

# Psicoterapia cognitivo-comportamentale del Disturbo di Panico con Agorafobia

Il modello tradizionale (Clark) e il modello assistito mediante realtà virtuale (Vincelli)

---

Vincelli F.<sup>1</sup>, Choi Y.H.<sup>3</sup>, Wiederhold B.<sup>4</sup>, Bouchard S.<sup>5</sup>, Molinari E.<sup>1/2</sup>, Riva G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica, Milano, Italy

<sup>2</sup> Laboratorio di Psicologia, Istituto Auxologico Italiano (IRCCS), via Cadorna 90, Verbania, Italy

<sup>3</sup> Seoul Paik Hospital, Inje University, Seoul, South Korea

<sup>4</sup> Center for Advanced Multimedia Psychotherapy, CSPP, San Diego, California

<sup>5</sup> Department of Psychology, Université du Québec a Hull, Canada

# Dati epidemiologici

L'incidenza del Disturbo di Panico raggiunge il 3.5% della popolazione generale

uomini → 0.4 – 1.7%

donne → 1.6 – 2.9%

- Oltre il 14% della popolazione soffre di saltuari attacchi di panico (*Rapee, Ancis, Barlow, 1988*)
- Il rischio di insorgenza del primo attacco di panico è maggiore in due fasce di età: **15 – 19, 25 – 30**.  
(vulnerabilità dovuta agli importanti cambiamenti evolutivi tipicamente caratterizzanti tali periodi)

## SINTOMI FISICI

*vertigini, tachicardia, ...*

## SINTOMI COGNITIVI:

*derealizzazione, depersonalizzazione*

## PAURE:

*di morire, di impazzire*

**Agorafobia**

si associa con il DP nel 30 – 50% dei casi

condotte di evitamento →

*Ciclo di mantenimento  
del disturbo*

# Diffusione e costi sociali del DP

---

- DP è una patologia che causa **gravi limitazioni a livello lavorativo e sociale**, una considerevole **diminuzione della qualità della vita** ed un **eccessivo ricorso alle strutture sanitarie**.  
(Katon, 1996; Katerndal and Realini, 1997)
- A determinare questi costi concorrono il **calo di produttività** e le **spese di assistenza sociale e sanitaria**.  
(Rovetto, 2003)
- Il **60% circa dei pazienti che si rivolgono al pronto soccorso cardiologico soffre di DP**.  
(DSM-IV-TR, 2000)
- **DP** è spesso associato a:
  - Depressione (30%)
  - Altri Disturbi d'Ansia (20%)
  - Abuso di sostanze/alcoolismo (15%)
  - Comportamenti suicidari (6 – 20%)  
( Hirschfeld, 1996; Massion et al., 1993 )



**LE CONSIDERAZIONI IN TERMINI DI COSTI-BENEFICI RISULTANO  
CRUCIALI NELLA PIANIFICAZIONE E NELLA REALIZZAZIONE DI  
PROTOCOLLI TERAPEUTICI PER IL PD**

# Efficacia della CBT nel trattamento del DP

RUOLO ATTIVO DEL PAZIENTE

HOMEWORK / DIARI / MAIEUTICA

**Basata su ricerca e conferme empiriche**

**Controllo sistematico delle variabili**

**A breve termine**

**L'attività cognitiva è conoscibile e valutabile**

**Le modifiche sono basate sulla mediazione cognitiva**

**GUIDARE IL PAZIENTE VERSO L'ABBANDONO  
DI SISTEMI DI CREDENZE DISFUNZIONALI:  
CREDENZE ED ATTRIBUZIONI SONO IPOTESI SUSCETTIBILI DI DISCUSSIONE**

# Efficacia della CBT nel trattamento del DP

## → **ASSESSMENT**

Comprendere la condizione del soggetto con misurazioni ed autovalutazioni

## → **FORMULAZIONE DEL CASO**

Teoria di un caso particolare a partire da un modello eziopatologico generale

## → **APPROCCIO PSICOEDUCATIVO**

Spiegazioni in merito all'eziologia ed alle dinamiche di mantenimento del disturbo. La comprensione da parte del paziente della propria condizione, degli obiettivi e delle caratteristiche del trattamento favorisce il raggiungimento della necessaria collaboratività da parte del paziente stesso.

## → **TECNICHE COGNITIVE**

Ristrutturazioni cognitive volte a modificare conoscenze, convinzioni, atteggiamenti ed aspettative del paziente.

## → **TECNICHE COMPORTAMENTALI**

Esposizione agli stimoli temuti: *in vivo*, *in imaginatio*, esposizione enterocettiva. Volte a testare le credenze disfunzionali e a promuovere il loro cambiamento.

**LE TERAPIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI  
SONO STATE RICONOSCIUTE COME PARTICOLARMENTE  
EFFICACI NEL TRATTAMENTO DEL DP**

(Chambless, 2002)

# I due principali modelli CBT di trattamento del DP

---

## PROTOCOLLO DI ALBANY (Barlow e Craske, 1988)



- Quindici lezioni
- Psicoeducazione sul DP e sui modi disfunzionali per fronteggiarlo; presentazione e discussione delle componenti cognitive, comportamentali e fisiologiche di ansia e panico.
- Automonitoraggio volto ad identificare la sequenza degli eventi durante l'attacco di panico, inclusi quelli che ne facilitano la comparsa.
- **Discussione sull'iperventilazione e sul ruolo che ricopre nell'insorgenza e successivo mantenimento degli attacchi di panico.**
- **Insegnamento e training di tecniche di rieducazione respiratoria o di rilassamento muscolare, sulla base dell'importanza assegnata all'iperventilazione nell'insorgenza e nel mantenimento del panico.**
- Compiti di esposizione *in vivo* in un crescendo di realismo e coinvolgimento.
- Ristrutturazione cognitiva.
- Esposizione enterocettiva.

# I due principali modelli CBT di trattamento del DP

---

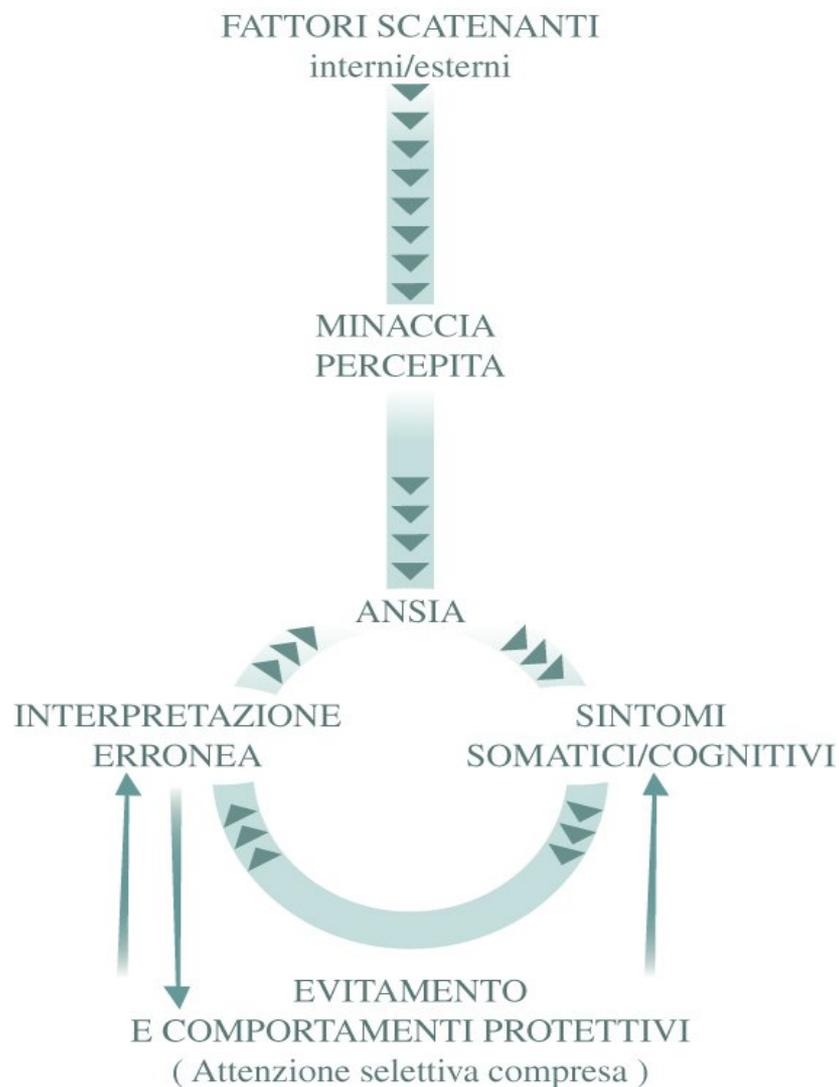
## PROTOCOLLO DI OXFORD (Clark e Salkovskis, 1987)



- 12 sedute + 3 sessioni di follow-up
- Promuovere la sostituzione di convinzioni, aspettative ed attribuzioni maladattive e catastrofiche con atteggiamenti più adeguati.
- Presentazione e spiegazione del modello.
- *Dialogo* socratico (a differenza delle *lezioni* di Barlow) ed esercizi di ristrutturazione cognitiva.
- Esposizione *in vivo*, in immaginazione, ed esercizi di esposizione enterocettiva.
- Possibilità per il paziente di usufruire di *booster sessions* per rinforzare gli obiettivi raggiunti.
- Discussione dei progressi ottenuti e sviluppo di strategie volte a prevenire i rischi di ricaduta.
- **Non vengono insegnate né esercitate tecniche di rieducazione respiratoria o di rilassamento muscolare.**

# Il Circolo Vizioso del Panico

---



Clark, 1986

# Confronto dei due protocolli terapeutici

## BARLOW

Modello basato sul concetto terapeutico di  
**CONTROLLO E CONTENIMENTO DEI SINTOMI**

1. Viene data eccessiva importanza alle tecniche di rieducazione respiratoria e di rilassamento, in relazione all'assunto secondo cui l'iperventilazione rivestirebbe un ruolo cruciale nell'insorgenza e nel mantenimento degli attacchi di panico.
2. Tali tecniche divengono placebo, o peggio: *comportamenti protettivi* che contribuiscono a mantenere il circolo vizioso del panico.
3. L'insegnamento di tali tecniche può indurre i pazienti ad investire risorse nello sviluppo di comportamenti protettivi, alle spese di una correttiva esperienza di ristrutturazione cognitiva.

## CLARK

Modello basato sul concetto terapeutico di  
**FRONTEGGIAMENTO DEI SINTOMI**

1. Secondo il modello di Clark della "paura della paura", i comportamenti protettivi mirano a proteggere il paziente da una *falsa minaccia*.
2. Qualsiasi nuova strategia di coping intesa ed utilizzata come comportamento protettivo alimenta il rischio di una "**safety aid substitution**" (ricorso ad una falsa "ancora di salvezza"), ostacolando esperienze correttive.

L'INSEGNAMENTO ED IL TRAINING DI TECNICHE DI CONTROLLO RESPIRATORIO O DI RILASSAMENTO POSSONO INFLUIRE NEGATIVAMENTE SUL PAZIENTE, PORTANDO A  
**GUARIGIONE INCOMPLETA E MAGGIOR RISCHIO DI RICADUTE**



In uno studio di **Schmidt et al. (2000)**, gli autori hanno valutato la necessità di BR (*Breathing Retraining techniques*) nel contesto di un protocollo CBT multicomponentiale

**IPOSTESI PRINCIPALE: i pazienti sottoposti al training di BR si sarebbero rivelati maggiormente sintomatici e a rischio di ricadute rispetto alla condizione CBT senza BR.**

- Il protocollo CBT includeva:
  - educazione ed informazioni correttive riguardo l'eziologia ed il mantenimento del DP
  - tecniche cognitive volte ad aiutare il paziente nell'identificazione e correzione di erronee implicite nel mantenimento del disturbo
  - esercizi di esposizione enterocettiva
  - istruzioni per condurre esposizioni *in vivo*
- **Dodici sessioni** in dodici settimane, ciascuna della durata di **120 minuti**.
- Nella condizione **CBT+BR**, le sedute 4 e 5 sono state **prolungate di 30 minuti ciascuna**, per consentire **l'insegnamento ed il training di tecniche BR**.

➔ Trascorso un anno, la valutazione **follow-up** della variabile composita "guarigione" ha indicato che il **57% del gruppo CBT ha soddisfatto i criteri di guarigione**, contro il **37% della condizione CBT+BR**.





- **Craske, Rowe, Lewin, e Noriega-Dimitri (1997)** hanno confrontato **l'efficacia dell'esposizione enterocettiva rispetto alle tecniche BR** in un contesto CBT multicomponentiale.
- **L'esposizione enterocettiva si è rivelata più efficace** rispetto agli esercizi di rieducazione respiratoria.
- Craske et al. (1997) hanno pertanto suggerito che **le tecniche BR possono divenire comportamenti protettivi controterapeutici**.

➔ **Potendo scegliere, sembra preferibile ricorrere all'esposizione enterocettiva piuttosto che non a tecniche BR.**

**Gli studi citati suggeriscono che i terapeuti dovrebbero evitare di indurre i pazienti a ricorrere alle tecniche BR come mezzi di fronteggiamento e gestione dell'ansia.**



# Il Disegno Sperimentale

---

Efficacia del trattamento delle  
fobie con ambienti virtuali

+

Efficacia della CBT nella  
terapia del DAP



VRT

Protocollo terapeutico esperienziale che prevede sessioni di esposizione virtuale



ipotesi

VRT consente di ottenere risultati simili al trattamento classico CBT  
**in un numero inferiore di sedute (- 30%)**

# Vantaggi

---

## ESPOSIZIONE IN REALTÀ VIRTUALE

1. Limita i costi dell'esposizione *in vivo*
2. Risolve i problemi connessi all'esposizione *in imaginatio*:
  - difficoltà di rievocazione/ produzione di immagini mentali vivide delle situazioni temute
  - difficoltà di condivisione dei contenuti mentali con lo psicoterapeuta
3. Consente di costruire una gerarchia di stimoli ansiogeni e programmare la desensibilizzazione
4. Consente di proporre al paziente stimoli diversificati, controllati, animati in tempo reale
5. É un contesto guidato e sicuro in cui testare le tecniche apprese, prima di autoesporsi

Una terza via tra realtà ed immaginazione

VR COME  
SISTEMA IMMAGNATIVO  
EVOLUTO

# Condizioni sperimentali

---

CONDIZIONE VRT

Basata sul modello di **Clark** senza rilassamento;  
**8 sedute**, con **esposizione virtuale**

CONDIZIONE CBT

Basata sul modello di **Clark** senza rilassamento;  
**12 sedute**, senza **esposizione virtuale**

CBT + rilassamento

Basata sul modello di **Barlow** con rilassamento;  
**15 sedute**, senza **esposizione virtuale**

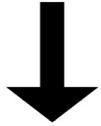
**IL NUMERO TOTALE DEI SOGGETTI TRATTATI É PARI A 36,  
DISTRIBUITI NELLE TRE CONDIZIONI SPERIMENTALI**



# Il protocollo clinico

---

- **ASSESSMENT** → Primo colloquio; pre-test.
- **8 SESSIONI** → Ciascuna comprendente **20 minuti di navigazione**.



## ASPETTI DI INNOVAZIONE



- Esposizione graduata agli ambienti virtuali
- Assessment cognitivo in esposizione virtuale
- Ristrutturazione cognitiva in esposizione virtuale
- Esposizione enterocettiva in esposizione virtuale

- **ULTIMA SESSIONE** → prevenzione delle ricadute; re-test.
- **3 SEDUTE DI FOLLOW-UP** → a tre, sei e dodici mesi dal termine.

## LO PSICOTERAPEUTA

Rinforza l'evocatività delle scene

Facilita la navigazione

Stimola esplorazione ed interazione

Orienta l'esperienza virtuale

# Ambienti virtuali

---

- PIAZZA
- SUPERMERCATO
- ASCENSORE
- METROPOLITANA

**VE** A SCOPO TERAPEUTICO → IMPORTANZA DELL'IMMERSIVITÀ

***PERCEPTUAL ILLUSION OF NONMEDIATION***

favorita dal senso di **PRESENZA**

**LA SIMULAZIONE RIGUARDA NON SOLO L'AMBIENTE VIRTUALE,  
MA L'ESPERIENZA DI IMMERSIONE NEL SUO COMPLESSO**

**IMPORTANTE**



- Libertà di movimento nell'esplorazione del VE
- Interattività
- Elementi chiave familiari evocatori

# Dati di follow-up dopo 12 mesi

---

CONDIZIONE VRT

100% PANIC FREE

CONDIZIONE CBT

100% PANIC FREE

CBT + rilassamento

40% DI RICADUTE

Il presente studio conferma l'ipotesi secondo la quale

L'INSEGNAMENTO ED IL TRAINING DI TECNICHE DI CONTROLLO RESPIRATORIO O DI RILASSAMENTO POSSONO INFLUIRE NEGATIVAMENTE SUL PAZIENTE, PORTANDO A UNA SIGNIFICATIVA PERCENTUALE DI RICADUTE (40%)

# Conclusioni

---

**VRT PERMETTE DI OTTENERE RISULTATI SIMILI ALLA CBT  
IN UN NUMERO INFERIORE DI SEDUTE (-30%)**

## VANTAGGI RICONOSCIUTI ALL' ESPOSIZIONE VIRTUALE

Efficace strategia di  
trattamento del PDA

Maggiore controllo sulla  
gradualità del trattamento

Importante innovazione  
delle tecniche espositive

VR fornisce scenari  
vividi ed immersivi

Cambiamento del  
paradigma di interazione

## CARATTERISTICHE DELLA VIRTUAL REALITY THERAPY

Costi contenuti e  
fruibilità del software  
(internet, PC portatili)

Importante innovazione  
nell'ambito della  
psicologia clinica

Più tempo da dedicare  
al trattamento di altri  
aspetti della personalità  
del paziente

# Conclusioni

---

CONSIDERAZIONI IN TERMINI DI COSTI-BENEFICI SONO CRUCIALI NEL PROGETTARE E REALIZZARE NUOVI PROTOCOLLI TERAPEUTICI PER IL DP



L'ESPOSIZIONE VIRTUALE É UNA TECNICA NUOVA ED EFFICACE PER TESTARE E MODIFICARE FALSE CREDENZE IN UN NUMERO INFERIORE DI SESSIONI

IL MODELLO EZIOPATOGENETICO DI CLARK MIRA AL FRONTEGGIAMENTO DEI SINTOMI PIUTTOSTO CHE AL LORO CONTROLLO



**VRT**

BASATA SUL MODELLO DI CLARK DI FRONTEGGIAMENTO DEI SINTOMI RIDUCE I TEMPI DELLA TERAPIA ED ABBASSA I RISCHI DI RICADUTE

