura specifica dei conflitti prevalenti in una data cultura. Gli strumenti teorici dell'etnopsichiatria ci permettono di avanzare l'ipotesi che l'attacco di panico si possa costituire come "sintomo etnico", e che sia, quindi, collegato alla struttura del nostro apparato culturale di appartenenza. Le rapide trasformazioni in atto nella nostra cultura contemporanea comportano per gli individui una perdita dei vecchi riferimenti,

che non vengono sostituiti da altri⁴. L'individualità sofferente si trova scollegata dalla rete di senso condiviso, lasciata senza confini di senso entro cui orientarsi. In questo caso la malattia psichica può essere vista come un tentativo frenetico e inappropriato di riorganizzazione (Devereux, 1956), di risoluzione di una problematica che si è andata a creare tra il Sé e la società. Eppure l'etnopsichiatria non ci permette di avanzare ancora di molto nella nostra ipotesi; costituendosi infatti come sapere che "*origina là dove diversità si incontrano e scontrano*" (Coppo, 2003, p. 72), si focalizza sulla comprensione, conoscenza e cura dei disturbi "etnici" di individui che appartengono a culture diverse da quella occidentale, al fine di ricontestualizzare il paziente decontestualizzato dalla migrazione, ed è difficile che fornisca indicazioni specifiche sui disturbi "etnici" presenti nella propria comunità di riferimento. Lo stesso Devereux, padre fondatore dell'etnopsichiatria così come della psicoterapia transculturale, dedicherà buona parte dei suoi sforzi teorici nello studio di disturbi etnici di culture altre, sforzo che condurrà alla creazione delle *culture-bound syndromes*, descrizioni di sintomatologie etniche svuotate dal loro significato storico-culturale originario, la cui presenza si attesta nell'artefatto prototipico della psichiatria contemporanea e cioè nel DSM (2013), manuale diagnostico dei disturbi mentali edito dall'*American Psychiatric Association*, testo di riferimento principale per tutto il mondo occidentale. Il concetto di *culture-bound syndrome* è stato utilizzato da ricercatori occidentali, perlopiù psichiatri e antropologi, al fine di studiare quei sintomi appartenenti ad alcune specifiche società non occidentali. Questa operazione, secondo Kleinman (1987), comporta una superimposizione delle categorie biomediche della psichiatria occidentale sui disturbi di altre culture e non è senza conseguenze; sempre secondo l'Autore, infatti, per comprendere le patologie delle società non occidentali non basta una traduzione diretta dei nomi delle stesse nei principali linguaggi euro-americani, in quanto i sintomi sono idiomi di sofferenza e per essere compresi devono essere inseriti nella più ampia rete di significati metaforici culturalmente connotati. In un articolo del 1982 sull'obesità, l'antropologa americana Cheryl Ritenbaugh coglie un punto centrale per il ribaltamento teorico necessario ad inquadrare teoricamente la presente ricerca. L'Autrice nota infatti come tali *culture-bound syndromes* siano state ampiamente individuate in contesti non occidentali ma risultino stranamente assenti in Occidente e attribuisce questo divario ad un *bias* etnocentrico da parte dei ricercatori occidentali: l'approccio biomedico, che comporta il privilegiare l'aspetto biologico, avrebbe oscurato, in Occidente, l'importanza della componente culturale. Infatti i disturbi che dipendono dalla nostra cultura li percepiamo come "veri", mentre i disturbi che non riusciamo a comprendere li interpretiamo come

⁴ Un approfondimento nel cap. 2

deviazioni o varianti culturali dei disturbi psichiatrici definiti in Occidente. In altre parole i disturbi occidentali vengono categorizzati come *disease* oppure come *illness*. I *disease* vengono ricondotti a invariante patologiche universali e misurabili mentre tutti quei disturbi che si allontanano da quello che riusciamo a spiegare vengono considerati come *illness* e cioè dipendenti da una percezione individuale della patologia (Kleiman, Eisemberg, & Good, 1978). In entrambi i casi la specificità culturale del disturbo viene trascurata. A questo proposito l'antropologo Alland Young (1982) aggiunge a questa diade il concetto di *sickness*. L'Autore considera necessario superare una visione della malattia centrata esclusivamente sull'individuo, al fine di analizzarla all'interno del più ampio contesto sociale. Con *sickness* si fa riferimento infatti alla malattia così come viene interpretata all'interno di una determinata società, ponendola quindi in relazione ai sistemi macrosociali che la caratterizzano. Riassumendo, si può parlare di malattia quando una persona si sente male (*ill*), il medico certifica la sua malattia (*disease*) e la società attribuisce all'individuo l'etichetta di malato (*sick*). Non è raro, nel nostro mondo sociale, che alcune forme di malattia emotiva vengano disconosciute a livello sociale; d'altra parte, anche quando un disturbo viene riconosciuto in quanto socialmente connotato, come nel già citato caso dei disturbi di alimentazione, nel DSM l'influenza relativa ai fattori socio culturali viene generalmente trascurata; lo strumento principale della nosografia psichiatrica occidentale ammette l'influenza culturale su un disturbo psicologico solo per i contesti non occidentali. Le influenze ambientali di cui si riconosce l'incidenza vengono generalmente contenute all'interno dell'ambito delle relazioni interpersonali o delle esperienze infantili. Le *culture-bound syndromes* riguarderebbero quindi solo le altre culture e ciò può rappresentare un limite quando ci si propone di comprendere a fondo la complessa eziologia dei disturbi mentali caratterizzanti il nostro sistema culturale e sociale.

1.1.2. Il contributo dell'antropologia medica

Strettamente legata all'etnopsichiatria, l'antropologia medica emerge come settore disciplinare autonomo verso la fine degli anni '70 del secolo scorso. Uno degli obiettivi raggiunti della disciplina è stato, a livello epistemologico, sradicare la concezione per cui la biomedicina, e cioè l'approccio medico occidentale, sia la modalità più evoluta di comprendere e curare le patologie, per aprirsi alla possibilità di vederne i pregi e i limiti, considerandola un paradigma culturale come gli altri:

al cuore dei nostri saperi medici la malattia è generalmente assunta come un'alterazione nella struttura e/o nel funzionamento dell'organismo individuale. Venendo iscritta nel malfunzionamento organico, essa richiede un intervento volto a risanare l'alterazione sui

piani biologico e/o psichico. A caratterizzare culturalmente la nostra medicina, la biomedicina è precisamente questa predilezione per le sole dimensioni bio-psicologiche del malessere, dunque per le sole dimensioni individuali. Tale predilezione è a sua volta radicata in specifici assunti culturali circa la natura della realtà, della persona e della conoscenza (Quaranta, 2010, p. 89).

Un secondo obiettivo perseguito dall'antropologia medica consiste nel ridare centralità ai fattori socio-culturali. A partire da questa prospettiva, tali fattori non solo vanno a definire il significato sociale e personale che viene attribuito alla malattia, ma hanno anche un ruolo cruciale nell'influenzare il rischio di ammalarsi, così come la natura delle reazioni alla malattia e la sua prognosi (Eisenberg & Kleinman, 2012). Un esempio di questo modo di intendere la malattia, particolarmente interessante in quanto ci permette di legare strettamente la rilevanza dell'antropologia medica al tema centrale di questa ricerca, ci è dato dalla ricerca dell'antropologa statunitense Scheper-Hughes (2000) su una popolazione di residenti nelle baraccopoli site nel Nord-Est del Brasile. Molti degli uomini e delle donne abitanti nella zona studiata soffrono di diversi tipi di attacchi nervosi, generalmente definiti come "*nervos*"⁵ (p.289). Questi attacchi nervosi, da un punto di vista psicopatologico, possono essere ricondotti ad una modalità culturalmente connotata di attacco di panico (una *culture-bound syndrome*) inserita nel DSM V (2013) con la definizione di "*ataque de nervios*". Attraverso l'uso di interviste, l'Autrice riesce ad identificare diverse modalità interpretative del malessere vissuto da tali individui, tra cui quella medico-clinica sembra essere la meno adatta a coglierne la natura. L'attacco di nervi viene meglio compreso quando connesso alle insopportabili condizioni lavorative a cui vengono costretti i braccianti nelle piantagioni di canna da zucchero, oppure quando viene interpretato come una conseguenza dell'instabilità e della violenza che si registra nel regime politico brasiliano degli ultimi anni, per quelle madri o mogli i cui cari sono scomparsi per motivi politici. Secondo l'Autrice, quindi, queste epidemie di *nervos* indicano uno stato d'allarme, un modo di esprimere una condizione sociale in cui ci si muove avanti e indietro tra l'accettazione della situazione come normale e la consapevolezza dell'anormalità del normale.

⁵ Con il termine *Nervos* ci si riferisce sia a uno stato generale di vulnerabilità alle esperienze stressanti della vita, sia a una sindrome causata da difficili condizioni di vita. Il termine comprende una vasta gamma di sintomi di disagio emotivo, alterazione somatica e difficoltà di funzionamento. I sintomi più comuni comprendono cefalea e "male al cervello", irritabilità, mal di stomaco, difficoltà a dormire, nervosismo, facilità al pianto, difficoltà di concentrazione, tremori, sensazioni di ronzio e mareos (giramenti di testa con occasionale esacerbazione a tipo vertigine).

La malattia, dunque, rappresenta “*più di qualcosa che ‘semplicemente capita’ alla gente*” (Scheper-Hughes, 2000, p. 284). Essa è incorporazione dell’esperienza sociale, per cui il corpo ingloba quelle dinamiche sociopolitiche che possono portare al malessere (Pellecchia, Rossi, & Zanotelli, 2010). La nozione di incorporazione fa da sfondo al concetto di sofferenza sociale, una modalità di intendere la malattia come risultato dell’intreccio fra processi storico-sociali e l’esperienza di disagio vissuta sul proprio corpo (Kleinman, Das, & Lock, 1997). Rimanendo su questo piano Paul Farmer (2006) propone una teoria fondata sul concetto di violenza strutturale definendola come una violenza esercitata in modo sistematico ed indiretto, inflitta attraverso le istituzioni e la struttura sociale. Ma non bisogna figurarsi la malattia solamente come la mera risultanza degli equilibri tra le forze sociali in atto; essa mette a repentaglio ciò che più viene dato per scontato, mina gli assunti su cui riposa la nostra esperienza quotidiana e può anche rappresentare un atto di rifiuto, individuale e collettivo, un atto di protesta nei confronti delle condizioni di vita in cui ci si sente costretti (Scheper-Hughes, 2000).

Da quanto emerso si evidenzia il valore del contributo dell’antropologia medica, che ci permette di assumere uno sguardo sulla malattia adatto a coglierne la natura complessa e multidimensionale. Rimane tutto da indagare se le evidenze riscontrate da questa disciplina si possano ritrovare anche nel nostro contesto socio-culturale di appartenenza attraverso l’applicazione di metodi tipici dell’approccio psicologico. Gli antropologi, infatti, si occupano perlopiù “*dell’esperienza di persone che vivono in povertà o che sono marginalizzate per motivi razziali, di genere o per una combinazione nociva di tutti i fattori sopra citati*” (Farmer, 2006, p. 23). Spesso lavorano in paesi con forti ed evidenti difficoltà sociali e politiche ed identificano i meccanismi di violenza strutturale da cui emergono problematiche molto forti, quali malattie epidemiche, violazione dei diritti umani o genocidi, che vengono così considerate “*patologie del potere*”. E’ evidente che tra gli *ataque de nervios* dei lavoratori nei campi di canna da zucchero del Brasile e gli attacchi di panico degli studenti universitari di Milano, la popolazione che verrà presa in esame nella presente ricerca, un paragone risulterebbe impossibile, oltre che superfluo. Ma ancora più appassionante diventa la domanda di ricerca: potrebbe essere possibile anche in questo caso concepire la malattia come sofferenza sociale o come atto di rifiuto o protesta inconscia nei confronti di determinate condizioni sociali?

1.1.3. La cultural-clinical psychology: una prospettiva emergente

Recentemente alcuni Autori (Ryder, Ban, & Chentsova-Dutton, 2011) hanno proposto di coadiuvare le varie correnti che riflettono una visione integrata tra psicologia e cultura all'interno di un unico campo di studio: la psicologia clinico-culturale. Questo nuovo approccio disciplinare considera la cultura, la mente ed il cervello come livelli multipli di un unico sistema, denominato appunto *culture-mind-brain*, per cui nessun livello può essere compreso se isolato dagli altri. Gli Autori che hanno richiamato l'attenzione sulla prospettiva in esame (Ryder, Ban, & Chentsova-Dutton, 2011), portano come ricerca esemplificativa di tale approccio uno studio riguardante il vissuto depressivo in culture di stampo individualista e collettivista⁶. Nello specifico dalle loro ricerche emerge come vi sia una maggiore comprensione del lato psicologico del sintomo depressivo per i soggetti occidentali, mentre i soggetti appartenenti ad una cultura di stampo orientale preferiscono mettere l'accento sull'aspetto somatico del sintomo depressivo, mostrando quindi le diverse facce culturali di uno stesso sintomo. Nel 2014 la rivista *Journal of Social and Clinical Psychology* propone un numero monografico al fine di raccogliere ricerche in grado di raccogliere la sfida epistemologica lanciata dagli Autori (Ryder & Chentsova-Dutton, 2014). Per quanto lo sforzo teorico e di ricerca risulti degno di nota, la maggior parte delle ricerche presentate rientrano in una prospettiva di stampo cross-culturale più che culturale, e quindi cercano di indagare la salute mentale dei singoli individui, lavorando attraverso confronti tra culture (Gone, 2014). A titolo esemplificativo citiamo la ricerca di Lau, Wang, Fung, e Namikoshi (2014), che mette in relazione la diversa importanza data nelle culture occidentali e in quelle orientali alla capacità di comprendere la mente dell'altra persona e l'ansia sociale: i dati raccolti dagli Autori mostrano che l'essere ostacolati nel comprendere la mente altrui porta maggiore ansia sociale in quegli studenti americani di origine asiatica che hanno ottenuto punteggi più alti nella scala sul collettivismo. Un'altra ricerca che si pone in linea con questa prospettiva, servendosi di un impianto di stampo cross-culturale, si è concentrata sull'indagine tra il meccanismo di acculturazione messo in pratica da parte di individui immigrati da diversi paesi negli Stati Uniti, e la salute somatica degli individui stessi, scoprendo che più gli individui riescono ad incorporare le modalità emotive della cultura ospitante, meno riportano sintomi somatici (Consedine, Chentsova-Dutton, & Krivoshekova, 2014).

Dal nostro punto di vista fa eccezione la ricerca di Ford e colleghi (2014), che si caratterizza come più squisitamente culturale. In questa ricerca viene valutato l'effetto che il valore dato alla felicità nella società occidentale può avere sullo sviluppo di sintomi depressivi. Questa ricerca si

⁶ Vedere il par. 2.4 sulle dimensioni di individualismo e collettivismo

mostra fortemente in continuità con la natura paradossale della cultura individualistica, per cui anche la promozione di un valore di per sé positivo, come la felicità, se estremizzato nella sua importanza, può comportare più malessere che benessere nell'individuo, e si pone in linea con il taglio che si è deciso di dare a questo studio specifico; l'attacco di panico può trarre origine dalla cultura individualista in quanto connesso con valori culturali che possono dare forma a specifici set sintomatologici. Più avanti cercheremo infatti di far emergere quali caratteristiche, quali valori e quali tendenze caratterizzanti il nostro contesto culturale potrebbero, così come il valore estremo alla felicità, comportare più malessere che benessere negli individui.

2. La cultura occidentale contemporanea: elementi di scenario

Nel primo capitolo abbiamo fornito una panoramica riguardo le prospettive teoriche attraverso cui è possibile affermare che la malattia mentale non sia un fenomeno solo individuale, ma che dipenda in gran parte anche dal contesto sociale e culturale in cui va a formarsi. A questo punto, nella strada che ci porterà a completare la nostra ipotesi di ricerca, è necessario approfondire quali siano le caratteristiche del contesto di vita occidentale che più possono influire sulla salute mentale degli individui; verranno di seguito raccolte, quindi, senza alcuna pretesa di completezza, una serie di caratteristiche peculiari dell'era che, a seconda degli Autori, è stata definita come *tarda modernità* (Giddens, 1991), *postmodernità* (Lyotard, 1979), *ipermodernità* (Lipovetsky, Charles, & Brown, 2005) e *surmodernità* (Augè, 1992). Si cercherà di capire quindi, quanto il contesto culturale in esame sia in grado di soddisfare quelli che possono essere considerati alcuni tra i bisogni fondamentali della natura umana, quali il bisogno di connessione sociale, il bisogno di identità e riconoscimento, il bisogno di trascendenza e ritualità, e il generale bisogno di cultura (Schumaker, 2001).

Secondo alcuni autori la nostra società contemporanea si differenzia dalle fasi storiche che l'hanno preceduta in quanto mostra le seguenti peculiarità (Jervis, 1997): il decadimento dei vincoli sociali tradizionali; il passaggio da un'etica universale ad un'etica particolaristica che prevede la possibilità di una libera analisi critica delle tradizioni ricevute; la netta separazione tra la sfera privata e la sfera pubblica, che in passato erano fortemente permeabili ed influenzabili tra loro; la tensione personale verso l'autoaffermazione, anche favorita dalla libertà di accesso alle informazioni e all'istruzione e dalle grandi opportunità di mobilità delle identità individuali, a discapito del valore della connessione sociale.

Visto il passaggio da un'etica universale ad una particolaristica, la cultura contemporanea sembrerebbe possedere meno mezzi che in passato al fine di provvedere al bisogno di

trascendenza, che prevede la promozione di sistemi di credenze e rituali significativi. Nel 1979 Lyotard battezzò la nostra società come postmoderna e identificò come caratteristica centrale della stessa il venir meno delle “grandi narrazioni” e cioè di quelle grandi ideologie e fedi su cui si regge la coesione e la coerenza sociale. Secondo l’Autore, postmoderna è l’incredulità nei confronti delle meta-narrazioni che ci ha portato in un tempo del disincanto (Lyotard, 1979). Esemplificativo in questo senso è il rapporto di disaffezione che si è andato instaurando tra giovani e politica (Cavalli & Calabrò, 2008). La distruzione contemporanea di un sapere condiviso porta alcune persone ad un senso tormentoso di solitudine individuale di tipo esistenziale (Yalom, 1980). Coerentemente, risulta essere molto attuale il risultato di uno studio svolto tra gli studenti universitari nordamericani, da cui risulta che l’81 per cento di essi percepiscono se stessi all’interno di un “vuoto esistenziale”, (Frankl, 1969-1988). Il materialismo che caratterizza il contesto contemporaneo occidentale, invece che essere associato con la soddisfazione dell’individuo, spesso si associa ad una mancanza di felicità, depressione, rabbia, alienazione e ansia. I dati che hanno dato vita al dibattito contemporaneo sul rapporto tra reddito e felicità derivano dagli studi di Easterlin, che, nel 1974 ha evidenziato come la relazione tra queste due componenti sia caratterizzata da un andamento non monotono: il fenomeno è noto come “paradosso della felicità”. Easterlin (1974), dimostra che, prendendo ad esempio la crescita economica verificatasi negli USA a partire dal dopoguerra, la felicità risulta rimanere costante o diminuire all’aumentare del reddito pro-capite. Il livello di felicità, infatti, risulta crescente fino ad un certo livello di reddito, superato il quale la relazione tra reddito e felicità risulta invece negativa, seguendo una curva ad U rovesciata. A questo proposito, si è parlato di *paradosso americano* (Myers, 2000), per cui come a fare da contraltare al materialismo degli Stati Uniti, è possibile vedere ad un aumento, a partire dagli anni Sessanta in poi, del tasso di suicidi tra adolescenti, di episodi di violenza e della popolazione carceraria (Myers, 2000). Quando in una cultura dominano valori di stampo materialista, essi vanno a rispondere in modo inadeguato ai bisogni umani di base: il materialismo si basa sull’acquisizione di beni materiali al fine di migliorare la persona, quindi uno degli obiettivi del marketing è farci sentire insoddisfatti non solo di quello che abbiamo, ma anche di quello che siamo. Significativo, a questo proposito, è il lavoro di ricerca longitudinale di Csikszentmihalyi & Schneider (2001) i cui risultati mostrano una significativa correlazione inversa tra benessere soggettivo e benessere materiale in un campione rappresentativo di studenti americano: ad un aumento del benessere materiale corrisponde una diminuzione del benessere soggettivo. Come emerge dal lavoro di rassegna messo a punto da Eckersley (2006), generalmente le persone che aderiscono ad una visione materialista della vita, per cui obiettivi estrinseci come fama e fortuna hanno un’importanza

determinante, sperimentano maggiormente ansia, depressione e un minor benessere rispetto a coloro che invece seguono obiettivi di tipo intrinseco, come le relazioni interpersonali profonde, l'auto-conoscenza, la crescita personale e il contribuire alla comunità. D'altra parte le persone maggiormente materialiste sembrano essere in aumento⁷. Per esempio, un'indagine svolta fra gli studenti universitari americani mostra che la percentuale di coloro che ritengono primario l'obiettivo di essere "finanziariamente molto ricchi" è passata dal 40% alla fine degli anni '60 al 75% negli anni '90 (Putnam, 2000).

Queste riflessioni sul materialismo rappresentano un esempio del fatto che il modo di costituirsi di una cultura o società non lascia la natura dell'uomo inalterata, ma va a plasmarla, influenzandone il sistema di valori e la qualità della vita, fisica e mentale. A questo proposito René Kaës (2013) identifica nel cedimento dei garanti meta-sociali una caratteristica fondamentale della società ipermoderna, implicata nel malessere ordinario del soggetto contemporaneo: l'insieme dei miti, delle ideologie, delle credenze e dei valori che garantiscono una sufficiente stabilità alle formazioni sociali, dotandole di senso, sembrerebbero oggi compromessi. La vita psichica risulta quindi minacciata dall'instabilità delle sue fondamenta collettive simboliche. Si sente forte il richiamo alle concettualizzazioni di crollo delle grandi narrazioni di Lyotard (1979) e di modernità liquida di Bauman (2003), con la differenza che, nella teorizzazione di Kaes, queste due descrizioni sociali entrano a far parte della struttura stessa della psiche dell'individuo; il crollo e la liquefazione sono dentro di noi, nella parte della psiche solitamente presidiata dai garanti meta-sociali, adibiti a dare forma e coerenza alla nostra vita interiore. La disorganizzazione dei garanti meta sociali colpisce quindi in profondità, andando direttamente ad interagire con i garanti meta psichici dell'individuo, e cioè con le formazioni dell'ambiente psichico sul quale si appoggia e si struttura la psiche dell'individuo (Kaës, 2013).

La valenza del sociale nell'organizzazione psicologica dell'individuo era già ben delineata nel saggio di Freud "*Il disagio della civiltà*" (1929), dove emerge come la civiltà occidentale si basi su uno scambio per cui un valore fondamentale viene sacrificato per un altro, ugualmente essenziale. La civiltà dona agli individui sicurezza, ed in cambio richiede loro una limitazione della libertà individuale, una repressione degli istinti pulsionali: il principio di piacere si piega al principio di realtà. Bauman sostiene che tale equilibrio, identificato da Freud all'inizio del '900, sia ad oggi invertito:

⁷ C'è da dire che, negli ultimi anni, in occidente, il valore del materialismo è stato messo generalmente in discussione e sono sempre di più le iniziative e i progetti nazionali o internazionali che si pongono come scopo la valorizzazione di valori non tanto legati al PIL (prodotto interno lordo) quanto al FIL (felicità interna lorda), quali lo sviluppo sostenibile, la tutela e la promozione dei valori culturali, la protezione dell'ambiente naturale e l'efficacia della governance (Campiglio, 2012).

settant'anni dopo la stesura de "Il disagio della civiltà", la libertà individuale regna sovrana; è il valore di base al quale ogni altro valore deve essere valutato e la misura con cui la saggezza di ogni norma e decisione sovra-individuale va confrontata" (1999, p. 4).

La sicurezza viene perciò sacrificata, in nome della libertà. Il disagio contemporaneo non deriverebbe più dalla repressione degli impulsi e dei desideri inconsci bensì da un senso generalizzato di incertezza, ben riassunto dal termine tedesco *Unsicherheit*, che designa la somma delle esperienze di incertezza, insicurezza esistenziale e assenza di sicurezza personale (Bauman, 2000). Secondo l'Autore, non potendo più fare riferimento al sistema orientante delle grandi narrazioni, in quanto hanno perso ogni credibilità di inoppugnabilità, né potendo trovare riparo nell'aggregazione sociale, in quanto la vita insicura è caratterizzata da legami poco consistenti e "liquidi", i tentativi di sfuggire all'*Unsicherheit* difficilmente hanno la possibilità di raggiungere il successo (Bauman, 2003). Coerentemente a queste osservazioni teoriche, attraverso un'indagine sui cambiamenti avvenuti tra il 1957 e il 1976 negli Stati Uniti, alcuni Autori (Veroff, Douvan, & Kulka, 1981) hanno riscontrato come, con il passare del tempo si assista a:

- Un aumento della preoccupazione, soprattutto tra i ragazzi giovani, legata all'incertezza del futuro;
- Un aumento dell'attenzione al substrato psicologico alla base dei comportamenti delle persone;
- Una diminuzione dell'importanza dell'integrazione del singolo all'interno della propria comunità o del proprio gruppo sociale in corrispondenza ad un aumento dell'importanza dell'intimità interpersonale;
- Un passaggio da un paradigma sociale ad un paradigma personale per la strutturazione del benessere, che, a sua volta, si basa sempre meno sull'adesione a ruoli e regole sociali e sempre di più sulla realizzazione del singolo.

A questo proposito gli Autori commentano:

Quando, alla fine, la felicità individuale diventa il criterio attraverso il quale tutte le cose vengono misurate, quando la capacità di resistere, la forza del carattere, la posizione in una comunità, il bene del gruppo, il comportamento adulto esemplare e responsabile, e/o il benessere dei propri figli, tutto viene subordinato alla felicità individuale e all'autorealizzazione, allora i dispositivi sociali si indeboliscono [...] L'agio materiale – la gratificante esperienza e esecuzione di tutti i ruoli disponibili ad un adulto nella propria società – perdono significato [...] Di fatto, designazioni di ruolo e status sono diventate

oggetto di sospetto, come se fossero diverse – e perfino contraddittorie – rispetto al nucleo del Sé, all'essenza della persona (Veroff, Douvan, & Kulka, 1981, p. 140-141).

A partire da queste riflessioni, si è deciso di approfondire, nei due paragrafi che seguono, l'impatto che una cultura di stampo individualista può avere sull'identità e sul senso di comunità e appartenenza di una persona, e che cosa voglia dire questo in termini di benessere e salute mentale.

2.1. Impatto sull'identità

Il bisogno di identità è un bisogno umano di base (Schumaker, 2001) legato a doppio filo con il bisogno di connessione sociale, in quanto per creare una propria identità una persona deve sviluppare relazioni significative con altre persone, rendendo possibile il meccanismo di distinzione "Sé-altro da Sé". Tale meccanismo assume centralità nell'ambito della Psicologia clinica e dello sviluppo: Mahler e collaboratori parlano a questo proposito di processo di separazione-individuazione, attraverso cui il bambino, riuscendo a porsi in una posizione per cui è "separato" ma contemporaneamente "in relazione" con la madre, sia reale che simbolica, giunge alla vera nascita psicologica (Mahler, Pine, & Bergman, 1975). Dal successo in questa fase di sviluppo dipenderà l'acquisizione di un senso di identità coeso e la successiva capacità di sviluppare relazioni intime ma non simbiotiche con gli altri.

Le modalità attraverso cui si struttura l'identità non sono sempre le stesse, ma variano a seconda della cultura e del momento storico. Uno dei fenomeni centrali nelle trasformazioni planetarie in atto nella contemporaneità è la dissoluzione delle società tradizionali (Jervis, 1997); in queste società, così come nelle tribù, l'identità di una persona era definita dalla nascita e aveva scarse probabilità di mutare nel corso della vita, se non secondo i modi e i termini rigidamente dettati dalla società: i nostri progenitori sapevano perfettamente che c'era un periodo definito per essere scapoli e nubili e che c'erano modalità ben precise per esserlo; sapevano poi altrettanto bene che poi si sarebbero sposati con persone idonee attraverso gli schemi cerimoniali tradizionali e che poi sarebbero diventati padri e madri sulla base di modelli ben collaudati. A partire dagli anni sessanta, i giovani si sono andati distaccando dai vecchi modelli di identità, eppure, secondo Jervis (1997), psichiatra italiano le cui teorie si formano in grembo agli anni del '68 italiano, i primi e più radicali mutamenti del modo d'intendere l'identità vengono da lontano, tanto che propone, nel suo saggio *"La conquista dell'identità: essere se stessi, essere diversi"* una narrazione storica riguardante la nascita dell'identità così come la intendiamo oggi. Nell'Europa medievale l'identità di una persona derivava in toto dalle sue appartenenze: l'identità era data al

signore o al membro del clero, attraverso la riconoscibilità del titolo. Il contadino, privo di identità riconosciuta, era “soggetto”, nel senso di sottoposto, sottomesso. Con la fine del mondo feudale si assiste ad un grande cambiamento; col Rinascimento nasce l’idea di una conoscenza come qualcosa di concreto, che si può conquistare e che aumenta nel tempo, nasce l’idea di progetto e la visione attuale della Storia. Lentamente si affaccia l’idea di un dominio dell’individuo su di Sé: con la nascita della modernità nasce l’immagine di identità autonoma. Già nell’Ottocento il problema dell’identità viene legato ad un’idea di decadenza dei valori: i richiami conservatori alla solidità della tradizione e le esplicite richieste di un ritorno al passato e a quelle certezze che rendevano stabile il mondo dei padri e le loro identità, spesso sono andati a mescolarsi con gli aspetti critico-innovativi o progressisti. Il successivo trauma della prima guerra mondiale apre la strada alla ricerca di quelle che potevano costituire le qualità essenziali ed eterne della modernità (Jervis, 1997); un’ala del modernismo fece appello all’immagine di razionalità incorporata nella macchina, nella fabbrica, nella tecnologia contemporanea (ad es. futurismo, fascismo); l’arte impegnata politicamente conquistò un’ala del movimento modernista. L’estetizzazione della politica finì per rappresentare il lato tragico del progetto modernista; esso divenne sempre più evidente mentre l’era “eroica” trovava la sua fine drammatica nella seconda guerra mondiale (Harvey, 2010). Dopo il 1945 l’elemento politico-economico e sociale dominante si costituisce come una versione capitalistica del progetto illuministico di sviluppo per il progresso e l’emancipazione umana. Ne risulta un apparato valoriale positivisticco e tecnocentrico: *“si tratta del diffondersi planetario della Ragione Tecnologica, con i suoi prodotti di consumo e le sue reti elettroniche e satellitari; e inscindibilmente del trionfo della razionalizzazione della vita quotidiana o, se si vuole, di una modernizzazione dell’agire efficace”* (Jervis, 1997, p. 48). In un mondo ipertecnologizzato il principale problema psicologico consiste nell’obbligo di adattarsi non solo a tecnologie sempre nuove, ma anche a situazioni e mansioni che cambiano rapidamente, a persone nuove a cui dare risposte differenziate e a luoghi diversi e lontani: e ciò non è senza conseguenze sul nostro apparato identitario. Gli effetti sull’identità dei cambiamenti in atto sembrerebbero imprevedibili in quanto lontani dall’essere il prodotto di un’azione collettiva intenzionale o di un disegno razionale; sulla positività o negatività delle conseguenze di tale condizione di incertezza non esiste un accordo generale. Giddens (1991), ad esempio, enfatizza gli aspetti liberatori o emancipativi del moderno assetto post-tradizionale di costruzione identitaria: la tendenza alla reinvenzione delle identità individuali, sulla base del dissolversi dei modelli tradizionali, viene considerato dall’Autore un fenomeno che contribuisce ad una piena realizzazione del Sé, in quanto ne libera le potenzialità. Lo stesso vale per Gergen (1991), secondo cui la costante crisi

d'identità che ha segnato il '900 è volta al termine. Oggi non siamo in presenza di un'identità molteplice ma di personalità *pastiche*, di molteplicità senza identità. Eppure secondo l'Autore tale sbriciolamento dell'esperienza unitaria dell'identità personale porta con sé delle vere e proprie opportunità: la vita risulta più pienamente espressa e arricchita grazie alla sospensione delle richieste di coerenza personale e auto-riconoscimento della postmodernità. A questo proposito Zamperini (2010) teorizza l'esistenza di un Sé versatile, fluido e radicato allo stesso tempo e adatto al funzionamento in un mondo incerto ed ambiguo, in grado di farsi da ponte tra modernità e postmodernità. D'altra parte per molti Autori orientarsi in tale modernità liquida (Bauman, 2003) si costituisce come un processo molto faticoso per l'essere umano: il processo di individualizzazione ha trasformato l'identità da una cosa data a un compito che non ha mai un compimento definitivo, tale per cui le persone sentono di avere una responsabilità individuale e nessun sostegno sociale. Queste riflessioni sono coerenti con la teorizzazione di Sé Indipendente e tipico delle società individualiste-occidentali, che comporta un lavoro personale di autodefinizione e autoaffermazione da parte dell'individuo (Markus & Kitayama, 1991). Secondo Markus & Kitayama (1991) in tutte le culture l'Io ha una dimensione privata, che consiste in emozioni, desideri, valori, ricordi e impulsi ed una dimensione pubblica, basata sul ruolo sociale che si ricopre e sulla propria immagine proiettata nella società: a seconda che prevalga una di queste dimensioni avremo una concezione di Sé o Indipendente o Interdipendente. In particolare nelle culture occidentali sembrerebbe avere un'importanza maggiore la dimensione privata dell'Io, e la sua dimensione pubblica, per quanto importante, viene posta in secondo piano. Tale dualità identitaria risulta essere ancora più significativa se si tiene conto del contributo della psicologia sociale su questo argomento. La teoria di Tajfel (1982) vede il Sé come composto da due componenti identitarie: l'identità personale, con tutte le caratteristiche prettamente individuali che ci definiscono, come gusti personali, caratteristiche fisiche o caratteriali, e l'identità sociale, quella parte del concetto di Sé che deriva dalla consapevolezza di essere membri di uno o più gruppi sociali, a cui ci si sente emotivamente legati e su cui ci si fa riferimento al fine di orientarsi nell'insieme delle norme, dei valori e delle ideologie che circolano nell'ampio contesto della vita umana. Una parte consistente dell'identità di un individuo deriverebbe quindi dalle sue appartenenze a diversi gruppi sociali, che tenderà a considerare positivamente, per mantenere alto il proprio livello di autostima. Non tutti i gruppi sono salienti contemporaneamente, ma lo diventano a seconda del contesto e della situazione in cui un individuo è inserito. Ad esempio, quando un individuo presenta se stesso in un contesto lavorativo farà riferimento ad appartenenze diverse rispetto a quando si presenta in un contesto familiare od amicale, per quanto entrambe le autodefinizioni possano essere autentiche. Senza

identità sociale sarebbe molto difficile relazionarci gli uni agli altri, in quanto la varietà e la complessità che caratterizzano ogni essere umano non può essere colta ogni volta nella sua interezza. Utilizziamo categorie in cui inserirci e in cui inserire gli altri, al fine di farci una prima impressione e poterci comportare di conseguenza. Tali categorie sociali che entrano a far parte dell'identità dell'individuo sono necessarie al fine di posizionarsi all'interno del mondo sociale di appartenenza:

il radicamento è forse il bisogno più importante e più misconosciuto dell'anima umana. E' tra i più difficili da definire. Mediante la sua partecipazione reale, attiva e naturale all'esistenza di una collettività che conservi vivi certi tesori del passato e certi presentimenti del futuro, l'essere umano ha una radice. Partecipazione naturale, cioè imposta automaticamente dal luogo, dalla nascita, dalla professione, dall'ambiente. A ogni essere umano occorrono radici multiple. Ha bisogno di ricevere quasi tutta la sua vita morale, intellettuale, spirituale tramite gli ambienti cui appartiene naturalmente (Weil, 1996, p. 49).

Se è vero che bisogno di identità e di riconoscimento si costituisce come un bisogno umano universale (Schumaker, 2001), che trascende i confini sociali e culturali in cui un individuo è immerso e si fa sentire dentro ognuno di noi, nell'epoca attuale, occidentale contemporanea e individualista, il radicamento risulta affievolito, il senso di appartenenza ad una cultura o ad una comunità non è più univoca e immutabile come in passato, ma viene costruita sulla base di molteplici scelte portate avanti dall'individuo stesso. Questo fenomeno viene definito da Giddens (1990) come *disembedding*, disancoramento del sistema sociale: le relazioni sociali non sono più localizzate e radicate temporalmente da un riferimento stabile al passato e al futuro. In questo senso l'identità contemporanea sembrerebbe non permettere rassicurazioni definitive e l'insufficiente senso di stabilità che dovrebbe derivare da essa predisporrebbe ai disturbi psichici. Questo legame è approfondito da Alain Ehrenberg nel suo saggio "*La fatica di essere se stessi*" (1999), in cui il tema della depressione viene trattato tenendo conto dei mutamenti storici e sociali del contesto in cui si diffonde. L'Autore ha adottato la tesi secondo cui la richiesta sempre più diffusa di dover essere se stessi, richiesta/opportunità tipica del Sé Indipendente (Markus & Kitayama, 1991), sottoponga gli individui ad una pressione psichica eccessiva: la necessità di poter fare riferimento solo a se stessi per trarre il materiale di un'autorealizzazione autentica esige una forma ininterrotta di introspezione che ad un certo punto conduce ad un senso di vuoto, segnando l'inizio della depressione. Di fatto l'emancipazione ha fatto sì che la misura dell'individuo ideale non sia più data dalla sua docilità e dall'obbedienza disciplinare (come derivava dalle richieste del Super-io Freudiano), ma dall'iniziativa, dal progetto, dalla

motivazione, dai risultati che si è in grado di ottenere nella massima espressione di Sé (Ehrenberg, 1999). La depressione si caratterizzerebbe quindi come malattia della responsabilità, il sintomo dell'individuo che, liberato dalle tutele religiose e morali, spogliato da ogni tipo di "appartenenza naturale" cerca comunque di rispondere all'imperativo moderno di realizzarsi da sé.

2.2. Impatto sul senso di comunità

Isolamento e alienazione sociale sono stati intollerabili per l'essere umano. Anche bisogno di connessione sociale, così come il bisogno di identità, è da considerarsi come bisogno di base per l'essere umano; quando non viene soddisfatto, diviene causa di una fragile salute mentale e di un'inferiore benessere (Heinrich & Gullone, 2006; Schumaker, 2001). La disciplina che più ha sottolineato l'importanza imprescindibile di questo bisogno umano è la Psicologia di comunità. Storicamente, nel campo della salute mentale la psicologia di comunità inizia a dare il suo contributo disciplinare dagli anni Sessanta: sono gli anni del movimento antipsichiatrico, che ha combattuto contro le forme più coercitive e disumanizzanti di degenza nelle istituzioni psichiatriche manicomiali, a favore di esperienze deistituzionalizzanti, di integrazione sociale e di salute mentale di comunità. Risultato simbolo di questo movimento, è la legge n.180/1978, detta legge Basaglia, che elimina i manicomi dal sistema nazionale italiano, a favore della costituzione di una rete di servizi sul territorio in grado di ricevere le richieste di aiuto e di inserirle in un discorso di salute mentale della comunità, promossa a livello individuale e collettivo. La comunità entra così a far parte della Psicologia Clinica, come luogo in cui si originano le patologie e all'interno della quale è possibile trovarne le soluzioni. Ad esempio, nel *Stirling County Study*, un classico studio di epidemiologia psichiatrica iniziato nel 1950, Leighton e colleghi (1963) hanno indagato la relazione tra salute mentale e integrazione sociale in alcune comunità rurali canadesi, misurando il grado di consenso su valori e sentimenti condivisi. I dati raccolti hanno mostrato come la mancanza di integrazione sociale fosse direttamente coinvolta nel processo di diffusione di disturbi psichiatrici.

Il concetto di comunità si rende quindi oggetto di studio e di ricerca indipendente rispetto a quello di salute mentale, e nasce il Senso di Comunità, costruito cardine della disciplina in esame. Il Senso di Comunità viene concettualizzato (Sarason, 1974) come la sommatoria di tre aspetti fondamentali della vita di una comunità: la percezione della propria similarità con gli altri, una riconosciuta interdipendenza e l'impegno a voler mantenere tale rapporto di interdipendenza attraverso sforzi personali. McMillan e Chavis (1986), sulla base di questa definizione, mettono a punto un modello teorico multidimensionale di senso di comunità che

ancora oggi risulta essere tra i più accreditati ed utilizzati. A partire dal pensiero degli Autori, il senso di comunità si divide in quattro dimensioni costitutive:

- Appartenenza, il sentimento di far parte della comunità
- Influenza, che da una parte fa riferimento al bisogno individuale di influenzare la comunità, bisogno alla base della partecipazione attiva, e dall'altra, all'influenza che la comunità esercita sull'individuo, al fine di mantenere alta la propria integrità e valenza
- Integrazione e soddisfacimento dei bisogni, per cui dall'appartenenza alla comunità deriva la soddisfazione dei bisogni. Conseguenzialmente, più opportunità di soddisfazione dei propri bisogni vengono offerte dalla comunità, più aumenta la motivazione ad investire risorse per il bene comune
- Connessione emotiva condivisa, il legame affettivo, basato su una storia percepita come comune a cui si sente di appartenere

Gli studi provenienti da questa disciplina hanno dimostrato come la percezione di un elevato senso di comunità comporta un alto livello di qualità della vita percepita, un'alta percezione di significatività della propria vita e di benessere, sia psicologico che sociale (Albanesi, Cicognani, & Zani, 2007; Zani, Cicognani, & Albanesi, 2001; Pretty *et al.*, 1996; Stavrova & Luhmann, 2016). D'altra parte, è stato dimostrato che l'esperienza dell'ansia è strettamente connessa ad una mancanza di senso di appartenenza; la teoria dell'esclusione, avanzata da Baumeister e Tice (1990), postula che le persone siano fortemente motivate ad appartenere ai gruppi sociali e che la paura di essere esclusi da suddetti gruppi è la principale causa delle manifestazioni ansiose. Coloro che non sono in grado (anche a causa del contesto in cui sono immersi) di soddisfare il loro bisogno di appartenenza, hanno maggiori possibilità di sperimentare un senso di deprivazione, che si manifesta in solitudine, depressione, ansia e rabbia (Baumeister & Leary, 1995; Chipuer, 2001; Hagerty *et al.*, 1996).

2.3. Impatto sulla condizione giovanile

Come impatta questo scenario sulle nuove generazioni? La giornalista Anya Kamenetz descrive in maniera impietosa la condizione dei giovani adulti nell'età dell'incertezza:

“Il filo comune che congiunge tutti i membri di questa generazione è un senso di continua discontinuità. È difficile impegnarsi in una famiglia, in una comunità, o in un percorso di vita quando non sai se sarai in grado di guadagnarti da vivere, di far durare un matrimonio o di vivere libera da debiti. È difficile investire su se stessi quando il tuo

paese non è interessato a investire su di te. È difficile avere speranza in un tempo di riscaldamento globale e di guerra mondiale” (Kamenetz, 2006, p. 13).

Questa immagine caratterizza generalmente l’opinione dei media e il senso comune sulle giovani generazioni, che si muovono in un panorama sociale che spesso risulta poco comprensibile e molto complesso. Ma si tratta di un’immagine realistica o solamente di un meccanismo di difesa? Nei paesi occidentali (o occidentalizzati) e post-industriali alcune caratteristiche sociali e culturali hanno portato alcuni Autori all’identificazione di una nuova fase di vita, che si posiziona tra l’adolescenza e l’età adulta, l’“adulità emergente” o anche detta l’età del giovane adulto (Scabini, 1995; Scabini & Donati, 1988; Tanner & Arnett, 2009), legata all’allungamento del tempo dedicato alla formazione e all’allontanamento generale del momento di indipendenza economica e di creazione del proprio nucleo familiare indipendente. Sulle conseguenze dei cambiamenti oggi in atto non vi è un’interpretazione univoca: la società cambia senza che si possa scorgere con chiarezza la direzione del cambiamento, cosicché le difficoltà peculiari annesse all’età giovanile sono oggetto di un dibattito aperto. Alcuni Autori tendono a sottolineare la continuità rispetto alla condizione giovanile del passato, piuttosto che le differenze: Goodwin e O’Connor (2005), ad esempio, in seguito all’analisi compiuta sui dati raccolti da Elias e colleghi negli anni ’60, concludono che la transizione all’età adulta era tanto difficile in quel periodo storico quanto ai giorni d’oggi. Al contrario, altri Autori, sostengono che la pluralità dei percorsi di vita possibili per il giovane adulto potrebbe essere terreno fertile per un panorama di tirannia libertaria, inteso nel senso di Schwartz (2000): ai giovani adulti contemporanei si chiede di auto-dirigere il loro percorso di vita confrontandosi con un’ampia varietà di scelte, spesso caratterizzate da un esito incerto, e questo potrebbe comportare problematiche inedite rispetto al passato (Heinz, 2009).

Un interessante contributo al dibattito in atto è costituito dal numero 5/1 della rivista *Perspective in Psychological Science*, uscito nel 2010, in cui l’articolo *Rethinking “Generation Me”* di Trzesniewski e Donnellan ha fatto da articolo bersaglio per un dibattito sul benessere dei giovani dei giorni nostri.

L’articolo di Trzesniewski e Donnellan, (2010), nello specifico, costituisce una critica nei confronti dell’esistenza di una “*Generation Me*”, individualista, autoreferenziale, narcisista ed infelice così come è stata teorizzata da Twenge (2006). Attraverso un’analisi intergenerazionale, gli Autori non registrano differenze sostanziali tra la generazione contemporanea e quelle passate: i giovani contemporanei non sembrerebbero più egoisti, né tantomeno più infelici o insoddisfatti rispetto alle generazioni che li precedono. Le uniche dimensioni, tra quelle studiate,

che differiscono rispetto al passato sono un aumento del cinismo e un aumento delle aspettative nei confronti della carriera accademica.

Diversi altri Autori hanno commentato l'articolo proponendo visioni differenti sui risultati emersi. In linea con il risultato dell'articolo troviamo le riflessioni di Arnett (2010), che richiama i suoi lavori precedenti sul tema (Arnett, 2007; Tanner & Arnett, 2009). In breve, l'Autore sostiene che molte delle criticità che vengono attribuite alle nuove generazioni dipendano dall'incapacità delle persone appartenenti alle generazioni precedenti di cogliere le peculiarità di una nuova fase di vita, prima d'ora inesistente, che consiste, appunto, nella già citata adultità emergente: il fatto che i giovani entrino nel ruolo di adulti, caratterizzato da un lavoro stabile, dal matrimonio e dalla genitorialità più tardi che in passato, porta le persone delle generazioni precedenti a considerarli in ritardo, oppure egoisti. In realtà questi ragazzi, secondo l'Autore, stanno solo attraversando un inedito stadio di vita, che verrà a caratterizzare tutte le generazioni a seguire. Anche Roberts e colleghi (2010) difendono la posizione di Trzesniewski e Donnellan, sostenendo che le caratteristiche che si attribuiscono a quest'ultima generazione, come ad esempio il narcisismo, non caratterizzano principalmente quest'ultima, ma fanno parte di un particolare stadio evolutivo che si replica di generazione in generazione.

Twenge e Campbell (2010) si pongono in chiara opposizione alle conclusioni tratte dalla ricerca di Trzesniewski e Donnellan, considerate poco affidabili a causa di una denominazione delle variabili poco chiara e di un campionamento considerato problematico. Inoltre la lettura dei dati riportata dagli Autori dell'articolo bersaglio viene considerata parziale. La critica principale mossa dagli Autori si basa infatti sul fatto che l'articolo non abbia tenuto sufficientemente conto di alcuni risultati emersi dal *dataset* da loro analizzato, che andrebbero a confermare la presenza di una *Generation Me*, piuttosto che disconfermarla. Il fatto che i giovani risultino avere aspettative irrealisticamente alte, che diano una maggiore importanza al denaro, che si credano più intelligenti degli altri e che siano più propensi a fare le proprie cose e che diano meno fiducia agli altri e meno importanza agli affari governativi sono dati che, in effetti, ci parlano di una generazione più individualista e materialista rispetto al passato, con tutte le conseguenze di cui abbiamo discusso.

Eckersley (2010) affronta il tema del benessere nei giovani adulti attraverso un approccio ampio ed interdisciplinare, posizionandosi in modo critico rispetto all'articolo bersaglio. Attraverso un lavoro di triangolazione dei dati, l'Autore giunge alle seguenti conclusioni:

- Il distress psicologico nei giovani risulta essere in aumento rispetto al passato così come aumentano i casi di suicidio giovanile in molti paesi occidentali
- Il rischio di sviluppare disturbi mentali per i giovani di oggi è superiore rispetto al rischio delle generazioni precedenti. Dagli studi citati dall'Autore al giorno d'oggi coloro che hanno dai 19 ai 29 anni presentano un rischio di sviluppare patologie mentali quattro volte più alto rispetto a coloro che hanno un'età di 60 anni o più.
- Esistono fattori sociali contemporanei tipicamente associati ai problemi di salute mentale e ad una diminuzione del benessere, tra cui i conflitti familiari, la mancanza di equilibrio tra vita e lavoro, la povertà e la disuguaglianza sociale, la forte presenza di valori culturali quali il materialismo e l'individualismo.

Secondo Eckersley quindi, il lavoro di ricerca di Trzesniewski & Donnellan (2010) presenta il difetto di non essere in grado di cogliere tali evidenze. Un limite, per quel che riguarda lo studio del benessere nella loro ricerca, è costituito dagli strumenti atti a misurare benessere psicologico e soddisfazione per la vita: questi, infatti, risultano essere poco sensibili a tratti prettamente generazionali e ai corrispondenti cambiamenti nel tempo. In alcune survey citate da Eckersley a sostegno di ciò, emerge come ad alti valori nel benessere psicologico e nella soddisfazione per la vita possano corrispondere bassi punteggi di benessere sociale ed emozionale piuttosto che la presenza di problemi depressivi, ansiogeni, comportamenti antisociali, abuso di alcol e droghe.

Il dibattito rimane ancora aperto e le posizioni degli Autori non sembrano aver trovato ad oggi un punto di incontro (si veda anche, per un approfondimento a questo proposito, la rassegna sullo stato dell'arte uscito nel 2013 sulla rivista *Emerging Adulthood*). Da un lavoro di ricerca recente di stampo longitudinale, emerge un interesse crescente, tra i giovani appartenenti alla generazione dei "millennials", per valori di stampo collettivista e per la ricerca di uno "scopo di vita" (Grant, 2017), che potrebbe rappresentare una risposta alla crisi di valori che caratterizza il momento storico immediatamente precedente (tra il 1980 e il 2000), in cui sembrerebbe collocarsi un picco di individualismo nelle società occidentali. L'Autore conclude che è possibile considerare i giovani adulti come una generazione in cui convivono contemporaneamente le tendenze sia positive che negative: è possibile che quest'ultima generazione di giovani adulti sia allo stesso tempo la più individualista, materialistica e narcisistica di tutti i tempi e quella che maggiormente dà importanza ad un valore intrinseco quale il perseguimento di uno scopo di vita significativo, "meaningful".

L'adulthood emergente potrebbe essere considerata un'età particolarmente sensibile anche per quel che riguarda il sintomo degli attacchi di panico: l'età di insorgenza del primo attacco di panico è solitamente tra i 22 e i 23 anni di età (APA, 2013), momento di passaggio tra la tarda adolescenza e la prima età adulta. A questo proposito risulta interessante la riflessione di Francesetti (2005), secondo il quale questa età segna il passaggio dal cosiddetto *oikos* (luogo dei pochi, della casa, dell'amicizia intima) alla *polis* (luogo dei molti, della città, dell'apertura al mondo). Questo passaggio comporterebbe una profonda ristrutturazione del soggetto e lo esporrebbe maggiormente a vissuti di solitudine e vulnerabilità. In questo senso l'attacco di panico emerge quando all'autonomia del soggetto non corrisponde un corrispettivo sostegno da parte della *polis* postmoderna, caratterizzata da appartenenze fragili. D'altra parte il sistema occidentale contemporaneo richiede ai giovani di questa età anche di imparare a stare da soli (Arnett, 1998): il valore che il nostro contesto socio-culturale ripone nel concetto di indipendenza renderebbe questo momento di passaggio difficile e problematico: *"the criteria most important to young Americans as markers of adulthood are those that represent becoming independent from others [...] and learning to stand alone as a self-sufficient individual"* (Arnett, 1998, p. 296).

2.4. Individualismo vs collettivismo

La psicologia culturale e cross-culturale si è specializzata nello studio dell'interazione tra cultura e individuo attraverso la teorizzazione di due tendenze culturali generali: individualismo e collettivismo. Ogni gruppo sociale o comunità sceglie un proprio modo di combinare forze cosiddette centripete (che spingono verso l'appartenenza) con forze centrifughe (che spingono invece verso l'autorealizzazione) (Salonia, 2005); ai due estremi di questo continuum troviamo la dicotomia individualismo versus collettivismo (Hofstede, 1983). L'individualismo è una tendenza culturale che si basa sul mettere al centro l'individuo, le sue potenzialità, la sua libertà personale e di scelta e riflette uno stato di indipendenza emozionale e di autonomia personale (Hofstede, 1984). Nelle culture individualistiche, come Europa e America del Nord, l'obiettivo della società è creare le situazioni adatte a supportare gli individui nel raggiungimento della loro soddisfazione individuale (privilegiando quindi le forze centrifughe). D'altra parte, invece, nelle culture collettivistiche, quali Asia, Africa e America del Sud, prevalgono gli aspetti gruppali (prevalenza quindi delle forze centripete). In tabella 1 sono stati riassunti i principali attributi di queste due modalità culturali, con le loro conseguenze sull'individuo e gli antecedenti storico-sociali alla base della loro diffusione in un paese piuttosto che in un altro (Triandis, McCusker,

& Hui, 1990). Il modello qui illustrato più che una teoria definitiva, andrebbe apprezzato per il suo portato euristico. Gli attributi sono stati identificati attraverso un'analisi fattoriale realizzata su diverse misurazioni; gli antecedenti, individuati grazie ad un lavoro di rassegna multidisciplinare, sono da intendersi più come antecedenti "logici" che come risultati di indagini empiriche; lo stesso vale per alcune delle conseguenze elencate.

	Modalità culturale	
	Individualismo	Collettivismo
Antecedenti	<ul style="list-style-type: none"> • Ricchezza • Complessità culturale • Caccia/raccolta • Alte classi sociale • Migrazione • Urbanizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Cibo come fonte primaria di sopravvivenza • Gruppo di appartenenza • Agricoltura • Famiglie allargate
Attributi	<ul style="list-style-type: none"> • Distacco emotivo dal gruppo di appartenenza • Gli obiettivi individuali primari rispetto agli obiettivi del gruppo • Comportamento regolato dall'atteggiamento e dall'analisi costi/benefici • Confronto sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrità familiare • Il Sé definito in termini di gruppo di appartenenza • Comportamento regolato dalle norme sociali • Gerarchia ed armonia all'interno del gruppo di appartenenza • Ingroup percepito come omogeneo • Forti distinzioni tra ingroup e outgroup
Conseguenze	<ul style="list-style-type: none"> • Socializzare per l'autonomia e l'indipendenza • Buone capacità nell'entrare in un nuovo gruppo • Solitudine 	<ul style="list-style-type: none"> • Socializzazione per un senso di obbedienza e dovere • Sacrificio per il gruppo di appartenenza • Cognizione: focus sugli elementi comuni con gli altri membri del gruppo • Comportamento: intimità, riflettere la gerarchia, supporto sociale, interdipendenza

Tabella 1 Attributi che definiscono individualismo e collettivismo, con i loro antecedenti e le conseguenze (Triandis, McCusker, & Hui, 1990)

Le persone appartenenti queste due tendenze culturali differenti, sono portate alla costruzione di due tipologie di Sé differenti: il Sé Indipendente e il Sé Interdipendente (Markus & Kitayama, 1991). Come abbiamo già detto in precedenza, il Sé Indipendente caratterizza le persone che fanno parte di società di stampo quindi individualista, che tendono ad enfatizzare la separazione,

le qualità soggettive e l'unicità degli individui. In queste società come abbiamo visto gli obiettivi individuali coprono un ruolo primario rispetto agli obiettivi del gruppo di appartenenza e gli altri rappresentano più dei mezzi per il confronto sociale che un mezzo di definizione della propria identità. Il Sé Indipendente, definito come stabile, contenuto ed unitario, rimane separato dal contesto sociale e punta alla realizzazione delle proprie caratteristiche interne, alla promozione dei propri obiettivi facendo affidamento sulle proprie abilità individuali.

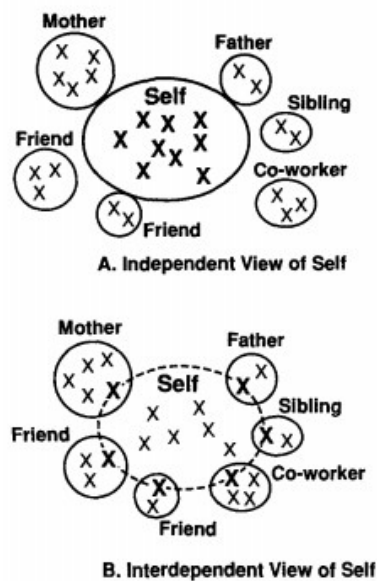


Figura 3: Sé Indipendente e Sé Interdipendente (Marcus & Kitayama, 1991, p.266)

L'individuo non viene tanto regolato da un ordine esterno, da una conformità alla legge, la cui infrazione genera sensi di colpa, ma deve fare appello alle sue risorse interne, alle sue competenze mentali, per raggiungere quei risultati a partire dai quali verrà valutato. Nel tentativo di realizzarsi attraverso la propria identità, l'individuo si trova in una condizione di continuo movimento tra il diritto di scegliere la propria vita e l'imposizione di doverlo fare in una condizione solitaria di abbandono. Per quanto la dicotomia individualismo/collettivismo venga usata comunemente per studiare le differenze esistenti tra persone appartenenti a paesi diversi, è stato da più parti sostenuto come queste due dimensioni non siano mutualmente esclusive, ma che possano coesistere. Triandis e Gelfand (1998), ad esempio, considerano l'individualismo e il collettivismo secondo due livelli: quello psicologico e quello sociale. In culture di tipo omogeneo e statico i due livelli possono coincidere producendo soggetti individualistici in culture individualiste, piuttosto che soggetti collettivisti in culture collettiviste. In società ricche di cambiamenti, varietà di informazioni e alta mobilità, è possibile che si vengano a creare

situazioni tali per cui l'individualismo psicologico e quello sociale non coincidano in modo uniforme. Un importante contributo in questo senso proviene dal lavoro di meta-analisi svolto da Oyserman e colleghi (2002): coerentemente con le evidenze teoriche sopra descritte, il campione Nord Americano ottiene generalmente punteggi alti in quelle scale che misurano l'individualismo come indipendenza personale e unicità e punteggi più bassi, invece, in quelle scale che misurano il senso del dovere nei confronti del gruppo. D'altra parte, altri aspetti del collettivismo, quali l'interdipendenza relazionale, il senso di appartenenza al gruppo e la ricerca di consigli dagli altri risultavano comunque alti anche in questo campione. Un altro studio, condotto da Green e colleghi (2005) ha indagato, su un campione di 2546 studenti provenienti da 20 paesi diversi, il livello di autonomia e interdipendenza incrociato con il livello di competitività. Attraverso una *cluster analysis* i ricercatori hanno identificato l'esistenza di quattro tipologie di persone, esistenti in tutti i paesi oggetto di analisi: gli indipendenti competitivi, gli interdipendenti competitivi, gli indipendenti non competitivi e gli interdipendenti non competitivi. Approfondendo i risultati riguardanti il campione italiano, i gruppi si distribuiscono per un 35% circa nel gruppo degli interdipendenti non competitivi, un 15% circa in quello degli interdipendenti competitivi, un 40% in quello degli autonomi non competitivi e infine circa l'10% tra gli autonomi competitivi. Da questi risultati l'Italia risulterebbe un paese in bilico tra le due tendenze culturali dell'individualismo e del collettivismo, in quanto il campione analizzato si divide, come emerso, in un 50% di persone interdipendenti e un 50% di persone autonome.

2.4.1. Individualismo e salute mentale

In diverse ricerche è stata riscontrata una relazione positiva tra la tendenza culturale all'individualismo ed il benessere e un'alta percezione della qualità della vita delle persone (Veenhoven, 1999; Ahuvia, 2002; Diener & Diener, 1995; Kitayama, Markus, & Kurokawa, 2000), in quanto questa modalità culturale incoraggia l'autorealizzazione, il controllo personale, l'autostima e l'ottimismo che sono tutte risorse chiave nella promozione del benessere individuale (Hobfoll, 2002). Sarebbe soprattutto il valore che nelle società individualiste viene dato all'autonomia, ad essere in grado di ridurre sintomi psicologici negativi quali ansia e distress psicologici (Fischer & Boer, 2011). Valori più bassi di benessere soggettivo riscontrati in alcune culture collettiviste potrebbero riflettere l'insoddisfazione relativa al peso connesso al compiere il proprio dovere e alla presenza di ostacoli nel raggiungimento dell'autorealizzazione.

D'altra parte, alcune ricerche suggeriscono il contrario, mostrando come alla tendenza culturale dell'individualismo corrispondano stati psicologici negativi, quali un senso di alienazione (Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003), sintomi di depersonalizzazione (Sierra *et al.*, 2006; Sierra-Siegert & David, 2007) e ansia (Twenge, 2000), in quanto ad essa si legghi un minore senso di appartenenza sociale (Triandis, McCusker, & Hui, 1990). Una delle risorse chiave per il benessere delle persone risiede infatti all'interno dell'ambiente sociale di appartenenza, ed è il supporto sociale; le persone che percepiscono di avere un alto supporto sociale mantengono un grado di salute mentale e fisica migliore di coloro che percepiscono basso supporto sociale (per una rassegna: Hobfoll, 2002). A questo proposito Paris (1996), nell'ipotizzare i fattori sociali maggiormente implicati nello sviluppo dei disturbi di personalità, sostiene che le società socialmente coese con chiari standard di comportamento (che corrispondono maggiormente ad un modello di cultura di stampo collettivista) sembrerebbero più in adatte a proteggere gli individui da diverse forme di psicopatologie. Dai risultati di ricerca di Twenge e colleghi (2004) emerge come un aumento dell'individualismo può comportare una maggiore esternalizzazione del *locus of control* (Rotter, 1954), costruito che indica il grado in cui una persona crede di avere il controllo sugli eventi della propria vita o meno. Secondo gli Autori, infatti, l'individualismo promuove una visione per cui gli eventi positivi vengono attribuiti alle proprie capacità personali, mentre quelli negativi dipendono dalle forze esterne, non sono sotto la propria responsabilità. Gli Autori leggono i risultati della meta-analisi svolta a supporto di un modello di alienazione: ad un aumento dell'individualismo il *locus of control* risulta sempre più esterno di generazione in generazione (la meta-analisi ha messo a confronto diverse generazioni di giovani dagli anni '60 al 2002). Basarsi su un *locus of control* esterno comporta una serie di conseguenze generalmente negative, tra cui:

- Maggiore senso di rimpianto e di pensiero intrusivo negativo (tra i giovani adulti). Alcuni Autori (Wrosch & Heckhausen, 2002) sottolineano come la mancanza di un controllo interno percepito potrebbe demotivare i giovani adulti ad attivarsi al fine di dominare il proprio rimpianto, in quanto disattiva la pulsione alla ricerca di opportunità positive; inoltre i giovani che percepiscono un controllo interno più basso hanno anche livelli più alti di pensiero intrusivo sui problemi. Il pensiero intrusivo, a sua volta, risulta in questa ricerca correlato a bassi livelli di autostima e di soddisfazione di vita. Questa forma di pensiero intrusivo potrebbe essere associata al rimuginio, lo stile di pensiero tipico dei soggetti ansiosi, caratterizzato da una forte predominanza di pensieri ripetitivi negativi, se non catastrofici (Borkovec, Ray, & Stober, 1998).

- Un maggiore livello di alessitimia (Mastrobuoni, De Gennaro, & Solano, 2002). Il termine alessitimia significa mancanza di parole per descrivere le emozioni, e presenta tre caratteristiche principali (Taylor, Bagby, & Parker, 1991):

1. Difficoltà a discriminare le emozioni e a distinguerle dalle sensazioni somatiche
2. Un vocabolario emotivo limitato che comporta una generale difficoltà nel comunicare le proprie emozioni
3. Uno stile cognitivo orientato verso l'esterno, piuttosto che verso l'interno

La nozione comprende anche un'esagerata preoccupazione per i sintomi somatici, cosa che si lega anche allo sviluppo e alla sintomatologia dell'attacco di panico (Clark, 1986). Spesso è presente un alto livello di alessitimia in soggetti con alti livelli di somatizzazione, in quanto la presenza di un sintomo fisico è in grado di coprire e nascondere la sensazione emotiva sottostante; a questo proposito alcuni studi hanno trovato una correlazione tra alessitimia e insorgenza di attacco di panico (Zeitlin & McNally, 1993).

- Una maggiore possibilità di sviluppo di sintomatologie ansiose. Se gli studi citati sinora ci suggeriscono un legame tra percezione di *locus of control* esterno e sviluppo di patologie ansiose, altri studi ne hanno ricercato evidenze più dirette. In particolare Sandler e Lakey (1982), nei loro studi hanno dimostrato come avere una percezione di controllo percepito esterno, piuttosto che interno, su un'esperienza negativa vissuta, aumenta significativamente la correlazione tra questa esperienza e lo sviluppo di sintomatologie ansiose. In effetti secondo alcune teorie, perlopiù cognitive, la mancanza di controllo percepito rappresenta una dimensione fondamentale per lo sviluppo di attacchi di panico (Sassaroli & Ruggiero, 2002): la sensazione di essere travolti da un'ansia incontrollabile e di non essere in grado di controllarla comporta l'incapacità ad usare la ragione per una valutazione realistica del proprio stato fisico ed emozionale (Beck, 1988; Beck, 1985).

In uno studio del 2000, Twenge ha analizzato in modo specifico, attraverso una meta-analisi longitudinale, la relazione tra il crescente individualismo della società americana tra gli anni 50 e gli anni 90 e l'aumento dell'ansia di tratto in un campione di studenti universitari. L'ambiente sociale e culturale sembrerebbe in grado di spiegare un terzo delle variazioni individuali nella costruzione della personalità, prendendo un posto di riguardo accanto agli effetti maggiormente riconosciuti della genetica e dell'ambiente individuale/familiare. Dai suoi risultati emerge come la mancanza di connessione sociale e le minacce ambientali rappresentino dimensioni sociali

legate all'aumento dell'ansia, mentre le condizioni economiche non sembrerebbero essere un costrutto in grado di spiegare tale aumento. E' possibile, quindi, ipotizzare una dinamica simile anche per quel che riguarda l'attacco di panico. Interessante, ai nostri scopi, notare come, a partire da un approccio di stampo cross-culturale, alcuni Autori (Essau, *et al.*, 2011; Hwu *et al.*, 1989) hanno testato a livello empirico la prevalenza dei sintomi d'ansia e del disturbo di panico in diverse paesi, trovando come tali disturbi siano maggiormente diffusi in paesi di stampo individualista come Inghilterra o Stati Uniti, piuttosto che in paesi con culture tipicamente collettivistiche, come Giappone o Taiwan.

3. L'approccio al benessere in psicologia: prospettive odierne

Lo studio del benessere ha dato origine al vasto e sfaccettato movimento della psicologia positiva, la cui nascita viene sancita ufficialmente da un numero monografico su *American Psychologist* nel 2000. L'idea di base della psicologia positiva risiede nell'allontanamento da un concezione di psicologia come la disciplina che si occupa di lenire le carenze e le patologie degli individui, per concentrare gli sforzi teorici ed applicativi nella promozione delle risorse e delle potenzialità individuali che possono portare al buon funzionamento dell'individuo e della società. Una visione di psicologia, quindi, come promozione del benessere piuttosto che come intervento sul malessere.

Come abbiamo visto, esistono diverse evidenze del fatto che il benessere non sia una questione meramente individuale: sentirsi connessi alla collettività di cui si fa parte aiuta nella ricerca di una vita dotata di senso, più di quanto lo faccia il sentirsi parte di relazioni intime e prossimali (Stavrova & Luhmann, 2016); il bisogno di percepire armonia relazionale è importante al fine del mantenimento di alti livelli di benessere (Kitayama *et al.*, 2010). E' stato dimostrato inoltre come benessere e soddisfazione di vita dipendano dai valori su cui un individuo basa la propria vita, che a loro volta dipendono dalla cultura di appartenenza (Oishi, Diener, Suh, & Lucas, 1999; Oishi, Diener, Lucas, & Suh, 1999). Eppure, così come per la salute mentale, la psicologia *mainstream* considera il benessere come uno stato perlopiù soggettivo, prodotto finale di sforzi individuali. La maggior parte dei modelli di benessere presenti nell'ambito della psicologia positiva come ad esempio il modello di Ryff (1989), tengono conto del versante sociale facendolo perlopiù coincidere con le relazioni prossimali, e sono relativamente pochi quelli che si focalizzano su un'idea di benessere sociale in senso più ampio. Per questo, nonostante il fatto che i concetti di benessere soggettivo e benessere psicologico abbiano, come vedremo, dato forma ad un campo di ricerca particolarmente proficuo e affermato, è possibile riscontrare in

questi ambiti d'indagine una generale incapacità di considerare il benessere e la soddisfazione di vita come socialmente determinati (Arcidiacono & Di Martino, 2016): *“la questione del benessere va sottratta alla mercificazione e banalizzazione del well being e restituita alla sua dimensione complessa, privata e pubblica, e all'inscindibile legame morale e politico tra felicità individuale e felicità collettiva”* (Saraceno, 2012, p. 23). Si è quindi deciso di approfondire due modelli teorici per la loro capacità di riporre la giusta attenzione negli aspetti culturali e sociali implicati nelle dinamiche di benessere: la teoria del benessere sociale di Keyes (1998) e il flusso di coscienza di Csikszentmihalyi (1991).

3.1. Dal benessere individuale al benessere sociale

Lo studio della felicità si determina come interesse chiave nell'ambito della psicologia positiva e segue, quali modelli per le sue teorizzazioni ed operazionalizzazioni, due grandi tradizioni generali: la prospettiva edonica e la prospettiva eudaimonica. A partire dalla rassegna di Ryan e Deci sul tema (2001) possiamo definire la visione edonica come quella per cui lo scopo della vita risiede nell'esperienza del massimo piacere possibile e per cui la felicità consiste nella somma dei momenti edonici. Il benessere considerato a partire da questa prospettiva si declina nel costrutto di benessere soggettivo (Diener & Lucas, 1999) che a sua volta si articola in tre dimensioni: soddisfazione delle proprie condizioni di vita, la presenza di umore positivo e la speculare assenza di umore negativo. Molti autori, contestando l'idea che la felicità e il piacere possano rappresentare i criteri principali a cui legare una condizione di benessere, si sono rifatti ad una visione tradizionale di tipo eudaimonico. Il termine eudaimonia si traduce letteralmente come “divinità buona/benevola” e fa riferimento alla felicità come realizzazione delle proprie potenzialità. Nella prospettiva eudaimonica il benessere non è necessariamente sinonimo di piacere: vengono piuttosto enfatizzate la capacità umane di perseguire obiettivi significativi, che diano un senso di continuità e di coerenza al proprio percorso di vita, in un'ottica di felicità non come stato presente, ma come processo, come percorso in divenire. Alcuni studi hanno infatti dimostrato che essere felici e avere una vita significativa sono due percorsi non equivalenti tra loro; attraverso una indagine su larga scala emerge come, per quanto la soddisfazione dei propri bisogni e desideri sia una condizione importante per il raggiungimento della felicità, essa contribuisce scarsamente alla costruzione di una vita piena significato. La felicità si lega al vivere nel presente, al prendere piuttosto che dare; la ricerca di una vita piena di significato si persegue attraverso il dare, l'altruismo, la riflessione e l'espressione del Sé, tenendo conto più del passato e del futuro, che del presente (Baumeister *et al.*, 2013). La prospettiva eudaimonica sposa un'idea di benessere come conseguenza di una vita significativa, piuttosto che felice, ed è

all'interno di questa prospettiva che sono presenti spunti consistenti sull'interdipendenza tra benessere individuale e dimensione sociale. Il benessere psicologico (Ryff, 1989), ad esempio, è un costrutto multidimensionale composto sia da fattori individuali, quali "crescita personale", "scopo di vita", "auto-accettazione" e "autonomia", sia da fattori sociali, quali "buoni legami interpersonali" e "padronanza ambientale". Eppure tali fattori esplorano il rapporto tra l'individuo e l'ambiente sociale e culturale di appartenenza in modo incompleto. Il fatto che i principali costrutti della psicologia positiva si concentrino sulla dimensione individuale del benessere non è un fatto casuale; questa disciplina nasce in tempi recenti negli Stati Uniti e le sue teorizzazioni sottendono, in modo implicito, un'ideologia di stampo individualista (Ford *et al.*, 2014; Christopher & Hickinbottom, 2008; Uchida, Norasakkunkit, & Kitayama, 2013; Eckersley, 2010; Zamperini, 2010) entro la quale, spesso all'enfasi sul livello individuale non corrisponde una adeguata analisi critica del contesto socio-culturale in cui l'individuo si sviluppa ed agisce (Becker & Marecek, 2008). Infatti, le teorie e gli strumenti classici della Psicologia Positiva non sembrerebbero adatti a cogliere i fattori macro-sociali connessi al benessere, tanto che, secondo un lavoro di rassegna sul tema (Eckersley, 2010), emerge come ad alti livelli di benessere psicologico e soddisfazione per la vita possono corrispondere punteggi bassi nell'ambito del benessere sociale ed emozionale.

All'interno di questo scenario, il lavoro dello psicologo Corey Keyes (1998) rappresenta un'eccezione. Egli ha infatti elaborato un modello sociale del benessere, che tende a riportare al centro del dibattito l'importante ruolo del contesto e delle strutture sociali nella misura in cui esse vanno ad interagire attivamente con le sfide e le richieste dei singoli individui. L'Autore definisce benessere sociale la valutazione che una persona fa delle proprie condizioni di vita e del proprio funzionamento all'interno della società ed identifica cinque dimensioni su cui si basa tale valutazione:

1. **Integrazione sociale:** percezione di avere qualcosa in comune con le altre persone che compongono la propria realtà sociale; implica un senso di appartenenza alla società in cui si è inseriti. Questa dimensione del benessere sociale si avvicina ad altri concetti elaborati nell'ambito della Psicologia Sociale, fra cui sicuramente quello di Senso psicologico di Comunità (McMillan & Chavis, 1986), con cui correla pur rimanendo a se stante.
2. **Contributo sociale:** credenza relativa all'essere un membro attivo della società, le cui azioni possono contribuire in modo importante e significativo al bene comune.
3. **Accettazione sociale:** sentimento di profonda fiducia negli altri e delle qualità positive della natura umana.

4. **Attualizzazione sociale:** credenza riguardo al fatto che la società stia vivendo un percorso di evoluzione, crescita positiva, che coinvolge istituzioni e cittadinanza. Implica un senso di fiducia verso il futuro e la capacità di riconoscere le potenzialità che si racchiudono nel contesto in cui si vive.
5. **Coerenza sociale:** convinzione relativa all'esistenza di un'organizzazione di qualità e di un buon funzionamento del mondo sociale a cui si appartiene, regolato da norme sociali condivise, intellegibili ed accessibili alla propria conoscenza. Include il vivo desiderio di conoscere e di dare un senso a ciò che succede intorno a noi.

Per quanto queste cinque dimensioni siano tutte qualitativamente distinte tra loro, alcune di esse hanno più aspetti in comune rispetto ad altre: integrazione sociale e contributo sociale, per esempio, riguardano entrambe la percezione che le persone hanno di se stesse in rapporto alla comunità o società in cui vivono; l'accettazione sociale fa riferimento alla qualità percepita delle altre persone in genere; infine coerenza sociale e attualizzazione sociale riguardano percezioni della società e delle sue istituzioni (Cicognani, Albanesi, & Berti, 2001).

Secondo gli studi effettuati dall'Autore (1998), le cause del benessere sociale possono essere rintracciate all'interno delle strutture sociali concrete in cui viviamo. Esse possono facilitare od ostacolare quelle abilità e opportunità che servono agli individui per rispondere in modo adeguato alle sfide della vita. Nonostante il modello presenti grandi potenzialità, l'Autore, successivamente alla teorizzazione della scala del benessere sociale (1998), ha spostato i suoi interessi di ricerca verso una visione più ampia di salute mentale positiva, di cui il benessere sociale viene visto come una componente, assieme al benessere emozionale e a quello psicologico (Keyes, 2003).

Nel panorama italiano alcuni psicologi sociali e di comunità hanno utilizzato il modello di Benessere Sociale di Keyes, sottolineandone la portata e l'applicabilità. Ad esempio, nel lavoro di validazione in italiano della scala del benessere sociale, Cicognani, Albanesi & Berti (2001) traggono alcune conclusioni riguardanti la relazione tra questa dimensione di benessere e altre variabili. Nello specifico dal loro lavoro emergono i seguenti risultati, facenti riferimento ad un campione di studenti universitari:

- Il benessere sociale si costituisce come costrutto intimamente connesso alla soddisfazione per la vita, alla percezione di sostegno sociale e al senso di comunità ma da essi distinto
- L'appartenenza di genere e lo stato relazionale (single vs coinvolto in una relazione) non producono differenze significative sulle dimensioni del Benessere Sociale

- L'impegno nel volontariato comporta un aumento significativo nella percezione del benessere sociale, influenzando perlopiù le dimensioni di contributo sociale, attualizzazione sociale e accettazione sociale
- Coloro che si dichiarano credenti riportano punteggi significativamente più elevanti di integrazione sociale e accettazione sociale.
- Nel processo di validazione, la sottoscala relativa alla coerenza sociale è risultata problematica: questo risultato potrebbe riflettere una vera e propria differenza culturale oppure potrebbe dipendere dalla sensibilità della scala ai rapidi ed imprevedibili mutamenti sociali in atto.

In una ricerca più recente, condotta dal medesimo gruppo di ricerca (Mazzoni *et al.*, 2014), è stato approfondito il legame tra forme partecipative, benessere sociale e senso di comunità. Dai risultati emerge come l'esperienza partecipativa influenzi il benessere sociale quando si costituisce come possibilità di vivere esperienze di qualità, in termini di azione e riflessione, all'interno di un contesto in cui vengono valorizzati pluralismo e divergenze di opinione: in altre parole le esperienze di partecipazione appaiono tanto più utili quanto più riescono a favorire nuove connessioni con la comunità di appartenenza, accrescendo il senso di influenza verso la comunità stessa e il relativo senso di appartenenza. Coerentemente, le evidenze emerse dagli studi di Twenge (2000) portano alla conclusione che società con bassi livelli di integrazione sociale producono adulti più predisposti all'ansia.

Questi risultati evidenziano il valore euristico della dimensione del benessere sociale per la presente ricerca. Se il disagio mentale si lega ad alcuni bisogni umani di base trascurati dal contesto occidentale contemporaneo (Schumaker, 2001), tra cui quello di connessione sociale, di riconoscimento e di trascendenza, attraverso la scala del benessere sociale sembrerebbe possibile coglierne le variazioni. Se una società o una cultura promuove valori di indipendenza (vs. interdipendenza) è meno probabile che sappia rispondere ai bisogni umani di connessione sociale, di riconoscimento e di trascendenza e ci sembra possibile cogliere tale dinamiche tramite l'utilizzo della scala del benessere sociale, in cui i partecipanti dovrebbero avere quindi valori generalmente bassi. E' dunque possibile ipotizzare che bassi livelli di benessere sociale indichino una interazione disfunzionale tra individuo e contesto di appartenenza e la promozione nel contesto sociale e culturale studiato, del valore dell'indipendenza, a cui, infine, è possibile legare un maggior rischio di disagio mentale.

3.2. Un approccio culturale al benessere: l'esperienza ottimale e l'uso degli artefatti

Visto che la presenza di benessere sociale sembrerebbe ostacolata, come abbiamo visto, da alcune caratteristiche del mondo contemporaneo occidentale (Yalom, 1980; Veroff, Douvan, & Kulka, 1981; Giddens, 1990; Triandis, McCusker, & Hui, 1990; Paris, 1996; Schumaker, 2001; Bauman, 2003), potrebbe essere utile chiederci quale sia una concettualizzazione del benessere più aderente alla cultura individualista, senza rinunciare ad una immagine complessa e culturalmente connotata di benessere. Volendo restituire una visione complessa e culturalmente connotata di benessere, si è deciso di esulare dall'utilizzo di costrutti come il benessere soggettivo (Diener & Lucas, 1999), che si basa su una visione puramente edonica, o come il benessere psicologico (Ryff, 1989), che sembra risentire di una visione individualista di benessere. Si è invece deciso di tenere conto di una visione di benessere come esperienza ottimale (Csikszentmihalyi, 1990), basandoci sul lavoro dell'Autore che maggiormente è riuscito a coniugare tra loro la psicologia positiva e la psicologia culturale. Secondo Csikszentmihalyi (1975) un'importante causa del malessere psicologico presente nella società occidentale dipende dalla scarsa possibilità per l'individuo di sperimentare la sensazione di essere competente in un sistema strutturato: la mancanza di ricompense intrinseche diventa come un morbo latente che ci portiamo dentro e che corrode lentamente ma inesorabilmente. Il suo lavoro di ricerca ha origine dalla volontà di comprendere i meccanismi e le modalità attraverso cui alcuni individui riescano a dare il meglio di sé anche in condizioni sociali avverse. Secondo l'Autore (1990) se le istituzioni non forniscono più valori stabili che aiutino l'individuo ad orientarsi e a definirsi in modo significativo, l'unica cosa che può fare è ricercare da sé esperienze che gli permettano di condurre una vita piena di significato e positiva. Prendere il controllo della propria coscienza, emanciparsi dalle catene sociali attraverso una ricerca individuale di quelle attività ed esperienze in grado di liberarci dall'ansia e dalla noia, sembra essere per l'Autore l'unica modalità a nostra disposizione per ribellarci a condizioni sociali non favorevoli, l'unico mezzo che possa permettere un reale cambiamento sociale a partire da un'esperienza puramente individuale. Csikszentmihalyi teorizza così l'esperienza di flusso di coscienza (Csikszentmihalyi, 1990), così chiamata perché, quando si è coinvolti in un'attività o situazione che la elicit, la coscienza fluisce liberamente, senza bisogno di un intervento dei meccanismi di attenzione selettiva, pur essendoci un livello di concentrazione alta e focalizzata: pensieri, intenzioni, emozioni e tutti i sensi sono rivolti verso uno stesso obiettivo. In tabella 2 vengono riassunte le nove dimensioni caratteristiche dell'esperienza ottimale (Inghilleri, 2009).

<i>Le nove dimensioni del Flusso di Coscienza</i>	
<i>Scopi Chiari</i>	Il soggetto sa con chiarezza cosa deve essere fatto
<i>Feed-back immediato</i>	La situazione fornisce feedback e segnali chiari, permettendo al soggetto di avere una percezione precisa di come stiano andando le cose
<i>Equilibrio sfide/capacità</i>	Le opportunità di azione e le richieste dal mondo esterno sono percepite in equilibrio con le capacità interne a disposizione per farvi fronte
<i>Concentrazione sulla situazione in atto</i>	Gli stimoli irrilevanti scompaiono dalla coscienza, tutta l'attenzione è focalizzata sul qui e ora
<i>Assenza di auto-osservazione</i>	Il soggetto non modula il proprio comportamento sulla base di come potrebbe essere visto dall'esterno
<i>Immersione reciproca tra azione e consapevolezza</i>	Vi è un senso di fusione consapevole, ordinata e reversibile tra il Sé e l'attività che sta compiendo nel qui e ora
<i>Senso di controllo automatico</i>	Vi è una piena percezione di controllo sulla situazione in atto
<i>Senso del tempo alterato</i>	Il tempo sembra passare più lentamente o più velocemente del normale
<i>Esperienza autotelica</i>	È presente un senso benessere intenso intrinseco all'esperienza

Tabella 2 Le nove dimensioni del flusso di coscienza

Questo stato di armonia interiore, connotato come equilibrio dinamico tra sfide esterne e capacità interiori percepite (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2014), porta l'individuo a decidere liberamente di investire la propria energia psichica in fini congruenti con le proprie intenzioni (Inghilleri, 1999; Inghilleri, Riva, & Riva, 2014), e quindi ad esercitarsi nell'utilizzo degli spazi di autonomia presenti nel contesto socio-culturale in cui è immerso. L'esperienza di flusso di coscienza si caratterizza come uno stato di un bilanciamento tra sfide e capacità, percepito in relazione ad una situazione o attività che riguarda la vita di tutti i giorni: quando una persona crede che l'esperienza che sta per compiere necessita di capacità maggiori di quelle che crede di avere, sperimenterà preoccupazione oppure ansia. Altrimenti, quando le capacità sono percepite come maggiori rispetto alle opportunità per usarle, ne risulterà uno stato di noia. Infine, una persona con grandi capacità percepite e poche opportunità per usarle passerà da uno stato di noia ancora in uno stato d'ansia.

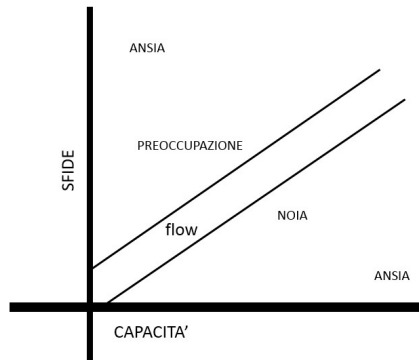


Figura 4: Il flusso di coscienza (adattato da Csikszentmihalyi, 1975, p. 49)

All'esperienza di flusso di coscienza, infatti, si contrappongono stati di conflitto interno, di disagio connesso allo stare nella situazione o attività in cui ci si trova. Tali conflitti introducono confusione nel sistema di elaborazione dell'informazione della coscienza e riducono quindi le capacità di svolgere qualsiasi attività ci si sia prefissati di svolgere; in altri termini all'esperienza di flusso di coscienza si contrappongono stati di entropia psichica (Csikszentmihalyi, 1990), che comportano esperienze emozionali quali ansietà, frustrazione, alienazione o noia.

Ai fini di una rappresentazione più complessa dell'equilibrio tra sfide e abilità, che tenesse maggiormente conto dell'esperienza soggettiva all'interno di tale equilibrio, alcuni Autori hanno costruito un modello denominato *Experience Fluctuation Model* (Delle Fave, Massimini, & Bassi, 2011; Massimini & Carli, 1988). La rappresentazione grafica di questo modello, riportata in figura 5, si basa su un piano cartesiano che riproduce il già visto rapporto tra sfide e capacità. Al centro del modello si trova la media soggettiva (*subjective mean* o SM), che corrisponde al valore medio delle due variabili (sfide/capacità) per l'individuo. A partire dal centro si sviluppano 8 settori, denominati canali, ognuno dei quali caratterizza uno specifico profilo esperienziale. I canali principali sono il canale 2, 4, 6 e 8. Il canale 2 è quello dell'esperienza ottimale, per cui sfide e capacità, per quanto in equilibrio, sono leggermente sopra alla media soggettiva, andando ad identificare come, in questo modello, l'esperienza ottimale si caratterizzi come un'esperienza sfidante, stimolante, al di sopra delle esperienze abituali del soggetto; il canale 4 indica una condizione di rilassamento, in cui le sfide risultano inferiori alla media soggettiva, mentre le capacità percepite sono superiori; il canale 6 rappresenta una situazione di apatia, in cui sia le sfide che le capacità sono entrambe al di sotto della media soggettiva; il canale 8, in linea con il modello precedentemente descritto, indica una situazione di disequilibrio per cui le sfide vengono considerate superiori alla media soggettiva, mentre le capacità vengono

percepiti come inferiori, andando a definire una situazione caratterizzata da uno stato ansioso. I canali 1, 3, 5 e 7 sono stati teorizzati come canali cosiddetti transitori, zone di collegamento tra una delle situazioni sopra descritte e l'altra (Massimini, Inghilleri, & Delle Fave, 1996).

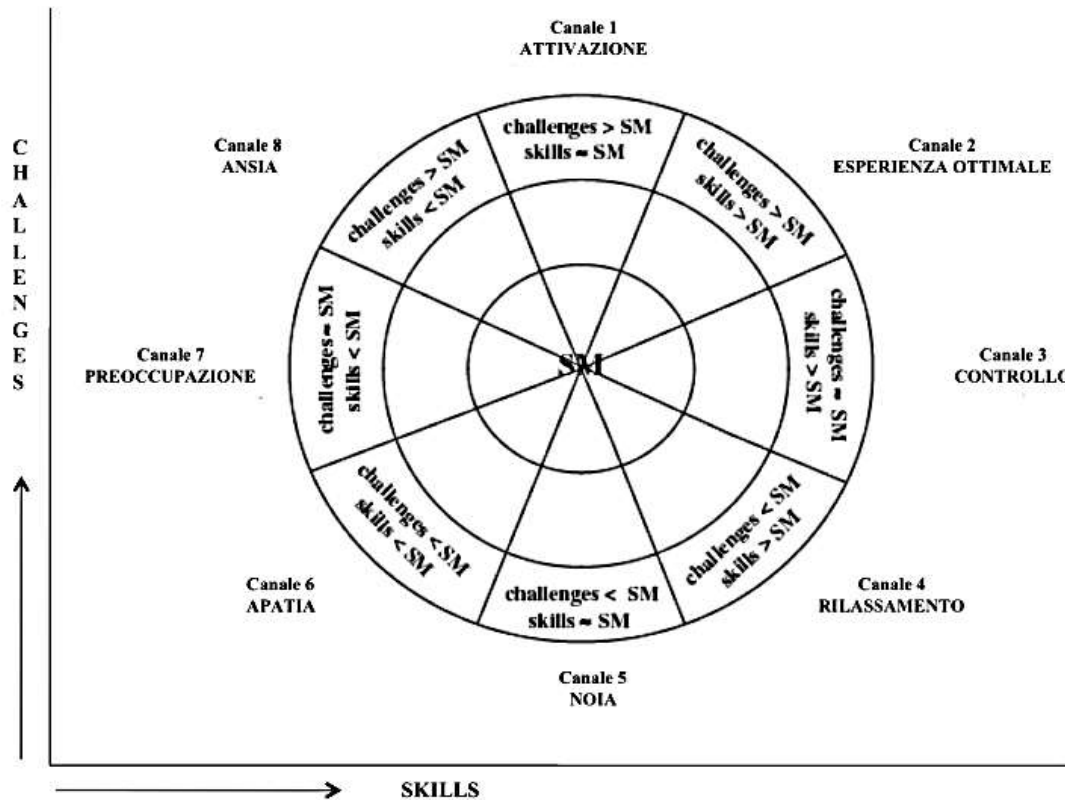


Figura 5: The Experience Fluctuation Model (Delle Fave, Massimini, & Bassi, 2011, p. 73)

Questo stato di estremo benessere che è il flusso di coscienza può essere raggiunto dall'individuo in relazione a molteplici tipologie di attività o situazioni. Alcuni Autori (Delle Fave, Massimini, & Bassi, 2011; Massimini & Carli, 1988) hanno cercato di dividere tali attività in categorie significative, ovvero:

1. Tempo Libero (sport, hobbies, lettura...)
2. Attività produttive (studio e lavoro)
3. Interazioni (stare con la famiglia o con gli amici...)
4. Introspezione (fantasticare, meditare, pregare...)

Secondo la teoria della selezione psicologica umana (Massimini, Inghilleri, & Delle Fave, 1996) l'individuo è portato naturalmente a ricercare questo tipo di esperienza positiva e ad organizzare la propria vita attorno alle attività in grado di eliciarla; queste attività prendono parte alla definizione del Sé e della propria identità, e costituiscono una base per costruire una coerente

identità personale adulta (Waterman, 2004; Bonaiuto, *et al.*, 2016). Per quanto l'esperienza di flusso sia stata rilevata in tutte le culture e quindi si caratterizzi come un fenomeno *transculturale*, la rilevanza di una categoria di attività piuttosto che un'altra varia da cultura a cultura (Delle Fave, Massimini, & Bassi, 2011): in particolare ricerche empiriche cross-culturali hanno dimostrato che le categorie collegate all'introspezione e alle attività produttive sono significativamente più selezionate da persone appartenenti a culture non occidentali, mentre in occidente prevale la selezione di attività legate al tempo libero. Inoltre è emerso che nelle culture collettivistiche la qualità di questa esperienza è generalmente più alta che nelle società occidentali.

L'esperienza di flusso è il risultato dell'integrazione tra funzioni biologiche e psicologiche dell'individuo da una parte, e caratteristiche della cultura di appartenenza dall'altra (Csikszentmihalyi & Asakawa, 2016), e quindi anche le attività che la elicitano dipendono da questa doppia dimensione individuale/sociale. Per comprendere appieno la complessità sottostante tale costrutto teorico, è necessario tenere conto dei concetti di artefatto e di selezione psicologica individuale. Artefatto è l'elemento costitutivo di una cultura che media la relazione tra il soggetto e la realtà (Vygotskij, 1934). Il concetto di artefatto richiama il concetto di *meme*, termine apparso per la prima volta nel 1976 nel saggio "*Il gene egoista*", in cui Dawkins ha suggerito l'idea che il modo migliore per comprendere l'evoluzione culturale stia nel creare un parallelismo tra la stessa e l'evoluzione biologica su base genetica. Dawkins, al fine di definire il concetto di *meme*, introduce l'importante distinzione tra replicatori e veicoli. Un replicatore è qualsiasi cosa di cui vengano prodotte delle copie, la cui natura influenza la probabilità di essere ulteriormente copiati. I veicoli trasportano a loro volta i replicatori, proteggendoli al proprio interno. Il replicatore oggi più conosciuto è il DNA, ma Dawkins ipotizza anche l'esistenza di un'altra tipologia di replicatore: l'unità di trasmissione culturale denominata *meme*. L'Autore ha trattato il *meme* come un replicatore a pieno diritto, che si diffonde a vantaggio di se stesso, indipendentemente da qualsiasi beneficio per i geni. Una scrivania, un edificio, un'istituzione, così come un partito politico o un'organizzazione religiosa, sono esempi di *memi*, di artefatti: essi sono elementi, materiali o immateriali, prodotti dagli esseri umani all'interno di specifiche culture. Gli artefatti, in quanto prodotti creati dell'essere umano, hanno un doppio statuto (Monod, 1971) e si collocano in uno spazio intermedio tra il mondo vivente e quello non vivente. In quanto non viventi, essi sottostanno al secondo principio della termodinamica per cui tendono verso l'entropia, il disordine e la disgregazione. Ma in quanto prodotti da esseri viventi, riflettono e contengono in sé la tendenza alla neghentropia, cioè alla complessità, all'ordine e

allo sviluppo tipica del mondo vivente. A segnare questo doppio destino vi è il processo di selezione psicologica individuale: quando un artefatto permette ad un individuo di sperimentare un'esperienza di flusso, esso verrà mantenuto e sviluppato dall'individuo stesso, che contribuirà così al suo perpetuare all'interno del sistema culturale di appartenenza (Massimini, Inghilleri, & Delle Fave, 1996; Inghilleri, 1999; Inghilleri, 2014): la selezione psicologica individuale costituisce dunque un processo quotidiano i cui effetti sono transgenerazionali.

L'esperienza ottimale ricopre quindi un ruolo importante sia a livello macro, andando ad interagire con i meccanismi più ampi dell'evoluzione culturale, sia a livello individuale, in quanto incide sull'esperienza di salute mentale o di disagio. Quando dall'interazione tra individuo e cultura emerge un'esperienza armonica e dotata di senso ("*meaningful*") verrà favorita l'esperienza di salute, in caso contrario si svilupperà un'esperienza di disturbo, disordine e malattia:

I disturbi psichici dipenderebbero, in parte, dall'impossibilità di focalizzare la propria energia psichica nei contesti offerti dalla società, e al conseguente declino della qualità dell'esperienza soggettiva. In particolare, sulla base della teoria del flow, le situazioni che producono un eccessivo e ripetitivo sbilanciamento tra sfide e capacità sono quelle maggiormente rischiose (Inghilleri, 1999, p. 98-99).

E' possibile citare diverse ricerche empiriche a sostegno di questa visione; Seligman e Csikzentmihalyi, (2000), ad esempio, hanno confermato come il flusso di coscienza abbia un effetto protettivo nei confronti dello sviluppo di malattie mentali e sofferenza, facendo sentire le persone più forti e produttive. Più nello specifico è stato dimostrato come lo stato di flusso di coscienza correli negativamente con un mood depressivo (Tiggemann & Kuring, 2004). E' stata anche indagata in modo specifico la relazione tra flusso di coscienza e tendenza al rimpianto, in studi relativi all'apprendimento e alla motivazione (Kuhnle & Sinclair, 2011), ed è stata rilevata una correlazione significativa di tipo negativo (ad una diminuzione dell'intensità di flusso di coscienza, aumenta contestualmente l'esperienza del rimpianto).

Riassumendo, quando una cultura promuove il valore dell'autonomia ed offre all'individuo situazioni o attività tanto stimolanti quanto controllabili in grado di portarlo ad esperire esperienze di tipo ottimale, questo sarà da considerare un elemento protettivo nei confronti delle disfunzionalità presenti nel sistema sociale e culturale di appartenenza.

4. L'attacco di panico

L'attacco di panico è un episodio di intensa paura e terrore durante il quale una persona percepisce l'avvento di una catastrofe imminente, pur senza alcun segnale visibile a sostegno di ciò: comunemente il vissuto è quello di essere in procinto di avere un infarto, di perdere il controllo, di impazzire o di perdere coscienza da un momento all'altro, come un fulmine a ciel sereno (Rachman & De Silva, 2009). Per quanto solitamente la durata di un episodio di panico si muova tra i 10 e i 20 minuti, il vissuto per il soggetto coinvolto è talmente intenso da sembrare interminabile. Una volta vissuto un attacco di panico solitamente le persone sviluppano la paura di viverne altri, una paura tale da poter condizionare la qualità della vita e in grado di aumentare la possibilità effettiva di nuove manifestazioni del sintomo. Di seguito riportiamo un esempio descrittivo di attacco di panico derivante dalla letteratura: il brano è un estratto dal romanzo di Carofiglio (2002, cap.3) *"Il testimone inconsapevole"*.

"Ero in ascensore, di ritorno dal tribunale e salivo al mio studio, all'ottavo piano quando, d'improvviso e senza una ragione, fui assalito dal panico.

Uscito dall'ascensore, rimasi sul pianerottolo per un tempo indefinito, col respiro affannoso, sudori freddi, nausea, lo sguardo fisso su un estintore. E una paura terribile.

"Sta bene avvocato?". Il tono del signor Strisciuglio, impiegato delle finanze in pensione, inquilino dell'altro appartamento al piano, era un po' perplessa, un po' preoccupato.

"Sto bene, grazie. Sono completamente fuori di testa, ma non credo che questo sia un problema. E lei come sta?". Non è vero. Dissi che avevo avuto un leggero capogiro ma che adesso era tutto a posto, grazie, buongiorno.

Naturalmente non era tutto a posto, come avrei capito fin troppo bene nei giorni e nei mesi successivi.

Prima di tutto non sapendo cosa mi fosse capitato, quella mattina in ascensore, cominciai ad essere ossessionato dall'idea che potesse succedere di nuovo.

Così smisi di prendere l'ascensore. Fu una scelta stupida, che contribuì ad aggravare le cose. Dopo qualche giorno, invece di stare meglio cominciai a temere che il panico potesse assalirmi dappertutto e in qualsiasi momento.

Quando mi fui preoccupato abbastanza riuscii a farmi venire un nuovo attacco, per strada questa volta. Fu meno violento del primo ma gli effetti, nei giorni successivi, furono ancora più devastanti.

Per almeno un mese vissi nel terrore costante di essere colpito di nuovo dal panico. È buffo, a ripensarci adesso. Vivevo nella paura di essere assalito dalla paura.

Pensavo che quando mi fosse ricapitato, sarei potuto impazzire ed eventualmente anche morire. Morire pazzo."

Questo brano descrive in modo lucido e realistico l'esperienza prototipica del vissuto del soggetto panicato. Per quanto questo sintomo si caratterizzi come esperienza terribile e soverchiante per chi ne soffre, è possibile anche vederne l'utilità secondaria:

chi soffre di panico ha bisogno di ristabilire un equilibrio interiore, una pace interna tra l'emozione e la ragione. E questo non potrebbe mai accadere se non ci fossero i sintomi a informarci che qualcosa all'interno del nostro sistema psichico non va. Ecco il valore positivo dell'attacco di panico: ci avverte che stiamo vivendo un disequilibrio psicologico [...] esattamente come la febbre ci avvisa che c'è un'infezione in corso... (Catania, 2013, p. 132).

La malattia mentale, infatti, contiene al suo interno anche effetti benefici spesso trascurati (Zamperini, 2010). In questo capitolo ci si focalizzerà sulla comprensione di questo sintomo enigmatico a cui è possibile riconoscere un alto contenuto simbolico; oltre ad una breve panoramica storica, si fornirà un'esaustiva rassegna teorica relativa all'attacco di panico, che presenterà le diverse ipotesi eziologiche derivanti dai più importanti approcci a questa tematica. Attraverso una lettura trasversale dei contenuti provenienti da questo capitolo e dai capitoli precedenti è stato possibile dare forma ad una nuova prospettiva sul tema, che considera l'attacco di panico un sintomo psico-culturale, che verrà presentata nell'ultima parte del capitolo.

4.1. Breve storia dell'attacco di panico

I fenomeni che oggi possiamo descrivere come attacchi di panico, benché da tempo documentati nella storia della psicopatologia, sono stati riconosciuti come una categoria clinica a se stante solo recentemente. Attraverso una prospettiva storica, che trascende dal percorso puramente medico di questo disturbo, è possibile approfondire la sua peculiare caratterizzazione.

4.1.1. Le origini mitiche del Panico

Nelle civiltà antiche, come quelle egizie e greche, le manifestazioni di follia o di disagio mentale venivano viste come imposizioni divine. Uno dei più antichi esempi in questo senso, per quel che riguarda l'attacco di panico, così da come emerge a partire da diversi approfondimenti storici sul tema (Schmidt & Warner, 2002; Nardi, 2006; La Torre, 2002; Hillman, 1977), si trova nella mitologia Greca e riguarda il dio Pan, da cui deriva appunto il termine panico.

Figura 6: Il Grande Dio Pan. Maschera rinvenuta presso Hippos, Israele. (Foto: M. Eisemberg)



Pan, mezzo uomo e mezzo caprone, è il dio della campagna, delle selve e dei pascoli. Viene inoltre notoriamente associato a Fauno, la versione maschile di Fauna e, come tale, rappresenta lo spirito della natura tutta (un altro significato di “pan” è appunto “tutto”), compresi i suoi aspetti più conturbanti ed esaltanti; per questo viene anche collegato alla foresta, all’abisso e al profondo. Le capacità terrifiche di Pan sono rappresentate dal suono spaventoso del suo corno a spirale, oppure dal suo urlo, che in battaglia suscita terrore nei nemici e la vittoria dei suoi protetti. Pan compare, ad esempio, al lato degli Ateniesi nella battaglia di Maratona, come narrato da Erodoto (VI, 105) inducendo gli avversari Persiani alla fuga, per quanto alcuni racconti dicano che lo stesso Pan sia stato visto fuggire per la paura da lui stesso provocata. Il “Panico” può essere anche interpretato come un turbamento che l’uomo prova nelle grandi solitudini della natura. L’aspetto mitico del disagio mentale viene soprattutto preso in considerazione da autori di stampo psicoanalitico (La Torre, 2002) e in questo senso il lavoro di Hillman (1993) è da considerarsi particolarmente significativo in quanto si propone di esplorare la psicopatologia contemporanea in termini di psicologia archetipica. Gli archetipi possono essere definiti come *“i modelli più profondi del funzionamento psichico, come le radici dell’anima che governano le prospettive attraverso cui vediamo noi stessi e il mondo”* (Hillman, 1993, p. 19). Hillman teorizza l’esistenza di una Grecia archetipica interiore che guida simbolicamente le nostre passioni e le nostre emozioni: gli Dei rimossi ritornano a popolare l’inconscio sotto forma di complessi quadri sintomatici. Secondo l’Autore le persone interpretano alcune esperienze come segno di malattia o pazzia in quanto non sono a conoscenza del profondo significato archetipico delle stesse. Questa stessa dinamica caratterizza l’enigmatica esperienza del panico: nel suo *“Saggio su Pan”*, Hillman (1977) parte dalle riflessioni provenienti dagli studi del filologo Roscher per concludere che il dio Pan è ancora vivo, e viene sperimentato in modo psicopatologico in quanto non ha alternative, visto che tutti gli altri suoi modi di manifestarsi sono andati perduti nella nostra cultura. Pan, dio della natura selvatica, personifica nella nostra coscienza il comportamento nel suo corso massimamente naturale e istintivo, non mosso da scopi razionali ma perfettamente sensato nella sua spontaneità. La paura,

in quanto è uno dei modelli istintuali di comportamento partecipe della “saggezza del corpo”, ci offre una connessione con la natura dentro di noi, ci pone in contatto con il nostro inconscio pulsionale. Attraverso l’attacco di panico si rivela, quindi, la saggezza della natura umana; è un’esperienza in cui la consapevolezza della natura corporea si fonde con il desiderio di riflessione sulla stessa: “*non possiamo essere toccati da Pan senza fuggire nello stesso tempo da lui e riflettere su di lui*” (Hillman, 1977, p. 113). Il panico si presenta con due facce: vissuto esternamente in rapporto ad uno stimolo e chiamato paura; trattenuto dentro in assenza di stimoli accertati e chiamato angoscia. Dal complesso teorico dell’Autore emerge un’immagine dell’esperienza di panico terribile ma positiva in quanto “*essere senza paura, privi di angosce, invulnerabili al panico, significherebbe perdita dell’istinto, perdita di connessione con Pan*” (Hillman, 1977, p.73).

4.1.2. Il Panico nella medicina classica

La medicina classica trae le sue origini dal lavoro di Ippocrate, il Corpus Hippocraticum, opera che presenta contenuti tanto innovativi da rendere all’Autore il titolo di fondatore della scienza medica. Attraverso questo testo, che consiste in una serie di 70 studi medici datati tra il primo e il quinto secolo A.C., per la prima volta nella storia viene attribuito carattere autonomo e specifico alla medicina, che fino ad allora consisteva in una pratica prettamente empirica. Il testo si basa sull’assunto per cui qualsiasi manifestazione morbosa sia da affrontare razionalmente e che l’appello alla divinità sia solo un modo per mascherare l’ignoranza ed esimersi dalla ricerca delle vere cause delle malattie. A partire dalla concezione ippocratica della medicina, anche l’origine delle malattie mentali doveva essere ricondotta a cause naturali, tanto che, fino al diciassettesimo secolo la descrizione e l’interpretazione dei sintomi d’ansia faceva riferimento proprio al Corpus Hippocraticum ed in particolare alla teoria degli Umori: bile nera, bile gialla, flemma ed infine sangue venivano considerati i quattro umori di base a cui associare le caratteristiche distintive di ogni individuo, inclusi i suoi disturbi. All’interno di questa tassonomia, l’ansia veniva associata alla melanconia e connessa alla bile nera; i rimedi volti a ritrovare l’equilibrio da questo tipo di disturbo erano vivere alla luce del sole, non mangiare pesante, fare i bagni e attività fisica. Molte delle manifestazioni sintomatiche che ritroviamo oggi nella definizione dell’attacco di panico, come ad esempio le difficoltà connesse alla respirazione, la sensazione di soffocamento, i tremori, le crisi di paura e il senso di paralisi, sono stati ricondotti dallo stesso Ippocrate alla fenomenologia dell’isteria (Pozzetti, 2007). L’origine stessa del termine isteria deriva dal greco *hysteros* che vuol dire “utero deviato” e ci ricorda come nella medicina classica ippocratica vigesse l’idea che la vita psicologica e spirituale di una

persona derivi in modo prevalente dalla realtà fisica o fisiologica della stessa. Solo dal Medioevo in poi l'ansia fu concepita come malattia mentale e dello spirito, tanto che la religione assume il ruolo principale nella cura della stessa, attraverso la redenzione dei peccati del paziente. D'altra parte molti rimedi ereditati dalla tradizione medica araba (decotti, salassi, impiego di oppio e pietre preziose) mantengono un ruolo importante nel trattamento dei sintomi ansiosi tra la popolazione (Fabbroni, 2007). Solo dall'800 in poi l'ansia sarà progressivamente concepita come una malattia mentale da curare mediante l'utilizzo di farmaci e psicoterapia, da intendersi etimologicamente come "terapia dell'anima".

4.1.3. Il Panico nella medicina moderna

La storia dell'attacco di panico all'interno della medicina moderna è caratterizzata dalla difficoltà di separare questo disturbo da sindromi cardiologiche, neurologiche ed endocrinologiche tanto che la combinazione di sintomi psichici e di importanti sintomi fisici che caratterizza il suo quadro clinico ancora oggi ne complica la valutazione diagnostica. Nell'Ottocento già tutti i sintomi facenti parte dell'attacco di panico erano conosciuti a livello medico, ma venivano guardati e curati come problemi fisici isolati, dipendenti da singoli disturbi organici; il correlato mentale del disturbo nel suo insieme non veniva preso in considerazione.

Una prima descrizione integrata risale al lavoro di Maurice Krishaber (1873), Autore della definizione di *névropathie cérébro-cardiaque*, quadro clinico associato a sintomi quali tachicardia, vertigini e irrequietezza, costituenti un unico disturbo neurocircolatorio. Pur non tenendo conto del lato psichico del disturbo, la sua definizione viene considerata come la prima descrizione di attacco d'ansia presente nella letteratura francese (Krishaber, 1873).

Verso la metà del diciannovesimo secolo, la clinica degli stati ansiosi ricevette un contributo molto importante per la sua definizione grazie al lavoro di due medici americani: George M. Beard and Jacob Mendes Da Costa. In particolare l'articolo di Beard (1869) viene considerato una pietra miliare nell'ambito degli studi sugli stati ansiosi. L'Autore considerava la neurastenia come un disturbo fisico accompagnato da dolore, problemi di digestione, parestesie, apatia ed indifferenza. A questo disturbo viene per la prima volta attribuita un'origine nervosa, cioè derivante da un malfunzionamento cerebrale causato da un'eccessiva attività sessuale, che a sua volta portava ad uno scompenso dell'energia libidica. Beard nella sua ampia descrizione di neurastenia considera l'ansia acuta come una componente molto importante e crea una prima

importante tassonomia riguardante le cosiddette “paure morbose particolari”, quali agorafobia, antropofobia (la moderna fobia sociale) e la fobia del viaggiare da soli.

Il concetto omnicomprensivo di neurastenia sviluppato da Beard continuò a rimanere dominante, fino alle concettualizzazioni di Sigmund Freud. Il primo passo significativo verso l'attuale descrizione nosografica del disturbo di panico venne effettuato dal padre della Psicanalisi nel 1894, quando distinse dalla neuroastenia una categoria di disturbi specifica, la 'Nevrosi d'Angoscia', caratterizzata da una più limitata ed omogenea gamma di sintomi. Essa includeva sia l'ansia libera e cronica ('aspettativa ansiosa') che l'ansia acuta, caratterizzata da sintomi psicofisici molto vicini a quelli che fanno parte della attuale descrizione dell'attacco di panico. Per approfondire il contributo di Freud allo studio del panico è importante citare il testo *“Psicologia delle masse e analisi dell'io”* (1921), in cui l'Autore definisce il panico come un effetto dello scioglimento dei legami libidici che uniscono la massa, che sorge quando il soggetto viene spogliato da tutte le illusioni connesse alle sue sicurezze. In questo senso Freud pone chiaramente in relazione il sintomo psicopatologico e l'ambiente sociale. Approfondiremo il contributo dell'Autore nel paragrafo relativo all'approccio psicodinamico sull'attacco di panico.

4.1.4. Il Panico nella psichiatria contemporanea

La psichiatria ha scelto altri punti di riferimento, piuttosto che Freud, per costruire la categoria nosografica dell'attacco di panico. Il superamento del concetto freudiano di nevrosi d'ansia è stato principalmente reso possibile dagli studi di Donald Klein (1964) che ha descritto la differente risposta farmacologica del paziente con disturbo di panico, che poteva essere efficacemente trattato attraverso antidepressivi triciclici ma non con ansiolitici benzodiazepinici, rispetto alla risposta farmacologica del paziente con un disturbo d'ansia generalizzato. La distinzione di Klein ha fortemente influenzato la terza edizione del DSM (American Psychiatric Association, 1980), in cui il termine “disturbo di panico” appare per la prima volta nelle classificazioni mediche ufficiali. La concezione unitaria della nevrosi d'ansia, durata quasi un secolo, viene modificata e divisa in due disturbi differenti: il disturbo di panico e il disturbo d'ansia generalizzata. Nel 1987 l'APA propone una versione rivista del DSM III; in questa edizione l'agorafobia viene collegata al disturbo di panico, e vengono quindi formate le seguenti categorie: disturbo di panico con agorafobia e disturbo di panico senza agorafobia.

Il DSM-IV (APA, 1994) mostra un nuovo cambiamento ancora: per la prima volta compare un set di criteri per definire l'attacco di panico in sé, distinto dal disturbo di panico. Nel DSM V (2013), ultima versione dello stesso, si possono notare ulteriori modifiche legate ai disturbi ansiosi ed in particolare al disturbo da panico. Le precedenti diagnosi, presenti nel DSM-IV, di

disturbo da panico con agorafobia e disturbo da panico senza agorafobia vengono sostituiti da due diagnosi caratterizzate da criteri diagnostici differenziati: il disturbo di panico da una parte e l'agorafobia dall'altra. Le caratteristiche essenziali per diagnosticare gli attacchi di panico rimangono invece invariate, sebbene la complicata terminologia adottata dal DSM-IV per descrivere le diverse tipologie di attacchi di panico (inaspettati/causati dalla situazione del momento/sensibili alla situazione) sia stata semplificata in "attacchi di panico attesi" e "attacchi di panico inaspettati". Gli attacchi di panico attesi si manifestano durante l'esposizione o durante l'attesa di uno stimolo temuto (ad esempio potrebbe riguardare una persona con una fobia specifica relativa ai topi che viene a trovarsi a contatto ravvicinato con un topo in cantina oppure teme di vederne uno). Di diversa natura è l'attacco di panico inaspettato che sopravviene, appunto, in modo del tutto inatteso. Gli attacchi di panico non vengono considerati come un disturbo mentale di per sé, ma come un fattore prognostico per la gravità di diagnosi, decorso e comorbilità di diversi disturbi, che non si limitano ai disturbi d'ansia. L'attacco di panico si caratterizza, quindi, come un possibile sintomo specificatore per qualsiasi tra i disturbi mentali classificati nel DSM.

4.2. L'attacco di panico oggi

4.2.1. La diagnosi dell'attacco di panico per il DSM V

Nell'ultima versione del DSM (2013, pp. 214-217) la diagnosi dell'attacco di panico viene descritta come segue:

Un attacco di panico è un improvviso periodo di intensa paura o disagio che raggiunge un picco in pochi minuti, durante i quali si verificano **quattro (o più) dei seguenti sintomi** (Nota: la brusca impennata può aver origine a partire da uno stato di calma o da uno stato ansioso):

1. Palpitazioni, sensazione di cuore in gola o tachicardia
2. Sudorazione
3. Tremori fini o grandi scosse
4. Sensazione di respiro corto o di soffocamento
5. Sensazioni di asfissia
6. Dolore o fastidio al petto
7. Nausea o disturbi addominali
8. Sensazione di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento
9. Brividi o sensazioni di calore
10. Parestesia (intorpidimento o formicolio)

11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi)
12. La paura di perdere il controllo o di "impazzire"
13. Paura di morire

Nota: possono essere osservati sintomi specifici in base alla cultura di origine (per es. dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti

- Caratteristiche. La caratteristica essenziale di un attacco di panico è l'avvento di un senso di intensa paura e malessere che raggiunge il suo picco in pochi minuti, durante i quali quattro o più dei 13 sintomi sopra elencati hanno luogo contemporaneamente. Undici di questi sono sintomi fisici, mentre due rappresentano sintomi cognitivi (paura di perdere il controllo o impazzire e paura di morire). La "paura di impazzire" rappresenta una espressione usata spesso in modo colloquiale dagli individui con attacchi di panico e non va intesa come un elemento peggiorativo o diagnosticabile. Con "pochi minuti" si intende che l'attacco di panico ha un picco di intensità che dura letteralmente solo pochi minuti. Un attacco di panico può prendere piede a partire sia da uno stato di calma che da uno stato ansioso, e il tempo di massima intensità andrebbe considerato indipendentemente da qualsiasi momento di ansia precedente. Per capire il momento di inizio vero e proprio dell'attacco di panico bisogna considerare il momento in cui vi è un repentino aumento di malessere, e non quello in cui inizia a svilupparsi l'emozione dell'ansia. Allo stesso modo, ad un attacco di panico può seguire uno stato ansioso o di calma che a sua volta può essere seguito da un nuovo picco. L'attacco di panico si differenzia da uno stato d'ansia in quanto ha un picco di intensità di pochi minuti, ha una natura discreta ed è tipicamente più grave dell'ansia. In caso di attacchi che rispondono a tutti gli altri criteri ma che mostrano meno di quattro sintomi essi possono essere considerati *limited-symptom attacks*. [...]

- Diffusione e Sviluppo. Nella popolazione generale statunitense si stima come percentuale di prevalenza in 12 mesi l'11,2% degli adulti. Nei paesi europei il range va dai 2,7% ai 3,3%. Gli attacchi di panico possono avvenire durante l'infanzia in modo piuttosto raro, sono generalmente più comuni nelle femmine che nei maschi e l'età media di insorgenza è approssimativamente 22-23 anni. Con l'andare dell'età la prevalenza diminuisce anche perché gli individui più adulti tendono ad attribuire l'attacco di panico a situazioni riconosciute come stressanti (procedure mediche, contesti sociali...) e quindi riescono a darsi una spiegazione anche per gli attacchi di panico che avvengono in modo inaspettato.

- Fattori prognostici o di rischio. I fattori di rischio possono essere di tipo temperamentale (affettività negativa, sensibilità all'ansia, stati d'ansia) o ambientale (oltre all'abitudine al fumo alcuni *stressors* personali o interpersonali come esperienze relazionali negative oppure la morte di un membro della famiglia).

- Differenze culturali relative alla diagnosi. Esistono sintomi specifici in determinate culture, che non fanno parte dei tredici sintomi considerati come cross-culturali dal DSM, che

caratterizzano sindromi tipiche riconducibili all'esperienza dell'attacco di panico. Nella cultura Cambogiana i *khyal (vento) attacks* si presentano tramite capogiri, fischi alle orecchie e crampi al collo; nella cultura Vietnamita gli attacchi *trunggio* (legati al vento) comprendono anche mal di testa. In America Latina gli *ataque de nervios* sono una sindrome culturale che implica tremori, bisogno incontrollabile di gridare o piangere, aggressività e tendenze suicide, depersonalizzazione o derealizzazione, con un decorso superiore ai pochi minuti.

L'attacco di panico, oggetto della presente ricerca, è il sintomo principale di un disturbo che viene classificato nel DSM V come disturbo di panico (DP). Gli attacchi di panico, come appena visto, sono delle crisi acute di intensa paura e terrore, che possono ritrovarsi all'interno di diversi disturbi psicologici. Il DP è la patologia di chi soffre in modo continuativo di attacchi di panico. Il DP si diagnostica quando il soggetto ha presentato, almeno per un certo periodo, ricorrenti attacchi di panico inaspettati, non causati quindi da situazioni specifiche e prevedibili (APA, 2013). In breve: chi ha avuto attacchi di panico, non necessariamente ha sviluppato il DP, ma chi ha il DP ha sicuramente fatto esperienza degli attacchi di panico.

Questa distinzione è particolarmente importante in quanto, nella ricerca bibliografica che segue, sono stati presi in considerazione anche quegli studi riguardanti il disturbo di panico, che viene generalmente più studiato rispetto al sintomo dell'attacco di panico di per sé.

4.2.2. Frequenza e diffusione del sintomo

Per quanto sia già stato esplicitato che ciò che ci spinge allo studio dell'attacco di panico non è tanto la diffusione di questo sintomo quanto la natura dei suoi possibili antecedenti culturali, le ricerche di stampo epidemiologico vanno comunque considerate come un punto di riferimento importante. Tratteremo questi studi seguendo un criterio di progressione temporale, e dividendo le ricerche che hanno studiato la frequenza e la diffusione del disturbo di panico da quelle che hanno indagato frequenza e diffusione di singoli attacchi di panico più aderenti al tema di ricerca in esame.

- *Frequenza e diffusione del disturbo di panico.* La richiesta di aiuto per questo disturbo sembrerebbe essere in crescente aumento; in uno studio epidemiologico longitudinale che ha coinvolto l'utenza di un centro di consultazione psichiatrica americano, emerge come il numero di pazienti con disturbo di panico è andato aumentando dal 2,5% del 1980 al 5,1% nel 1990 e che l'età media di insorgenza sembra invece diminuire (Gerdes, Yates, & Clancy, 1995). Nel contesto europeo alcuni dati su questo disturbo possono essere estrapolati dal 'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders' (ESEMeD) (De Girolamo, et

al., 2005). Tale studio è da considerarsi come particolarmente rilevante in quanto costituisce il primo studio epidemiologico in cui vengono raccolti sistematicamente dati relativi alla prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione generale italiana. Le ricerche precedenti erano state realizzate, infatti, in aree geograficamente limitate del paese e non permettevano una generalizzazione sull'intera popolazione. Di seguito riportiamo una tabella di sintesi dei risultati ottenuti in questo studio per l'Italia e per gli altri paesi europei coinvolti. Purtroppo la prevalenza di attacchi di panico in sé non è stata tracciata, ma si può far riferimento al disturbo di panico per avere una stima della diffusione del sintomo. Il disturbo di panico è particolarmente alto in Olanda, Francia e Belgio; basso in Germania, Spagna ed Italia. Per quel che riguarda i disturbi d'ansia in generale, anch'essi spesso caratterizzati da attacchi di panico, dai dati raccolti è stato possibile stimare che quasi due milioni e mezzo di italiani hanno presentato un disturbo d'ansia nei 12 mesi precedenti all'intervista.

	Belgio % (IC 95%)	Francia % (IC 95%)	Germania % (IC 95%)	Olanda % (IC 95%)	Spagna % (IC 95%)	Italia % (IC 95%)
Ogni disturbo mentale	29,0 (25-33)*	38,4 (35-42)*	24,5 (21-28)*	31,1 (27-35)*	20,1 (17-23)	18,3 (16,0-20,0)
Ogni disturbo affettivo	16,0 (14-18)*	24,1 (22-26)*	11,0 (9,5-13)	19,5 (17-23)*	11,8 (11-13)	11,2 (9,8-13,0)
Ogni disturbo d'ansia	14,2 (11-18)*	22,4 (19-25)*	14,2 (11-17)*	16,1 (14-18)*	10,0 (8,0-12)	11,1 (9,3-13,0)
Ogni disturbo da alcool	8,6 (6,1-11)*	5,7 (4,2-7,2)*	6,8 (5,0-8,6)*	7,9 (5,8-9,9)*	3,7 (1,8-5,5)*	1,0 (0,6-1,5)
Depressione maggiore	14,5 (12-17)*	21,4 (19-24)*	10,2 (8,9-12)	18,8 (16-22)*	10,9 (9,8-12)	10,1 (9,0-1,0)
Distimia	4,8 (3,5-6,1)*	7,9 (6,8-9,1)*	2,9 (2,2-3,7)	5,4 (4,0-6,7)*	3,6 (2,9-4,3)	3,4 (2,7-4,1)
Ansia generalizzata	3,2 (1,7-4,8)*	6,0 (4,6-7,3)*	1,7 (1,0-2,4)	3,6 (2,8-4,5)*	1,9 (1,4-2,3)	1,9 (1,3-2,5)
Fobia sociale	2,1 (1,1-3,1)	4,7 (3,3-6,1)*	2,7 (1,8-3,6)*	2,4 (1,5-3,3)	1,3 (0,8-1,8)*	2,1 (1,4-2,8)
Fobia specifica	6,9 (4,5-9,2)	11,6 (9,6-14)*	9,8 (7,6-12)*	6,5 (5,0-8,0)	4,8 (3,3-6,2)	5,7 (4,3-7,0)
Disturbo Post Traumatico da Stress	2,6 (1,6-3,6)	3,9 (2,8-4,9)*	1,6 (1,0-2,3)*	4,0 (2,6-5,4)*	2,0 (1,2-2,9)	2,3 (1,2-3,3)
Agorafobia	0,6 (0,3-0,9)	1,8 (0,9-2,7)*	0,7 (0,2-1,1)*	1,0 (0,4-1,5)	0,3 (0,2-0,5)*	1,2 (0,6-1,7)
Disturbo da panico	2,7 (1,4-4,0)*	3,0 (2,2-3,8)*	1,8 (1,3-2,4)	3,9 (2,9-4,8)*	1,7 (1,3-2,2)	1,6 (1,2-1,9)
Abuso di alcool	6,8 (4,7-8,9)*	4,1 (2,8-5,4)*	5,2 (3,8-6,6)*	6,6 (4,8-8,5)*	2,9 (1,2-4,6)*	0,8 (0,4-1,2)
Dipendenza da alcool	1,8 (0,5-3,1)*	1,6 (0,7-2,5)*	1,6 (0,6-2,5)*	1,2 (0,7-1,7)*	0,7 (0,0-1,4)*	0,3 (0,1-0,5)

* p < 0,05: differenza significativa rispetto all'Italia

Figura 7 Prevalenza nell'arco di vita (*lifetime*) dei disturbi mentali in 5 paesi europei partecipanti al progetto ESEMED-WMH (De Girolamo, *et al.*, 2005, p. 15)

Da un confronto con un precedente studio, datato 1989, condotto a Firenze su un campione rappresentativo della popolazione (Faravelli, Degl'Innocenti, & Biardinelli, 1989) emerge una generale invarianza nel tempo della prevalenza di tutti i disturbi mentali studiati, ad eccezione del disturbo d'ansia generalizzata, che mostra un aumento nel tempo. E' possibile ipotizzare che all'origine di questa differenza vi siano i cambiamenti avvenuti in alcuni criteri diagnostici, ma è altrettanto possibile ipotizzare che l'aumento della diffusione di questo disturbo nel tempo sia legata a cambiamenti storico-sociali più ampi connessi ad un aumento della tendenza culturale all'individualismo in Italia (vedi par. 2.4: Individualismo vs collettivismo).

- *Frequenza e diffusione degli attacchi di panico.* Un dato epidemiologico particolarmente interessante su questo tema deriva dalla meta-analisi di Goodwin (2003), che ha indagato come sia cambiata la prevalenza degli attacchi di panico nella popolazione adulta statunitense, confrontando l'anno 1980 con l'anno 1995. I risultati mostrano che la prevalenza degli attacchi di panico nel 1980 era del 5,3%, mentre nel 1995 è aumentata in modo significativo, andando al 12,7%. Alcuni studi si sono dedicati ad indagare in modo specifico la prevalenza degli attacchi di panico su adolescenti e giovani adulti. Un dato interessante a questo proposito deriva da uno studio epidemiologico tedesco (Wittchen, Reed, & Kessler, 1998) che ha coinvolto un campione di 3.021 soggetti di un'età compresa tra i 14 e i 24 anni. In questo studio il 4,3% del campione totale ha avuto almeno un attacco di panico nella sua vita, caratterizzato da quattro o più sintomi. Uno studio americano (Pilowsky, Wu, & Anthony, 1999) condotto un anno dopo rispetto a quest'ultimo, ha trovato una percentuale molto più alta; il 23% sembrerebbe aver avuto almeno un attacco di panico nella propria vita. Questa differenza tra la diffusione del sintomo del panico in Europa e negli Stati Uniti, emerge anche nel DSM V (APA, 2013) in cui si stima che l'11,2% della popolazione statunitense adulta abbia sofferto almeno di un attacco di panico nei 12 mesi precedenti l'intervista, mentre in Europa assistiamo a numeri più bassi, in un range che va dal 2,7% al 3,3%. Al fine di commentare tutti questi dati alla luce della nostra ipotesi, che vede l'attacco di panico come sintomo culturale legato ad una dimensione individualista, bisogna considerare la differenza nella dimensione individualismo/collettivismo che intercorre tra Stati Uniti ed Europa. Gli Stati Uniti sono il paese con l'indice più alto di individualismo, con un punteggio massimo di 91 su 100, mentre gli altri paesi europei si posizionano su livelli individualismo inferiore (Hofstede & Hofstede, 2001).

Da una ricerca epidemiologica più recente condotta sempre dallo stesso gruppo di ricerca tedesco, emerge invece come il 22,7% del campione analizzato (più di 9.000 soggetti) ha avuto almeno un attacco di panico nell'arco della sua vita, mostrando un netto aumento rispetto ai dati emersi dalla ricerca precedente datata 1998 (Kessler, *et al.* 2006). Queste osservazioni, in linea con il commento precedente a proposito di un aumento dei disturbi d'ansia in Italia, vanno a favore dell'idea di un generale aumento dell'individualismo in Europa.

Per quanto riguarda l'Italia, in un'indagine svolta nello specifico su un campione di studenti universitari, si riscontra come il 32% dei soggetti coinvolti abbia vissuto esperienze isolate di attacchi di panico (Sanavio & Cornoldi, 2001). La posizione dell'Italia lungo il continuum

individualismo e collettivismo, come abbiamo visto in precedenza, si colloca a metà, dividendosi al 50% tra tendenze di tipo individualiste e tendenze di stampo interindividuale (Green, Deschamps, & Paez, 2005); nonostante ciò è possibile ricondurre l'alta percentuale riportata da Sanavio & Cornoldi ad generale aumento della dimensione individualista in Italia così come in Europa.

4.2.3. Principali approcci teorici sull'attacco di panico

Ad oggi non sembrerebbe esistere una teoria pienamente soddisfacente e omnicomprensiva al fine di spiegare il disturbo di panico, in quanto le teorie che maggiormente enfatizzano gli aspetti biologici e quelle che enfatizzano la dimensione psicologica del disturbo non sembrerebbero in grado di dialogare in modo proficuo tra loro (Rachman & De Silva, 2009). Ad oggi è possibile individuare tre principali approcci alla comprensione dell'attacco di panico, che si rapportano tra loro come livelli interconnessi nella formazione del sintomo, caratterizzati da una relazione di tipo *bottom up* (Bergamaschi, 2007; Masi, 2004):

- Alla base si trovano i lavori derivanti dall'approccio medico e psicofarmacologico, secondo i quali l'attacco di panico deriva principalmente da alterazioni neurofisiologiche (anche di natura genetica), e in cui si propongono trattamenti di tipo neurofarmacologico;
- Ad un livello intermedio si trova l'approccio cognitivista che caratterizza l'attacco di panico come derivante da distorsioni percettive dei segnali che generano reazioni di paura;
- Il livello più alto è costituito dall'approccio psicodinamico che si basa sull'idea che l'attacco di panico sia espressione di conflitti intrapsichici inconsci e che, per curarlo, sia necessario comprendere che cosa si celi dietro al sintomo.

Secondo Masi (2004), per quanto i primi due approcci siano utili nell'intervenire sulla riduzione dei sintomi connessi all'attacco di panico, solo attraverso un intervento di tipo psicodinamico è possibile intervenire sul problema a livello strutturale. Uno degli aspetti che maggiormente ci interessa approfondire in quest'ambito non è tanto come le varie teorie descrivano e si avvicinino al trattamento e alla cura degli attacchi di panico e delle patologie ad esso correlate, quanto approfondire quali siano fattori di vulnerabilità identificati all'interno della loro architettura teorica, e il ruolo attribuito alla dimensione sociale e culturale. In questa sezione approfondiremo, quindi, questi tre livelli costitutivi dell'attacco di panico. Nel capitolo che segue si teorizzerà l'esistenza di un quarto livello, caratterizzato da un approccio culturalista al sintomo.

4.2.3.1. Approccio medico

Coloro che soffrono di attacchi di panico, considerata l'intensità dei sintomi fisici ad essi associati, spesso vanno a cercare supporto presso i servizi medici. Questo ha portato allo sviluppo, all'interno delle teorie fisiologiche, di diverse ipotesi di vulnerabilità, così come a specifiche terapie farmacologiche. Spesso, all'interno di questo ambito di ricerca ed intervento, l'attacco di panico viene associato a disfunzionalità cardiache, come ad esempio disritmie dovute al prolasso della valvola mitrale piuttosto che da intolleranza al latte o iperventilazione cronica. Spesso il disturbo di panico viene associato a disfunzionalità del meccanismo di controllo della respirazione (per una rassegna: Middleton, 1998). L'efficacia di vari trattamenti psicofarmacologici sugli attacchi di panico è ad oggi ampiamente documentata e comprende l'uso di triciclici e inibitori delle monoaminossidasi, inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) e della noradrenalina (SSNRI) (per un approfondimento: Meldolesi, 2011). A partire dalla risposta ai farmaci è stato possibile individuare i tre più importanti neurotrasmettitori associati all'ansia e quindi anche all'insorgenza di attacchi di panico: la noradrenalina, la serotonina e l'acido gamma-aminobutirrico (GABA).

La serotonina è un neurotrasmettitore fondamentale per la regolazione di digestione, umore, sonno, appetito e memoria; un calo di serotonina, soprattutto nel nucleo magno del rafe porta a sua volta ad un eccesso di noradrenalina nel locus ceruleus. Questa combinazione può portare all'attivazione del nostro sistema di allarme provocando una crisi di panico (Tani & Sorrentino, 2010). Il locus ceruleus modula il livello d'ansia dell'organismo attraverso l'attivazione o la disattivazione dei neuroni inibitori che vengono attivati dal sistema GABA. Il sistema GABA (acido gamma-aminobutirrico) è essenziale per il mantenimento dell'equilibrio delle reazioni del cervello, e una sua ipofunzione viene strettamente legata allo sviluppo di attacchi di panico, fobie e altri disturbi d'ansia (Meldolesi, 2011). LeDoux (1996), neuroscienziato noto per aver studiato i circuiti neurali attivati nelle reazioni di paura ed ansietà, ha identificato tre percorsi principali:

1. *Il circuito primitivo della paura*, immediato e rapidissimo, che governa il repertorio di emergenza e consente di mettere in atto reazioni immediate quali la lotta e la fuga. Esso ha sede nel sistema limbico, che si trova nella profondità del cervello, a sua volta costituito da talamo, ipotalamo e amigdala.
2. *Il circuito razionale della paura*, sistema più lento ed elaborato, che coinvolge, oltre al sistema limbico, anche la corteccia prefrontale, che consente una valutazione maggiormente attenta e realistica della situazione-stimolo

3. *Il circuito riflessivo della paura*, caratterizzato dalla consapevolezza di provare paura e del perché la si prova, più lungo e lento.

L'esperienza del panico viene ricondotta al primo di questi circuiti che, sottraendosi al controllo della coscienza, comporta la possibilità che l'emergenza possa manifestarsi anche di fronte a pericoli irreali o misconosciuti.

Diverse teorie concordano nel considerare alcune caratteristiche genetiche come un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di patologie ansiose, in grado di spiegare tra il 30 e il 40% dell'insorgenza dei disturbi d'ansia (Barlow, 2002). In particolare viene ricondotta ad una predisposizione genetica la maggiore sensibilità alla CO₂ che caratterizza i soggetti con disturbo di panico: in questi soggetti la soglia per l'attivazione del sistema che monitorizza il soffocamento sarebbe più bassa, facendo sì che il sistema si attivi anche in situazioni di CO₂ normale (Klein, 1993).

Il ruolo dei fattori genetici sul disturbo di panico e sulla manifestazione di attacchi di panico sporadici è stato indagato attraverso diversi studi sui gemelli; i risultati in quest'ambito suggeriscono un ruolo importante dei fattori genetici per quel che riguarda il disturbo di panico (concordanza tra gemelli monozigoti uguale al 73% contro lo 0% tra i gemelli monozigoti), mentre per quel che riguarda gli attacchi di panico sporadici non sembrerebbe che i fattori generici abbiano un ruolo fondamentale (concordanza tra gemelli monozigoti uguale al 57% contro il 43% tra i gemelli dizigoti) (Perna *et al.*, 1997). Il resto della varianza viene ricondotto a fattori idiosincratici, individuali, e ambientali.

Una disciplina che si occupa di studiare e comprendere il rapporto che intercorre tra geni e ambiente nello sviluppo di psicopatologie è la genetica del comportamento. Negli ultimi anni, all'interno di questa disciplina, è stato raggiunto un accordo generale sul fatto che gli effetti che i geni possono avere sulla persona dipendono sì dall'espressione genetica ma che, a sua volta, essa sia influenzata da un ampio spettro di fattori, tra cui le caratteristiche ambientali: in definitiva si è giunti alla conclusione che i geni, da soli, non bastano. I fattori ambientali vengono studiati attraverso l'utilizzo dei "life events" (LE), eventi di vita che possono interagire con lo sviluppo dell'individuo in una direzione di salute o patologia mentale.

In particolare, uno studio esemplificativo dell'approccio sopra descritto (Spatola, *et al.*, 2011) ha ipotizzato che i LE potessero svolgere un ruolo di moderatore tra lo sviluppo del disturbo di panico e la sensibilità alla CO₂, considerata, come abbiamo visto, un endofenotipo, e cioè un tratto oggettivo ed ereditabile. Questa domanda di ricerca è stata indagata ricorrendo ad un ampio campione di gemelli con una diagnosi di disturbo di panico rispondente ai criteri del DSM

IV e su cui è stata testata la sensibilità alla CO2. Gli eventi di vita individuati come potenzialmente rilevanti vengono divisi in “LE maggiori” e “eventi stressanti”. I LE maggiori costituiscono i casi in cui è stata messa a rischio la propria vita o la propria integrità fisica come ad esempio, l’esposizione a malattie a rischio vita, esposizione ad incidenti, esposizione ad un abuso o aggressione fisica. I cosiddetti “eventi stressanti” sono eventi molto vari, dalla separazione da un amico o da un fidanzato, all’inizio/fine della scuola, l’inizio di una nuova relazione, una nuova forma di convivenza, avere dei figli ed altro (per una lista completa consultare Spatola, *et al.* 2011, p.3)

I risultati mostrano che la presenza di eventi di vita negativi, soprattutto quando hanno luogo durante l’infanzia o l’adolescenza, hanno un ruolo di moderazione della sensibilità alla CO2 sullo sviluppo del disturbo di panico. Più precisamente i dati portano alla conclusione che la sensibilità alla CO2, di derivazione genetica, comporti una maggiore vulnerabilità ad alcuni ostacoli contestuali (eventi di vita negativi). D’altra parte è anche possibile concludere l’opposto, e quindi che siano gli eventi di vita negativi ad aumentare l’effetto dell’influenza genetica sulla sensibilità alla CO2. Uno degli aspetti che costituisce, secondo gli Autori, la maggiore fonte di errore dello studio è l’enfasi, considerata eccessiva, data all’associazione tra eventi di vita e psicopatologia manifesta che potrebbe risentire dell’effetto distorto dovuta alla tendenza dei soggetti di andare alla “ricerca di un significato” all’origine dalla propria patologia.

All’interno di questa prospettiva, infatti, non è possibile esplicitare chiaramente come fattori ambientali negativi, denominati e classificati come “life events” (LE), interagiscano con lo sviluppo di un disturbo di panico: si ipotizza che tale legame dipenda soprattutto dal fatto che coloro che soffrono di questo disturbo richiamino alla memoria con maggiore frequenza alcuni eventi di vita spiacevoli al fine di trovare delle spiegazioni per la loro patologia, rispetto ad un campione di controllo (Rutter, Moffitt, & Caspi, 2006).

La genetica del comportamento costituisce, all’interno dell’approccio medico, una prospettiva particolarmente interessante e promettente al fine di valorizzare i fattori sociali e ambientali coinvolti nello sviluppo dell’attacco di panico, così come della salute mentale in generale. Nonostante ciò gli studi empirici qui riportati mostrano come, anche in questa disciplina, ci sia ancora una generale resistenza ad accettare la rilevanza oggettiva di tali fattori nell’eziologia patologica.

4.2.3.2. *Approccio cognitivista*

La psicologia cognitiva ha dato sicuramente un contributo estremamente rilevante allo studio e alla comprensione della fenomenologia dell'attacco di panico. Attraverso una rassegna sistematica della letteratura, Sassaroli & Ruggero (2002) hanno identificato i costrutti più frequentemente citati nelle scienze cognitive, in quanto sottesi a manifestazioni cliniche ansiose. Nello specifico viene rilevata l'importanza centrale dei seguenti fattori:

- *Timore sproporzionato di danno e tendenza a previsioni catastrofiche.* L'emozione della paura costituisce il terreno psicologico comune dei fenomeni clinici ansiosi. Tutte le forme cliniche in quest'ambito possono essere considerate come manifestazioni disfunzionali dell'emozione della paura. In particolare il soggetto ansioso vive generalmente nel timore che le cose possano avere un decorso negativo o addirittura catastrofico. Tale disfunzionalità nella valutazione della situazione di pericolo si associa ad una minore capacità del soggetto di rappresentarsi un quadro concreto e realistico dei possibili eventi futuri e delle reali conseguenze dannose che possono derivare anche dagli scenari peggiori, mostrando così una capacità di processazione cognitiva carente per quel che concerne le capacità analitiche di modulazione e di dettaglio.
- *Paura dell'incertezza o intolleranza della possibilità di minaccia.* Il soggetto ansioso nutre, come abbiamo visto, un elevato timore di pericolo e di danno. In particolare mostra difficoltà di sopportazione anche riguardanti la semplice esistenza di un rischio, la possibilità che si verifichi il pericolo e il danno temuto. Il costrutto alla base di questa dinamica viene denominato *intolerance of uncertainty* (IU) e consta in un tratto disposizionale generalmente correlato ad una tendenza al rimuginio anche nei soggetti non clinici (Freeston *et al.*, 1994). Nello stato di incertezza l'attenzione dell'ansioso rimane ristretta sulle sole possibilità negative, delle quali non tollera anche la sola e semplice esistenza potenziale.
- *Timore dell'errore o perfezionismo patologico.* Il timore dell'errore si collega ad alcune caratteristiche personalologiche specifiche che vanno a formare il cosiddetto perfezionismo patologico, quali: porsi obiettivi eccessivamente elevati, un pervasivo senso di dubbio riguardante la qualità del proprio operato (per cui anche un piccolo discostamento dal piano che ci si era costruiti viene considerato segno di un fallimento globale), la tendenza a sopravvalutare le aspettative degli altri così come il loro criticismo nei propri confronti (Frost *et al.*, 1990).

- *Timori legati alla valutazione del Sé.* Oltre alle valutazioni relative al contesto che, come abbiamo visto, tendono a caratterizzarsi in modo negativo o catastrofico, anche le valutazioni che il soggetto ansioso ha di se stesso sono generalmente negative. L'autovalutazione negativa rappresenta l'opposto rispetto al senso di autoefficacia (Bandura, 1977), definibile come la convinzione di essere in grado di produrre risposte comportamentali efficaci di fronte ai problemi, di poter affrontare la paura e le altre emozioni negative provocate da una situazione problematica e di poter controllare la propria risposta emozionale e comportamentale in una situazione problematica.
- *Illusione e ricerca del controllo.* Sentire che le cose siano sotto il proprio controllo rappresenta lo scopo finale dell'architettura del sistema cognitivo ansioso. Nello specifico il soggetto ansioso vive nell'illusione di poter ottenere il controllo assoluto sugli eventi, il che comporta la credenza che sia possibile e necessario ottenerlo e il dubbio perenne di non riuscire a possederlo o a mantenerlo. La tendenza al controllo costituisce, all'interno della presente tassonomia, un costrutto di livello sovraordinato in quanto particolarmente rilevante e sempre presente nella struttura cognitiva del soggetto ansioso; gli altri costrutti sono da considerarsi come livelli inferiori non tutti sempre presenti (Sassaroli & Ruggiero, 2002). Tale dimensione del controllo risulta particolarmente rilevante per quel che riguarda anche l'inquadramento culturale del sintomo del panico. Infatti è stato dimostrato che nelle società individualiste, coloro che sperimentano un disturbo di panico soffrono maggiormente della paura di perdere il controllo (Sierra-Siegert & David, 2007) e che rispetto al passato, oggi ci sia un aumento della sensibilità connessa al non avere le cose sotto controllo (Twenge, Zhang, & Im, 2004; Roberts & Helson, 1997).

Al fine di inquadrare i disturbi d'ansia all'interno della cornice della psicologia cognitiva, per quel che riguarda nello specifico il disturbo di panico, non si può prescindere dal prendere in considerazione il modello teorizzato da Clark (1986), che costituisce uno dei modelli cognitivi più autorevoli e storicamente rilevanti nell'ambito della caratterizzazione dell'attacco di panico. Secondo questo modello, gli attacchi di panico hanno luogo quando un individuo percepisce uno stimolo di per sé innocuo, come una sensazione corporea oppure un ambiente affollato, ma lo interpreta come un segnale di un'imminente e improvvisa catastrofe. Nello specifico (Figura 8), a partire da uno "stimolo scatenante", quale può essere il sentirsi accaldati o sudati, prende piede una sensazione di "minaccia percepita" tale da provocare pensieri tipo "c'è qualcosa che non va in me" oppure "mi sta succedendo qualcosa di pericoloso", da cui scaturisce in un senso di "apprensione" quale la paura di svenire. Tale paura, accompagnata da una forte ansia percepita, comporta il sopraggiungere di una serie di "sensazioni fisiche" (formicolii, senso di

sbandamento, nausea ecc...) che rappresentano i classici sintomi fisici del panico, a partire dai quali prendono piede una serie di interpretazioni catastrofiche della sensazione corporea in atto: “collasserò”, “sverrò”, “le persone rideranno di me”. Il modello di Clark (1986) identifica in questo circolo vizioso di pensieri, emozioni e sensazioni l’origine l’esperienza dell’attacco di panico.



Figura 8: il modello cognitivo dell’attacco di panico di Clark (1986, p. 463) e un esempio specifico tratto da Rachman & De Silva (2009, p. 3)8

Ad attacco di panico avvenuto intervengono tre fattori principali, che portano al mantenimento della situazione (Clark, *et al.*, 1988):

1. Un’attenzione selettiva riguardo alle sensazioni corporee, che comporta un aumento dell’intensità soggettivamente percepita ed aumenta la predisposizione ad attivare il circolo vizioso dell’interpretazione catastrofica
2. Comportamenti protettivi associati alla situazione, che hanno come obiettivo l’evitamento delle conseguenze temute. Tali comportamenti (come ad esempio andare a sdraiarsi per evitare di crollare a terra nel momento in cui si interpreta erroneamente un capogiro come segno di imminente collasso) contribuiscono al mantenimento dell’attacco di panico in due maniere: in primo luogo impediscono una disconferma delle interpretazioni erronee, portando il soggetto a credere che la conseguenza temuta non avvenga grazie alla messa in atto del comportamento evitativo; in secondo luogo, alcuni comportamenti protettivi potrebbero peggiorare i sintomi somatici e cognitivi, rendendo più probabile l’avverarsi della situazione temuta (come ad esempio non fare esercizio fisico al fine di evitare possibili attacchi di cuore).

3. Evitamento, o comportamento di fuga dalla situazione, che è da considerarsi fattore di mantenimento dell'attacco di panico in quanto limita la possibilità di sperimentare l'innocuità di determinate situazioni.

Dalla descrizione sopra riportata è evidente come il rimuginio, modalità di pensiero tipica nei soggetti ansiosi (Borkovec, Ray, & Stober, 1998), si ritrovi anche nei casi di disturbo di panico (Wells & Carter, 2002). Alcune ricerche hanno fatto emergere, come una delle cause riconosciute del rimuginio, il già citato costrutto dell'intolleranza all'incertezza (IU) (Freston *et al.*, 1994).

In questa prospettiva i disturbi d'ansia, ivi incluso il disturbo di panico, vengono generalmente associati ad una molteplicità di cause e motivazioni che concorrono andando a creare uno stato di vulnerabilità per l'individuo.

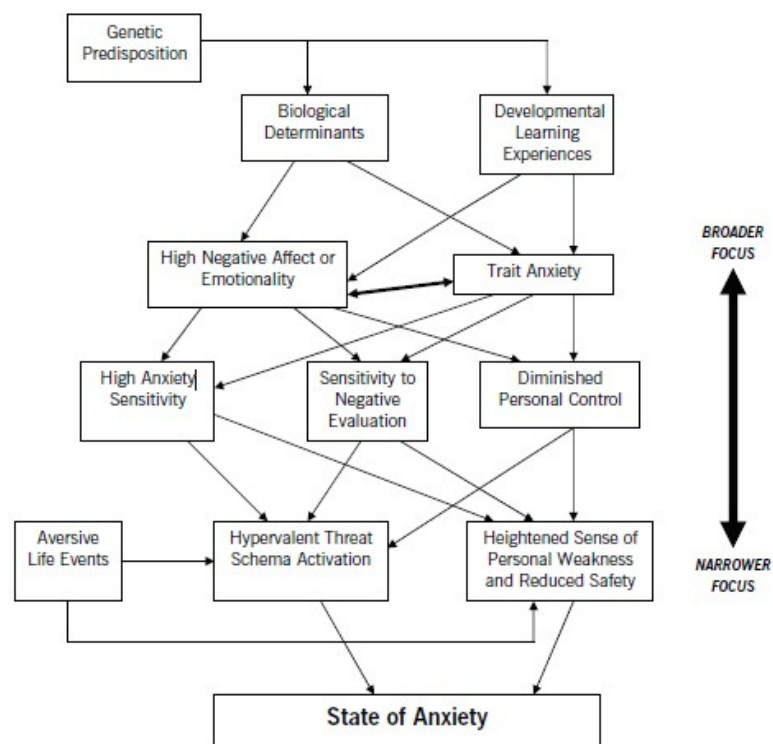


Figura 9: Modello cognitivo di vulnerabilità all'ansia (Clark & Beck, 2010, p. 113)

Com'è possibile notare dallo schema presentato in Figura 9, il modello assegna un grande valore alla predisposizione genetica, posta in cima allo schema, in grado di influenzare sia le determinanti biologiche, che le esperienze di apprendimento durante lo sviluppo. Entrambi questi fattori vanno poi ad influenzare lo sviluppo di una personalità di tipo ansioso e un'abitudine all'emozionalità negativa. A seguire si possono sviluppare alcune caratteristiche disposizionali

quali *anxiety sensitivity*, sensibilità alle valutazioni negative e basso controllo personale percepito.

Tali tratti disposizionali, correlati ad eventi di vita negativi, confluiscono ad influenzare le due componenti principali del modello cognitivo: un durevole senso di vulnerabilità personale e la presenza di schemi di attivazione disfunzionali che comportano un'ipervalutazione della minaccia in corso. La dimensione correlata all'ambiente sociale è quindi inserita solo in ultima battuta e nonostante sia positivo che la sua influenza sulle manifestazioni ansiose venga presa in considerazione, essa rimane a margine, separata dalle dimensioni disposizionali a cui si assegna, invece, un ruolo chiave.

Tra i tratti disposizionali generalmente legati allo sviluppo d'ansia più rilevanti sono (Per una rassegna consultare Clark & Beck, 2010): l'ansia di tratto (Spielberger, 1985), che consiste in un tratto di personalità tendenzialmente stabile nel tempo che predispone gli individui a rispondere alle situazioni con maggiore ansia e preoccupazione, il nevroticismo (Eysenck & Eysenck, 1975), ovvero la predisposizione a reagire in modo fortemente emotivo a tutta una serie di stimoli esterni; l'affettività negativa (Watson & Clark, 1984), predisposizione emozionale che comporta l'esperienza di elevati livelli di emotività negativa; *l'anxiety sensitivity* (AS), ovvero una particolare sensibilità all'esperienza dell'ansia, che nasce dalla credenza che le sensazioni ad essa legate possano avere pericolose conseguenze fisiche, psicologiche o sociali (Reiss & McNally, 1985; Reiss, 1991; Taylor, 1995; Goldstein & Chambless, 1978). Per quanto alcuni Autori abbiano evidenziato l'ereditarietà di quest'ultima dimensione psicologica, sottolineandone quindi l'eziologia di stampo biologico (Stein, Jang, & Livesley, 1999), generalmente il costrutto è stato trattato come una tendenza cognitiva che origina dai tratti di personalità dei singoli individui (Taylor, 1995). L'AS sembrerebbe ricoprire un ruolo rilevante per il sintomo dell'attacco di panico: è stato infatti dimostrato che elevati livelli di AS possono predire lo sviluppo di attacchi di panico (Maller & Reiss, 1992) e che, coerentemente, ad una riduzione dei livelli AS si associa una riduzione di sintomi tipici dell'attacchi di panico (Smits *et al.*, 2004). L'AS si sviluppa in seno ad una paura generale di sperimentare emozioni forti e, in particolare, dalla paura di perdere il controllo del proprio mondo emotivo. Ma da cosa deriverebbe questa "paura della paura"? Goldstein & Chambless (1978), hanno ipotizzato che l'AS si sviluppi a partire da un'esperienza di attacco di panico imprevedibile. Questa ipotesi è stata parzialmente superata grazie allo sviluppo di modelli multicausali che prevedono l'esistenza di altre strade attraverso cui si può sviluppare tale paura dell'ansia: per esempio uno studio di Donnell & McNally del 1990 mostra che, su un campione di circa 450 studenti universitari, di coloro con un'elevata AS, solamente un terzo aveva sperimentato in precedenza

un attacco di tipo imprevedibile (Donnell & McNally, 1990). Alcuni Autori (Carleton, Fetzner, Hackl, & McEvoy, 2013) hanno ipotizzato un legame causale tra la AS e il costrutto della *intolerance of uncertainty* (IU), che era già stato considerato un fattore importante nel processo di sviluppo e mantenimento di molti disturbi d'ansia (Holaway, Heimberg, & Coles, 2006; Carleton, Fetzner, Hackl, & McEvoy, 2013). La IU viene descritta come caratteristica disposizionale che porta ad avere credenze negative riguardo all'incertezza e alle sue conseguenze: gli individui intolleranti all'incertezza credono nel fatto di non avere capacità di *coping* e *problem solving* sufficienti a gestire in modo performante situazioni ambigue e potenzialmente minacciose (Holaway, Heimberg, & Coles, 2006). Per quanto sia un costrutto che nasce e si sviluppa all'interno della cornice teorica cognitivo-comportamentale, la IU può essere ricollegata ad alcune delle riflessioni di stampo sociale e culturale proposte in questo contributo, riguardanti l'incertezza presente nel mondo occidentale contemporaneo. In questo senso è interessante notare come l'approccio cognitivo all'attacco di panico fornisca spunti utili al fine di costruire una prospettiva sul sintomo di stampo culturale e sociale.

4.2.3.3. Approccio psicodinamico

All'interno dell'approccio psicodinamico sono state selezionate solo alcune correnti specifiche. A seguito di un accenno relativo alla psicanalisi classica, si farà riferimento a quelle correnti teoriche che hanno cercato di indagare il conflitto inconscio alla base dell'attacco di panico, situandolo in modo esplicito nell'epoca contemporanea occidentale: la psicoanalisi lacaniana e la psicoterapia della Gestalt. Entrambe le prospettive infatti reputano decisivo orientare la loro pratica all'interno di un processo di continuo confronto con i cambiamenti socio-culturali in atto e risultano quindi di particolare interesse per il lavoro qui presente.

L'attacco di panico nella psicoanalisi classica

In passato i disturbi mentali venivano distinti in due grandi categorie: le nevrosi e le psicosi. Fanno parte delle psicosi quei disturbi mentali molto gravi in cui sono presenti deliri, allucinazioni e confusione tra realtà interna ed esterna, senza che ci sia una consapevolezza da parte del paziente (Cei, 2002). Con nevrosi invece si faceva riferimento a quei

disturbi psichici privi di qualsiasi base organica dimostrabile, nei quali il malato può conservare una notevole lucidità ed un apprezzamento non alterato della realtà, in quanto non confonde generalmente le sue esperienze soggettive morbose e le sue fantasie con la realtà esterna [...] le principali manifestazioni consistono in ansia eccessiva, sintomi isterici, fobie, sintomi ossessivo-compulsivi e depressione (DSM-III-R, 1987, p. 539).

Per quanto ad oggi questo tipo di divisione classificatoria non venga più utilizzata, è tuttora utile alla comprensione dell'approfondimento che segue sugli attacchi di panico. Il concetto di panico, infatti, nasce in seno alla psicoanalisi, come preciso complesso di sintomi che Freud chiamò nevrosi d'angoscia (Freud, 1894), in gran parte sovrapponibile ai criteri diagnostici dell'attacco di panico inclusi poi nel DSM, che viene così descritta:

L'angoscia [...] può anche irrompere all'improvviso nella coscienza senza essere suscitata da un'associazione di idee, provocando in tal modo un attacco di angoscia. Questo attacco può consistere in una sensazione di angoscia, da sola, senza alcuna idea concomitante, oppure accompagnata dalla prima interpretazione che capita, come l'idea della morte improvvisa, o di un colpo, o di incipiente pazzia. Altre volte il senso di angoscia è accompagnato da una determinata parestesia (come per l'aura isterica), o, infine può ricollegarsi a una o più funzioni organiche, connesse al respiro, al battito cardiaco, alle afferenze vasomotorie o all'attività ghiandolare. Il paziente sceglie da questo complesso ora questo ora quel fattore. Accusa "spasmi al cuore", "difficoltà a respirare", "accessi di sudorazione", "fame divorante" e così via e, nella sua descrizione, la sensazione di angoscia spesso viene respinta nel sottofondo, oppure viene definita vagamente come un senso di "malessere", di "disagio", ecc. (Freud, 1894, p. 58-60).

All'origine della nevrosi, secondo lo schema classico di Freud, c'è sempre un conflitto, un contrasto irrisolto e inconscio tra esigenze "istintuali" (ovvero la libido, la ricerca del piacere, il desiderio) dell'essere umano, da una parte, e la necessità sociale di reprimere queste stesse esigenze dall'altra. La nevrosi è una conseguenza di un conflitto di questa natura e della non piena consapevolezza dello stesso. L'eziologia di tale conflitto inconscio viene ascritta, nella teorizzazione freudiana, alla rimozione o negazione degli istinti sessuali, coerentemente con l'apparato sociale e culturale dell'epoca: la società repressiva del tardo Ottocento. Ma le esigenze "istintuali" dell'essere umano non sono date una volta per tutte ed immutabili, ma sono impulsi che nascono, si determinano e si articolano secondo i rapporti di potere e l'ideologia dominante nella società di riferimento (Jervis, 1987). Coerentemente, l'epidemiologia della malattia mentale varia quantitativamente e qualitativamente nel tempo in una stessa società e da una società all'altra (Gaddini, 1984). Le nuove forme sintomatologiche non funzionano allo stesso modo che in passato: il dispositivo della rimozione, così come la spinta espressiva dell'inconscio e del corpo a mostrare verità inaccettabili per la morale collettiva, sembrano essere meno rilevanti oggi rispetto che nel passato (Pozzetti, 2007). Il mondo interiore dell'individuo cambia nel tempo e nelle culture, e così cambiano le difese sintomatiche da lui adottate per far fronte al disagio; il sintomo andrebbe considerato come un linguaggio che

sceglie la sua modalità espressiva in accordo con il linguaggio della cultura in cui si colloca (Starace, 2002).

L'attacco di panico secondo la prospettiva della psicoanalisi lacaniana

All'interno della prospettiva lacaniana l'attacco di panico è considerato una delle principali figure della nuova clinica psicanalitica (Recalcati, 2010). Recentemente Pozzetti (2007) ha dedicato un saggio allo studio approfondito dell'attacco di panico. L'Autore apre la sua riflessione attraverso la differenziazione tra l'epoca attuale e quella freudiana. Freud ha elaborato la sua teoria nella società repressiva del tardo Ottocento dove la funzione del Padre (in senso simbolico) consisteva perlopiù nel proibire il godimento, nel dire di no al soddisfacimento pulsionale. Il Padre forte della teoria e dei casi clinici freudiani viene sempre più soppiantato oggi dall'immagine del Padre carente, fragile, vulnerabile. Il concetto lacaniano di "evaporazione del Padre"⁸ corrisponde simbolicamente a concetti già visti in precedenza come il crollo delle grandi narrazioni (Lyotard, 1979) o il decadimento dei garanti meta-sociali" (Kaes, 2013): quando viene a mancare la funzione orientativa e verticale dell'Ideale, del Padre, la vita appare come sprovvista di senso ed in preda al caos; la tenuta dei legami tra i membri dei gruppi entra inesorabilmente in crisi e la diffusione epidemica del panico sembrerebbe in grado di esprimere la presenza di legami liquidi nel tempo ipermoderno (Recalcati, 2010). Il panico rivela l'altra faccia della dimensione maniacale del tempo ipermoderno (l'essere nel divertimento illimitato, la ricerca continua del godimento, di nuove sensazioni ed esperienze). La libertà senza costrizioni rappresenterebbe una causa della paura sconfinata alla base del sintomo. Il panico rivela l'inconsistenza dell'Altro e una condizione esistenziale di abbandono, assimilabile all'esperienza della *Hilflosigkeit*⁹, "*dello sconforto, dello scoramento che si può sperimentare quando ci si ritrova abbandonati, lasciati soli e rispetto a cui l'angoscia appare già come una protezione*" (Pozzetti, 2007, p. 168). Il panico costituisce quindi una domanda d'aiuto, un appello all'Altro autentico. Nel panico ciò di cui il soggetto fa esperienza è innanzitutto la perdita dell'Altro, la perdita del sostegno simbolico dell'Altro (Recalcati, 2010) Infatti, i soggetti che soffrono di attacchi di panico spesso ricercano il sostegno delle persone con cui hanno un legame stretto ed intimo e, d'altra parte, rifuggono i contesti in cui vi è un'alta concentrazione di persone estranee. Questa dinamica può essere interpretata come un rifiuto nei confronti di un'esistenza condotta spesso a ritmi troppo elevati e un tentativo di ritrovare piacere nei confini, nelle abitudini, nelle consuetudini semplici e nella lentezza (Pozzetti, 2007).

⁸ Vedi J. Lacan, "Nota sul padre e l'universalismo", tr. it. in *La psicoanalisi*, 33,2003, p. 9.

⁹ Termine usato da Freud e traducibile come *Hilf* "aiuto" e *los* "perdita": letteralmente perdita di aiuto

L'attacco di panico secondo la psicoterapia della Gestalt

In direzione parallela e coerente si muove la prospettiva della psicoterapia della Gestalt¹⁰, per cui il modo in cui un individuo fa (o non fa) contatto con il proprio ambiente ne descrive la funzionalità psichica. Il processo di contatto con l'ambiente viene definito come *adattamento creativo* tra organismo e ambiente: il disagio psichico insorge dentro una relazione, ed è l'espressione di un cortocircuito tra l'intenzione di entrare in contatto con l'altro e una insuperabile incapacità di farlo (Salonia, 2005). La competenza relazionale, secondo questa prospettiva, nasce dalla capacità di integrare in modo creativo e positivo due bisogni fondamentali dell'essere umano: il bisogno di autorealizzazione e quello di appartenenza. Seguendo il ragionamento di Salonia (2005), ogni gruppo o comunità costituisce un proprio modello relazionale e quindi una propria modalità di integrazione tra le forze cosiddette centripete (che spingono verso l'appartenenza) e quelle centrifughe (che spingono invece verso l'autorealizzazione). Come abbiamo visto queste due modalità caratterizzano in modo distinto le modalità culturali dell'individualismo e del collettivismo (Hofstede, 1983).

Generalmente quando una società percepisce la possibilità di un pericolo imminente per la propria sopravvivenza (che può derivare, ad esempio, da una situazione di guerra o da una carestia) privilegia le spinte di tipo centripeto. I disagi psichici che si sviluppano in società così conformate esprimeranno allora la paura di uscire dall'appartenenza e di assumersi la responsabilità della propria unicità, così come viene descritto da Freud nella sua interpretazione di patologia psichica.

Quando invece una società non si trova di fronte ad un pericolo comune, man mano prendono forza le spinte centrifughe, che favoriscono il bisogno di autorealizzazione. La società si frammenta, dunque, in tante soggettività che non avvertono come primario l'interesse a vivere assieme e così le grandi narrazioni e le ideologie perdono la loro funzione di collante e punto di riferimento sociale. La scoperta e la valorizzazione della propria soggettività, seguendo sempre il ragionamento di Salonia, porta l'individuo a sperimentare, in un primo momento, una sorta di euforia narcisistica. In un secondo momento invece possono prendere il sopravvento le difficoltà legate sia alla costruzione identitaria (non è facile riconoscersi in un mondo narcisistico fatto di individui isolati) sia all'autorealizzazione stessa, in quanto è difficile realizzarsi a fronte di un infinito numero di possibilità e di attrattive¹¹. Ed è quest'ultima condizione quella che fa da sfondo, secondo l'Autrice, alla sempre maggiore frequenza degli attacchi di panico. L'attacco di

¹⁰ Testo di riferimento disciplinare, per un approfondimento sulla cornice teorica di riferimento: Perls F., Hefferline R. F., Goodman P., (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*, Astrolabio, Roma.

¹¹ Vedi paragrafo 2.1. sull'identità nel mondo contemporaneo

panico si costituisce come paura patologica dell'isolamento: nell'attacco di panico il soggetto sperimenta in modo vivido la sensazione di essere gettato nel mondo senza protezione e il sintomo del panico può quindi essere interpretato come *“una drammatica richiesta di relazione per ricostruire quell'appartenenza costitutiva di ogni identità integra e piena”* (Salonia, 2005, p. 46). La caratteristica peculiare e specifica dell'attacco di panico è, secondo questa prospettiva, il crollo del *ground*, cioè degli elementi di contesto che solitamente fanno da sfondo alla nostra quotidianità (Francesetti, 2005): *“stavo parlando tranquillamente con alcuni amici, quando improvvisamente ho sentito come un “clic” in me e mi sono sentito fuori dalla situazione, ho visto tutto dall'esterno, mi sono perso: una vertigine mi ha preso e ho avuto terrore”* (Francesetti, 2005, p. 61). Il crollo del *ground* viene favorito dalla carenza di un collettivo sicuro, contenente e rassicurante; come abbiamo visto anche nei capitoli precedenti, il contesto contemporaneo rende i legami di appartenenza labili, fluidi e fragili e può suscitare nell'individuo vissuto di solitudine:

un tema importante che emerge nel lavoro con i pazienti con attacchi di panico è infatti quello della solitudine: nella frammentazione delle appartenenze, nella crisi della *polis*, il sentirsi solo diventa insostenibile e terrificante [...] la solitudine della propria biografia spesso non trova argini nella frantumazione sociale che tende al contrario a generarla o ad amplificarla (Gecele & Francesetti, 2005, p. 159).

4.3. Una nuova prospettiva psico-culturale: attacco di panico come sintomo culturale

La prospettiva a cui si sceglie di aderire in questa ricerca tiene conto dell'influenza della psicologia culturale (Schweder, 1991), l'etnopsichiatria (Devereux, 1956) e la psicologia clinico-culturale (Ryder, Ban, & Chentsova-Dutton, 2011) e poggia quindi sull'idea generale che per comprendere lo sviluppo psicologico dell'individuo, sia in negativo che in positivo, sia necessario guardare al contesto sociale e culturale di appartenenza.

Ci sono fondamentalmente due modi di intendere l'attacco di panico come sintomo culturale o sociale. Da una parte l'attacco di panico può rappresentare il risultato "naturale" di alcune tendenze culturali e valoriali presenti in un determinato contesto sociale. In questo senso, come la ricerca di felicità estrema promossa dalla cultura individualistica può comportare sintomi depressivi (Ford *et al.*, 2014), l'attacco di panico può essere visto come sintomo connesso all'adattamento, all'incorporazione di determinate tendenze culturali da parte dell'individuo. In questo caso l'attacco di panico rappresenterebbe il prezzo da pagare per rimanere dentro ad una società che lo obbliga a vivere in una posizione difficile da sostenere.

In un altro senso l'attacco di panico potrebbe essere considerato come un atto di ribellione, un rifiuto, uno sconsiderato campanello di allarme che porta l'individuo a fare un passo indietro rispetto alla stretta maglia sociale e culturale che lo circonda. In questo caso la malattia psichica può essere vista come un tentativo frenetico e inappropriato di riorganizzazione (Devereux, 1956), di risoluzione di una problematica che si è andata a creare tra il Sé e la società. In questo senso l'attacco di panico non è un sintomo subito, ma un atto di liberazione, e la piaga consiste nel rimanere all'interno delle regole sociali e culturali imposte dal contesto (come nei casi studiati da Scheper-Hughes, 2000). Infatti, in questo scenario

quando la malattia viene intesa come "liberazione" è vissuta alla stregua di un evento eccezionale che interrompe la routine quotidiana, permettendo all'individuo di esprimere i propri bisogni. Uno "star male" che diventa parte integrante dell'esistenza, generando modalità di *coping* – spesso nutrite dalla disponibilità collettiva di conoscenze mediche e psicologiche – per conquistare nuove forme di adattamento alla vita collettiva. (Zamperini, 2010, p. 21)

L'ansia rappresenterebbe quindi un *meccanismo d'interruzione* (Simon, 1967) rispetto ai processi in atto fino a quel momento. Questa visione risulta coerente con quella di diversi Autori (ad esempio Bowlby, 1969; 1973) che hanno interpretato l'ansia come elemento protettore dai pericoli; se l'ansia sopraggiunge per la paura della separazione sociale, può essere letta come

campanello di allarme in grado di mettere in salvo l'individuo dall'isolamento. Questa ipotesi è suffragata anche da evidenze cliniche relative ai pazienti con disturbo di panico, i quali sono soliti cercare nella loro cerchia di conoscenti una figura di riferimento su cui riporre la loro fiducia, il cosiddetto “*accompagnatore*”, su cui fare affidamento nei momenti di difficoltà (Pozzetti, 2007, p. 121-122). Nel caso in cui si adottasse una visione di cultura occidentale contemporanea come allentamento dei legami sociali, l'attacco di panico sarebbe da considerare come un sintomo-allarme che prelude ad un tentativo disperato di recupero di una dimensione culturale e sociale significativa; costituisce dunque una domanda d'aiuto, un appello all'Altro autentico (Pozzetti, 2007).

E' possibile quindi considerare l'attacco di panico come un sintomo in grado di riflettere la natura specifica di alcuni conflitti prevalenti nella nostra cultura occidentale, contemporanea e individualista, risultato dell'intreccio fra processi storico-sociali e l'esperienza di disagio vissuta sul proprio corpo? Per rispondere a queste domande abbiamo cercato di tracciare un profilo del contesto culturale e sociale di riferimento, tenendo conto di quelle caratteristiche che potrebbero riflettersi nel sintomo: il paradosso della scelta, il paradosso dell'autonomia e il ruolo dell'incertezza

4.3.1. Il paradosso della scelta

Siamo in un'epoca storica e culturale in cui i concetti di libertà e indipendenza ricoprono un posto centrale nella nostra organizzazione valoriale: le persone sono incoraggiate a sfruttare la libertà socialmente concessa loro al fine di decidere che tipo di persone vogliono essere e di cambiare ogni volta lo sentano necessario o desiderabile, a prescindere il più possibile da influenze esterne. Possiamo affermare che “*per la maggior parte di noi nel mondo sviluppato, scegliere è diventata la questione più importante del nostro tempo*” (Rosenthal, 2006, p. 5), nonché la più fondamentale ed ineludibile delle libertà umane (Frankl, 1963). L'assunto base della società occidentale potrebbe essere riassunto come segue (Schwartz, 2012):

- Più libertà e autonomia hanno le persone, maggiore è il loro benessere
- Più possibilità di scelta hanno le persone, maggiore è la loro libertà e autonomia
- Quindi, maggiore possibilità di scelta hanno le persone maggiore sarà il loro benessere

Eppure questo sistema assiomatico non sembra riflettere quello che accade nella realtà. Bauman, ad esempio, nell'introduzione al volume “*La solitudine del cittadino globale*”, introduce il tema della libertà contemporanea come tema problematico attraverso queste parole:

Se la battaglia per la libertà è stata vinta, come si spiega che la capacità umana di immaginare un mondo migliore e di fare qualcosa per migliorarlo non è tra i trofei di quella vittoria? E ancora, che genere di libertà è quella che frustra l'immaginazione e tollera l'impotenza delle persone libere nelle questioni che le riguardano? (Bauman, 2000, p. 4).

La libertà di scelta può anche trasformarsi in una tirannia (Schwartz, 2000), in quanto l'ampia possibilità di scelta disponibile accompagnata da una mancanza di norme culturali orientanti nella scelta, può far sentire l'individuo solo davanti a tante scelte, paralizzato e soverchiato dalle stesse. Il rapporto tra libertà e soddisfazione può essere rappresentato attraverso una U rovesciata (Grant & Schwartz, 2011)

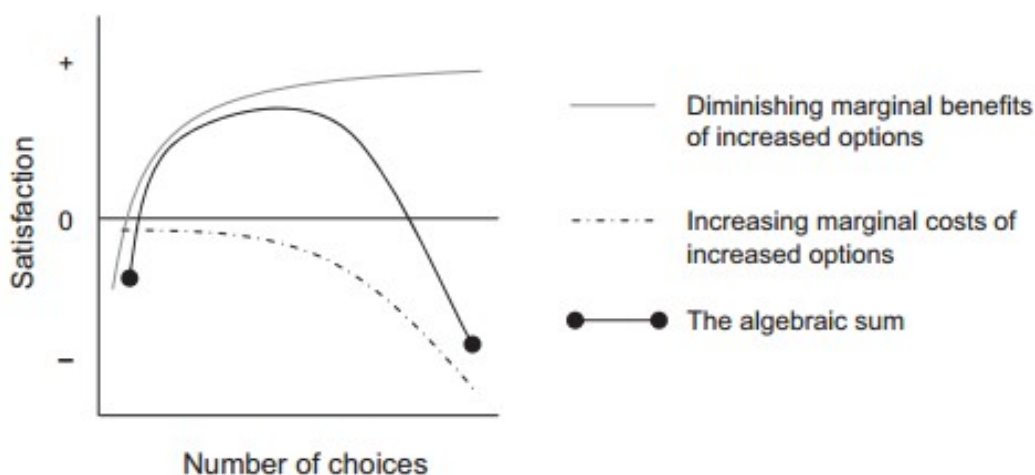


Figura 10: La curva a U rovesciata che esprime il rapporto tra numero di scelte e soddisfazione (Grant & Schwartz, 2011, p.69)

Il grafico pone sull'asse delle x il numero di scelte in uno specifico dominio e su quella delle y il livello di soddisfazione connesso ad esse.

La curva grigio chiaro segna la relazione positiva tra scelta e benessere: la presenza della possibilità di scelta ha un'influenza positiva sulla soddisfazione, ma tale relazione non segue un andamento lineare. Vi è una diminuzione del beneficio marginale man mano che aumentano le opzioni: ad un certo punto tale relazione diventa perlopiù costante.

La curva a trattini rappresenta invece tutti gli effetti negativi legati alla scelta: il rimpianto, le opportunità perse, le alte aspettative. All'aumentare del numero di scelte ne aumentano i costi, costituendo una relazione disfunzionale. Infine la curva nera è la somma algebrica delle due curve descritte precedentemente e dovrebbe mostrare lo stato psicologico derivante dalla combinazione dei due effetti. Diversi studi sperimentali hanno apportato credibilità a questa

visione, dimostrando gli effetti negativi della troppa scelta (ad esempio Iyengar & Lepper, 2000; Iyengar, Huberman, & Jiang, 2004; Iyengar, Wells, & Schwartz, 2006; Eckersley e Dear, 2002); Esistono anche diversi studi che sostengono una visione opposta (per una rassegna Misuraca, 2013), ma riguardano perlopiù il consumo di beni materiali e la soddisfazione ad esso connesso. La relazione tra numero di scelte e insoddisfazione non sembrerebbe valere per tutti gli individui allo stesso modo, ma riguarda soprattutto coloro che si caratterizzano come “massimizzatori” (Schwartz, 2004), cioè coloro che si aspettano il meglio dagli esiti delle loro scelte, e che non si accontentano del “*good enough*”, del sufficientemente buono. I massimizzatori tendono a dare più importanza al confronto sociale e quindi a ricavare minore soddisfazione dalle loro scelte, anche quando l’esito delle stesse è positivo tanto quanto quello degli altri. Nello specifico le indagini sulla massimizzazione hanno portato a concludere che (Schwartz, 2004):

- I massimizzatori si godono meno gli eventi positivi rispetto ai *satisfiers* (cioè coloro che si accontentano di decisioni che considerano come sufficientemente buone) e sentono di avere minori capacità di reagire agli eventi negativi
- Quando accadono cose negative, i massimizzatori impiegano più tempo a recuperare i precedenti livelli di benessere
- I massimizzatori tendono alla ruminazione mentale più dei *satisfiers*

Sarebbero quindi soprattutto i massimizzatori a vivere il costo del loro investimento sulle scelte attraverso una minore soddisfazione di vita ed una minore felicità. Il connubio tra alte aspettative e rimuginio dovuto alla difficoltà nella scelta può portare quindi i massimizzatori a vivere la propria quotidianità in uno stato di ansia e insoddisfazione. A questo proposito si parla anche del “paradosso della massimizzazione” (Dar-Nimrod, Rawn, Lehman, & Schwartz, 2009), che consta nel pattern per cui i massimizzatori tendono a sacrificare risorse per ottenere più opzioni che, a loro volta, portano ad una riduzione della loro soddisfazione.

In generale Schwartz (2004) ha identificato diversi processi psicologici implicati nella riduzione della soddisfazione nella scelta che si attivano nel momento in cui il set di scelte è molto ampio. La grande possibilità di scelta aumenta le aspettative rispetto ai risultati che si possono ottenere. L’Autore esemplifica questa condizione attraverso l’esempio dei jeans: se esistono uno o due tipologie di jeans, le aspettative sulla loro vestibilità da parte dell’acquirente saranno piuttosto modeste. Nel caso in cui invece esistessero dozzine di stili e modelli tra cui scegliere, l’aspettativa nei confronti dell’acquisto aumenta: la persona crederà che, tra tutte queste possibilità di scelta, sia possibile trovare la taglia, lo stile, la misura perfetta per lui. Come

conseguenza dell'aumento delle aspettative, aumenta la salienza delle opportunità perse o non sfruttate e una reazione di auto-colpevolizzazione; immaginiamo una persona che, dopo aver dedicato molte attenzioni ed energie nel compiere una scelta, infine risulti poco soddisfatto della scelta presa. Più opzioni avrà avuto a disposizione più non potrà che dare la colpa a se stesso della propria insoddisfazione (Schwartz, 2012).

L'emozione più strettamente connessa ai meccanismi qui descritti è quella del rimpianto: un'emozione controfattuale (Kahneman & Miller, 1986), legata ad una specifica modalità cognitiva di pensiero, che si basa sul paragone tra ciò che è e ciò che sarebbe potuto essere oppure che potrebbe essere (Bell, 1982; Sagi & Friedland, 2007; Landman, 1993). E' possibile distinguere due diverse tipologie di rimpianto; il cosiddetto *hot regret*, traducibile nel concetto di rimorso o rammarico, caratterizzato da un forte senso di auto-biasimo e dal desiderio di poter tornare indietro e cambiare le cose a seguito di un'azione compiuta, e il *witful regre* che, meno intenso, presenta caratteristiche nostalgiche e malinconiche proprie di quando si pensa alle occasioni perdute a seguito di azioni mancate, e corrisponde a livello semantico al rimpianto vero e proprio (Kahneman, 1995). E' possibile ipotizzare che il rimpianto si caratterizzi come emozione psico-sociale negativa legata al paradosso della scelta, in quanto strettamente legato al senso di responsabilità che segue una scelta dal risultato insoddisfacente e il meccanismo di auto-colpevolizzazione ad esso collegato (Connolly & Zeelenberg, 2002): infatti si potrebbe affermare che se non ci fossero opzioni tra cui scegliere probabilmente non ci sarebbe rimpianto (Zeelenberg, Van Dijk, & Manstead, 2000). Diversi studi hanno dimostrato un legame significativo tra l'emozione del rimpianto e *outcome* di salute mentale, quali ansia e depressione (Landman *et al.*, 1995; Lecci, Okun, & Karoly, 1994; Bruine de Bruin *et al.*, 2016; Monroe *et al.*, 2005; Kocovski, Rector, & Flett, 2005; Roese, *et al.*, 2009). In altre ricerche è stata evidenziata la sua diffusione in occidente; all'interno degli impianti conversazionali, il rimpianto risulta posizionarsi subito dopo l'amore tra le emozioni più diffusamente utilizzate (Shimanoff, 1984).

In conclusione, per quanto l'individuo sia dotato di ampia libertà di scelta, questo non equivale al dire che esso agisca nel vuoto, che sia realmente libero da ogni forma di condizionamento riconducibile alla sfera sociale o politica: i vincoli sociali non si sono affatto ridotti rispetto al passato, ma è possibile considerare la possibilità che essi si siano moltiplicati, in quanto dipenderebbero non dall'appartenenza di gruppo ma bensì dalle scelte personali dell'individuo (Beck, 2000). Le persone, nel nostro contesto socio-culturale, hanno un forte controllo sulle proprie scelte; esse sono frutto principalmente di una volontà individuale. Eppure molti disagi mentali sembrano trovare origine in questa dinamica: le aspettative risultano altissime e, nel caso di un fallimento, la persona non può che incolpare se stessa (Schwart, 2004). Evidenze cliniche

legano le difficoltà connesse al prendere decisioni allo sviluppo manifestazioni ansiose. In un recente lavoro, Nardone (2014), ad esempio, parlando della paura di non essere all'altezza delle scelte da compiere, sostiene l'esistenza di tre esiti sintomatici

- Forma lieve: la persona entra in ansia di fronte alle decisioni e analizza ripetutamente possibilità e rischi prima di operare qualsiasi scelta. Una volta presa una decisione attende con timore gli esiti della stessa
- Forma media: il soggetto cerca di delegare ad altri le proprie responsabilità e di rimandare il più possibile il momento della scelta. I dubbi risultano laceranti e l'angoscia per gli esiti delle scelte operate si manifesta in modo logorante
- Forma severa: dubbi continui e sfiducia nelle proprie risorse invalidano la capacità di decidere e operare scelte. Si manifestano frequentemente attacchi di panico e stati depressivi.

Quindi è possibile ipotizzare che il conflitto sociale alla base dell'attacco di panico come sintomo etnico si leghi al cosiddetto paradosso della scelta, collegandosi dunque ai costrutti di tendenza alla massimizzazione e tendenza al rimpianto.

4.3.2. Il paradosso dell'autonomia

L'individualismo è una tendenza culturale che si basa sul mettere al centro l'individuo, le sue potenzialità, la sua libertà personale e di scelta e riflette uno stato di indipendenza emozionale e di autonomia personale (Hofstede, 1984), la promozione indiscriminata autonomia ed indipendenza come valori culturali principali, comporta ambiguità e paradossi, come sostenuto all'interno di diversi contributi accademici (Chirkov *et al.*, 2003; Kagitcibasi, 2005; Ryan & Deci, 2006; Eckersley, 2006). In tutte le definizioni teoriche di autonomia si trovano, generalmente, combinate tra loro, due diverse dimensioni significative (Kagitcibasi, 2005): la prima riguarda il grado di separatezza che intercorre tra gli altri e il Sé, che, se Indipendente, ci si aspetta abbia dei confini personali stabili e ben definiti. La seconda dimensione ha a che fare con il funzionamento autonomo, e viene etichettata con il termine *agency*. In questo caso con autonomia si intende la possibilità di agire in accordo con i propri valori ed i propri desideri. Il suo opposto è l'eteronomia, e cioè il senso di controllo sulle proprie azioni da parte di forze esterne. Queste due dimensioni teoriche sono indipendenti tra loro e la presenza di una non implica necessariamente l'altra (Kagitcibasi, 2005). Il bisogno di autonomia (vs eteronomia) costituisce infatti un bisogno universale che non interferisce con il bisogno di appartenenza e di integrazione sociale, tanto che può essere soddisfatto allo stesso modo in società sia

individualiste che collettiviste. Il valore dell'indipendenza, invece, non è da considerarsi come un bisogno universale: essendo intimamente legato ad una dimensione di separatezza potrebbe anzi portare ad uno stato di malessere psicologico. E' di aiuto ad una disambiguazione la distinzione esistente tra libertà positiva e libertà negativa. Riprendendo il filosofo Isaiah Berlin (1989), con il termine libertà negativa ("libertà da") si fa riferimento alla possibilità di esercitare il proprio volere senza impedimenti relativi a condizionamenti esterni, e quindi ad una condizione di indipendenza del soggetto. Il concetto di libertà positiva ("libertà di") fa riferimento invece alla possibilità di orientare il proprio volere verso uno scopo: è la libertà di autodeterminarsi in modo autonomo. Secondo Schwartz (2012) al fine di essere veramente "liberi di" autodeterminarci in modo positivo e pieno, abbiamo bisogno di confini, di regole, che non ci lascino "liberi da" tutto ciò che ci è attorno, e quindi soli, abbandonati con le nostre scelte. Per concludere potremmo dire che per raggiungere una reale autonomia è necessaria una dimensione di "dipendenza", nell'accezione che si oppone al termine indipendenza. A commento di queste riflessioni è interessante citare, per il loro valore storico, le parole di Erich Fromm:

L'uomo moderno, liberato dalle costrizioni della società preindividualistica, che al tempo stesso gli dava sicurezza e lo limitava, non ha raggiunto la libertà nel senso positivo di realizzazione del proprio essere: cioè di espressione delle sue potenzialità intellettuali, emotive e sensuali. Pur avendogli portato indipendenza e razionalità, la libertà lo ha reso isolato e, pertanto, ansioso e impotente. Questo isolamento è intollerabile [...] (Fromm, 1941, p. 3-4).

Tale paradosso dell'autonomia, che fa da cappello al già citato paradosso della scelta, si esplica nell'identica importanza data ai valori di autonomia ed indipendenza all'interno del contesto occidentale contemporaneo. In questo senso la cultura individualista risulta caratterizzata da una duplice natura:

- **Cultura come promotore di indipendenza** - Una parte della letteratura suggerisce l'immagine di una cultura caratterizzata da un cedimento dei garanti meta-sociali (Kaes, 2013), dall'indebolimento delle fondamenta collettive simboliche, da un crollo delle grandi narrazioni (Lyotard, 1979) cioè il venir meno di quelle grandi ideologie e fedi su cui solitamente si regge la coesione e la coerenza sociale e dalla liquefazione dei legami che le permettevano di essere coerente e significativa (Bauman, 2003). Queste teorie richiamano un'idea di cultura come evaporazione della cultura in cui il soggetto solo, senza altra possibilità di sostegno se non su se stesso, a navigare a vista in una società senza punti di riferimento stabili, in un orizzonte di *Unsicherheit* (Bauman, 2000). Coerentemente, diverse ricerche suggeriscono che alla tendenza culturale all'individualismo corrispondano

generalmente stati psicologici negativi, come una maggiore vulnerabilità al subire sentimenti di alienazione (Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003) e sintomi di depersonalizzazione (Sierra *et al.*, 2006; Sierra-Siegert & David, 2007).

- **Cultura come promotore di autonomia** –La cultura occidentale contemporanea può essere intesa anche come culto dell'autonomia, del controllo personale, dell'autostima, e quindi può essere considerata una cultura in grado di promuovere la percezione di benessere e di qualità della vita delle persone che ne fanno parte (Veenhoven, 1999; Ahuvia, 2002; Fischer & Boer, 2011). In questo caso le persone sarebbero solo influenzate da regole diverse, ma non per questo più infelici né tanto diverse delle generazioni che li precedono (Trzesniewski & Donnellan, 2010; Arnett, 2010; Roberts *et al.*, 2010). In questo scenario l'attacco di panico sarebbe connesso più a disposizioni personali che alla più generale dimensione culturale occidentale.

La mancanza di un'adeguata differenziazione tra le dimensioni valoriali di autonomia (l'abilità di agire in accordo con credenze e valori interiorizzati) e di indipendenza (il non essere dipendenti o influenzati dagli altri) possono portare alcuni studi a conclusioni poco chiare o sostenibili. Ad esempio dall'analisi cross-culturale relativa alle fonti del benessere di Oishi (2000) si giunge alla conclusione che nelle culture non occidentali il grado di autonomia delle persone non influenzi la loro soddisfazione di vita, e cioè che il valore dell'autonomia non sia tanto rilevante in culture collettiviste quanto in quelle individualiste. E' probabile che questo risultato, opposto ad una visione dell'autonomia come fonte universale di benessere, dipenda da una scarsa differenziazione tra le dimensioni di autonomia ed indipendenza (parole usate effettivamente come sinonimi all'interno dell'articolo). D'altra parte, invece, emerge quanto avere relazioni sociali positive sia un aspetto importante per la soddisfazione di vita in tutte le culture, sia collettiviste, che individualiste, ponendo in primo piano la necessità di tener conto dell'integrazione sociale nell'analisi del benessere degli individui.

Nel presente studio la differenziazione tra le dimensioni valoriali di indipendenza e autonomia, viene considerata attraverso l'operazionalizzazione e concettualizzazione dei due costrutti di benessere in grado di integrare, al loro interno, la dimensione culturale e sociale dell'esperienza soggettiva:

- La teoria del benessere sociale (Keyes, 1998), che, soprattutto nelle dimensioni di integrazione sociale, contributo sociale ed accettazione sociale, sottolinea l'importanza della non indipendenza per il benessere psicologico;

- La teoria del flusso di coscienza (Csikszentmihalyi, 1975, 1990), che pone l'attenzione sulla necessità di autonomia per il benessere.

Queste due concettualizzazioni di benessere possono essere utilizzate per indagare il legame tra attacco di panico e cultura, posizionandosi come costrutti non prettamente clinico-individuali, ma psico-culturali (Ryder, Ban, & Chentsova-Dutton, 2011).

4.3.3. Il ruolo dell'incertezza

Il disagio della civiltà, agli inizi del '900 si basava su uno scambio descrivibile come segue: la civiltà donava agli individui sicurezza, ed in cambio richiedeva loro una limitazione della libertà individuale, una repressione degli istinti pulsionali (Freud, 1929). Questo scambio, poi teorizzato come il principio di piacere che si piega al principio di realtà, ed è stato deputato come conflitto all'origine dell'isteria. Ad oggi sembrerebbe che questo equilibrio sia stato di fatto invertito e che la libertà individuale regni sovrana (Bauman, 1999; Schwartz, 2000) richiedendo in cambio la sicurezza degli individui. Il disagio contemporaneo deriverebbe quindi da un senso generalizzato di incertezza (Bauman, 2000). L'individualità sofferente si troverebbe sconnessa da una rete di senso condiviso, lasciata senza confini di senso entro cui orientarsi; l'identità risulta *disembedded* (Giddens, 1990), disancorata ed instabile. In questo senso l'identità contemporanea sembrerebbe non permettere rassicurazioni definitive e l'insufficiente senso di stabilità che dovrebbe derivare da essa potrebbe predisporre allo sviluppo di disturbi psichici. I giovani adulti in questo scenario, sempre più preoccupati a causa dell'incertezza percepita riguardo il loro futuro (Veroff, Douvan, & Kulka, 1981), risultano infelici, disorientati, cinici e predisposti al disagio mentale (Twenge, 2006; Eckersley & Dear, 2002; Eckersley, 2010). Queste riflessioni possono essere integrate con alcune delle teorizzazioni psicanalitiche di Kaës (2013), che identifica, come abbiamo visto, nel cedimento dei garanti meta sociali una caratteristica fondamentale della società ipermoderna, implicata nel malessere ordinario del soggetto: la vita psichica risulta quindi minacciata dall'instabilità delle sue fondamenta collettive simboliche.

Come abbiamo accennato in precedenza, la psicologia cognitiva pone all'origine delle manifestazioni ansiose in generale (Sassaroli & Ruggiero, 2002), e della paura di perdere il controllo dell'ansia (AS) in particolare (Carleton *et al.*, 2013), il costrutto dell'intolleranza all'incertezza (IU), che costituisce una predisposizione disposizionale del soggetto e comporta un'insofferenza alle situazioni non definite.

Tale costrutto potrebbe essere sollecitato dall'alto grado di incertezza in cui ci si ritrova all'interno del panorama sociale e culturale contemporaneo. Riprendendo la riflessione di Bauman (2000), la visione del panico come sintomo etnico (Devereux, 1956) risulterebbe connessa alla dimensione di incertezza diffusa tipica dell'età contemporanea che sembrerebbe in continuo aumento: secondo l'Autore è in atto un processo di radicale e inesorabile 'aumento dell'incertezza' (*'uncertainization'*), che potrebbe essere visto come una causa dell'instabilità delle fondamenta collettive simboliche della vita psichica (Kaes, 2013). Per concludere, per quanto l'approccio cognitivo non consideri in modo diretto le caratteristiche della cultura di appartenenza come un fattore eziopatologico dell'attacco di panico, le riflessioni che offre sull'argomento permettono di connessioni proficue tra questo disturbo ad alcune dimensioni psico-culturali considerate in precedenza, che andranno approfondite attraverso la lettura dei dati ottenuti dalla qui presente ricerca. L'incertezza percepita dagli individui, nel nostro mondo sociale, potrebbe caratterizzare una possibile origine ai disturbi di ansia e panico che si riscontrano in modo crescente in occidente. Attraverso alcune dimensioni del benessere sociale (Keyes, 1998), in particolare la dimensione di attualizzazione sociale, che si collega ad una scarsa fiducia nei confronti del futuro e quella di coerenza sociale, che consta nell'incapacità di comprendere il contesto di appartenenza e di orientarsi in modo sicuro nel mondo sociale, sarà possibile sondare in modo indiretto il peso nel disagio individuale connesso alla mancanza di certezze sociali percepite.

LA RICERCA

5. Obiettivi di ricerca

L'obiettivo principale della presente ricerca è indagare la relazione che intercorre tra alcune variabili psico-culturali e lo sviluppo di una specifica forma di disagio psicologico individuale quale l'attacco di panico. Nello specifico, la domanda di ricerca che ci si è posti è: l'attacco di panico può essere considerato un sintomo etnico (Devereux, 1956)? Alla luce della review effettuata su un'ampia letteratura di stampo trans-disciplinare, si è deciso di tenere conto di tre dinamiche culturali nelle cui pieghe potrebbero annidarsi i possibili conflitti che, se interiorizzati, possono venire somatizzati dal soggetto attraverso il sintomo dell'attacco di panico. Il primo paradosso è il cosiddetto "paradosso della scelta", i cui effetti sono misurabili attraverso l'operazionalizzazione dei costrutti di tendenza al rimpianto e tendenza alla massimizzazione (Schwartz, 2004). Il secondo paradosso, effetto del primo, riguarda la compresenza a livello culturale di due tendenze valoriali che, pur sembrando simili, potrebbero avere effetti sul benessere individuale opposti; l'indipendenza e l'autonomia. In questo senso l'attacco di panico emergerebbe quando all'autonomia del soggetto non corrisponde un corrispettivo sostegno da parte della *polis* postmoderna, caratterizzata da appartenenze fragili e quindi in corrispondenza con la promozione del valore culturale dell'indipendenza, come suggerito dalle teorizzazioni di Francesetti sul tema (2005). Per testare questa ipotesi abbiamo operazionalizzato la tendenza culturale di indipendenza come una carenza di benessere sociale, attraverso la lettura dei dati relativi a integrazione sociale, contributo sociale e accettazione sociale (Keyes, 1998) e la tendenza all'autonomia come flusso di coscienza (Csikszentmihalyi, 1990). Cercheremo quindi di ricavare dai dati alcune informazioni relativamente al ruolo dell'incertezza, attraverso la lettura dei dati riguardanti coerenza sociale e attualizzazione sociale (Keyes, 1998). Per poter cogliere anche i casi in cui la cultura non portasse allo specifico sintomo del panico, abbiamo inserito anche un precursore dello stesso, quale *l'anxiety sensitivity*, ovvero la paura di perdere il controllo dell'ansia, che in ricerche precedenti è risultato un precursore significativo del sintomo in popolazioni non cliniche quali quella utilizzata nel presente studio (Donnell & McNally, 1990).

Nello specifico, dai dati raccolti, ci si propone di mettere in atto i seguenti approfondimenti specifici:

- Conoscere la percentuale giovani adulti che ha avuto almeno un attacco di panico nell'arco della vita

- Indagare la relazione tra il benessere sociale con le sue sotto-scale specifiche e le altre dimensioni indagate, ipotizzando che un punteggio basso nella scala del benessere sociale possa rappresentare un precursore allo sviluppo della paura di perdere il controllo dell'ansia e di attacchi di panico.
- Indagare il ruolo dell'esperienza di flusso di coscienza per indagare se coloro che hanno, nella loro vita quotidiana, esperienze di questo tipo si differenziano da coloro che non le hanno. Inoltre andremo ad identificare quali categorie di attività permettono di avere esperienze di flusso più intense nel campione. L'ipotesi specifica su questa dimensione teorica è che si caratterizzi come fattore protettivo nei confronti del sintomo del panico e della paura di perdere il controllo dell'ansia e che correli positivamente con il benessere sociale e le sue sottodimensioni e negativamente con l'emozione del rimpianto e la tendenza alla massimizzazione
- Scoprire quanto la tendenza alla massimizzazione caratterizzi il campione e quanto comporti variazioni significative nelle altre dimensioni indagate. In particolare si ipotizza che coloro che riportano una più alta tendenza alla massimizzazione sperimentino un livello di rimpianto nelle scelte significativamente più alto, un livello di benessere sociale e flusso di coscienza più basso, che abbiano una maggiore paura di perdere il controllo dell'ansia e un numero medio di sintomi di attacchi di panico più alto.
- Indagare il ruolo della tendenza al rimpianto, dimensione emozionale in parte legata al paradosso della scelta insito all'interno del nostro panorama culturale, e precursore di outcome psicopatologici, come emerge da numerosi studi (Landman *et al.*, 1995; Lecci, Okun, & Karoly, 1994; Bruine de Bruin *et al.*, 2016; Monroe *et al.*, 2005; Kocovski, Rector, & Flett, 2005).

6. Campione

La presente ricerca ha coinvolto un campione di 335 studenti universitari dell'Università degli Studi di Milano. La somministrazione è avvenuta nell'anno 2015. Il campione utilizzato per le analisi è passato da una numerosità di 335 a 183, in quanto sono stati esclusi dall'analisi tutti coloro che, pur avendo espresso 4 o più sintomi del panico, non hanno selezionato la compresenza degli stessi. In questo modo l'attacco di panico viene indagato conformemente a come viene descritto all'interno del DSM V (APA, 2013) e il risultato può essere considerato maggiormente attendibile. Il 67% del campione è di sesso femminile, di età compresa tra i 18 e i

34 anni (età media 20,4). I soggetti frequentano diverse facoltà umanistiche, quali Scienze Umane e Ambientali, Storia, Comunicazione e Beni Culturali.

7. Strumento di analisi

Ai partecipanti è stato chiesto di rispondere ad un questionario self report (riportato in allegato) che comprendeva le seguenti sezioni:

- **Scala del benessere sociale** (Keyes, 1998) nella sua versione italiana (Cicognani, Albanesi, & Berti, 2001), di 33 item, accompagnata da una scala di risposta a 7 punti. Attraverso questa scala si ottiene la valutazione che i soggetti fanno delle proprie condizioni di vita e del proprio funzionamento all'interno della società ed identifica cinque dimensioni su cui si basa tale valutazione: integrazione sociale, contributo sociale, accettazione sociale, attualizzazione sociale e coerenza sociale.

L'attendibilità della scala è stata calcolata mediante il coefficiente alfa di Cronbach sia per le cinque sottodimensioni che la compongono che nella sua totalità. Il valore dell'alfa di Cronbach della scala nel suo complesso è buono (.89). I valori relativi alle sottodimensioni sono anch'essi elevati, come si può vedere nella tabella che segue. La sottodimensione di "coerenza sociale" mostra un coefficiente di coerenza interna basso (.547) ma comunque migliore di quello ottenuto, nella stessa sottodimensione, nel lavoro di validazione della scala nella sua versione italiana (Cicognani, Albanesi, & Berti, 2001).

Le subscale correlano tutte tra loro in modo significativo come è possibile vedere nella sezione successiva relativa alle correlazioni tra le diverse variabili analizzate (Tabella 10).

Sottodimensioni del benessere sociale	Item	Media	Deviazione std.	Alfa di Cronbach
Integrazione sociale (Item esemplificativo: <i>Sento di essere una componente importante della mia comunità</i>)	SW1	4,44	1,737	,775
	SW6	3,18	1,480	
	SW11	3,67	1,434	
	SW16	3,98	1,430	
	SW21	3,04	1,500	
	SW26	4,58	1,617	
	SW31	4,43	1,430	
Accettazione sociale (Item esemplificativo: <i>Penso che la gente si preoccupi dei problemi altrui e sia disponibile ad aiutare</i>)	SW2	4,24	1,596	,841
	SW7	3,61	1,327	
	SW12	2,90	1,436	
	SW17	4,92	1,636	
	SW22	3,48	1,672	
	SW27	3,51	1,747	
	SW32	3,40	1,307	

Contributo sociale (Item esemplificativo: <i>Penso che la gente si preoccupi dei problemi altrui e sia disponibile ad aiutare</i>)	SW3	3,44	1,420	,774
	SW8	4,35	1,544	
	SW13	4,73	1,580	
	SW18	5,04	1,495	
	SW23	3,57	1,392	
	SW28	5,04	1,448	
Attualizzazione sociale (Item esemplificativo: <i>Credo che la società sia in continuo sviluppo</i>)	SW4	4,23	1,758	,791
	SW9	3,99	1,815	
	SW14	3,23	1,639	
	SW19	4,50	1,692	
	SW24	3,41	1,588	
	SW29	5,41	1,534	
	SW33	2,46	1,195	
Coerenza sociale (Item esemplificativo: <i>Mi è difficile capire quello che accade nel mondo</i>)	SW5	4,78	1,679	,547
	SW10	5,62	1,477	
	SW15	4,69	1,593	
	SW20	5,77	1,366	
	SW25	6,26	1,024	
	SW30	3,56	1,723	

Tabella 3: le sottodimensioni del benessere sociale - analisi degli item e test dell'affidabilità

- Maximization scale** a 13 item, accompagnata da una scala di risposta a 7 punti, tradotta e riadattata in collaborazione con l'Autore (Schwartz *et al.*, 2002). La scala permette di identificare le persone che si caratterizzano per una tendenza alla massimizzazione. I punteggi ricavati da ogni item (13 in totale) vanno sommati tra loro, e quindi si muovono tra un minimo di 13 ed un massimo di 91. I soggetti che ottengono un punteggio da 65 in su vengono identificati come massimizzatori mentre coloro il cui punteggio è sotto il 40 vengono considerati *satisfiers* (Schwartz, 2004). Nel processo di riadattamento e traduzione della scala, 9 item sono stati mantenuti identici e la traduzione si è attenuta il più fedelmente possibile alla versione originale inglese. In alcuni casi, invece, gli item originali sono stati rielaborati in modo da renderli più capaci di cogliere tendenze comportamentali attuali. Come è possibile vedere nella tabella che segue, gli item 3 e 4, che indagano, rispettivamente, il continuo cambiare canale tv e stazione radio, sono stati incorporati nel nuovo item 3. E' stato aggiunto un item in grado di indagare la stessa tipologia di comportamento rispetto alla fruizione di un media ad oggi più diffuso, e cioè internet (nuovo item 4). Allo stesso modo, al fine di cogliere tendenze comportamentali più contemporanee, l'item 7 originale, che indagava la difficoltà nello scegliere, di fronte ad un'ampia scelta, una

videocassetta a noleggio, è stato sostituito con il nuovo item 7, che indaga la stessa difficoltà di scelta dei film in streaming su internet.

Maximization scale		
Item n.	Versione originale	Nuova versione in italiano
1	Whenever I'm faced with a choice, I try to imagine what all the other possibilities are, even ones that aren't present at the moment.	Ogni volta che devo fare una scelta, cerco di immaginarmi quali possano essere tutte le altre possibilità, anche quelle che non sono presenti al momento
2	No matter how satisfied I am with my job, it's only right for me to be on the lookout for better opportunities	Non importa quanto io sia soddisfatto del mio lavoro, trovo giusto continuare a cercare opportunità migliori
3	When I am in the car listening to the radio, I often check other stations to see if something better is playing, even if I am relatively satisfied with what I'm listening to	Quando ascolto la radio o guardo la tv, faccio spesso zapping per vedere quali altre opzioni sono disponibili anche mentre sono relativamente soddisfatto di ciò che sto ascoltando
4	When I watch TV, I channel surf, often scanning through the available option even while attempting to watch one program	Quando navigo su internet spesso continuo ad aprire nuove finestre anche se ho già trovato qualcosa di sufficientemente interessante
5	I treat relationship like clothing, I expect to try a lot before finding the perfect fir	Considero le relazioni come i vestiti: ne provo molti prima di trovare quello che mi sta a pennello
6	I often find it difficult to shop for a gift for a friend	Trovo difficile scegliere il regalo giusto per un amico
7	Renting videos is really difficult. I'm always struggling to pick the best one	Scegliere un film in streaming su internet per me è molto difficile perché non riesco a decidermi per quale sia il migliore per quel momento.
8	When shopping, I have a hard time finding clothing that I really love	Quando faccio acquisti, trovo difficile trovare vestiti di cui mi innamoro davvero
9	I'm a big fan of lists that attempt to rank things (the best movies, the best singers, the best athletes, the best novels, etc.)	Sono un grande fan delle liste per fare classifiche di diverse cose (migliori film, migliori cantanti, migliori atleti, migliori romanzi, etc.)
10	I find that writing is very difficult, even if it's just writing a letter to a friend, because it's so hard to word things just right. I often do several drafts of even simple things.	Scrivere per me è molto difficile, anche scrivere una lettera ad un amico, perché faccio fatica a trovare le parole giuste per esprimermi. Spesso faccio numerose bozze anche per cose semplici
11	No matter what I do, I have the highest standards for myself	Non importa cosa faccio, cerco sempre il meglio per me stesso
13	I often fantasize about living in ways that are quite different from my actual life	Mi capita di fantasticare spesso riguardo a modi di vivere che sono abbastanza diversi dalla mia vita attuale

Tabella 4: Maximization scale: versione originale e nuova versione in italiano a confronto

Secondo le analisi l'affidabilità della scala risulta sufficiente (alfa di Cronbach = .646).

- **Regret scale a 5 item**, tradotta in italiano con la collaborazione dell'Autore (Schwartz *et al.*, 2002), accompagnata da una scala di risposta a 7 punti. La scala misura la tendenza a rimpianto relativa alle scelte prese. Dal test dell'affidabilità emerge un alfa della scala molto buono (alfa di Cronbach = .812).
- **Esperienza di flusso di coscienza**. Questa parte del questionario si pone in linea con lo strumento *Flow Questionnaire* (Csikszentmihalyi, 1975; Delle Fave & Massimini, 1988), e in particolare con la prima parte dello stesso, in cui il soggetto a seguito di citazioni mirate a

descrivere l'esperienza di flusso di coscienza è invitato a indicare se ha mai provato esperienze simili e in occasione di quali attività o situazioni. Nel nostro caso specifico è stato chiesto ai soggetti di indicare una situazione o attività e poi di fare riferimento ad essa al fine di compilare la scala del flusso di coscienza che segue.

- **Dispositional flow questionnaire**-versione a 9 item (Jackson *et al.*, 1998), accompagnata da una scala di risposta a 5 punti. Secondo le analisi, l'affidabilità della scala in generale risulta sufficiente (alfa di Cronbach = .684).
- **Affective Control Scale - anxiety subscale**: scala a 12 item (Williams, Chambless, & Ahrens, 1997), accompagnata da una scala di risposta a 7 punti. La scala misura quanto il soggetto sente di poter tenere sotto controllo la propria ansia o meno. Il costrutto teorico alla base è quello dell'*anxiety sensitivity*, che è stato studiato come potenziale precursore nello sviluppo di attacchi di panico (Maller & Reiss, 1992; Smits, Powers, Cho, & Telch, 2004). Dal test dell'affidabilità emerge un alfa di Chronbach della scala molto buono (.859).
- **Panic-Agoraphobic Spectrum – self report / lifetime (PAS-SR)** – di 14 item¹² (Shear, *et al.*, 2001; Miniati, *et al.*, 2014) che corrispondono, nel questionario originale, agli item dal 16 al 29, indicati per indagare i 14 sintomi tipici dell'attacco di panico. È stato scelto questo strumento, rispetto ad altri presenti in letteratura, altrettanto accreditati e validati (come ad esempio Shear, *et al.*, 1997), in quanto permette di indagare il sintomo del panico senza ricorrere ad una domanda diretta. L'utilizzo di questa sub-scala specifica non è stata considerata sufficientemente adeguata a distinguere coloro che possono aver avuto nella vita un attacco di panico da coloro che non l'hanno avuto in quanto l'87% dei rispondenti del campione iniziale (335 soggetti) ha indicato di aver avuto 4 o più sintomi. E' possibile che il risultato dipenda dal fatto che la scala sia nata per essere usata nella sua totalità, in modo da ricostruire il posizionamento del soggetto all'interno dello spettro panico-agorafobico, oppure dal fatto che la scala si caratterizzi come strumento clinico, e con un campione clinico è stata validata. In un'ottica conservativa, al fine di considerare le risposte più attendibili, è stato aggiunto un item per indagare la compresenza dei sintomi, quando ne venivano indicati quattro o più¹³: *“Se ha indicato di aver provato quattro o più di queste sensazioni, saprebbe dirmi se le è mai capitato che si presentassero contemporaneamente, in uno stesso momento?”* con una modalità di risposta dicotomica (si/no).

¹² La scala completa è reperibile e consultabile al seguenti indirizzo: <http://www.spectrum-project.org/questionnaires/pas.html>

¹³ Quest'ultima misura è stata aggiunta in itinere nel questionario in quanto si voleva diminuire la possibilità di falsi positivi ottenibili tramite lo strumento SCI-PAS. Quindi su un totale di 335 soggetti questa domanda è stata rivolta a 261 degli stessi. In un'ottica conservativa, coloro ai quali non è stata rivolta questa domanda e che avevano segnato 4 o più sintomi del panico sono stati eliminati dal campione.

8. Analisi dei dati

Per la gestione dei dati e l'analisi statistica è stato utilizzato il software statistico SPSS v. 23.

8.1. Analisi descrittive e confronti tra punteggi medi

- **Benessere sociale**

I punteggi medi del campione totale nella scala totale e nelle varie dimensioni del benessere sociale sono riportati nella seguente tabella. La dimensione che ha ottenuto un punteggio medio più alto è la dimensione della “coerenza sociale” (5,11) mentre il punteggio di “accettazione sociale” è il più basso rispetto agli altri (3,72). E' stato inoltre utilizzato come punteggio di confronto quello ottenuto, nell'ambito della validazione dello strumento, da Cicognani e colleghi (2001). Dal confronto tra i dati emerge come nel nostro campione tutti i punteggi medi risultano più bassi rispetto ai punteggi ottenuti dal campione di confronto. Come vedremo successivamente, i punteggi nelle varie dimensioni del benessere sociale correlano significativamente con i risultati emersi nelle altre scale utilizzate.

Dimensioni del Benessere Sociale	Media	Media di confronto (Cicognani, Albanesi, & Berti, 2001)
Integrazione sociale	3,925	4,605
Accettazione sociale	3,724	3,99
Contributo sociale	4,347	4,775
Attualizzazione sociale	3,902	4,365
Coerenza sociale	5,110	5,275
Benessere sociale totale	4,202	4,602

Tabella 5: il benessere sociale e le sue dimensioni. Punteggi medi a confronto

- **Tendenza alla massimizzazione e al rimpianto**

Nel nostro campione il 9,8% dei soggetti ha riportato un punteggio da massimizzatore (≥ 65) mentre il 8,7% da *satisfier* (≤ 40). La maggior parte del campione, l'81,45%, si colloca in una fascia intermedia. Per quel che concerne invece la scala riguardante il rimpianto per le scelte il punteggio medio è di 4,34.

Per conoscere l'effetto della massimizzazione sulle altre dimensioni indagate è stata fatta un'analisi comparativa attraverso t-test di Student. I risultati sono riportati nella tabella che segue.

Altre dimensioni indagate	Massimizzatori (n=18) vs Satisfiers (N=16)	Media	Dev. std.	Sign. (a due code)
N. sintomi del panico	Massimizzatori	8,61	3,127	,152
	Satisfiers	7,00	3,266	
Integrazione sociale	Massimizzatori	4,062	1,122	,911
	Satisfiers	4,107	1,194	
Accettazione sociale	Massimizzatori	3,760	1,001	,130
	Satisfiers	4,383	1,328	
Contributo sociale	Massimizzatori	4,518	,9833	,441
	Satisfiers	4,812	1,212	
Attualizzazione sociale	Massimizzatori	3,912	1,258	,244
	Satisfiers	4,407	1,164	
Coerenza sociale	Massimizzatori	5,101	,8784	,375
	Satisfiers	5,354	,7375	
Benessere sociale generale	Massimizzatori	4,271	,7952	,244
	Satisfiers	4,613	,9128	
Tendenza al rimpianto	Massimizzatori	4,888	1,444	,004
	Satisfiers	3,512	1,092	
Percezione di controllo dell'ansia	Massimizzatori	3,546	1,060	,001
	Satisfiers	4,817	,9642	
Flow_scale	Massimizzatori	3,509	,4772	,886
	Satisfiers	3,538	,5228	

Tabella 6: t-test di Student- massimizzatori vs *satisfiers*

L'analisi effettuata evidenzia che i massimizzatori hanno una maggiore tendenza al rimpianto rispetto ai *satisfiers*, in linea con la teoria di riferimento (Schwartz, 2004) e che ottengono punteggi medi significativamente inferiori nella percezione del controllo dell'ansia rispetto ai *satisfiers*. Il benessere sociale e il flusso di coscienza, così come i sintomi del panico, non variano in modo significativo tra massimizzatori e *satisfiers*.

- **Esperienza di flusso di coscienza e Dispositional Flow Questionnaire**

Il 77% del campione ha dichiarato di vivere esperienze riconducibili alle esperienze di flusso di coscienza.

Le attività selezionate dagli individui come in grado di provocare tale stato di benessere sono state categorizzate seguendo la tassonomia tracciata da Delle Fave e colleghi (2011). La maggior parte del campione ha indicato come attività in grado di produrre un'esperienza di flusso di coscienza, attività di stampo produttivo (37,32%) quali il lavoro o lo studio. Questa stessa categoria di attività risulta connessa ad un punteggio medio nella scala del flow più basso rispetto alle altre categorie di attività. Punteggi più alti nella scala del flow sono connessi ad attività categorizzate all'interno di "introspezione" e "interazioni", che, d'altra parte, sono le

stesse che vengono selezionate da una parte molto limitata del campione (rispettivamente il 19,01% e il 7,75%). Rispetto alla ricerca condotta precedentemente (Delle Fave *et al.*, 2011) su un campione italiano (età media 35 anni) ritroviamo risultati parzialmente sovrapponibili.

Classificazione attività	Percentuale	Campione di confronto (Delle Fave, Massimini, & Bassi, 2011, p. 135)	Scala del Flusso di coscienza (punteggio medio)
Attività produttive	37,32	37,3	3,39
Interazioni	7,75	11,0	3,77
Introspezione	19,01	5,0	3,7
Tempo libero	24,65	46,7	3,54
Nd	11,27	ND	ND
Totale	100,00		3,6

Tabella 7: Classificazione delle attività, livello di flow medio per attività e livello di flow medio totale, trasversalmente alle attività

Per conoscere l'effetto del flusso di coscienza sulle altre dimensioni indagate è stata fatta un'analisi comparativa tramite il t-test di Student al fine di indagare differenze significative tra soggetti con flow e soggetti senza flow. I risultati sono riportati nella tabella che segue. L'analisi effettuata evidenzia che la presenza di flusso di coscienza nella quotidianità è connessa a una diminuzione media significativa della paura di perdere il controllo dell'ansia e della tendenza al rimpianto, ad un aumento del benessere sociale nel suo insieme e delle sottodimensioni di integrazione sociale e contributo sociale. Le persone che esperiscono nella loro quotidianità esperienze od attività percepite come pienamente significative e positive sono quindi allo stesso tempo quelle più coinvolte nella propria comunità di appartenenza, con la percezione di essere in grado di contribuire in modo significativo al suo miglioramento. Inoltre sperimentano meno la paura di non poter controllare l'emozione dell'ansia e il rimpianto relativo alle scelte. La presenza o meno di esperienze ottimali nella quotidianità dei soggetti non influisce in modo significativo, invece, sul numero di sintomi di panico, sulla tendenza alla massimizzazione e sulla percezione di attualizzazione sociale, accettazione sociale e coerenza sociale.

Altre dimensioni indagate	Flusso di coscienza N. si = 141 N. no = 40	Media	Deviazione std.	Sign. (a due code)
Benessere sociale totale	Si	4,273	,721	,013
	No	3,937	,837	
Integrazione sociale	Si	4,017	,947	,022
	No	3,603	1,174	
Accettazione sociale	Si	3,771	1,084	,226
	No	3,531	1,154	
Contributo sociale	Si	4,492	,929	,000
	No	3,802	1,203	
Attualizzazione sociale	Si	3,921	1,082	,685
	No	3,843	1,045	
Coerenza Sociale	Si	5,166	,822	,085
	No	4,908	,855	
Controllo dell'ansia	Si	4,2	1,146	,023
	No	3,722	1,234	
N. Sintomi del panico	Si	7,62	3,527	,757
	No	7,43	3,816	
Tendenza al rimpianto	Si	4,214	1,338	,010
	No	4,845	1,415	
Massimizzazione	Si	52,567	10,551	,994
	No	52,7	10,534	

Tabella 8: t-test di Student sull'esperienza di flusso di coscienza

- **Controllo dell'ansia**

L'*anxiety sensitivity*, come emerge in questa e in altre sezioni di questo capitolo, risulta variare in modo significativo contestualmente al variare di altre dimensioni indagate, quali:

- Benessere sociale: i soggetti con maggiore benessere sociale (in tutte le sue sotto-dimensioni) mostrano un'inferiore paura di perdere il controllo dell'ansia.
- Tendenza alla massimizzazione: i massimizzatori sperimentano mediamente più paura di non riuscire a controllare la propria ansia rispetto ai *satisfiers*
- Flusso di coscienza: coloro che dichiarano di avere generalmente esperienze di flusso di coscienza tendono a sentire una minore paura di perdere il controllo sulla propria ansia

- Attacco di panico *lifetime*: coloro che mostrano una maggiore paura di perdere il controllo della propria ansia, hanno più frequentemente indicato di aver avuto quattro o più sintomi dell'attacco di panico contemporaneamente.

- **Sintomi tipici del panico e compresenza**

I dati raccolti sull'attacco di panico risultano particolarmente interessanti in quanto è stata riscontrata una prevalenza del sintomo più alta rispetto alle aspettative. Riprendendo i criteri del DSM V “*Un attacco di panico è un improvviso aumento di intensa paura o disagio che raggiunge un picco in pochi minuti, durante i quali si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi*” (APA, 2013, p. 214), sono stati individuati coloro che hanno indicato di aver avuto quattro o più sintomi, in modo improvviso ed inaspettato, e contemporaneamente. I risultati indicano che l'77% del campione potrebbe aver avuto uno o più attacchi di panico nell'arco della sua vita, contro un 23% che invece dovrebbe non averne sofferto. Il dato risulta più alto rispetto a quello riscontrato in ricerche analoghe, che hanno coinvolto adolescenti e giovani adulti (Wittchen, Reed, & Kessler, 1998; Sanavio & Cornoldi, 2001)

Per conoscere l'effetto che l'aver vissuto, nell'arco della propria vita, uno o più attacchi di panico, può avere sulle altre variabili analizzate è stato messo a punto un t-test di Student, i cui risultati sono riportati nella tabella che segue. I punteggi medi per alcune dimensioni cambiano significativamente nelle due condizioni (presenza o assenza di 4 o più sintomi di attacco di panico compresenti), in particolare: la tendenza al rimpianto aumenta, la capacità di controllare l'ansia ed il benessere sociale globale diminuiscono, visto l'apporto di due dimensioni specifiche quali l'integrazione sociale e il contributo sociale. Non vengono modificati in modo significativo i valori relativi alla scala del flusso di coscienza, alla tendenza alla massimizzazione e alle altre dimensioni del benessere sociali quali accettazione sociale, attualizzazione sociale e coerenza sociale.

Altre dimensioni indagate	Sintomi del Panico "0" = >=4 sintomi =N. 120 "1" = <4 sintomi= N. 42	Media	Deviazione std.	Sign. (a due code)
Benessere Sociale totale	0	4,137	,790	,034
	1	4,418	,580	
Integrazione sociale	0	3,797	1,030	,002
	1	4,353	,797	
Accettazione sociale	0	3,692	1,141	,466
	1	3,833	,946	
Contributo sociale	0	4,256	1,059	,028
	1	4,654	,876	
Attualizzazione sociale	0	3,866	1,090	,402
	1	4,023	,986	
Coerenza sociale	0	5,076	,829	,305
	1	5,226	,829	
Controllo dell'ansia	0	3,829	1,132	,000
	1	4,983	,824	
Tendenza al rimpianto	0	4,514	1,376	,002
	1	3,761	1,255	
Tendenza alla massimizzazione	0	53,085	10,688	,186
	1	50,642	9,646	
Flow Scale	0 =(N=111)	3,5055	,548	,184
	1 =(N=30)	3,6546	,520	

Tabella 9: t-test sul presenza/assenza attacco di panico *lifetime*

8.2. Analisi delle correlazioni

E' stata svolta un'analisi delle correlazioni tra le diverse dimensioni misurate. Nella tabella che segue vengono riportati i risultati ottenuti.

	Benessere sociale (totale)	Integrazione sociale	Accettazione sociale	Contributo sociale	Attualizzazione sociale	Coerenza sociale	Massimizzazione	Rimpianto	Scala del flow	Controllo dell'ansia	Sintomi panico
Benessere sociale (totale)	1	,795**	,815**	,743**	,751**	,618**	-,050	-,302**	,179*	,401**	-,213**
Integrazione sociale		1	,560**	,579**	,470**	,339**	,026	-,259**	,131	,328**	-,273**
Accettazione sociale			1	,447**	,643**	,326**	-,122	-,200**	,133	,269**	-,089
Contributo sociale				1	,311**	,446**	-,027	-,283**	,140	,303**	-,221**
Attualizzazione sociale					1	,324**	-,027	-,099	,035	,242**	-,118
Coerenza sociale						1	-,027	-,317**	,256**	,384**	-,094
Massimizzazione							1	,246**	-,040	-,215**	,114
Rimpianto								1	-,330**	-,491**	,315**
Scala del Flow									1	,233**	-,144
Controllo dell'ansia										1	-,513**
Sintomi panico											1

Tabella 10: Tutte le dimensioni misurate - correlazioni

Sulla relazione tra le variabili relative al vissuto d'ansia individuale e le variabili deputate all'operazionalizzazione della percezione della dimensione sociale, è possibile concludere che:

- L'aumento dei sintomi di attacco di panico correla in modo significativo con
 - Una diminuzione del benessere sociale, in particolare di alcune dimensioni (integrazione sociale e contributo sociale)
 - Un aumento della paura di perdere il controllo dell'ansia e della tendenza al rimpianto
- La percezione di avere il controllo sulla propria ansia, precursore, quando assente, dello sviluppo di attacchi di panico, correla in modo significativo
 - Ad una diminuzione dei sintomi dell'attacco di panico, della tendenza alla massimizzazione e al rimpianto
 - Positivamente con tutte e cinque le dimensioni del benessere sociale e con la scala del flow

Le relazioni tra le variabili deputate all'operazionalizzazione della dimensione sociale percepita si configurano come segue:

- Il benessere sociale correla positivamente con tutte le suo sotto-dimensioni, con la scala del flow e con la capacità di controllo dell'ansia e correla negativamente con i sintomi del panico.
- La tendenza alla massimizzazione correla in modo significativo e positivo con la tendenza al rimpianto, correla inoltre in modo significativo ma negativo con la capacità di controllo dell'ansia.
- L'intensità delle esperienze ottimali sperimentate, che si estrae dai punteggi ottenuti dai partecipanti nella scala sul flow, correla in modo significativo con il diminuire della tendenza al rimpianto, con l'aumento del benessere sociale, in quanto legato negativamente alla percezione di coerenza sociale. Inoltre risulta correlato positivamente alla capacità di controllo dell'ansia.

8.3. Analisi di regressione

Per esaminare la relazione causale che intercorre tra le variabili considerate, è stata condotta un'analisi di regressione multipla gerarchica per cui le variabili indipendenti sono state inserite nell'equazione, in un ordine stabilito dal ricercatore (ordine di inserimento nel

questionario), per blocchi, mentre la variabile dipendente è stata individuata nel numero di sintomi del panico.

Modello	Predittori	Beta	t	Sign.	R- quadro	ANOVA	
						F	Sign.
1	Benessere sociale	-,195	-2,342	,021	,038	5,484	,021
2	Benessere sociale	-,188	-2,250	,026	,043	3,122	,047
	Massimizzazione	,073	,877	,382			
3	Benessere sociale	-,123	-1,483	,140	,120	6,246	,001
	Massimizzazione	-,017	-,202	,840			
	Tendenza al rimpianto	,301	3,463	,001			
4	Benessere sociale	-,120	-1,434	,154	,121	4,679	,001
	Massimizzazione	-,015	-,177	,860			
	Tendenza al rimpianto	,292	3,188	,002			
	Scala del Flow	-,027	-,318	,751			
5	Benessere sociale	-,003	-,041	,967	,256	9,268	,000
	Massimizzazione	-,039	-,493	,623			
	Tendenza al rimpianto	,128	1,413	,160			
	Scala del Flow	-,001	-,007	,994			
	Controllo dell'Ansia	-,439	-4,940	,000			

Tabella 11: Regressione multipla gerarchica. Variabile dipendente = sintomi del panico

R-quadro è statisticamente diverso da zero per tutti i modelli, anche se il quinto modello, che tiene conto di tutte le variabili dipendenti è quello in grado di spiegare una percentuale maggiore di varianza (il 25,6% della varianza della variabile dipendente).

La tendenza alla massimizzazione e il costrutto del flusso di coscienza sono due dimensioni per cui non è stata riscontrata una relazione causale significativa e diretta sul numero di sintomi di panico. L'effetto causale significativo del benessere sociale sul numero di sintomi del panico, che si trova nel modello 1 e nel modello 2, svanisce con l'inserimento della tendenza al rimpianto (modello 3), e quello della tendenza al rimpianto svanisce a sua volta con l'inserimento della variabile relativa al controllo dell'ansia (modello 5).

8.4. Analisi delle mediazioni

Questi dati sono stati approfonditi attraverso un'analisi delle mediazioni effettuata tramite PROCESS (Hayes, 2013:2014). Nello specifico abbiamo ipotizzato che l'effetto del benessere sociale (X) sul numero di sintomi del panico (Y) potesse venir mediato dalle variabili di

flusso di coscienza (M1), massimizzazione (M2), tendenza al rimpianto (M3), e controllo dell'ansia (M4). Il software costruisce 5 modelli di mediazione gerarchici, andando ad aggiungere ad una ad una le variabili mediatrici. Di seguito si presentano i risultati per ogni modello di mediazione costruito:

- MODELLO 1 ($F= 8,53$, $p=.0039$). Il benessere sociale X ha un effetto significativo e positivo sul flusso di coscienza M1 ($b = ,4397$; $p=.0039$), andando a spiegarne il 4,5% della varianza ($R\text{-quadro}= ,0450$; $p= ,0039$);
- MODELLO 2 ($F= ,226$, $p=.7976$). La massimizzazione M2 non risulta causata né dal benessere sociale X ($b =-,7094$; $p. = ,5029$) né dal flusso di coscienza M1 ($b =-,0487$; $p. = ,9240$). Il modello nel suo insieme risulta non significativo ($R\text{-quadro}= ,0025$; $p= ,7976$);
- MODELLO 3 ($F= 13,14$, $p=.0000$). La massimizzazione M2 risulta avere un effetto significativo e positivo sulla tendenza al rimpianto M3 ($b =,0307$; $p. = ,0007$), mentre il benessere sociale X ($b =-,4567$; $p. = ,0004$), e il flusso di coscienza M1 ($b =-,1707$; $p. = ,0058$) risultano avere effetti significativi di segno negativo. Attraverso questo modello è possibile spiegare il 18% della varianza della variabile della tendenza al rimpianto ($R\text{-quadro}= ,1805$; $p= ,0000$);
- MODELLO 4 ($F= 21,59$, $p=.0000$). Impostando come variabile outcome il controllo dell'ansia, dal modello 4 emerge come le variabili massimizzazione M2 ($b =,0125$; $p. = ,0802$) e flusso di coscienza M1 ($b =-,0537$; $p. = ,2664$) non hanno un effetto significativo diretto su questa variabile, a differenza delle variabili benessere sociale X ($b =,4201$; $p. = ,0001$) e tendenza al rimpianto M3 ($b =-,3085$; $p. = ,0000$). Attraverso questo modello è possibile spiegare il 32% della varianza della variabile del controllo dell'ansia ($R\text{-quadro}= ,3267$; $p= ,0000$);
- MODELLO 5 ($F= 14,04$, $p=.0000$). L'unico mediatore che emerge per un effetto causale significativo sull'*outcome* "sintomi del panico" Y è la variabile del controllo dell'ansia ($b =-1,5$; $p. = ,0000$); questo modello, in cui sono state inserite tutte le variabili considerate nella ricerca riesce a tenere conto del 28% della varianza riguardante i sintomi del panico ($R\text{-quadro}= ,2841$; $p= ,0000$)., una percentuale superiore rispetto al modello complessivo emerso attraverso l'utilizzo dell'analisi di regressione gerarchica.

Considerando i risultati emersi da questa analisi, sono state svolte le corrispondenti analisi di regressione con SPSS in modo da ottenere i coefficienti di regressione standardizzati. Il risultato finale è riassunto nel seguente path diagram:

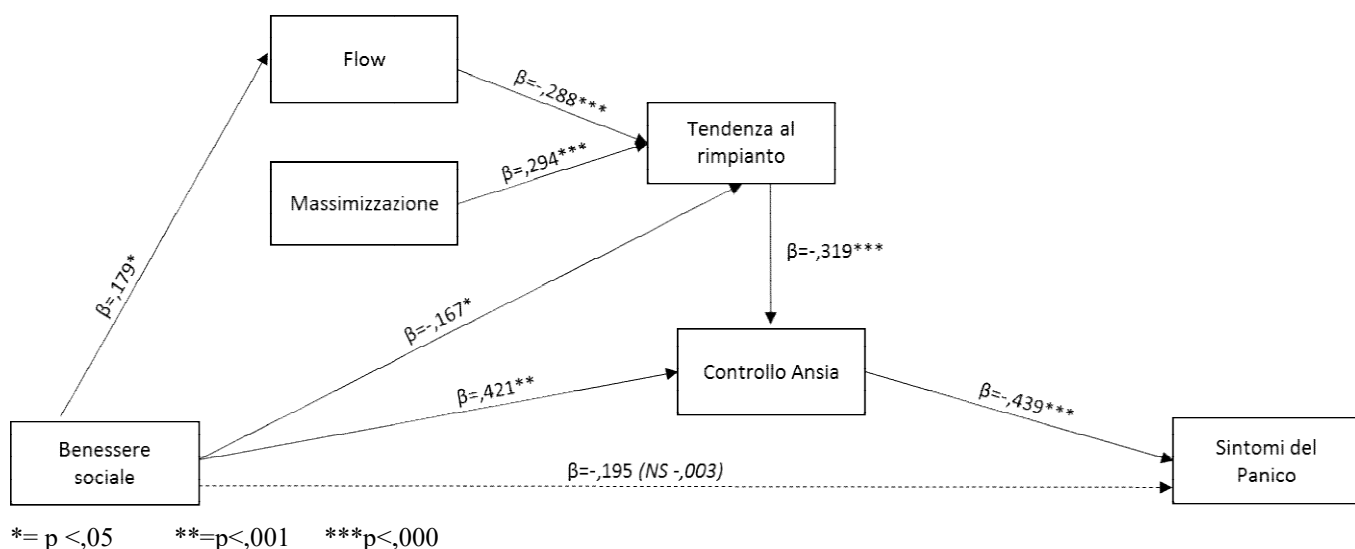


Figura 11: Path Diagram – analisi di regressione e delle mediazioni

Sintetizzando i risultati sopra esposti, i dati mostrano come il benessere sociale ha un effetto significativo sul flusso di coscienza ($\beta = .179$; $p < .05$); è stato testato un effetto del benessere sociale sulla massimizzazione, che però è risultato non significativo. La tendenza al rimpianto, d'altra parte, risulta causata da scarso benessere sociale ($\beta = -.167$; $p < .05$), scarso flusso di coscienza ($\beta = -.288$; $p < .000$) e alta tendenza alla massimizzazione ($\beta = .294$; $p < .000$). Il controllo dell'ansia percepito, riceve un'influenza significativa dal benessere sociale ($\beta = .421$; $p < .001$) e dalla tendenza al rimpianto ($\beta = .319$; $p < .000$). Infine l'unica variabile con un effetto diretto e significativo sui sintomi del panico è il controllo dell'ansia ($\beta = .438$; $p < .000$). Quello che emerge infine dall'analisi è la presenza di effetti indiretti delle variabili psico-sociali considerate, mediati dalla variabile relativa al controllo dell'ansia.

9. Discussione dei risultati

I risultati emersi dall'analisi dei dati aprono la strada ad una ricca quantità di riflessioni che ci aiutano a rispondere all'ipotesi principale del presente studio.

9.1. Benessere Sociale

I risultati relativi al benessere sociale possono essere riassunti come segue:

- I risultati medi ottenuti nel nostro campione, sulla scala totale e sulle sue sotto-dimensioni, risultano tutti inferiori rispetto ai risultati medi ottenuti in studi effettuati su un campione analogo (201 studenti universitari provenienti dal Nord Italia, di età compresa fra 19 e 30 anni) raccolti nel 2001 (Cicognani, Albanesi, & Berti) il che suggerirebbe un aumento dell'indipendenza e dell'incertezza rispetto al passato (vedi Tabella 5).
- Uno scarso benessere sociale causa in modo diretto un aumento dell'*anxiety sensitivity*, e cioè della paura di perdere il controllo dell'ansia. Dall'analisi delle correlazioni emerge come tutte le sotto-dimensioni del benessere sociale siano significativamente collegate a questa dimensione ansiosa. Una particolare sensibilità all'emozione dell'ansia si collega quindi ad un senso di scarsa connessione sociale (sotto-dimensione dell'integrazione sociale), di sfiducia nel fatto di poter contribuire significativamente al vivere comune (sotto-dimensione del contributo sociale), da una mancanza di fiducia nelle persone che ci circondano (sotto-dimensione dell'accettazione sociale) e della possibilità di progresso della società (sotto-dimensione dell'attualizzazione sociale), oltre che ad una crescente incapacità percepita di comprendere e di orientarsi nel mondo sociale attuale (sotto-dimensione della coerenza sociale). Il legame esistente tra bassa integrazione sociale, basso contributo sociale percepito e l'aumento dell'AS va a favore dell'ipotesi che vede nella promozione del valore culturale dell'indipendenza un fattore connesso allo sviluppo di sintomatologie ansiose. In particolare il legame significativo tra basso benessere sociale e alta AS si pone in linea con l'approccio di Paris (1996), secondo la quale le società socialmente coese, con chiari standard di comportamento, sono maggiormente in grado di proteggere i loro membri da diverse forme di psicopatologie e viceversa. La correlazione significativa tra basso contributo sociale e alta AS richiama le ricerche che vedono nell'esternalizzazione del *locus of control*, promosso dalla cultura di stampo individualista, una causa di una generale sensibilizzazione al disagio, ed in particolare all'ansia (vedi par. 2.4.1. pp. 35-36). La correlazione significativa tra bassa attualizzazione sociale e bassa coerenza sociale e alta *anxiety sensitivity* conferma generalmente l'impatto dell'incertezza sullo sviluppo di sintomi ansiosi.

A partire dall'analisi di regressione e dall'analisi delle mediazioni, il benessere sociale sembrerebbe rappresentare un precursore significativo dei sintomi ansiosi in grado di inquadrare quei costrutti della psicologia cognitiva tipicamente connessi alle manifestazioni ansiose. Facendo riferimento, in particolare, alla rassegna di Sassaroli e Ruggiero (2002), la tendenza a fare previsioni catastrofiche, che la psicologia cognitiva associa ad una minore capacità cognitiva del soggetto ansioso, di rappresentarsi un quadro concreto dei possibili eventi futuri, e l' "intolleranza all'incertezza", costrutto già identificato come precursore dell'*anxiety sensitivity* (Carleton *et al.*, 2013), possono essere interpretati non come mere tendenze individuali delle persone ansiose, ma come risposte individuali a percezioni derivanti dal contesto socio-culturale, con un particolare riferimento alle dimensioni di coerenza e attualizzazione sociale.

Allo stesso modo alcuni costrutti cognitivi (il timore dell'errore, la tendenza a sopravvalutare le aspettative ed il criticismo altrui, la tendenza ad una autovalutazione negativa e il timore di una valutazione negativa da parte degli altri), associati ad un affievolimento del senso di auto-efficacia potenziale dell'individuo, potrebbero essere influenzati dalla percezione di non essere in grado di contribuire in modo significativo al miglioramento del proprio mondo sociale ("contributo sociale"), e da una scarsa fiducia nei confronti degli altri ("accettazione sociale").

Secondo gli Autori (Sassaroli & Ruggiero, 2002) che hanno identificato questi fattori quali precursori degli stati ansiosi come quelli più comunemente riconosciuti all'interno della psicologia cognitiva, la tendenza al controllo costituisce un costrutto di ordine sovraordinato; la necessità percepita di mantenere il controllo sulle cose è lo scopo finale dell'architettura gerarchica del sistema cognitivo ansioso (Sassaroli & Ruggiero, 2002). L'illusione connessa alla possibilità di esercitare un controllo assoluto non può essere realmente compresa se viene considerata una tendenza puramente individuale, come avviene nella teorizzazione di Schwartz *et al.* (2002) del costrutto della tendenza alla massimizzazione e all'interno del *framework* della psicologia cognitiva. E' necessario invece considerare l'influenza congiunta delle variabili promosse all'interno della società contemporanea individualista quali l'ampia libertà individuale, il valore dell'indipendenza e l'aumento dell'incertezza. Il legame tra senso di esclusione sociale e manifestazioni ansiose è stato confermato da ricerche precedenti (Baumeister & Tice, 1990; Twenge, 2000), che hanno dimostrato la validità della *exclusion theory*, secondo cui la causa più importante dell'ansia può essere identificata nel senso di esclusione dai gruppi sociali, e la rottura dei legami sociali.

- La carenza di benessere sociale si caratterizza come precursore dell'attacco di panico (mediato dalla dimensione di *anxiety sensitivity*). Coloro che, nell'arco della vita, hanno sperimentato uno o più attacchi di panico, hanno mediamente un minore benessere sociale, principalmente a causa di una significativa carenza di integrazione sociale e di contributo sociale percepiti. Attraverso l'analisi correlazionale emerge che il benessere sociale, grazie soprattutto alle sue sotto-dimensioni di integrazione sociale e contributo sociale, potrebbe costituire un fattore protettivo all'aumentare dei sintomi di panico nell'individuo. Questo risultato, anch'esso in linea con la *exclusion theory* di Baumeister e Tice (1990), è particolarmente significativo per la nostra ipotesi generale, in quanto va nella direzione di un legame profondo tra aspetti culturali e sociali e la manifestazione psicopatologica sintomatica dell'attacco di panico ponendo l'accento sugli effetti della promozione del valore culturale dell'indipendenza. D'altra parte, da analisi più approfondite volte a cogliere elementi di causalità, emerge come l'effetto del benessere sociale sui sintomi dell'attacco di panico non può essere considerato un effetto diretto, bensì un effetto che viene totalmente mediato dalla percezione di controllo dell'ansia, su cui il benessere sociale ha un effetto sia diretto, che ulteriormente mediato dalla tendenza al rimpianto. Non è stato possibile effettuare un'analisi di regressione al fine di approfondire l'effetto delle singole sotto-dimensioni del benessere sociale sui sintomi del panico in quanto avrebbe comportato problemi di multicollinearità.
- Il benessere sociale ha un effetto diretto protettivo nei confronti della tendenza al rimpianto, come emerge dalle analisi di regressione e delle mediazioni. La tendenza al rimpianto aumenterebbe a partire dall'aumento del malfunzionamento percepito che l'individuo ha di sé all'interno della società a cui appartiene. L'analisi delle correlazioni suggerisce che a questo legame tra scarso benessere sociale totale e alto rimpianto, contribuiscono tutte le sotto-dimensioni del benessere sociale, ad eccezione di quella dell'attualizzazione sociale (cioè il livello di rimpianto non varia a seconda che si giudichi che la società a cui si appartiene vada in una direzione di progresso o meno). Questo risultato ci permette di confermare alcune ipotesi teoriche derivanti dalla bibliografia raccolta a proposito del paradosso della scelta e della libertà. Se, come abbiamo ipotizzato, scarso benessere sociale si associa alla promozione culturale dell'indipendenza e all'incertezza rinforzata dal contesto culturale di appartenenza occidentale contemporaneo, la sua influenza sul rimpianto ci induce a pensare che, effettivamente, la mancanza di norme culturali orientanti nella scelta può far sentire l'individuo, solo davanti a tante scelte, insoddisfatto e soverchiato dalle stesse (Schwartz, 2000). Infatti, più una persona

sente di far parte di un sistema sociale più ampio (sotto-dimensione dell'integrazione sociale) che sente di riuscire a padroneggiare (sotto-dimensione della coerenza sociale), formato da persone di cui si può fidare (sotto-dimensione della accettazione sociale) in cui sente di avere un ruolo significativo (sotto-dimensione del contributo sociale), più sarà sicuro di sé e in grado di orientarsi nelle scelte in modo positivo e quindi farà meno esperienza del rimpianto. D'altra parte il fatto che vi sia un legame significativo tra basso contributo sociale percepito, e cioè la percezione di un avere una influenza sulla realtà sociale intorno a noi, e tendenza al rimpianto, richiama alcuni studi effettuati riguardanti le conseguenze legate alla percezione di un *locus of control* esterno nei giovani adulti. Alcuni Autori (Wrosch & Heckhausen, 2002), infatti, hanno sottolineato come la mancanza di un controllo interno percepito potrebbe demotivare i giovani adulti ad attivarsi al fine di dominare il rimpianto attraverso la ricerca di opportunità positive.

- Indipendenza ed autonomia risultano tendenze opposte tra loro nel contributo al benessere. Uno scarso benessere sociale, soprattutto nelle sue sotto-dimensioni di integrazione sociale e contributo sociale, caratterizza in modo significativo quella parte del campione (il 22%) che non è in grado, nella quotidianità, di sperimentare esperienze di flusso di coscienza e quindi di utilizzare la propria autonomia al fine di giungere a stati di benessere significativi. Questi dati sottolineano quanto sia importante soddisfare i propri bisogni di connessione sociale e di appartenenza, al fine di poter sperimentare la propria autonomia in modo ottimale. L'analisi delle correlazioni ci permette di fare un passo ulteriore nella comprensione di questa dinamica: la scala del flow e quella del benessere sociale sono infatti significativamente correlate tra loro, e, a questa correlazione, contribuisce perlopiù la sotto-dimensione di coerenza sociale. Questo risultato ci permette di ipotizzare che, la percezione di un mondo sociale coerente ed intellegibile in cui è possibile orientarsi (in cui quindi riusciamo ad avere accesso agli artefatti che lo caratterizzano), aumenta l'intensità dell'esperienza di flusso di coscienza, una volta che la si sperimenta. Per sfruttare il valore culturale dell'autonomia al fine di vivere esperienze di benessere di tipo ottimale, quindi, necessitiamo condizioni di non indipendenza, di non separatezza e di non incertezza sociale; anche l'analisi delle mediazioni ci spinge verso questa considerazione, in quanto fa emergere come il benessere sociale sia un precursore significativo dell'aumento dell'intensità dell'esperienza ottimale. La necessità di un contesto di non-indipendenza per sperimentare la propria autonomia all'interno di esperienze ottimali era già stato suggerito da ricerche precedenti in cui era stata riscontrata una correlazione positiva e significativa tra identità sociale ed esperienze di flusso (Mao *et al.*, 2016). Eppure, come abbiamo visto

dalla rassegna bibliografica presente nella sezione teorica, queste condizioni risultano essere poco tutelate dal nostro sistema culturale occidentale individualista, che, viceversa, spinge gli individui in modo indifferenziato verso l'adesione a valori di autonomia ed indipendenza, trascurandone gli effetti psicologici.

9.2. Flusso di coscienza

Il fenomeno del flusso di coscienza (che richiama la dimensione valoriale di autonomia) si caratterizza come meccanismo psico-culturale rilevante.

- La presenza di esperienze ottimali nella vita di tutti i giorni si delinea come fenomeno diffuso tra i giovani adulti, culturalmente connotato. Il 77% del campione ha dichiarato di vivere esperienze di flusso di coscienza. Questo risultato generale si pone in linea con le evidenze riscontrate Grant (2017), e al valore che i giovani adulti contemporanei danno alla ricerca di uno “scopo di vita” e quindi, di una vita dotata di senso, *meaningful*. All'interno di questa percentuale, nella parte di inserimento dell'attività o della situazione che più spesso comporta un'esperienza ottimale, il 37,32% ha fatto riferimento ad attività produttive quali lo studio oppure il lavoro; il 24,65% si è riferito ad attività del tempo libero, quali lo sport o altre attività di intrattenimento; il 19% ha fatto riferimento ad attività introspettive quali attività artistiche o meditative; solo il 7,75% ha fatto riferimento ad attività di tipo relazionale quali stare con gli amici o in famiglia. Questi risultati mostrano un'incorporazione dei valori culturali prevalenti all'interno della cultura di appartenenza individualista occidentale, per cui le attività volte al soddisfacimento dei fondamentali bisogni di appartenenza e di trascendenza (Schumaker, 2001) sono messi in secondo piano rispetto al soddisfacimento dei bisogni, non basilari ma socialmente indotti, di produttività e fitness (Bauman, 1999). Significativo, a questo proposito, notare come le attività più selezionate sono quelle per cui si riscontra, in media, un punteggio relativo all'intensità dell'esperienza di flusso di coscienza più basso; situazioni o attività introspettive e relazionali rendono un'esperienza ottimale maggiormente positiva per l'individuo (3,7 per attività introspettive e 3,77 per le attività di stampo interazionale contro 3,39 per le attività produttive e 3,54 per le attività del tempo libero); questi risultati sono in linea con quelli emersi dalla ricerca di Ryan, Sheldon, Kasser e Deci (1996) in cui si evidenzia come attività che riflettono bisogni intrinseci come la crescita personale, relazioni soddisfacenti e contributo sociale, sono maggiormente soddisfacenti rispetto a quelle attività collegate a bisogni di tipo estrinseco, come il riconoscimento sociale e

l'attrattività fisica. D'altra parte, i dati mostrano che solo pochi soggetti riescono a trovare quello stato di armonia interiore necessario per vivere questa categoria di esperienze in modo realmente ottimale. Tenendo conto del fatto che le attività che elicitano esperienze ottimali possono essere considerate attività di definizione del Sé e della propria identità (Waterman, 2004; Bonaiuto, *et al.*, 2016), questi dati vanno a favore di una visione di un'identità definita maggiormente da ciò che un individuo produce e fa per distrarsi, più che sull'autoriflessione e sulle relazioni interpersonali. Le attività prevalenti potrebbero essere considerate il prodotto di un contesto che promuove il valore dell'indipendenza (vs interdipendenza), e possono venir considerate attività di definizione di un Sé di stampo, appunto, Indipendente (Markus & Kitayama, 1991). A fare da contesto a queste riflessioni è interessante considerare la teoria del *valore-come-moderatore* di Oishi e colleghi (1999): benessere e soddisfazione di vita dipendono dai valori su cui un individuo basa la sua vita, che a loro volta dipendono dalla cultura di appartenenza. L'esempio proposto dagli Autori è particolarmente calzante: gli individui facenti parte di una cultura individualista tenderanno a dare particolare importanza al valore dell'autonomia e quindi a ricavare maggiore soddisfazione relativamente al raggiungimento di obiettivi personali o ad attività che portino ad un aumento dell'autostima. Lo stesso dovrebbe essere meno comune in individui appartenenti a culture di stampo collettivista. D'altra parte il 22% del campione non riesce a trovare degli stimoli all'interno del mondo sociale, tali da accedere a questo tipo di esperienza. Questa parte del campione risulterà, particolarmente vulnerabile, come già suggerito all'interno della letteratura sul tema (Kuhnle & Sinclair, 2011; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Tiggemann & Kuring, 2004; Inghilleri, 1999), e come già riportato in altre sezioni della discussione dei risultati.

- Tra flusso di coscienza e benessere sociale, intercorre una relazione significativa e complessa. Come riportato al par. 9.1, i dati dimostrano che coloro che non sperimentano esperienze di flusso nella loro quotidianità percepiscono scarso benessere sociale, soprattutto per quel che riguarda le sotto-dimensioni di integrazione sociale e contributo sociale. In definitiva più si sperimenta indipendenza, meno si riesce a canalizzare l'autonomia in esperienze di tipo ottimale. Integrazione sociale e contributo sociale promuovrebbero quindi la possibilità di vivere esperienze di flusso di coscienza, risultato che suggerisce l'importanza del percepire un senso di appartenenza comune e del percepire il valore del proprio contributo all'interno della comunità (e quindi di sperimentare una condizione di non-indipendenza) al fine di poter realmente trarre vantaggio dalla propria autonomia attraverso l'accesso ad esperienze ottimali. Una volta che si sperimentano,

invece, esperienze ottimali, esse sono maggiormente intense e significative quando è alta la percezione di benessere sociale, perlopiù grazie al contributo della sottodimensione di coerenza sociale. Dunque l'incertezza o l'incapacità percepita di padroneggiare gli artefatti facenti parti della propria cultura di appartenenza, inficia la possibilità di vivere intense esperienze ottimali.

- Il costrutto del flusso di coscienza contrasta la tendenza al rimpianto. La tendenza al rimpianto viene sperimentata soprattutto da coloro che non hanno esperienze di flusso di coscienza nella loro quotidianità, e correla significativamente con una diminuzione dell'intensità del flusso di coscienza, quando sperimentato. Una correlazione negativa e significativa tra flow e rimpianto è stata già trovata in studi precedenti (Kuhnle & Sinclair, 2011). L'analisi delle mediazioni ci indica il flusso di coscienza come fattore causale protettivo nei confronti della tendenza al rimpianto. L'esperienza di flusso, infatti, si caratterizza come esperienza autotelica, cioè un'esperienza piacevole in modo intrinseco, a prescindere dalle conseguenze che può avere o meno sull'esterno; emozione, cognizione e motivazione lavorano in modo integrato ed interattivo per rispondere in contemporanea alle richieste del mondo interno ed esterno. In una situazione così strutturata difficilmente ci sarà spazio per un'emozione controfattuale come quella del rimpianto, in quanto l'esperienza risulta così pervasiva e positiva da non lasciare spazio al confronto tra ciò che è stato e ciò che sarebbe potuto essere.
- Tra flusso di coscienza e tendenza alla massimizzazione non intercorre una relazione significativa. I risultati delle analisi non mostrano la presenza di un legame significativo, né in positivo né in negativo, tra esperienza ottimale e tendenza alla massimizzazione. Per quanto queste due dimensioni risultino scollegate tra loro, entrambe hanno un effetto causale, opposto e significativo sulla tendenza al rimpianto.
- Tra flusso di coscienza e *anxiety sensitivity* intercorre una relazione significativa, ma il flusso di coscienza non costituisce un fattore protettivo significativamente rilevante (se non mediante la sua influenza sulla tendenza al rimpianto). Coloro che non sperimentano esperienze ottimali nella vita di tutti i giorni hanno mediamente una paura di perdere il controllo dell'ansia significativamente superiore rispetto a coloro che hanno esperienze di flusso di coscienza. Inoltre, dall'analisi delle correlazioni possiamo sostenere che più intensa è l'esperienza di flusso di coscienza, più una persona percepirà di avere il controllo sull'emozione dell'ansia. La teoria del flusso di coscienza ci suggerisce un'interessante lettura di questo dato, che ben si integra con altri risultati ottenuti: nel momento in cui si vive un'esperienza ottimale vige un equilibrio tra sfide percepite dell'ambiente e le proprie

capacità percepite. La teoria sostiene che quando le sfide dell'ambiente vengono percepite come superiori rispetto alle proprie capacità di fronteggiarle, le persone entrano in uno stato di ansia.

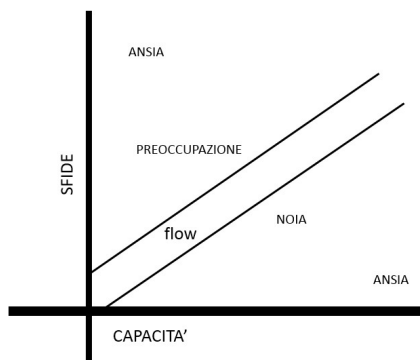


Figura 12 Il flusso di coscienza (riadattato a partire da Csikszentmihalyi, 1975, p.49)

Una valutazione negativa riguardante le proprie capacità di far fronte alle sfide dell'ambiente, risulta coerente con alcuni dei fattori che vengono identificati, all'interno della psicologia cognitiva, come classici elementi causali dei sintomi ansiosi, quali il timore dell'errore e l'autovalutazione negativa di se stessi (Sassaroli & Ruggiero, 2002). Inoltre, la già citata paura di perdere il controllo, tipica dei soggetti ansiosi, potrebbe ostacolare la loro possibilità di "lasciarsi andare" a vere e proprie esperienze di flusso.

Questa relazione causale tra flusso di coscienza e controllo percepito dell'ansia, però, non è diretta, come sembrerebbe dalla teoria, ma l'analisi delle mediazioni ci mostra come questo legame è in realtà mediato dalla tendenza a sperimentare l'emozione del rimpianto.

- Il flusso di coscienza non risulta direttamente legato in modo significativo all'esperienza del panico e non costituisce un fattore protettivo rilevante. Il numero medio di sintomi del panico non varia significativamente tra coloro che sperimentano esperienze di flusso di coscienza e coloro che non ne fanno esperienza; inoltre né dall'analisi delle correlazioni, né dall'analisi di regressione, né dall'analisi delle mediazioni, emerge un collegamento diretto tra queste due variabili.

9.3. Tendenza alla massimizzazione

La tendenza alla massimizzazione risulta avere un ruolo più marginale rispetto a quello ipotizzato.

- La tendenza alla massimizzazione non si delinea come fenomeno sociale diffuso tra i giovani adulti. Solo una percentuale esigua del campione, il 9,8%, ha ottenuto un

punteggio tale da venir identificato come massimizzatore e l'8,7% ha ottenuto un punteggio da *satisfier*. La maggior parte del campione si colloca in una fascia intermedia. Sono pochi coloro che aspirano a massimizzare i risultati derivanti dalle loro scelte. Questo risultato può essere ricondotto a risultati di ricerche precedenti secondo cui gli studenti italiani risultavano, per la maggior parte (il 75%) non competitivi (Green, Deschamps, & Paez, 2005).

- I massimizzatori sperimentano una maggiore tendenza al rimpianto, come già emerso e teorizzato in diverse ricerche (ad es. Bruine de Bruin *et al.*, 2016; Schwartz *et al.*, 2002). I massimizzatori hanno, infatti, un punteggio medio nella tendenza al rimpianto significativamente più alto dei *satisfiers*; la tendenza alla massimizzazione correla significativamente con la tendenza al rimpianto e, dall'analisi delle mediazioni, emerge che la tendenza alla massimizzazione può essere considerata una causa significativamente rilevante dello sviluppo di questa dimensione emotiva negativa. D'altra parte è possibile notare, a partire dall'analisi correlazionale, come il legame tra la tendenza al rimpianto e la massimizzazione ($.246$) sia meno intenso di quella che intercorre tra la tendenza al rimpianto e le altre dimensioni di stampo psico-sociale indagate, quali il benessere sociale totale ($-.302$) e scala del flow ($-.330$). Perciò, nonostante la tendenza alla massimizzazione contribuisca ad un aumento della tendenza al rimpianto, essa non ne costituisce una dimensione esplicativa centrale, in quanto i dati ci suggeriscono come la tendenza al rimpianto, più che essere una semplice tendenza emotiva individuale, si caratterizza come emozione psico-sociale e culturale.
- La tendenza alla massimizzazione non si collega in modo significativo a dimensioni di benessere psico-sociali e culturali. I massimizzatori e i *satisfiers* non presentano livelli di benessere sociale, né di flusso di coscienza significativamente diversi tra loro. Anche l'analisi delle correlazioni e l'analisi delle mediazioni rispecchia questo risultato. Il livello di massimizzazione nei soggetti non sembrerebbe essere quindi legato alla percezione che una persona ha del proprio rapporto con la realtà sociale intorno a lui, né alla sua capacità di esperire o meno esperienze ottimali. In questo senso è possibile ipotizzare che la tendenza alla massimizzazione non derivi in modo esplicito da tendenze presenti nel nostro contesto socio-culturali, quali la richiesta di effettuare una scelta in modo sì autonomo, ma anche senza punti di riferimento sociali stabili (indipendenza), come invece è stato ipotizzato dall'Autore del costrutto (Schwartz, 2012; Schwartz, 2004).

- La tendenza alla massimizzazione è legata alla dimensione del controllo dell'ansia, anche se non ne rappresenta una causa. I massimizzatori sperimentano un livello di percezione di controllo dell'ansia significativamente inferiore rispetto ai *satisfiers* e la tendenza alla massimizzazione correla in modo significativo con la dimensione del controllo dell'ansia. Questo ci porta alla conclusione che maggiore è la tendenza alla massimizzazione, maggiore è la paura di perdere il controllo della propria ansia, coerentemente con ricerche precedenti (Schwartz, 2004). D'altra parte, dall'analisi delle mediazioni emerge che la dimensione del controllo dell'ansia non è influenzata direttamente dalla tendenza alla massimizzazione, ma il suo effetto è mediato dalla tendenza al rimpianto.
- La tendenza alla massimizzazione risulta scollegata dallo sviluppo di attacchi di panico e non ne rappresenta una causa diretta. Il numero medio di sintomo del panico non varia significativamente tra massimizzatori e *satisfiers*; inoltre né dall'analisi delle correlazioni, né dall'analisi di regressione, né dall'analisi delle mediazioni, emerge un collegamento diretto tra queste due variabili.

Questi risultati ci fanno inquadrare la tendenza alla massimizzazione in modo diverso rispetto a quello ipotizzato e suggerito dalla bibliografia a proposito. Se è vero che il paradosso della scelta comporta che il rapporto tra libertà e soddisfazione possa essere rappresentato attraverso una U rovesciata (Grant & Schwartz, 2011) per cui, fino ad un certo livello, un aumento nel numero di scelte si accompagna ad un aumento della soddisfazione ma, dopo un certo livello, l'aumento del senso di libertà si accompagna ad una diminuzione della soddisfazione, e se è vero che il nostro contesto occidentale contemporaneo ci fornisce ampie possibilità di scelta, soprattutto per quel che riguarda i giovani adulti, la tendenza alla massimizzazione risulterebbe un costrutto poco adatto a riflettere tale paradosso. Per quanto dai dati emerge che essere massimizzatore comporti una maggiore tendenza al rimpianto e un livello più alto di paura di perdere il controllo dell'ansia, questo costrutto sembrerebbe identificare una dimensione perlopiù individuale, poco diffusa e scollegata dalle dimensioni di benessere psico-sociale e culturale. A partire dai dati emerge un impatto poco significativo sul sintomo del panico e una scarsa capacità, di questa tendenza, di incarnare il paradosso della scelta e le sue conseguenze.

9.4. Tendenza al rimpianto

La tendenza al rimpianto non si lega in modo esclusivo alla tendenza alla massimizzazione e non costituisce dunque un risultato emotivo derivante unicamente da una predisposizione individuale che porta a subire maggiormente i risvolti negativi del paradosso della scelta; i

risultati, infatti, ne restituiscono un'immagine di dimensione emotiva cardine nel mediare la relazione tra quelle che abbiamo identificato come variabili di stampo psico-sociale e culturale (benessere sociale e flusso di coscienza), e quelle più propriamente cliniche (AS e attacco di panico).

- La tendenza al rimpianto è effetto diretto di tre diverse variabili;
 - La tendenza alla massimizzazione, che ne aumenta in modo significativo l'intensità, come abbiamo già commentato nel paragrafo 9.3.
 - Il flusso di coscienza, che ha un effetto protettivo e significativo diretto, come abbiamo già commentato nel paragrafo 9.2.
 - Il benessere sociale, che ha un effetto protettivo e significativo diretto, come abbiamo già commentato nel paragrafo 9.1.

Volendo leggere in modo integrato l'insieme delle variabili causali della tendenza al rimpianto possiamo concludere che, a livello psico-sociale, la situazione in grado di produrre maggiore benessere nella scelta, e di contrastare il rimpianto in modo significativo, è un contesto sociale e culturale che favorisca condizioni di non-indipendenza all'interno delle quali sia possibile sperimentare la propria autonomia. I dati mostrano anche la presenza di un'influenza prettamente individuale sulla tendenza al rimpianto, per cui coloro che tendono maggiormente alla massimizzazione, e cioè che tendono a massimizzare gli esiti delle scelte, hanno generalmente un maggiore rimpianto. L'emozione del rimpianto, quindi, si caratterizza come emozione sì esperita individualmente ed influenzata da caratteristiche individuali del soggetto, ma anche sollecitata da alcune specifiche caratteristiche sociali, legate alla dimensione culturale dell'individualismo. Quanto più il Sé si caratterizza per la sua componente privata rispetto che alla sua componente pubblica (Sé Indipendente) (Markus & Kitayama, 1991), tanto maggiore sarà il senso di responsabilità che ricade sull'individuo a seguito di una scelta, maggiore il rimpianto e l'auto-colpevolizzazione che possono derivare da una scelta percepita come non aderente alle proprie aspettative a riguardo.

- La tendenza al rimpianto è una variabile causale significativa e negativa della paura di perdere il controllo dell'ansia ed è una causa indiretta del sintomo del panico. Coloro che, nell'arco della loro vita, hanno sperimentato almeno una volta un attacco di panico, ottengono punteggi nella scala riguardante la tendenza al rimpianto significativamente più alti rispetto a coloro che non hanno mai sperimentato un attacco di panico; ad un aumento

della tendenza al rimpianto l'analisi delle correlazioni fa corrispondere un aumento significativo della paura di perdere il controllo dell'ansia e del numero di sintomi dell'attacco di panico; l'analisi di regressione multipla gerarchica e l'analisi delle mediazioni approfondiscono la relazione esistente tra queste variabili, suggerendo un rapporto causale tra tendenza al rimpianto e sintomi del panico, mediato dalla variabile relativa il controllo dell'ansia. In definitiva i risultati ci indicano che la tendenza al rimpianto provoca un aumento della paura di perdere il controllo dell'ansia, che si caratterizza come unico precursore diretto, tra le variabili analizzate, di un aumento significativo dei sintomi del panico. Il legame tra l'emozione del rimpianto e *outcome* di salute psicologica negativi di natura ansiogena, è stato già consolidato in diverse ricerche (Landman *et al.*, 1995; Kocovski, Rector, & Flett, 2005; Roese, *et al.*, 2009). I nostri risultati si pongono fondamentalmente in linea con quelli qui citati, se non che il tentativo specifico che caratterizza il presente contributo è quello di contestualizzare questo legame all'interno del sistema culturale individualista di riferimento.

L'emozione del rimpianto, la paura di perdere il controllo dell'ansia e il sintomo dell'attacco di panico, hanno un elemento comune che li lega fortemente, ed esso è la dimensione del pensiero ripetitivo (Roese, *et al.*, 2009), che, in chiave negativa, coincide con il cosiddetto rimuginio, una modalità di pensiero tipica nei soggetti ansiosi (Borkovec, Ray, & Stober, 1998), che si ritrova anche nei casi di disturbo di panico (Wells & Carter, 2002). Una delle cause riconosciute del rimuginio, a partire da un approccio di stampo cognitivista, è il costrutto denominato "intolleranza dell'incertezza" (Freeston *et al.*, 1994), che ci riconduce al ruolo dell'incertezza, anche di stampo sociale e culturale, nella dinamica ansiosa.

9.5. Anxiety sensitivity

L'AS è stata definita come una sensibilità all'esperienza dell'ansia, che nasce dalla credenza che le sensazioni ad essa legate possano avere pericolose conseguenze fisiche, psicologiche o sociali, e si sviluppa in seno ad una paura generale di sperimentare emozioni forti e di perdere il controllo del proprio mondo emotivo (Reiss & McNally, 1985; Goldstein & Chambless, 1978; Reiss, 1991; Taylor, 1995). La dimensione dell'*anxiety sensitivity* in definitiva, si caratterizza come mediatore esclusivo tra tendenze psico-sociali indagate e lo sviluppo dei sintomi dell'attacco di panico, infatti:

- Scarso benessere sociale causa in modo diretto un aumento dell'*anxiety sensitivity* (vedi par. 9.1)

- La percezione di controllo dell'ansia è significativamente più bassa in coloro che non vivono esperienze di flusso nella loro vita di tutti i giorni (vedi par. 9.2)
- I massimizzatori percepiscono un livello di AS superiore rispetto ai *satisfiers* (vedi par. 9.3)
- Un'alta tendenza al rimpianto influenza negativamente la possibilità di percepire il controllo sulla propria ansia, e si costituisce come fattore causale significativo (vedi par. 9.4)

Se il ruolo di precursore dell'*anxiety sensitivity* nei confronti dello sviluppo di attacchi di panico è già stato confermato in ricerche precedenti (Maller & Reiss, 1992; Smits *et. al.*, 2004) e verrà approfondito nel seguente paragrafo, la relazione tra le variabili psico-sociali indagate e l'aumento della paura di perdere il controllo dell'ansia è inedito e necessita una particolare riflessione interpretativa. Attraverso il modello causale proposto in questa ricerca è stato possibile spiegare il 32% della varianza della dimensione del controllo dell'ansia. Questo dato si pone in linea con lo studio di Twenge (2000) in cui era emerso come l'ambiente sociale e culturale fosse in grado di spiegare un terzo delle variazioni individuali nella predisposizione all'ansia di tratto, prendendo un posto di riguardo accanto agli effetti maggiormente riconosciuti della genetica e dell'ambiente individuale/familiare. Di seguito cercheremo di indagare come, le variabili psico-sociali individuate siano in grado di connettersi ad un aspetto generalmente considerato derivante da una pura predisposizione individuale quale l'AS.

Tra le ricerche riguardanti i fattori causali all'origine della AS, è interessante il legame, empiricamente confermato (Carleton *et al.*, 2013), tra la AS e il costrutto della *intolerance of uncertainty* (IU). La IU è un costrutto che, come abbiamo visto, nasce e si sviluppa all'interno della cornice teorica cognitivo-comportamentale, ed è definibile come una caratteristica disposizionale che porta ad avere credenze negative riguardo all'incertezza e alle sue conseguenze. Alla luce dei risultati emersi dalla nostra indagine empirica, è possibile considerare questo costrutto come una predisposizione individuale elicitata dall'incertezza diffusa (Bauman, 2000) che caratterizza il contesto sociale e culturale individualista contemporaneo e al processo radicale e inesorabile di "*uncertainization*" che minaccia la vita psichica rendendo instabili le sue fondamenta collettive simboliche (Kaes, 2013). Il processo di *uncertainization* all'origine dell'aumento dell'*anxiety sensitivity*, si collega alla tendenza valoriale all'indipendenza (scarso benessere sociale), rinforzata dal contesto culturale e

sociale, che provoca la mancanza di norme culturali orientanti, storicamente derivanti dalle proprie appartenenze. All'interno del più ampio quadro del benessere sociale, il processo di *uncertainization* si lega simbolicamente soprattutto alle sotto-dimensioni di coerenza e attualizzazione sociale. Come abbiamo visto, la sotto-dimensione della coerenza sociale correla negativamente con il flusso di coscienza, con la tendenza al rimpianto e con l'*anxiety sensitivity* stessa. Seguendo questo ragionamento si potrebbe pensare che il legame tra benessere sociale, flusso di coscienza, tendenza al rimpianto e paura di perdere il controllo dell'ansia sia socialmente inquadrato da un aumento dell'incertezza sociale, in quanto più una persona sente la mancanza di norme sociali condivise intellegibili per mezzo delle quali orientare il proprio comportamento e le proprie scelte, meno potrà identificare attività tanto stimolanti quanto controllabili da essere vissute in modo ottimale; maggiore sarà la sua percezione di incertezza, maggiore il rimpianto legato alle proprie scelte personali, in un mondo sociale dai confini sfumati e poco chiari. A partire da questo scenario scaturirebbe la paura di perdere il controllo della propria ansia, di non riuscire più a trovare strategie in grado di gestirla. Da questo panorama prende piede la possibilità di sperimentare il sintomo dell'attacco di panico, che è, d'altra parte, il simbolo di una paura senza più voce, senza più parole e senza confini a cui aggrapparsi.

9.6. Attacco di panico: un sintomo culturale?

Il nostro contributo si è posto, come obiettivo finale, quello di comprendere se fosse possibile considerare l'attacco di panico come sintomo etnico, culturalmente elicitato. Un primo dato da prendere in considerazione, per cercare di rispondere a questa ipotesi, è il dato relativo alla diffusione riscontrata nel nostro campione specifico. Un'indagine condotta nel 2001, sulla diffusione di attacchi di panico singoli in un campione di studenti universitari, aveva fatto emergere una percentuale del 32% (Sanavio & Cornoldi, 2001). Nel nostro campione, composto da 183 studenti universitari, la percentuale di soggetti che dichiara di aver sperimentato, contemporaneamente ed in modo improvviso ed inaspettato, quattro o più sintomi caratterizzanti l'attacco di panico è del 77%, il 45% in più rispetto al dato emerso in ricerche precedenti. Più di 3 studenti su 5 hanno vissuto questa drammatica esperienza clinica almeno una volta nella vita, il che sta a significare che il sintomo dell'attacco di panico è rilevante per il campione in esame. I soggetti che hanno avuto nella vita almeno un attacco di panico si distinguono in modo significativo rispetto a coloro che non hanno mai sperimentato questo sintomo in quanto:

- Presentano livelli di benessere sociale più bassi, ed in particolare percepiscono un livello di integrazione sociale e contributo sociale inferiore
- Hanno un controllo percepito della propria ansia inferiore
- Tendono maggiormente al rimpianto

D'altra parte

- I livelli di percezione rispetto ad accettazione sociale, attualizzazione sociale e coerenza sociale non variano significativamente
- La tendenza alla massimizzazione media non varia significativamente
- L'intensità media dell'esperienza ottimale non varia significativamente

I dati di natura correlazionale rispecchiano parzialmente questo profilo: il numero di sintomi del panico risulta infatti più alto quando c'è una carenza di benessere sociale, nelle dimensioni di integrazione, ma anche di contributo sociale (e quindi quando prevale una dimensione di indipendenza), ed un maggiore rimpianto. La tendenza all'autonomia, operazionalizzata attraverso la scala del flow, e la tendenza alla massimizzazione non correlano in modo significativo con i sintomi del panico.

Per quanto i dati mostrino un'influenza negativa e significativa del benessere sociale sui sintomi del panico, questa relazione svanisce nel momento in cui si introduce la dimensione di percezione di controllo dell'ansia, che si trova a mediare tutti gli effetti sui sintomi del panico, di quelle variabili prese in considerazione per esprimere i conflitti psicologici costruiti culturalmente e socialmente. I nostri risultati suggeriscono quindi che le tendenze psico-sociali considerate hanno un effetto di sensibilizzazione all'ansia, che a sua volta è un precursore dello sviluppo di attacchi di panico, ponendosi in linea con ricerche precedenti (Maller & Reiss, 1992; Smits *et al.*, 2004).

D'altra parte il diverso contributo di flusso di coscienza e benessere sociale allo sviluppo del sintomo del panico, ci permette di avanzare alcune considerazioni relative all'apporto culturale determinato dai valori di indipendenza ed autonomia, permettendo di arricchire la visione cognitiva e biologica del sintomo dell'attacco di panico. Da una lettura complessiva dei dati è possibile affermare che il valore dell'autonomia ha un ruolo secondario nella dinamica del panico. Infatti coloro che ne hanno fatto esperienza possono vivere, allo stesso modo degli altri, esperienze ottimali caratterizzate da flusso di coscienza. D'altra parte la

promozione del valore dell'indipendenza sembrerebbe maggiormente nocivo per questi soggetti; infatti ad un aumento del numero di sintomi del panico corrispondono bassa integrazione sociale percepita e basso contributo sociale percepito. Questi risultati tratteggiano l'immagine di un soggetto che, per quanto autonomo e capace di vivere esperienze ottimali nella quotidianità, si sente isolato ed impotente. Alcune teorie psicanalitiche, coerentemente, interpretano l'attacco di panico come una disperata manifestazione di solitudine, una richiesta istintuale e primitiva di appartenenza, *“una drammatica richiesta di relazione per ricostruire quell'appartenenza costitutiva di ogni identità integra e piena”* (Salonia, 2005, p. 46). I fattori che, nella nostra società, permettono al soggetto di sentirsi “libero di”, e quindi autonomo, sembrerebbero non abbastanza importanti da fare da contraltare al contemporaneo senso di libertà di stampo negativo, la “libertà da”. A commento di queste riflessioni, risulta interessante riprendere, per il loro valore pionieristico, le parole di Fromm: *“Pur avendogli portato indipendenza e razionalità, la libertà lo ha reso isolato e, pertanto, ansioso e impotente. Questo isolamento è intollerabile [...]”* (Fromm, 1941, p. 3-4), ma anche le teorizzazioni di Freud, secondo cui il panico può essere considerato come un effetto dello scioglimento dei legami libidici che uniscono la massa (Freud, 1921). Secondo il classico schema freudiano, come abbiamo visto, all'origine della nevrosi c'è sempre un conflitto, un contrasto irrisolto e inconscio tra esigenze “istintuali” da una parte, e la necessità sociale di reprimere queste stesse esigenze dall'altra: questo schema ci permette di rileggere il paradosso culturale che stiamo appunto studiando. Se da una parte vi è il bisogno istintuale di appartenenza, di vicinanza con l'altro, di avere un'identità sociale significativa, dall'altra si afferma la necessità sociale di reprimere questa stessa esigenza a favore della propria indipendenza, della propria autoaffermazione, della propria libertà individuale. Il panico svela quindi una condizione esistenziale di abbandono, che correla con quell'esperienza della *Hiflosigkeit* che si può sperimentare quando ci si ritrova in una condizione di solitudine (Pozzetti, 2007). Come riconosciuto anche da altri Autori, nella pratica clinica la solitudine costituisce un tema importante: *“nella frammentazione delle appartenenze, nella crisi della polis, il sentirsi solo diventa insostenibile e terrificante, non soltanto doloroso”* (Gecele & Francesetti, 2005, p. 159). Il legame tra senso di esclusione sociale e manifestazioni ansiose è confermato anche da ricerche quali quella di Baumeister e Tice (1990) secondo cui la maggiore causa dell'ansia è il senso di esclusione dai gruppi sociali di appartenenza, e la corrispondente rottura dei legami sociali significativi. In questo contesto l'interpretazione che sembra meglio adattarsi all'attacco di panico non è quella di sintomo come adattamento, connesso all'incorporazione di determinate tendenze culturali da

parte dell'individuo, quanto piuttosto quella di atto di ribellione, una richiesta scomposta e irrefrenabile di riconoscere e di farsi riconoscere all'interno della comunità di riferimento e quindi, di riacquisizione di un proprio posto nel mondo sociale. Queste riflessioni sono da considerarsi coerenti con le ricerche che hanno mostrato come il sintomo della depersonalizzazione, all'interno del disturbo di panico, è più frequente nei soggetti provenienti da società di stampo individualistiche piuttosto che collettivistiche (Sierra *et al.*, 2006; Sierra-Siegert & David, 2007).

D'altra parte, i risultati emersi dalla analisi di regressione mostrano come elemento di fondamentale rilevanza nell'eziologia dell'attacco di panico il tema del controllo, che si declina nella paura di perdere il controllo dell'ansia, ovvero nell'*anxiety sensitivity*. Come abbiamo visto, esso costituisce un elemento molto importante all'interno della prospettiva del cognitivismo; Sassaroli e Ruggero, nella loro rassegna (2002), identificano la necessità di dover mantenere il controllo delle cose come lo scopo finale dell'architettura cognitiva del soggetto ansioso. Tali affermazioni sembrerebbero particolarmente coerenti all'interno del frame culturale dell'individualismo; le persone che appartengono a questo paradigma culturale risulterebbero maggiormente vulnerabili a fronte della sensazione di non avere le cose sotto controllo, e questo non senza conseguenze cliniche (Twenge, Zhang, & Im, 2004; Roberts & Helson, 1997): nelle società individualiste, infatti, coloro che sperimentano un disturbo di panico soffrono maggiormente della paura di perdere il controllo (Sierra-Siegert & David, 2007). Coerentemente, alcuni Autori, mostrano come vi sia, insita all'interno della nostra epoca storica, una forte dose di incertezza e di imprevedibilità, che si legherebbe, d'altra parte, alle evidenze di una maggiore esternalizzazione del *locus of control* nelle società individualiste (Twenge, Zhang, & Im, 2004):

“la nostra epoca è, per definizione, l'epoca del panico. Attentati terroristici, condizioni di precarietà economica e lavorativa, disgregarsi dei valori, crollo degli ideali politici e religiosi minacciano l'uomo contemporaneo da più parti. Lo lasciano alle prese con la paura, con la paura di eventi drammatici e ingovernabili, con la paura di perdere tutto, con la paura di smarrire il controllo, con la paura della paura, con la paura del panico” (Pozzetti, 2007, p. 13).

CONCLUSIONI

10. Dov'è il leone?

Qualche tempo fa un collega del Burkina Faso è stato ospite del Dipartimento in cui lavoro e durante una riunione ha chiesto ad assegnisti e dottorandi di esporre il proprio progetto di ricerca. Così ho avuto modo di scoprire che nel suo paese di origine l'attacco di panico è un tipo di sintomo sconosciuto. D'altra parte quando ho cercato di dettagliare le caratteristiche di questo sintomo (il cuore che batte, il terrore senza parole, la paura di morire o di impazzire, il senso di nausea o svenimento ecc.) il collega è riuscito a ricondurre l'attacco di panico ad un'esperienza presente nel proprio paese di origine e cioè a quando un individuo sente la presenza del leone nei dintorni ma non lo si vede. L'esempio risultava piuttosto calzante, così precisai che l'esperienza dell'attacco di panico potrebbe essere benissimo paragonata a quella da lui descritta, con l'unica grande eccezione dell'assenza di un vero e proprio leone. Il collega ha quindi concluso che dovevano essere due esperienze diverse perché da loro il leone c'è, e non come metafora. Ma siamo certi che da noi il leone non esista? E se esiste, dove si nasconde?

Il lavoro di ricerca qui presente potrebbe essere descritto come una caccia al leone nei meandri della cultura occidentale contemporanea. L'abbiamo cercato all'interno di sfide e paradossi che la caratterizzano e, per quanto non possiamo dire di averlo scovato, siamo riusciti ad intravederne l'ombra tra gli alberi.

I risultati emersi dalle analisi effettuate, infatti, rilette alla luce della cornice teorica di riferimento di questo contributo, risultano coerenti con gli assiomi che sottendono l'approccio della psicologia culturale: le strutture mentali e i processi psicologici individuali possono essere meglio compresi se si tiene conto dello specifico contesto culturale di appartenenza del soggetto (Inghilleri, 2009) e dei valori culturali che lo caratterizzano (Eckersley, 2006). D'altra parte a partire dall'analisi dei dati non è possibile concludere che l'attacco di panico sia effettivamente un disturbo etnico, e cioè un sintomo in grado di riflettere la natura dei conflitti individuati nella cultura occidentale contemporanea. Le tendenze psico-sociali individuate contribuiscono al sintomo solo attraverso effetti mediati dal controllo dell'ansia (AS). Sul perché non si siano trovate relazioni più dirette tra attacco di panico e variabili sociali e culturali si possono avanzare differenti ipotesi: per quanto sia possibile che la cultura abbia un ruolo più marginale nello sviluppo sintomatologico dell'attacco di panico di quanto ipotizzato, e che quest'ultimo costituisca quindi un disturbo idiosincratico piuttosto che etnico (Devereux, 1956), è più probabile concludere i conflitti selezionati ed approfonditi (il

paradosso della scelta, il paradosso dell'autonomia e il ruolo dell'incertezza) in quanto considerati prevalenti nella cultura in esame, non siano centrali per il quadro sintomatologico in esame. In questo caso rimane come domanda aperta la possibilità che altri conflitti insiti nella società odierna siano maggiormente inerenti all'attacco di panico rispetto a quelli analizzati. In altre parole, seguendo la metafora iniziale, o il leone non c'è (ed è presente solo all'interno della struttura fisiologica e cognitiva che caratterizza l'individuo), o l'abbiamo cercato nel posto sbagliato.

Di una cosa siamo però certi, e cioè che il leone si palesa quando ci si sente isolati ed impotenti. Infatti, il campione che ha vissuto, almeno una volta nella vita, un attacco di panico, percepisce livelli di integrazione e contributo sociale inferiori rispetto a coloro che non l'hanno vissuto, il che va a favore dell'*exclusion theory* (Baumeister & Tice, 1990) e della rilevanza dei legami sociali nella costruzione della salute e del disagio mentale. Questo risultato di per sé non dovrebbe sorprendere; già dagli studi effettuati da Leighton e colleghi a cavallo tra gli anni 50 e 60, emergeva il coinvolgimento diretto del senso di integrazione sociale nella diffusione di disturbi psichiatrici, e diversi studi successivi hanno solo confermato questa relazione (Baumeister & Leary, 1995; Chipuer, 2001; Hagerty *et al.*, 1996; Twenge, 2000). Inoltre, il risultato emerso dalla nostra ricerca costituisce un'evidenza empirica a sostegno delle teorizzazioni di diversi psicologi clinici, a partire dallo stesso Freud (1921), che hanno ipotizzato, nello specifico, il legame tra integrazione sociale e il sintomo dell'attacco di panico (Pozzetti, 2007; Recalcati, 2010; Salonia, 2005). Seguendo la linea di pensiero di alcuni degli Autori citati nella parte teorica, a partire dalle riflessioni storicamente rilevanti di Fromm (1941) in avanti (Yalom, 1980; Veroff, Douvan, & Kulka, 1981; Giddens, 1990; Triandis, McCusker, & Hui, 1990; Paris, 1996; Putnam, 2000; Schumaker, 2001; Bauman, 2003), la responsabilità di questo senso di solitudine percepito dal singolo potrebbe essere ricondotta al contesto culturale occidentale contemporaneo, di stampo individualista (vs collettivista). In questo senso è possibile dire che l'ipotesi di attacco di panico come sintomo etnico sia stata parzialmente confermata, ma più che dai risultati emersi dalla ricerca empirica, dalla lettura di alcuni dati specifici all'interno del panorama teorico multidisciplinare tracciato in precedenza.

Il modello di ricerca emerso dalle analisi risulta essere statisticamente significativo, in grado di spiegare il 28% della varianza riguardante i sintomi del panico. Sono emerse influenze significative, da parte di benessere sociale, flusso di coscienza e tendenza al rimpianto, sull'attacco di panico, per quanto mediate dalla dimensione dell'*anxiety sensitivity*. Se il ruolo

dell'*anxiety sensitivity* come fattore causale nello sviluppo del sintomo del panico è già stato confermato da ricerche precedenti (Maller & Reiss, 1992; Smits *et al.*, 2004), i dati relativi al rapporto tra questa e le altre variabili indagate nel nostro studio portano a riflessioni perlopiù inedite e suggeriscono che la paura dell'ansia non è semplicemente una tendenza disposizionale geneticamente o biologicamente determinata, ma può essere considerata più propriamente una tendenza psico-sociale elicitata dal contesto socio-culturale di appartenenza.

Twenge, nelle conclusioni del suo studio relativo ad individualismo e ansia, afferma che "*fino a che le persone non si sentiranno al sicuro e connesse tra loro, esiste la possibilità che l'ansia rimanga alta*" (2000, p. 1018). I risultati ottenuti in questo studio si pongono in linea con questa affermazione, e permettono la costruzione di una sua versione arricchita: più il contesto sociale trascurerà il bisogno di connessione sociale dell'essere umano e il suo desiderio di contribuire in modo significativo al miglioramento della società di appartenenza, più i livelli di ansia potrebbero aumentare, e questo comporterà anche un aumento dei casi di attacchi di panico. È difficile fare una stima di quante persone ad oggi siano colpite da questo sintomo, che solo recentemente si è conquistato un posto indipendente all'interno della tassonomia dei disturbi psichiatrici del DSM 5. In molti casi, le persone che iniziano a soffrire di attacchi di panico non raggiungono le strutture mediche dedicate. Ancora troppo spesso infatti, la misconoscenza del disturbo porta queste persone a rivolgersi al medico di base, il cui contributo spesso si limita alla prescrizione di ansiolitici e psicofarmaci che sedano l'urlo, ma non entrano in contatto con il leone. La psicologia *mainstream*, dal canto suo, non guarda con attenzione a questi meccanismi: gli sforzi teorici e clinici sono in gran parte volti all'ottimizzazione di quei costrutti, quali ad esempio l'*empowerment*, la resilienza, il pensiero positivo, l'ottimismo, l'autoefficacia, che rappresentano strumenti volti a far superare alle persone i propri limiti e le proprie insicurezze e a sostenerli nel percorso volto al raggiungimento di una piena felicità. La spinta collettiva all'edonismo e all'eudaimonismo esclude la possibilità che il disagio psichico possa avere cause sociali, ponendo l'origine della responsabilità e della colpa del malessere nella debolezza e vulnerabilità del singolo individuo. Potrebbe essere utile stimolare la creazione di una reale consapevolezza nell'individuo sofferente rispetto all'inquadramento del proprio disturbo attraverso un'ottica macro, culturalmente e socialmente connotata. Gli sforzi della psicologia, in questo senso, dovrebbero essere diretti ad aumentare il senso di consapevolezza della società civile e delle istituzioni sulle variabili psico-sociali che possono influenzare benessere e salute mentale, e quelle che possono ostacolarli, allargando il campo di attenzione e azione al fine di non

focalizzarsi esclusivamente sull'ambiente micro-sociale o sulle caratteristiche individuali di una persona.

11. Prospettive di ricerca future

Questa ricerca utilizza i dati raccolti per costruire riflessioni teoriche, volte alla comprensione delle modalità attraverso cui la cultura può andare ad interagire e ad influenzare la salute mentale dell'individuo, in particolare per quel che riguarda le manifestazioni ansiose. Molte delle riflessioni proposte, pur partendo dai dati emersi dalla analisi empirica effettuata, trascendono il mero dato statistico. Sarebbe interessante testare attraverso strumenti ed analisi ad hoc molti dei legami che lo studio qui effettuato suggerisce ma non è indirizzato ad approfondire in modo diretto, in particolare la relazione tra scarso benessere sociale e le dimensioni culturali di indipendenza e incertezza e quella tra flusso di coscienza e il valore culturale dell'autonomia, in questa ricerca inferite a livello teorico ma non testate empiricamente. Ricerche future potrebbero essere rivolte all'indagine specifica delle relazioni tra i costrutti causali degli stati ansiosi individuati dalla psicologia cognitiva (Sassaroli & Ruggiero, 2002) e il benessere sociale, suddiviso nelle sottodimensioni di cui si compone: in particolare si potrebbe considerare in modo specifico il legame tra IU (*intolerance of uncertainty*) e cultura, per comprendere se, effettivamente, questo costrutto disposizionale è più rilevante in culture di stampo individualista piuttosto che in culture collettiviste ed ottenere evidenze empiriche a proposito di una relazione che è stata perlopiù inferita dai risultati delle nostre analisi. Un'ulteriore prospettiva di ricerca che si apre, a partire dal presente studio, consta nell'approfondimento della relazione tra scarso benessere sociale e le dimensioni di "solitudine" ed "esclusione sociale" richiamate dalla *exclusion theory* (Baumeister & Tice, 1990), e l'impatto che queste dimensioni hanno sui soggetti ansiosi e su quelli che hanno sperimentato il sintomo dell'attacco di panico. Ricerche di natura cross-culturale che utilizzassero queste variabili di analisi potrebbero darci conferma della peculiarità culturale delle relazioni indagate.

BIBLIOGRAFIA

- Ahuvia, A. C. (2002). Individualism/collectivism and cultures of happiness: A theoretical conjecture on the relationship between consumption, culture and subjective well-being, at the national level. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 23–36.
- Albanesi, C., Cicognani, E., & Zani, B. (2007). Sense of Community, Civic Engagement and Social Well-being in Italian Adolescent. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17, 387–406.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III, Third Edition*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III, Revisited*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V, Fifth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Arcidiacono, C., & Di Martino, S. (2016). Happiness and social well-being. *Community Psychology in Global Perspective*, 2(1), 1-5.
- Arnett, J. (2007). Suffering, selfish, slackers? Myths and reality about emerging adults. *Journal of youth and adolescence*, 36(1), 23-29.
- Arnett, J. (2010). Oh, Grow Up! Generational Grumbling and the New Life Stage of Emerging Adulthood—Commentary on Trzesniewski & Donnellan (2010). *Perspectives on Psychological Science*, 5(1), 89-92.
- Arnett, J. J. (1998). Learning to stand alone: The contemporary American transition to adulthood in cultural and historical context. *Human development*, 41(5-6), 295-315.
- Augè, M. (1992). *Nonluoghi. Introduzione ad una antropologia della surmodernità*. Milano: Eleuthera.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Bauman, Z. (1999). *La società dell'incertezza*. Bologna: Il Mulino.
- Bauman, Z. (2000). *La solitudine del cittadino globale*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Bauman, Z. (2003). *Modernità Liquida*. Roma-Bari: Laterza.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497-529.
- Baumeister, R. F., & Tice, D. M. (1990). Point-counterpoints: Anxiety and social exclusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(2), 165-195.

- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Aaker, J. L., & Garbinsky, E. N. (2013). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 505-516.
- Beard, G. M. (1869). Neurasthenia or nervous exhaustion. *Boston Medical and Surgical Journal* 3, 217-221.
- Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. H. Tuma, & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183–196). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic: Theory and therapy. In S. Rachman, & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91–109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, U. (2000). *I rischi della libertà*. Bologna: Il Mulino.
- Becker, D., & Marecek, J. (2008). Dreaming the American dream: Individualism and positive psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1767-1780.
- Bell, D. E. (1982). Regret in decision making under uncertainty. *Operations research*, 30(5), 961-981.
- Bergamaschi, L. (2007). *Omosessualità, perversione, attacco di panico. Aspetti teorici e tecniche di cura: il contributo di Franco De Masi*. Milano: FrancoAngeli.
- Berlin, I. (1989). *Quattro saggi sulla libertà*. Milano: Feltrinelli.
- Berry, J., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (1992). Methodological concerns. *Cross-cultural psychology: Research and applications*, 219-245.
- Bonaiuto, M., Mao, Y., Roberts, S., Psalti, A., Ariccio, S., Ganucci Cancellieri, U., & Csikszentmihalyi, M. (2016). Optimal Experience and Personal Growth: Flow and the Consolidation of Place Identity. *Frontiers in Psychology*, 7, 1654.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Parigi: Seuil.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol 2. Separation anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bruine de Bruin, W., Dombrowski, A. Y., Parker, A. M., & Szanto, K. (2016). Late-life depression, suicidal ideation, and attempted suicide: The role of individual differences in maximizing, regret, and negative decision outcomes. *Journal of behavioral decision making*, 363-371.
- Campiglio, E. (2012). *L'economia buona*. Milano: Bruno Mondadori.
- Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L., & McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive behaviour therapy*, 42(4), 328-341.
- Carofiglio, G. (2002). *Testimone inconsapevole*. Palermo: Sellerio Editore.

- Catania, G. (2013). *La terapia De André*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Cavalli, A., & Calabrò, R. A. (2008). *Il tempo dei giovani. Ricerca promossa dallo Iard*. Milano: Ledizioni.
- Cei, V. (2002). *Panico e fobie. Le risposte a tutti i dubbi*. Milano: FrancoAngeli.
- Chipuer, H. M. (2001). Dyadic attachments and community connectedness: Links with youths' loneliness experiences. *Journal of Community Psychology, 29(4)*, 429-446.
- Chirkov, V., Ryan, R. M., Kim, Y., & Kaplan, U. (2003). Differentiating autonomy from individualism and independence: a self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being. *Journal of personality and social psychology, 84(1)*, 97-110.
- Christopher, J. C., & Hickenbottom, S. (2008). Positive psychology, ethnocentrism, and the disguised ideology of individualism. *Theory & Psychology, 18(5)*, 563-589.
- Cicognani, E., Albanesi, C., & Berti, P. (2001). Dimensioni del benessere sociale: applicazione di uno strumento di misurazione. *Psicologia della salute 1*, 105-122.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York-London: Guilford Press.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy, 24(4)*, 461-470.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Gelder, M. G., Koehler, C., Martin, M., Hackmann, A., Middleton, H., Jeavons, A. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. In *Panic and phobias 2* (pp. 149-158). Berlin: Springer.
- Cole, M. (1996). *Cultural psychology: A once and future discipline*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Connolly, T., & Zeelenberg, M. (2002). Regret in decision making. *Current directions in psychological science, 11(6)*, 212-216.
- Consedine, N. S., Chentsova-Dutton, Y. E., & Krivoshekova, Y. S. (2014). Emotional acculturation predicts better somatic health: Experiential and expressive acculturation among immigrant women from four ethnic groups. *Journal of Social and Clinical Psychology 33.10*, 867-889.
- Coppo, P. (2003). *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey Bass.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). Play and intrinsic rewards. *Journal of humanistic psychology (15)*, 41-63.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The Psychology of optimal experience*. New York: HarperCollins.
- Csikszentmihalyi, M., & Asakawa, K. (2016). Universal and cultural dimensions of optimal experiences. *Japanese Psychological Research, 58(1)*, 4-13.

- Csikszentmihalyi, M., & Schneider, B. (2001). *Diventare Adulti*. Milano: Cortina Editore.
- Cuèllar, I., & Paniagua, F. (2000). *Handbook of multicultural mental. Assessment and treatment of diverse population*. New York: Academic Press.
- Dar-Nimrod, I., Rawn, C. D., Lehman, D. R., & Schwartz, B. (2009). The maximization paradox: The costs of seeking alternatives. *Personality and Individual Differences*, 46(5), 631-635.
- Dawkins, R. (1976). *Il gene egoista* (it. tr. Milano, Rizzoli, 1989).
- De Cordova, F., Inghilleri, P., & Pandolfi, M. (2005). Through the Borders. Mariella Pandolfi conversa con Paolo Inghilleri. *Passaggi: rivista italiana di scienze transculturali*. 2, 41-50.
- De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Mazzi, F., Serra, G., Visonà, G., Falsirollo, F., Rossi, A., Scarpino, V., Reda, V. (2005). *La prevalenza dei disturbi mentali in italia. Il progetto ESEMED-WMH. Una sintesi*. Roma: Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
- Delle Fave, A., & Massimini, F. (1988). Modernization and the Changing Contexts of Flow in Work and Leisure. In M. Csikszentmihalyi, *Optimal Experience. Psychological Studies of Flow in Consciousness* (pp. 193-213). New York: Cambridge University.
- Delle Fave, A., Massimini, F., & Bassi, M. (2011). *Psychological selection and optimal experience across cultures*. Dordrecht: Springer.
- Delle Fave, A., Massimini, F., & Bassi, M. (2011). The Phenomenology of Optimal Experience in Daily Life. In *Psychological Selection and Optimal Experience across Culture (Vol. 2)* (pp. 89-110). Dordrecht: Springer.
- Devereux, G. (1956). Normale e anormale. In *Saggi di etnopsichiatria generale (2007)* (pp. 23-93). Roma: Armando Editore.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and Subjective Well-Being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: Foundations of Hedonic Psychology: Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Found.
- Donnell, C. D., & McNally, R. J. (1990). Anxiety sensitivity and panic attacks in a nonclinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 28(1), 83-85.
- Draguns, J. G., & Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour research and therapy*, 41(7), 755-776.
- Easterlin, R. A. (1974). Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. *Nations and households in economic growth*, 89, 89-125.
- Eckersley, R. (2006). Is modern Western culture a health hazard? *International journal of epidemiology*, 35(2), 252-258.
- Eckersley, R. (2010). Commentary on Trzesniewski and Donnellan (2010): A Transdisciplinary Perspective on Young People's Well-Being. *Perspectives on Psychological Science*, 5(1), 76-80.

- Eckersley, R., & Dear, K. (2002). Cultural correlates of youth suicide. *Social Science & Medicine*, (55), 1891-1904.
- Ehrenberg, A. (1999). *La fatica di essere se stessi: depressione e società*. Torino: Einaudi.
- Eisenberg, L., & Kleinman, A. (2012). *The relevance of social science for medicine (Vol. 1)*. Boston: Reidel.
- Emiliani, F., & Mazzara, B. M. (2015). From naturalization of humanities to «natural evidence» of obviousness. The social reasons for which the mind is not the brain. *Giornale italiano di psicologia*, 42(1-2), 31-56.
- Essau, C. A., Ishikawa, S. I., Sasagawa, S., Sato, H., Okajima, I., Otsui, K., Georgiou, G. A., O'Callaghan, J. & Michie, F (2011). Anxiety symptoms among adolescents in Japan and England: their relationship with self-construals and social support. *Depression and anxiety*, 28(6), 509-518.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior and adult)*. London: Hodder and Stoughton.
- Fabbroni, B. (2007). *Io ho paura. Diari di vita*. Roma: Edizioni Univ. Romane.
- Faravelli, C., Degl'Innocenti, B. G., & Biardinelli, L. (1989). Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(4), 308-312.
- Farmer, P. (2006). Un'antropologia della violenza strutturale. *Antropologia*, 6.8, 17-50.
- Fischer, R., & Boer, D. (2011). What is more important for national well-being: money or autonomy? A meta-analysis of well-being, burnout, and anxiety across 63 societies. *Journal of personality and social psychology*, 101(1), 164-184.
- Ford, B. Q., Shallcross, A. J., Mauss, I. B., Floerke, V. A., & Gruber, J. (2014). Desperately seeking happiness: Valuing happiness is associated with symptoms and diagnosis of depression. *Journal of social and clinical psychology*, 33(10), 890-905.
- Francesetti, G. (2005). *Attacchi di panico e postmodernità. La psicoterapia della Gestalt fra clinica e società*. Milano: FrancoAngeli.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (1969-1988). *The will to meaning: Principles and application of logotherapy, expanded edition*. New York: Penguin.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and individual differences*, 17(6), 791-802.
- Freud, S. (1894). *Legittimità di separare dalla nevrosi un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"*, in *Opere vol. 2*. Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, in *Opere vol 9*. Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1929). *Il disagio della civiltà*, in *Opere vol. 10*. Torino: Boringhieri.
- Fromm, E. (1941). *Fuga dalla libertà*. Milano: Mondadori.
- Fromm, E. (1955). *The Sane Society*. Milano: Mondadori

- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, *14*(5), 449-468.
- Gaddini, E. (1984). Se e come sono cambiati i nostri pazienti fino ai nostri giorni. *Rivista di psicoanalisi*, *30*(4), 560-580.
- Gecele, M., & Francesetti, G. (2005). La polis come ground e orizzonte della terapia. In Francesetti, G. (Ed.), *Attacchi di panico e postmodernità. La psicoterapia della Gestalt fra clinica e società*. Milano: FrancoAngeli.
- Gerdes, T., Yates, W. R., & Clancy, G. (1995). Increasing identification and referral of panic disorder over the past decade. *Psychosomatics*, *36*(5), 480-486.
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic.
- Gergen, K. J. (2001). Psychological science in a postmodern context. *American psychologist* *56*(10), 803-813.
- Giddens, A. (1990). *The consequences of Modernity*. Stanford: Stanford University Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, *9*, 47-59.
- Gone, J. P. (2014). Advancing Cultural-Clinical Psychology: Reflections on the Special Issue. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *33*(10), 954-965.
- Goodwin, J., & O'Connor, H. (2005). Exploring complex transitions: looking back at the "Golden Age" of youth transition. *Sociology* (39), 101-120.
- Goodwin, R. D. (2003). The prevalence of panic attacks in the United States: 1980 to 1995. *Journal of clinical epidemiology*, *56*(9), 914-916.
- Grant, A. M., & Schwartz, B. (2011). Too much of a good thing the challenge and opportunity of the inverted U. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(1), 61-76.
- Grant, G. (2017). Exploring the Possibility of Peak Individualism, Humanity's Existential Crisis, and an Emerging Age of Purpose. *Frontiers in Psychology*, *8* (1478).
- Green, E. G., Deschamps, J. C., & Paez, D. (2005). Variation of individualism and collectivism within and between 20 countries a typological analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *36*(3), 321-339.
- Hagerty, B. M., Williams, R. A., Coyne, J. C., & Early, M. R. (1996). Sense of belonging and indicators of social and psychological functioning. *Archives of psychiatric nursing*, *10*(4), 235-244.
- Harvey, D. (2010). *La crisi della modernità*. Milano: Il saggiatore.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Hayes, A., 2014. The PROCESS Macro for SPSS and SAS. <http://www.processmacro.org/> (accessed 1.13.16).

- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review, 26*(6), 695-718.
- Heinz, W. R. (2009). Youth transitions in an age of uncertainty. In *Handbook of youth and young adulthood: New perspectives and agendas* (pp. 3-13).
- Hillman, J. (1977). *Saggio su Pan*. Milano: Adelphi.
- Hillman, J. (1993). *Re-visione della psicologica*. Milano: Adelphi.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology 6*(4), 307-324.
- Hofstede, G. (1983). Dimensions of national cultures in fifty countries and three regions. In J. Deregowski, S. Dzuirawiec, & R. Annis (Eds.), *Explications in cross-cultural psychology* (pp. 335-355). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Hofstede, G. H., & Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. Thousand Oaks: Sage.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(2), 158-174.
- Hwu, H., Yeh, E. K., Chang, L. Y., & Yeh, Y. L. (1989). Chinese diagnostic interview schedule: II. A validity study on estimation of *lifetime* prevalence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 73*(4), 348-357.
- Infrasca, R. (2000). *I disturbi da attacchi di panico. Dalla comprensione alla terapia*. Milano: FrancoAngeli.
- Inghilleri, P. (1999). *From subjective experience to cultural change*. New York: Cambridge University Press.
- Inghilleri, P. (2009). *Psicologia culturale*. Milano: Cortina Editore.
- Inghilleri, P. (2014). Phenomenology of positive change: Social growth. In P. Inghilleri, G. Riva, & E. Riva (Eds.), *Enabling positive change. Flow and complexity in daily experience* (pp. 6-17). Warsaw: De Gruyter.
- Inghilleri, P., Castiglioni, M., & de Cordova, F. (2007). Medicina, salute e malattia. In B. M. Mazzara, *Prospettive di psicologia culturale: modelli teorici e contesti d'azione*. Urbino: Carrocci.
- Inghilleri, P., Riva, G., & Riva, E. (2014). *Enabling positive change: Flow and complexity in daily experience*. Warsaw: De Gruyter.
- Iyengar, S. S., & Lepper, M. R. (2000). When choice is demotivating: Can one desire too much of a good thing? *Journal of personality and social psychology, 79*(6), 995-1006.
- Iyengar, S. S., Huberman, G., & Jiang, W. (2004). How much choice is too much? Contributions to 401 (k) retirement plans. In Mitchell, O. S., & Utkus, S. P.

- (Eds.), *Pension design and structure: New lessons from behavioral finance* (pp. 84-94). New York: Oxford University Press.
- Iyengar, S. S., Wells, R. E., & Schwartz, B. (2006). Doing better but feeling worse looking for the “best” job undermines satisfaction. *Psychological Science, 17*(2), 143-150.
- Jackson, S. A., Kimiecik, J. C., Ford, S., & Marsh, H. W. (1998). Psychological correlates of flow in sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 20*, 358–378.
- Jervis, G. (1997). *La conquista dell'identità: essere se stessi, essere diversi*. Milano: Feltrinelli.
- Jervis, G. (1987). *Manuale critico di psichiatria*. Milano: Feltrinelli.
- Kaes, R. (2013, aprile 11). Di fronte al malessere psichico nelle cività ipermoderne, cosa può fare la psicoanalisi? *Seminario presso il Centro Milanese di Psicoanalisi Cesare Musatti*.
- Kagitcibasi, C. (2005). Autonomy and relatedness in cultural context implications for self and family. *Journal of cross-cultural psychology, 36*(4), 403-422.
- Kahneman, D. (1995). Varieties of counterfactual thinking. In N. Roese, & J. Olson (Eds.), *What might have been: The social psychology of counterfactual thinking* (pp. 375-396.). Mahwah, N.J: Erlbaum.
- Kahneman, D., & Miller, D. (1986). Norm theory: Comparing reality to its alternatives. *Psychological Review, 93*, 136–153.
- Kamenetz, A. (2006). *Generation Debt*. London: Penguin.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry, 63*(4), 415-424.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly, 61*, 121-140.
- Keyes, C. L. (2003). Complete mental health: an agenda for the 21st century. In C. L. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing. Positive psychology and the live welll-lived*. Washington: APA.
- Kitayama, S., Karasawa, M., Cuhhan, K. B., Ryff, C. D., & Markus, H. R. (2010). Independence and Interdependence Predict Health and Wellbeing: Divergent Patterns in the United States and Japan. *Frontiers in Psychology, 1*(163).
- Kitayama, S., Markus, R. H., & Kurokawa, M. (2000). Culture, emotion and wellbeing: good feelings in Japan and the U. S. *Cognition & Emotion, 14*(1), 93–124.
- Klein, D. F. (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia, 5*, 397-408.
- Klein, D. F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis. *Archives of general psychiatry, 50*(4), 306-317.
- Kleinman, A. (1987). Culture and clinical reality. Commentary on culture-cond syndromes and international disease classification. *Culture, Medicine and Psychiatry, 11*(1), 49-52.

- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. M. (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kocovski, N. L., Rector, N. A., & Flett, G. L. (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour research and therapy*, 43(8), 971-984.
- Krishaber, M. (1873). *De La Névropathie Cérébro-cardiaque*. Parigi: G.Masson.
- Kruglanski, A. W., & Jost, J. T. (2000). Il costruzionismo sociale e la psicologia sociale sperimentale: Storia delle divergenze e prospettive di riconciliazione. *Rassegna di Psicologia*, 17(3), 45-67.
- Kuhnle, C., & Sinclair, M. (2011). Decision mode as an antecedent of flow, motivational interference, and regret. *Learning and Individual Differences*, 21(2), 239-243.
- La Torre, D. (2002). Il Ritorno di Pan. In R. Romano (Ed.), *Il racconto della mente. Il mito nella relazione psicoanalitica* (pp. 91-114). Bari: Edizioni Dedalo.
- Lacan, J. (1968). *Nota sul padre e l'universalismo*, tr. it. in *La psicoanalisi*, 33 (2003). Roma: Astrolabio
- Landman, J. (1993). *Regret: The persistence of the possible*. New York: Oxford University Press.
- Landman, J., Vandewater, E. A., Stewart, A. J., & Malley, J. E. (1995). Missed opportunities: Psychological ramifications of counterfactual thought in midlife women. *Journal of Adult Development*, 2(2), 87-97.
- Lau, A. S., Wang, S. W., Fung, J. J., & Namikoshi, M. (2014). What Happens When You “Can't Read the Air”? Cultural Fit and Aptitude by Values Interactions on Social Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(10), 853-866.
- Lecci, L., Okun, M. A., & Karoly, P. (1994). Life regrets and current goals as predictors of psychological adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 731-741.
- LeDoux, J. (1996). *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*. Milano: Baldini Castoldi Dalai.
- Leighton, D. C., Harding, J. S., Macklin, D. B., Hughes, C. C., & Leighton, A. H. (1963). Psychiatric findings of the Stirling County study. *American Journal of Psychiatry*, 119(11), 1021-1026.
- Lipovetsky, G., Charles, S., & Brown, A. (2005). *Hypermodern Times*. Cambridge: Polity Press.
- Liotard, J. F. (1979). *La condizione postmoderna: rapporto sul sapere*. Milano: Feltrinelli.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Maller, R. G., & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(3), 241-247.

- Mao, Y., Roberts, S., Pagliaro, S., Csikszentmihalyi, M., & Bonaiuto, M. (2016). Optimal experience and optimal identity: A multinational study of the associations between flow and social identity. *Frontiers in psychology, 7*.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion, and Motivation. *Psychological Review, 98* (2), 224-253.
- Masi, F. (2004). The psychodynamic of panic attacks: A useful integration of psychoanalysis and neuroscience. *The International Journal of Psychoanalysis, 85*(2), 311-336.
- Massimini, F., & Carli, M. (1988). The systematic assessment of flow in daily life. In M. Csikszentmihalyi, & I. S. Csikszentmihalyi. *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness* (pp.266–287). New York: Cambridge University Press.
- Massimini, F., Inghilleri, P., & Delle Fave, A. (Eds.) (1996). *La selezione psicologica umana: teoria e metodo d'analisi*. Milano: Coop. libraria IULM.
- Mastrobuoni, G., De Gennaro, L., & Solano, L. (2002). La relazione tra alessitimia e locus of control: uno studio empirico su 260 soggetti. *Rassegna Di Psicologia, 1*, 157-167.
- Mazzoni, D., Cicognani, E., Albanesi, C., & Zani, B. (2014). Quality of participation experience, sense of community and their impact on young people's social well being. *Giornale italiano di psicologia, 41*(1), 205-228.
- McMillan, W. D., & Chavis, M. D. (1986). Sense of community: a definition and theory. *Journal of community psychology, 14*, 6-22.
- Meldolesi, G. N. (2011). *Panico, ossessioni e fobie: psicobiologia dell'ansia. Dalle origini del comportamento ai rapporti familiari*. Milano: FrancoAngeli.
- Middleton, H. C. (1998). Panic disorder: a theoretical synthesis of medical and psychological approaches. *Journal of psychosomatic research, 44*(1), 121-132.
- Miniati, M., Callari, A., Benvenuti, A., Savino, M., Banti, S., Mauri, M., & Dell'Osso, L. (2014). Lo spettro panico-agorafobico e il questionario PAS-SR. *Nóos 20* (2), 67-78.
- Misuraca, R. (2013). Troppa scelta ha veramente conseguenze negative? Una rassegna di studi empirici. *Giornale italiano di psicologia, 40*(1), 129-154.
- Monod, J. (1971). *Chance and necessity*. New York: Alfred A. Knop.
- Monroe, M. R., Skowronski, J. J., MacDonald, W., & Wood, S. E. (2005). The mildly depressed experience more post-decisional regret than the non-depressed. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(5), 665-690.
- Myers, D. G. (2000). *The American paradox: Spiritual hunger in an age of plenty*. New Haven: Yale University Press.
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2014). The concept of flow. In M. Csikszentmihalyi, *Flow and the Foundations of Positive Psychology* (pp. 239-263). Amsterdam: Springer.
- Nardi, A. E. (2006). Some notes on a historical perspective of panic disorder. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 55*(2), 154-160.

- Nardone, G. (2014). *La paura delle decisioni*. Firenze: Ponte alle Grazie.
- Oishi, S. (2000). Goals as cornerstones of subjective well-being: Linking individuals and cultures. *Culture and subjective well-being*, 36(4), 463-470.
- Oishi, S., Diener, E. F., Lucas, R. E., & Suh, E. M. (1999). Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values. *Personality and social psychology bulletin*, 25(8), 980-990.
- Oishi, S., Diener, E., Suh, E., & Lucas, R. E. (1999). Value as a moderator in subjective well-being. *Journal of personality*, 67(1), 157-184.
- Oyserman, D., Coon, H. M., & Kemmelmeier, M. (2002). Rethinking individualism and collectivism: evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychological bulletin*, 128(1), 3-72.
- Paris, J. (1996). *Social factors in the personality disorders: A biopsychosocial approach to etiology and treatment*. New York: Cambridge University Press.
- Pellecchia, U., Rossi, P., & Zanotelli, F. (2010). Introduzione. In U. Pellecchia, & F. Zanotelli, *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale* (pp. 13-44). Firenze: Ed.it press.
- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
- Perna, G., Caldirola, D., Arancio, C., & Bellodi, L. (1997). Panic attacks: a twin study. *Psychiatry research*, 66(1), 69-71.
- Pilowsky, D. J., Wu, L. T., & Anthony, J. C. (1999). Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1545-1549.
- Pozzetti, R. (2007). *Senza confini. Considerazioni psicoanalitiche sulle crisi di panico*. Milano: FrancoAngeli.
- Pretty, G., Conroy, C., Dugay, J., Fowler, K., & Williams, D. (1996). Sense of Community and Its Relevance to Adolescents of All Ages. *Journal of Community Psychology*, 24, 365-380.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone*. New York: Simon & Schuster.
- Quaranta, I. (2010). Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria. In U. Pellecchia, & F. Zanotelli, *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale* (pp. 89-104). Firenze: Ed.it press.
- Rachman, S., & De Silva, P. (2009). *Panic disorder: The facts*. Oxford: OUP.
- Recalcati, M. (2010). *L'uomo senza inconscio: figure della nuova clinica psicoanalitica*. Milano: Cortina.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss, & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy inside* (pp. 107-121). New York: Academic Press.

- Ritenbaugh, C. (1982). Obesity as a culture-bound syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6(4), 347-361.
- Roberts, B. W., & Helson, R. (1997). Changes in culture, changes in personality: the influence of individualism in a longitudinal study of women. *Journal of personality and social psychology*, 72(3), 641-651.
- Roberts, B., Edmonds, G., & Grijalva, E. (2010). It Is Developmental Me, Not Generation Me: Developmental Changes Are More Important Than Generational Changes in Narcissism—Commentary on Trzesniewski & Donnellan (2010). *Perspectives on Psychological Science*, 5(1), 97-102.
- Roese, N. J., Epstude, K. A., Fessel, F., Morrison, M., Smallman, R., Summerville, A., Galinsky, A., Segerstrom, S. (2009). Repetitive regret, depression, and anxiety: Findings from a nationally representative survey. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(6), 671-688.
- Rosenthal, E. C. (2006). *L'età della scelta. Scegliere è diventata la questione più importante del nostro tempo*. Adria: Apogeo Editore.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rutter, M., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2006). Gene–environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 226-261.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of personality*, 74(6), 1557-1586.
- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T., & Deci, E. L. (1996). All goals were not created equal: The relation of goal content and regulatory styles to mental health. In J. A. Bargh, & P. M. Gollwitzer (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 7-26). New York: Guilford Press.
- Ryder, A. G., & Chentsova-Dutton, Y. E. (2014). Cultural-Clinical Psychology: An introduction to the special issue. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(10), 847-852.
- Ryder, A. G., Ban, L. M., & Chentsova-Dutton, Y. E. (2011). Towards a cultural–clinical psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(12), 960-975.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sagi, A., & Friedland, N. (2007). The cost of richness: the effect of the size and diversity of decision sets on post-decision regret. *Journal of personality and social psychology*, 93(4), 515-524.

- Salonia, G. (2005). Cambiamenti sociali e disagi psichici. Gli attacchi di panico nella postmodernità. In G. Francesetti (Ed.), *Attacchi di panico e postmodernità. La psicoterapia della Gestalt tra clinica e società* (pp. 36-50). Milano: FrancoAngeli.
- Sanavio, E., & Cornoldi, C. (2001). *Psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Sandler, I. N., & Lakey, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support. *American journal of community psychology, 10(1)*, 65-80.
- Saraceno, B. (2012). Sofferenza urbana e "Public Happiness". In Souq2012, M. Ravazzini, & B. Saraceno (Eds.), *Le sfide della felicità urbana* (pp. 19-42). Milano: Il Saggiatore.
- Sarason, S. (1974). *The Psychological Sense of Community*. San Francisco: Jossey Bass.
- Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2002). I costrutti dell'ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patologico, pensiero catastrofico, autovalutazione negativa e intolleranza dell'incertezza. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 8(1)*, 45-60.
- Scabini, E. (1995). *Psicologia sociale della famiglia. Sviluppo dei legami e trasformazioni sociali*. Torino: Boringhieri.
- Scabini, E., & Donati, P. (1988). *La famiglia "lunga" del giovane adulto*. Milano: Vita e Pensiero.
- Scheper-Hughes, N. (2000). Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica. In R. Borofsky, *L'antropologia culturale oggi* (pp. 281-294). Roma: Meltemi.
- Schmidt, L. J., & Warner, B. (2002). *Panic: origins, insight, and treatment*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Schumaker, J. F. (2001). *The age of insanity: Modernity and mental health*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group.
- Schwartz, B. (2000). Self-determination: The tyranny of freedom. *American psychologist, 55(1)*, 79-88.
- Schwartz, B. (2004). *The paradox of choice*. New York: Ecco.
- Schwartz, B. (2012). Choice, Freedom and Autonomy. In P. R. Shaver, M. Mikulincer, & K. E. Davis, *Meaning, Mortality, and Choice* (pp. 271-287). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S. W., & Lehman, D. R. (2002). Maximizing versus satisficing: happiness is a matter of choice. *Journal of personality and social psychology, 83(5)*, 1178-1197.
- Schwartz, S. H., & Ros, M. (1995). Values in the West: A theoretical and empirical challenge to the individualism-collectivism cultural dimension. *World psychology, 1(2)*, 91-122.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist 35 (1977)*, 5-14.
- Shear, M. K., Frank, E., Rucci, P., Fagiolini, D. A., Grochocinski, V. J., Houck, P., Cassano, G. B., Kupfer D. J., Endicott, J., Maser, J. D., Mauri, M., Banti, S. (2001). Panic-

- agoraphobic spectrum: reliability and validity of assessment instruments. *Journal of psychiatric research*, 35(1), 59-66.
- Shear, M. K., Brown, T., Barlow, T. A., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571–1575.
- Shimanoff, S. B. (1984). Commonly named emotions in everyday conversations. *Perceptual and Motor Skills*, 58(2), 514.
- Shweder, R. A. (1990). Cultural psychology: what is this? In J. W. Stigler, R. A. Shweder, & G. Herdt, *Cultural psychology: essays on comparative human development* (pp. 1-43). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sierra, M., Gomez, J., Molina, J. J., Luque, R. M., & David, A. S. (2006). Depersonalization in psychiatric patients: a transcultural study. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(5), 356-361.
- Sierra, M., Gomez, J., Molina, J. J., Luque, R., Munoz, J. F., & David, A. S. (2006). Depersonalization in psychiatric patients: A transcultural study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 356-361.
- Sierra-Siebert, M., & David, A. S. (2007). Depersonalization and individualism: the effect of culture on symptom profiles in panic disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(12), 989-995.
- Simon, H. A. (1967). Motivational and emotional controls of cognition. *Psychological Review*, 74(1), 29-39.
- Smits, J. A., Powers, M. B., Cho, Y., & Telch, M. J. (2004). Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: evidence for the fear of fear mediational hypothesis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 646–652.
- Spatola, C. A., Scaini, S., Pesenti-Gritti, P., Medland, S. E., Moruzzi, S., Ogliari, A., Tambs K, Battaglia, M. (2011). Gene–environment interactions in panic disorder and CO2 sensitivity: Effects of events occurring early in life. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 156(1), 79-88.
- Spielberger, C. D. (1985). Anxiety, cognition and affect: A state-trait perspective. In C. D. Spielberg, A. H. Tuma, & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 171–182). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Starace, G. (2002). New ‘Normalities’, New ‘Madnesses’. *British Journal of Psychotherapy*, 19(1), 21-31.
- Stavrova, O., & Luhmann, M. (2016). Social connectedness as a source and consequence of meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 470-479.
- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: a twin study. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 246-251.
- Tajfel, H. (1982). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Tani, C., & Sorrentino, R. (2010). *Panico*. Milano: Mondadori.
- Tanner, J. L., & Arnett, J. (2009). The emergence of 'emerging adulthood'. In A. Furlong (Ed.), *Handbook of youth and young adulthood: new perspectives and agendas* (pp. 39-45). New York: Routledge.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, *32*(2), 153-164.
- Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 243-258.
- Testoni, I. (2001). *Il dio cannibale: anoressia e culture del corpo in Occidente*. Torino: UTET.
- Tiggemann, M., & Kuring, J. K. (2004). The role of body objectification in disordered eating and depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(3), 299-311.
- Triandis, H. C., & Gelfand, M. J. (1998). Converging measurement of horizontal and vertical individualism and collectivism. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(1), 118-128.
- Triandis, H. C., McCusker, C., & Hui, C. H. (1990). Multimethod probes of individualism and collectivism. *Journal of personality and social psychology*, *59*(5), 1006-1020.
- Trzesniewski, K., & Donnellan, M. (2010). Rethinking "Generation Me": A Study of Cohort Effects From 1976-2006. *Perspectives on Psychological Science*, *5*(1), 58-75.
- Twenge, J. (2006). *Generation Me: Why Today's Young Americans Are More Confident, Assertive, Entitled—and More Miserable Than Ever Before*. New York: Free Press.
- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79* (6), 1007-1021.
- Twenge, J. M., Zhang, L., & Im, C. (2004). It's beyond my control: A cross-temporal meta-analysis of increasing externality in locus of control, 1960-2002. *Personality and Social Psychology Review*, *8*(3), 308-319.
- Twenge, J., & Campbell, W. (2010). Birth Cohort Differences in the Monitoring the Future Dataset and Elsewhere: Further Evidence for Generation Me—Commentary on Trzesniewski & Donnellan (2010). *Perspectives on Psychological Science*, *5*(1), 81-88.
- Uchida, Y., Norasakkunkit, V., & Kitayama, S. (2013). Cultural constructions of happiness: Theory and empirical evidence. In Delle Fave, A. (Ed.) *The exploration of happiness* (pp. 269-280). Springer Netherlands.
- Valsiner, J. (2012). *The Oxford handbook of culture and psychology*. New York: Oxford University Press.
- Veenhoven, R. (1999). Quality-of-life in individualistic society. *Social indicators research*, *48*(2), 159-188.
- Veroff, J., Douvan, E. A., & Kulka, R. A. (1981). *The inner American: A self-portrait from 1957 to 1976*. New York: Basic Books.

- Vygotskij, L. S. (1934). *Thought and Language* (it. tr. Roma-Bari, Laterza, 1990).
- Waterman, A. S. (2004). Finding someone to be: Studies on the role of intrinsic motivation in identity formation. *Identity, 4*(3), 209-228.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological bulletin, 96*(3), 465-490.
- Weil, S. (1996). *La prima radice*. Milano: Mondadori.
- Wells, A., & Carter, K. (2002). Further Tests of a Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder: Metacognitions and Worry in GAD, Panic Disorder, Social Phobia, Depression, and Nonpatients. *Behavior therapy, 32*(1), 85-102.
- Williams, K. E., Chambless, D. L., & Ahrens, A. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear concept. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 239-248.
- Wittchen, H., Reed, V., & Kessler, R. C. (1998). The Relationship of Agoraphobia and Panic in a Community Sample of Adolescents and Young Adults. *Archives of General Psychiatry, 55*(11), 1017-1024.
- Wrosch, C., & Heckhausen, J. (2002). Perceived control of life regrets: Good for young and bad for old adults. *Psychology and aging, 17*(2), 340-350.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Young, A. (1982). The anthropology of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology, 11*, 97-124.
- Zamperini, A. (2010). *Gioventù stregolata e società del benessere*. Napoli: Liguori Editore.
- Zani, B., Cicognani, E., & Albanesi, C. (2001). Adolescent's sense of community and feeling of unsafety in the urban environment. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11*, 475-489.
- Zeelenberg, M., Van Dijk, W. W., & Manstead, A. S. (2000). Regret and responsibility resolved? Evaluating Ordóñez and Connolly's (2000) conclusions. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 81*(1), 143-154.
- Zeitlin, S. B., & McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry, 150*(4), 658-660.

1. Di seguito sono riportate alcune affermazioni che potrebbe condividere o meno. Usando la scala da 1 a 7 illustrata qui sotto, indichi quanto condivide ogni frase facendo una crocetta sul numero relativo al suo grado di accordo. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, legga attentamente le affermazioni e cerchi di rispondere con la massima spontaneità.

1 = PER NIENTE D'ACCORDO → 7 = COMPLETAMENTE D'ACCORDO

1	Sento di non far parte di qualcosa che si possa definire comunità	1	2	3	4	5	6	7
2	Penso che non ci si possa fidare delle altre persone	1	2	3	4	5	6	7
3	Ho una certa influenza sulle persone della mia comunità	1	2	3	4	5	6	7
4	Credo che oggi la società non stia più facendo progressi	1	2	3	4	5	6	7
5	Il mondo è troppo complesso per me	1	2	3	4	5	6	7
6	Sento di essere una componente importante della mia comunità	1	2	3	4	5	6	7
7	Credo che le persone siano gentili	1	2	3	4	5	6	7
8	Penso di poter fare qualcosa di importante per la società	1	2	3	4	5	6	7
9	Per le persone come me la società non sta migliorando	1	2	3	4	5	6	7
10	Credo che solo gli esperti possano capire ciò che accade nel mondo	1	2	3	4	5	6	7
11	Se avessi qualcosa da dire, credo che le persone della mia comunità mi ascolterebbero	1	2	3	4	5	6	7
12	Credo che le persone siano egocentriche	1	2	3	4	5	6	7
13	Le mie attività non producono nulla di importante per la mia comunità	1	2	3	4	5	6	7
14	Penso che le istituzioni sociali come le leggi e il governo migliorino la mia vita	1	2	3	4	5	6	7
15	Mi è difficile capire quello che accade nel mondo	1	2	3	4	5	6	7
16	Mi sento vicino/a alle altre persone della mia comunità	1	2	3	4	5	6	7
17	Penso che la gente non meriti fiducia	1	2	3	4	5	6	7
18	Non ho il tempo o le energie per fare qualcosa per la mia comunità	1	2	3	4	5	6	7
19	Credo che la società sia in continuo sviluppo	1	2	3	4	5	6	7
20	Trovo difficile capire le usanze e i costumi delle persone che appartengono ad altre culture	1	2	3	4	5	6	7
21	La mia comunità è per me una fonte di sostegno e conforto	1	2	3	4	5	6	7
22	Credo che le persone pensino solo a se stesse	1	2	3	4	5	6	7
23	Penso che il mio impegno fornisca contributi importanti alla società	1	2	3	4	5	6	7
24	Penso che la nostra società sia un luogo ricco di opportunità per le persone	1	2	3	4	5	6	7
25	Penso sia importante cercare di capire il mondo che ci circonda	1	2	3	4	5	6	7
26	Se avessi qualcosa da dire, penso che le persone della mia comunità non mi prenderebbero sul serio	1	2	3	4	5	6	7
27	Credo che oggi giorno la gente sia sempre più disonesta	1	2	3	4	5	6	7
28	Penso di non poter dare contributi importanti alla società	1	2	3	4	5	6	7
29	Per me nella società contemporanea non esiste una cosa come il "progresso"	1	2	3	4	5	6	7
30	Mi riesce difficile immaginare come sarà la nostra società in futuro	1	2	3	4	5	6	7
31	Credo di essere apprezzata/o e stimata/o dalle altre persone	1	2	3	4	5	6	7
32	Penso che la gente si preoccupi dei problemi altrui e sia disponibile ad aiutare	1	2	3	4	5	6	7
33	Penso che il mondo stia diventando un luogo migliore per tutti	1	2	3	4	5	6	7

1	Ogni volta che devo fare una scelta, cerco di immaginarmi quali possano essere tutte le altre possibilità, anche quelle che non sono presenti al momento	1	2	3	4	5	6	7
2	Non importa quanto io sia soddisfatto del mio lavoro, trovo giusto continuare a cercare opportunità migliori	1	2	3	4	5	6	7
3	Quando ascolto la radio o guardo la tv, faccio spesso zapping per vedere quali altre opzioni sono disponibili anche mentre sono relativamente soddisfatto di ciò che sto ascoltando	1	2	3	4	5	6	7
4	Quando navigo su internet spesso continuo ad aprire nuove finestre anche se ho già trovato qualcosa di sufficientemente interessante	1	2	3	4	5	6	7
5	Considero le relazioni come i vestiti: ne provo molti prima di trovare quello che mi sta a pennello	1	2	3	4	5	6	7
6	Trovo difficile scegliere il regalo giusto per un amico	1	2	3	4	5	6	7
7	Scegliere un film in streaming su internet per me è molto difficile perché non riesco a decidermi per quale sia il migliore per quel momento.	1	2	3	4	5	6	7
8	Quando faccio acquisti, trovo difficile trovare vestiti di cui mi innamoro davvero	1	2	3	4	5	6	7
9	Sono un grande fan delle liste per fare classifiche di diverse cose (migliori film, migliori cantanti, migliori atleti, migliori romanzi, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
10	Scrivere per me è molto difficile, anche scrivere una lettera ad un amico, perché faccio fatica a trovare le parole giuste per esprimermi. Spesso faccio numerose bozze anche per cose semplici	1	2	3	4	5	6	7
11	Non importa cosa faccio, cerco sempre il meglio per me stesso	1	2	3	4	5	6	7
12	Non mi accontento mai della seconda scelta	1	2	3	4	5	6	7
13	Mi capita di fantasticare spesso riguardo a modi di vivere che sono abbastanza diversi dalla mia vita attuale	1	2	3	4	5	6	7
1	Quando prendo una decisione, non mi guardo mai indietro	1	2	3	4	5	6	7
2	Quando faccio una scelta, mi chiedo spesso cosa sarebbe successo se avessi scelto una cosa diversa	1	2	3	4	5	6	7
3	Quando faccio una scelta, anche se si rivela positiva, provo qualcosa come un senso di fallimento se scopro che se avessi scelto un'altra cosa sarebbe stato meglio	1	2	3	4	5	6	7
4	Ogni volta che faccio una scelta, cerco di trovare informazioni su come si sarebbero rivelate le altre alternative	1	2	3	4	5	6	7
5	Quando penso come sta andando la mia vita, spesso riconsidero le opportunità a cui ho rinunciato	1	2	3	4	5	6	7

2. In alcune occasioni, mentre stiamo cercando di raggiungere un determinato obiettivo, può capitare di sentirci pienamente coinvolti in ciò che stiamo facendo, soddisfatti, convinti che tutto vada al meglio e in uno stato di intenso benessere mentale. Siamo totalmente concentrati e fortemente motivati a continuare quell'attività per rimanere in questa situazione mentale.

E' uno stato psicologico intenso e positivo.

Ti capita mai di trovarti in questo stato? Si No

Se sì, quando sei in quale situazione o attività specifica?

Segna con una crocetta quanto spesso hai sperimentato ciascuna di queste sensazioni durante l'attività o la situazione che hai preso in considerazione, usando la scala da 1 (mai) a 5 (sempre). Se hai indicato di non trovarti mai in questa situazione passa direttamente alla domanda numero 3.

1	Penso di avere sufficienti competenze da affrontare la complessità della situazione	1	2	3	4	5
2	Faccio le cose spontaneamente ed in automatico, senza bisogno di pensarci	1	2	3	4	5
3	Ho una chiara percezione di ciò che voglio fare	1	2	3	4	5
4	Ho una buona impressione di quanto io stia andando bene mentre sono coinvolto nel compito/situazione	1	2	3	4	5
5	Sono completamente focalizzato sul compito in atto	1	2	3	4	5
6	Ho una sensazione di totale padronanza su quanto sto facendo	1	2	3	4	5
7	Non sono preoccupato di ciò che gli altri potrebbero pensare di me	1	2	3	4	5
8	Il modo in cui passa il tempo sembra essere diverso dal normale	1	2	3	4	5
9	L'esperienza è estremamente gratificante	1	2	3	4	5

3. Ora valuta per favore le seguenti affermazioni seguendo la scala da 1 (per niente d'accordo) a 7 (totalmente d'accordo)

1 = PER NIENTE D'ACCORDO → 7 = COMPLETAMENTE D'ACCORDO

1	Quando mi innervosisco sono così sconvolto che non riesco più a pensare con chiarezza	1	2	3	4	5	6	7
2	Penso di poter controllare il mio livello d'ansia	1	2	3	4	5	6	7
3	Quando mi innervosisco, penso che sto impazzendo	1	2	3	4	5	6	7
4	Sono in grado di prevenire l'ansia	1	2	3	4	5	6	7
5	Mi sconvolge essere nervoso/a	1	2	3	4	5	6	7
6	Essere nervosi non è piacevole, ma posso gestirlo	1	2	3	4	5	6	7
7	Non c'è nulla che possa fermare la mia ansia una volta partita	1	2	3	4	5	6	7
8	Quando mi innervosisco, penso che l'ansia possa scapparmi di mano	1	2	3	4	5	6	7
9	Quando sono nervosa/o, ho paura di mettermi a urlare	1	2	3	4	5	6	7
10	Temo di mettermi a balbettare o di esprimermi in maniera ridicola o male quando sono nervoso/a	1	2	3	4	5	6	7
11	Non mi preoccupa essere nervosa/o, è uno stato passeggero	1	2	3	4	5	6	7
12	Quando sono nervoso/a, temo di potermi comportare stupidamente	1	2	3	4	5	6	7

4. Adesso vorrei farle alcune domande su sensazioni che può aver avuto. Mi riferisco a sensazioni che siano comparse all'improvviso e in modo inaspettato, anche durante il sonno, senza una ragione apparente. Per le donne: anche se sono comparse soltanto in occasione del ciclo mestruale o dopo aver partorito.

Nota: non devono essere considerati le sensazioni che possono rappresentare una normale risposta fisiologica (ad esempio battiti cardiaci accelerati durante una corsa, o essere spaventati all'improvviso per una ragione ben precisa) o sintomi associati ad una condizione patologica nota (ad esempio palpitazioni in un soggetto con una forma di aritmia diagnosticata).

Le è mai capitato all'improvviso e in modo inaspettato di...

1	Avere palpitazioni o di sentirsi il cuore in gola?	Si	No
2	Iniziare a sudare?	Si	No
3	Tremare o sussultare?	Si	No
4	Sentirsi mancare il respiro?	Si	No
5	Sentirsi soffocare?	Si	No
6	Sentire dolore o un peso al petto?	Si	No
7	Avere nausea, mal di stomaco o diarrea?	Si	No
8	Sentirsi confuso, instabile, come se stesse per svenire?	Si	No
9	Avere l'impressione che le cose intorno a lei non fossero più familiari, ma irreali e strane?	Si	No
10	Sentirsi distaccato da se stesso o da parti del suo corpo?	Si	No
11	Sentirsi sul punto di perdere il controllo o di impazzire?	Si	No
12	Sentirsi sul punto di morire?	Si	No
13	Avere una sensazione di torpore o formicolii in qualche parte del corpo?	Si	No
14	Avere brividi di freddo o vampate di calore?	Si	No

5. Se ha indicato di aver provato quattro o più di queste sensazioni, saprebbe dirmi se le è mai capitato che si presentassero contemporaneamente, in uno stesso momento?

Si	No
----	----

Grazie per aver partecipato a questa ricerca!

Le ricordo che se volesse rendersi disponibile ad un eventuale colloquio per la seconda fase di ricerca può lasciare di seguito i suoi recapiti!

E-mail _____

Numero _____

Commenti e suggerimenti _____