

ISTITUTO A.T. BECK

L'ansia e il disturbo da attacchi di panico

A cura di
Antonella Montano
e Roberta Borzì

Antonella Montano
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,
Direttrice Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Roberta Borzì
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,
Docente interno Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Presentazione

A chi di noi non è mai successo di sperimentare, almeno una volta nella vita, sensazioni intense di ansia e paura, associate talvolta alla convinzione di morire, impazzire, perdere il controllo, svenire, anche in situazioni ordinarie o quotidiane?

Anche quando tutto sembra andare per il verso giusto e le persone intorno a noi ci dimostrano il loro affetto, abitiamo in una casa confortevole, abbiamo un lavoro gratificante, improvvisamente ci può accadere di percepire una profonda e inaspettata sensazione di angoscia che annulla tutti gli aspetti positivi della nostra vita, come una goccia di inchiostro che colora un bicchiere d'acqua. Nella nostra attività clinica, abbiamo potuto constatare che nell'ultimo decennio i pazienti che chiedono aiuto per un disturbo d'ansia sono aumentati esponenzialmente. Questo incremento si spiega facilmente, dal momento che lo stress della vita di oggi non ci dà tregua, al contrario determina un inevitabile innalzamento dei livelli di ansia, e con questi anche delle sensazioni somatiche. Paura di morire, di impazzire, di perdere il controllo delle proprie emozioni e comportamenti, di uscire di casa da soli, di prendere un autobus, di viaggiare, ecc.: così si manifesta l'attacco di panico. I seguenti moduli spiegheranno in cosa consiste il disturbo da attacchi di panico, come affrontarlo e prevenire le ricadute. Per prima cosa verranno descritte le due emozioni che ne sono alla base, la paura e l'ansia, poi come riconoscere i sintomi e le manifestazioni dell'attacco di panico.

Per l'approccio cognitivo-comportamentale il disagio emotivo, che accompagna l'attacco di panico, dipende dal contenuto dei pensieri negativi e catastrofici sulle sensazioni fisiche, a cui le persone reagiscono con strategie e condotte disfunzionali.

A partire dal modello cognitivo dell'attacco di panico, saranno descritte alcune tecniche cognitivo-comportamentali per il trattamento dei disturbi d'ansia e, nello specifico, del disturbo da attacchi di panico.

Sarà spiegato, infine, cosa fare per mantenere i risultati raggiunti e prevenire, così, possibili ricadute. Nello specifico, verranno descritti i principi chiave della Mindfulness e come è strutturato il programma MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), che rappresenta lo strumento più efficace per promuovere una stabile e diversa modalità di gestione dello stress; lo stress, come vedremo, contribuisce ad aumentare l'ansia e a innescare l'attacco di panico.

Lo scopo di questi moduli è dunque poter essere di aiuto a tutti coloro che, di fronte alle sensazioni di impotenza e angoscia derivanti dall'attacco di panico, vogliono prendersi cura di se stessi e ritornare a essere padroni della propria vita, e non più schiavi dei propri sintomi.

Modulo 1

L'ansia e il disturbo da attacchi di panico: inquadramento generale

- Definizione della paura e dell'ansia
- Quando l'ansia diventa un problema?
- Il modello cognitivo dell'ansia
- In cosa consiste il disturbo da attacchi di panico?
- Il modello cognitivo dell'attacco di panico
- Perché si sviluppa il disturbo da attacchi di panico?
- Fattori di mantenimento del disturbo da attacchi di panico
- Trattamento del disturbo da attacchi di panico

Definizione della paura e dell'ansia

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP) è uno dei disturbi d'ansia più diffusi (APA, 2013).

Per comprendere cosa sono gli attacchi di panico è necessario iniziare con la spiegazione della differenza delle due emozioni che ne sono alla base: la paura e l'ansia.

La paura rappresenta il nucleo centrale di tutti i disturbi d'ansia, in quanto è una risposta automatica di allarme che si presenta quando si è in pericolo. La paura ha svolto e continua a svolgere una funzione adattiva per la sopravvivenza umana e, per questo motivo, sarebbe difficile trovare qualcuno che non abbia mai sperimentato paura in una situazione di pericolo o minaccia. La paura allerta e prepara l'organismo a rispondere alle potenziali insidie che può incontrare normalmente nella vita.

Due esponenti di spicco nel campo, infatti, definiscono la paura come “un primitivo stato di allarme automatico neurofisiologico che coinvolge la valutazione cognitiva di un'imminente minaccia o pericolo alla sicurezza di un individuo” (Clark & Beck, 2010). Chi non sperimenta paura si espone a più pericoli e corre maggiori rischi. Di conseguenza, non è possibile né auspicabile eliminarla del tutto. L'ansia è un complesso sistema di risposta – a livello di pensieri, emozioni, sensazioni fisiche e comportamenti – all'imminente minaccia o pericolo. L'ansia viene attivata quando gli eventi o le circostanze di cui ci preoccupiamo vengono considerati altamente perico-

losi, perché percepiti come improvvisi, imprevedibili, incontrollabili o comunque potenzialmente minacciosi. Per semplificare: la paura è la valutazione immediata del pericolo e l'ansia è lo stato emotivo spiacevole che avvertiamo quando la paura è attivata o quando pensiamo a minacce o pericoli futuri.

Facciamo ora un esempio pratico della distinzione tra paura e ansia. Una persona che ha un estremo timore dei cani sarà ipervigile circa la possibilità di incontrarli e sperimenterà un continuo stato di allerta, ad esempio ogni volta che uscirà di casa. Si sentirà nervosa e apprensiva al solo pensiero di dover attraversare un giardino o una strada in cui potrebbe incontrare uno o più cani. Avrà, dunque, pensieri del tipo: “Sicuramente incontrerò un cane”, “E se mi dovesse aggredire?”, “Aiuto, è pericoloso”, “Starò male e non saprò cosa fare...”. Questa è l'ansia. Quando la persona attraverserà un giardino o una strada e vedrà effettivamente un cane che le si avvicinerà di corsa senza guinzaglio, immediatamente sperimenterà la paura, che è la percezione di un imminente pericolo, quindi penserà: “Sta correndo verso di me! Mi sta abbaiano! Ora mi aggredisce! Devo scappare!”. Questi pensieri le provocheranno, dunque, forti emozioni di paura, con reazioni sul fisico, ad esempio tachicardia, respiro corto, sudorazione, tremori e avrà, di conseguenza, un comportamento di fuga, perché scapperà.

Quando l'ansia diventa un problema?

Come si fa a capire quando l'ansia diventa eccessiva e disfunzionale? Quando è necessario chiedere aiuto e rivolgersi allo psicoterapeuta cognitivo-comportamentale?

L'ansia diventa anormale quando un individuo presenta una o più di queste caratteristiche (Clark & Beck, 2010):

1. Pensieri disfunzionali

Secondo la teoria cognitiva dell'ansia, la paura e l'ansia eccessiva derivano da un'erronea valutazione di pericolo, associato a una o più situazioni, che non risulterebbe confermata da un'osservazione diretta agli occhi della maggior parte delle persone.

L'attivazione di pensieri esagerati sulla minaccia e gli errori di pensiero associati determinano dunque una marcata ansia e paura (seppur incongruenti, come abbiamo detto, rispetto alla realtà oggettiva della situazione).

2. Funzionamento compromesso

La paura e l'ansia interferiscono con l'abilità di una persona a condurre una vita quotidiana produttiva e soddisfacente. L'ansia, infatti, compromette in maniera significativa la normale routine della persona, il suo funzionamento lavorativo o scolastico, le attività e le relazioni sociali. Inoltre, inficia a lungo andare anche il tono dell'umore.

3. Persistenza continua della minaccia e del pericolo

L'ansia persistente ed eccessiva porta le persone a pensare al futuro in modo catastrofico, anticipando disgrazie, pericoli, minacce. Sono sempre in attesa che avvenga la temuta tragedia.

Di conseguenza, la persona con ansia clinica può avvertire un aumentato senso di apprensione soggettiva anche solo al pensiero che ci possa essere una potenziale minaccia, senza badare all'eventualità che si realizzi o meno, o che si possa affrontare o meno. Infatti, gli individui ansiosi danno per scontato che qualsiasi pensiero sorga per primo nella loro testa sia vero, e quindi non sono in grado di valutare serenamente e obiettivamente la probabilità che questo evento si possa verificare, tendendo a sovrastimare la possibilità che accada.

4. Falsi allarmi

Le persone possono provare una marcata paura o ansia eccessiva in assenza di stimoli minacciosi oppure in presenza di una minaccia minima.

Quindi, le risposte di attacco/fuga, che definiremo meglio nel secondo modulo e che determinano l'attivazione delle reazioni fisiche nell'individuo, si presentano a seguito di segnali (falsi allarmi) che vengono percepiti e interpretati come pericolosi, quando in realtà sono innocui o neutri.

5. Ipersensibilità agli stimoli

Nelle persone ansiose geneticamente la paura e l'ansia sono elicitate da un range più ampio di stimoli e/o da situazioni caratterizzate da un'intensità di minaccia relativamente lieve (che sarebbe percepita come innocua dagli individui non ansiosi).

L'ansia è una condizione multifaccettata che presenta quattro caratteristiche principali:

Caratteristiche fisiologiche

sensazioni fisiche

- aumento del battito cardiaco
- dolore al petto
- pressione al petto
- palpitazioni
- respiro accelerato
- respiro affannoso
- sensazione di soffocamento
- sudorazione
- vampate di calore
- tensione muscolare
- rigidità
- tremori fini o a grandi scosse
- brividi
- vertigini
- sensazioni di svenimento
- stordimento
- debolezza
- fastidio allo stomaco
- nausea
- diarrea
- bocca secca
- addormentamento nelle braccia e nelle gambe
- formicolio nelle braccia e nelle gambe
- offuscamento della vista

Caratteristiche cognitive

pensieri

- paura di impazzire
- paura di morire
- paura di perdere il controllo
- paura di non essere in grado di farcela
- paura di danno fisico
- paura di valutazioni negative da parte degli altri
- ipervigilanza per la minaccia
- pensieri, immagini o ricordi spaventosi
- percezioni di irrealtà
- perdita di obiettività
- confusione
- difficoltà di ragionamento
- restringimento dell'attenzione
- scarsa concentrazione
- distraibilità
- scarsa memoria

Caratteristiche comportamentali

comportamenti

- evitamento dei segnali o delle situazioni percepiti come minacciosi
- fuga
- iperventilazione
- ricerca di rassicurazione
- ricerca di sicurezza
- inerzia
- congelamento
- agitazione
- irrequietezza
- difficoltà a parlare

Caratteristiche emotive

emozioni

- agitato
- allarmato
- angosciato
- ansioso
- atterrito
- eccitato
- frustrato
- impaurito
- impaziente
- inquieto
- irritabile
- isterico
- nervoso
- oppresso
- preoccupato
- reattivo
- scioccato
- spaventato
- suscettibile
- terrificato
- terrorizzato
- teso
- timoroso

Il modello cognitivo dell'ansia

Secondo il modello cognitivo dell'ansia di Clark & Beck (2010), un determinato evento che chiameremo stimolo attivante e che può essere rappresentato da una sensazione fisica, un pensiero, un'immagine o una situazione esterna, viene valutato inizialmente in modo rapido e involontario. Per gli individui ansiosi questo stimolo attivante assume una valenza negativa perché percepito come un possibile pericolo.

Lo stimolo attiva, così, la modalità primitiva di minaccia, come mostrato nella fig. 1. Questa è rigida, pervasiva e non ci permette di vedere altro, se non la minaccia stessa. Tale modalità determinerà la comparsa di sintomi ansiosi. Dopo l'attivazione della minaccia, però,

si verifica una rivalutazione elaborativa secondaria che non è detto che sia in grado di correggere la valutazione della modalità primitiva di minaccia. Infatti, o si valuta con razionalità e in modo costruttivo il reale pericolo della minaccia e le proprie abilità per affrontarla, oppure si innesca un ciclo di pensieri legati alla percepita mancanza di risorse e a preoccupazioni che non fanno altro che aumentare lo stato ansioso. Questo è il motivo per cui le persone reagiscono in modo diverso all'ansia. Le differenze, infatti, dipendono dal modo in cui viene valutata la minaccia e si giudicano le risorse personali per affrontare il pericolo. Un aspetto chiave della rivalutazione

secondaria è la valutazione della propria abilità di affrontare la minaccia percepita. Quando una persona pensa di essere vulnerabile, di non potercela fare e mette costantemente in atto comportamenti alla ricerca di sicurezza (ad esempio, sedersi nel posto più esterno della fila, scegliere il corridoio meno affollato, ecc.) il suo set di vulnerabilità cognitiva viene automaticamente rinforzato. Nel tempo si troverà a pensare di essere sempre meno capace e adeguato ad affrontare le situazioni temute. A seconda, quindi, dell'esito della rivalutazione secondaria, si avrà un aumento o un decremento dei sintomi ansiosi, innescati dalla modalità primitiva di minaccia.

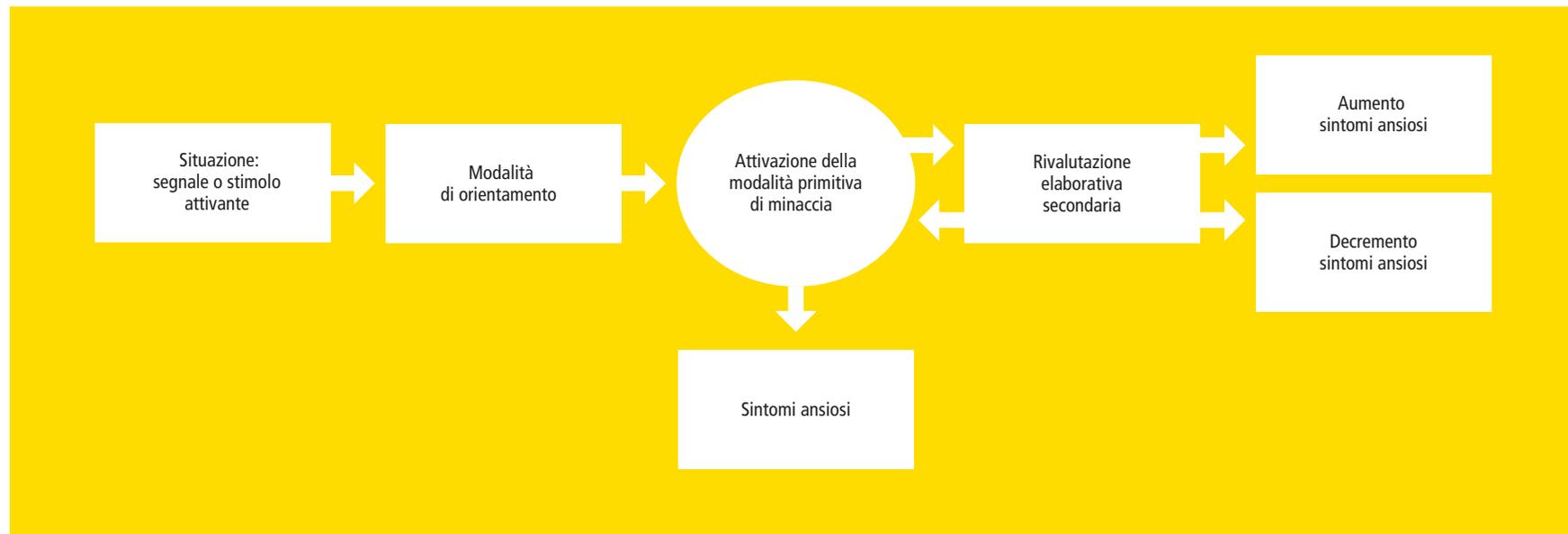


Fig. 1 Modello cognitivo dell'ansia (adattato al modello di Clark & Beck, 2010)

In cosa consiste il disturbo da attacchi di panico?

Un attacco di panico è caratterizzato da un aumento improvviso di paura o un intenso disagio fisico e/o emotivo (la cui insorgenza può avvenire sia da uno stato di calma che da uno stato ansioso) che raggiunge il suo picco massimo in pochi minuti.

Durante gli attacchi di panico la persona sperimenta quattro o più dei seguenti sintomi:

- palpitazioni, cardiopalma o tachicardia
- sudorazione
- tremori fini o a grandi scosse
- dispnea o sensazione di soffocamento
- sensazione di asfissia
- dolore o fastidio al petto
- nausea o disturbi addominali
- sensazioni di svenimento, sbandamento, instabilità o testa leggera
- brividi o sensazioni di calore
- parestesie, sensazioni di torpore o formicolio
- derealizzazione o depersonalizzazione
- paura di perdere il controllo o di impazzire
- paura di morire

Inoltre, almeno uno degli attacchi di panico è stato seguito, per almeno un mese o più, da uno o entrambi i seguenti sintomi:

- Persistente preoccupazione o rimuginio di avere un altro attacco di panico in futuro o delle conseguenze che un attacco di panico potrebbe avere: ad esempio, perdere il controllo, avere un infarto, diventare pazzo, ecc.
- Significativo e disfunzionale cambiamento nel comportamento a seguito

degli attacchi di panico. Ad esempio, il soggetto comincia a evitare l'esercizio fisico, le situazioni temute o percepite come pericolose o minacciose o i contesti non familiari (APA, 2013).

Gli attacchi di panico, inoltre, si accompagnano spesso a:

Ansia anticipatoria

È una condizione caratteristica del disturbo da attacchi di panico in cui è presente un'ansia molto elevata alla sola idea di dover affrontare, in un futuro più o meno lontano, alcune situazioni temute (allontanamenti da casa, viaggi, guida, rimanere da soli, andare al cinema, al ristorante, presentare un lavoro a un congresso, ecc.).

Le persone, dunque, provano ansia anticipatoria di fronte alla possibilità di affrontare situazioni temute o rispetto all'eventualità di avere un altro attacco di panico, sperimentando così la "paura della paura", ovvero il timore di riprovare le sensazioni fisiche interne, percepite come pericolose che precedentemente le hanno tanto spaventate.

L'ansia anticipatoria, inoltre, è alla base dell'evitamento, cioè della tendenza a sfuggire tutte le situazioni temute che caratterizza le persone con disturbo da attacchi di panico e che ne determina la limitazione della vita sociale e lavorativa. Per esempio, un individuo con ansia anticipatoria potrebbe vivere la notizia di un imminente viaggio di lavoro da effettuare da solo come intollerabile. Potrebbe quindi inventare una malattia, un impedimento o una scusa

che, nonostante gli procuri un momentaneo sollievo dall'ansia perchè ha evitato il temuto pericolo, a lungo termine porterà un aggravamento del disturbo, oltre che una profonda insoddisfazione, autosvalutazione e tristezza per aver perso un'occasione lavorativa e non essersi messo in gioco, e per la valutazione della sua risposta ansiosa come un nemico ineluttabile.

Agorafobia

Dal greco, "paura della piazza", viene definita come ansia di trovarsi in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile o imbarazzante allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile aiuto nel caso di un attacco di panico o dei sintomi del panico (per esempio, la paura di poter avere un'improvvisa tachicardia). L'agorafobia ha principalmente per oggetto i luoghi pubblici e frequentati, ad esempio ristoranti, cinema, centri commerciali, grandi magazzini, aule, ecc. I soggetti agorafobici possono evitare di stare da soli o di trovarsi nelle situazioni in cui sono lontani da luoghi e persone familiari; per questo motivo diventeranno spesso dipendenti dalle mura domestiche o costretti a uscire di casa solo se accompagnati. Alcuni esempi di situazioni temute sono: uscire da soli per andare in luoghi affollati o negozi a far compere; viaggiare da soli nei bus, metropolitane, treni o aerei; prendere la macchina; camminare o sostare in spazi vasti e aperti, come piazze e ponti; trovarsi in un luogo senza un'uscita di sicurezza immediata, disponibile alla vista.

Il modello cognitivo dell'attacco di panico

Come abbiamo detto, gli attacchi di panico si verificano quando gli individui percepiscono alcune sensazioni corporee e mentali, legate all'attivazione fisiologica e di per sé innocue, come molto pericolose, cioè le interpretano quali segnali di un'imminente e improvvisa catastrofe (ad esempio, segno di morte o di pazzia, di un attacco cardiaco, ecc.).

Queste sensazioni scatenanti possono essere:

- tremori
- alternanza di caldo e freddo
- palpitazioni cardiache
- bocca secca
- sudorazione
- respiro affannoso
- dolore o pressione al petto
- tensione muscolare, ecc.

Se lo stimolo scatenante viene percepito come una minaccia incombente, la persona proverà molta preoccupazione e ansia, e interpreterà in maniera catastrofica le sensazioni mentali e somatiche che accompagnano questo stato emotivo. La persona, dunque, si allarmerà ulteriormente, contribuendo ad aumentare l'intensità delle sensazioni temute, fino ad innescare un circolo vizioso culminante nel vero e proprio attacco di panico (fig. 2).

Due esempi della sequenza di panico:

“Ero in piazza a seguire un concerto di musica rock con degli amici. A un certo punto ho sentito una sensazione di confusione mentale e tutto intorno a me ha iniziato a girare. Era come se fossi distaccato dal mondo e tutto fosse irreale. Ho iniziato a pensare che queste sensazioni fossero il segno di qualcosa di brutto che mi stava capitando. Temevo di perdere il controllo e di impazzire, senza riuscire più a tornare in me. Quindi, sono diventato sempre più ansioso, avevo sempre più paura di perdere il controllo e ho cominciato a respirare affannosamente. La confusione nella mia testa è aumentata sempre di più. Più non riuscivo a respirare, più cercavo di prendere aria con la bocca. Ma non ci riuscivo e sono corso via dalla folla.”

“Ero in macchina in autostrada. A un certo punto ho sentito il cuore battere forte e ho iniziato a sudare, la bocca era secca e avvertivo un'oppressione al petto. Temevo che stesse per accadere qualcosa di brutto e fossi in procinto di perdere il controllo. Ero terrorizzato all'idea di potermi schiantare con la macchina, pensavo mi stesse venendo un infarto e che, da lì a poco, avrei causato un incidente. Ho pertanto deciso di accostare nella piazzola di emergenza e bere un po' d'acqua.”

A pagina 33 descrivi il tuo caso in modo da poterlo sottoporre al tuo psicoterapeuta.

Gli attacchi di panico, dunque, sono il risultato di interpretazioni “catastrofiche” di eventi fisici e mentali che vengono erroneamente considerati come segni di un imminente disastro. Le sensazioni fisiche, male interpretate, innescano il circolo vizioso che culmina nell'attacco di panico (fig. 2).

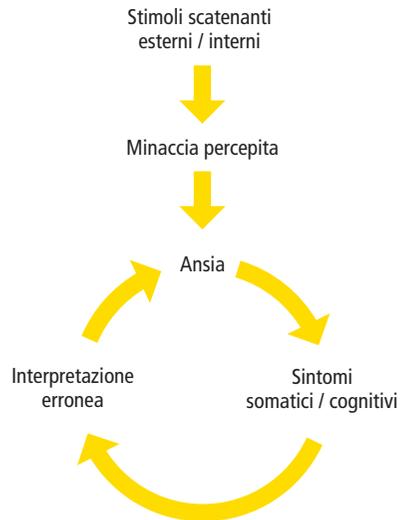


Fig. 2 Il circolo vizioso del panico di Clark (1986)

Dopo che è avvenuto il primo attacco di panico, vi sono dei fattori che mantengono e alimentano il problema, che sono l'attenzione selettiva ai sintomi fisici, i comportamenti protettivi e l'evitamento, che verranno spiegati nel secondo modulo (fig. 3).

Un esempio del circolo vizioso dell'attacco di panico (fig. 4):
Situazione: è agosto, fa caldo, vado su un autobus affollato e c'è mancanza di ossigeno. Siccome geneticamente sono una di quelle persone ipersensibili all'anidride carbonica, mi si crea un sintomo, quale, ad esempio, un po' di confusione mentale.

Io lo interpreto come indice del fatto che sto per avere un attacco di panico e quindi provo ansia. L'ansia mi porta a sperimentare ancora più confusione mentale, oltre che una sensazione di irrealtà e offuscamento della vista. Io interpreto in modo catastrofico tutte queste sensazioni fisiche e temo di perdere il controllo, di impazzire e svenire.

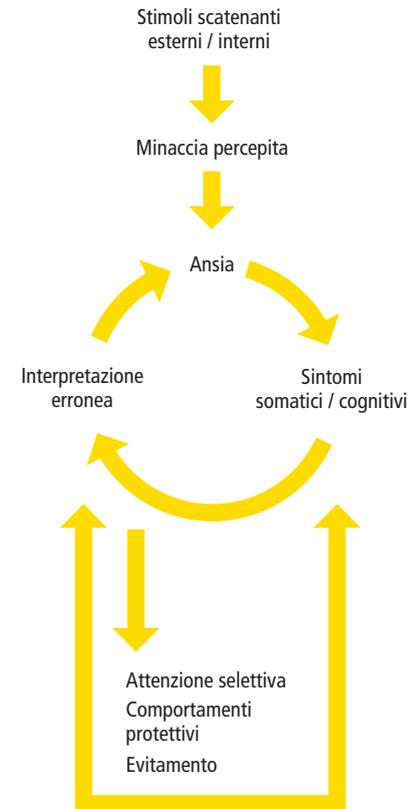


Fig. 3 Il circolo vizioso del panico di Clark con l'aggiunta dei fattori di mantenimento (1986)

Questo a sua volta aumenta la mia ansia e innesca il circolo vizioso fino ad arrivare al panico. Tendo anche a concentrarmi sulla confusione mentale, bevo acqua e non prendo più l'autobus per stare meglio, ma in realtà questi tre fattori non fanno altro che mantenere e peggiorare il mio problema.



Fig. 4 Esempio di circolo vizioso del panico di Clark con l'aggiunta dei fattori di mantenimento (1986)

Perché si sviluppa il disturbo da attacchi di panico?

Le persone possono essere affette dal disturbo da attacchi di panico per molte ragioni: per i propri tratti di personalità, per una vulnerabilità genetica all'ansia (c'è una considerevole evidenza empirica in base alla quale l'ansia si trasmette familiarmente) o per un'insofferenza all'anidride carbonica che scatena i sintomi del panico.

Nonostante le manifestazioni cliniche del disturbo siano simili nei due sessi, le donne hanno una maggiore probabilità di sviluppare il disturbo rispetto agli uomini, infatti viene diagnosticato con una frequenza doppia nelle donne (APA, 2013).

Il primo attacco di panico si può verificare per diverse ragioni, ma possiamo vedere dalla storia dei pazienti che molto spesso coincide con un periodo di tensione o di stress elevati.

Lo stress è un concetto molto vasto ma ha anche un'essenza molto semplice. Lo stress si presenta a molti livelli e nasce da varie cause.

Si distinguono due categorie di fattori stressanti:

- fattori stressanti esterni quali la malattia o la morte di una persona cara, la presenza di malattie in famiglia, la propria malattia, problemi relazionali con il coniuge o i parenti, problemi finanziari, perdita o pressioni sul lavoro, eventi incontrollabili e/o imprevedibili, ecc.;
- fattori stressanti interni che sono rappresentati dal modo in cui siamo abituati ad affrontare un problema, dal nostro modo di pensare.

Lo stress, come mostrato nella fig. 5, contribuisce ad aumentare l'ansia, fino al raggiungimento di una soglia che, se superata, innesca l'attacco di panico.

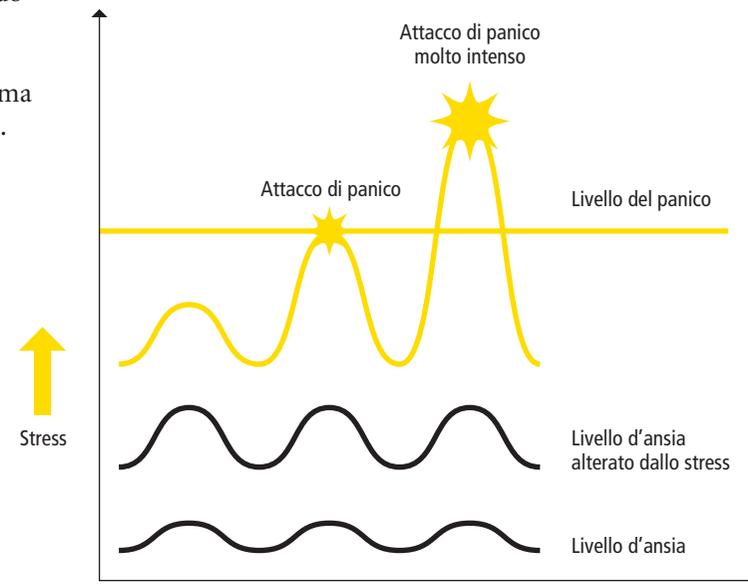


Fig. 5 Lo stress e l'ansia

Fattori di mantenimento del disturbo da attacchi di panico

Come accennavamo dopo il primo attacco di panico, vi sono dei fattori che mantengono e alimentano il problema, ostacolando la soluzione. Vediamo questi e altri fattori, nello specifico l'effetto di coerenza con l'emozione, l'emozione come informazione, la sensibilità all'ansia, l'attenzione selettiva, i comportamenti protettivi, gli evitamenti, la distrazione e la fuga.

Effetto di coerenza con l'emozione

Si tratta di un fenomeno cognitivo in cui i pensieri e le credenze tendono a essere coerenti con l'emozione attivata. Se la persona sta sperimentando ansia in una determinata situazione le saranno accessibili e presenti alla mente solo gli esempi e le prove che confermano la presenza di un pericolo o una minaccia.

Emozione come informazione

Lo stato emotivo del momento funziona come fonte d'informazione, quindi se la persona è in ansia conclude che ci deve essere per forza un pericolo.

Le persone, infatti, deducono la presenza di un pericolo a partire da quello che provano, in questo caso dall'ansia.

Sensibilità all'ansia

Rappresenta la particolare attitudine cognitiva che alcune persone hanno (per propria predisposizione) a sperimentare un'intensa paura delle proprie sensazioni legate all'attivazione fisiologica.

Attenzione selettiva

Vuol dire monitorare le proprie sensazioni interne e porre speciale attenzione

alle situazioni temute per controllare la presenza di segnali che potrebbero innescare l'attacco di panico.

Ciò produce l'abbassamento della soglia di percezione di queste sensazioni e l'aumento dell'intensità soggettivamente percepita, facilitando così l'attivazione del circolo vizioso del panico.

Comportamenti protettivi

Includono i comportamenti messi in atto durante il circolo del panico al fine di prevenire la catastrofe temuta.

Per esempio, se la persona inizia a temere che un capogiro possa essere il segnale di uno svenimento imminente, allora si siederà o si appoggerà a un sostegno per non collassare a terra. Oppure, se teme la sensazione della bocca secca, andrà in giro con una bottiglia d'acqua o con le medicine.

Evitamenti

Le persone con attacchi di panico evitano tutte le situazioni che ritengono favorire il panico, ecco alcuni esempi:

- la metropolitana, il treno, l'ascensore, i ristoranti, il traffico, il cinema, ecc.
- i luoghi chiusi senza finestre
- i luoghi da cui è difficile raggiungere rapidamente un'uscita o, in situazioni più gravi, anche un medico o un ospedale
- vedere film dell'orrore o drammatici
- uscire quando fa troppo caldo o troppo freddo
- rimanere sole

Molti evitano anche tutte quelle attività che li portano a provare sensazioni

fisiche, come fare attività sportiva, sessuale, bere sostanze eccitanti, o bevande calde e fredde, ecc.

Le persone si trovano dunque a vivere all'interno di una propria comfort zone che, col tempo, evitamento dopo evitamento, diventa sempre più ristretta. Anche se c'è molta sofferenza, è comunque sopportabile perché conosciuta; uscendo dalla comfort zone, invece, si rischia di andare incontro all'ignoto, all'incontrollabile... all'attacco di panico. Da qui la scelta del cerchio come immagine dell'opuscolo.

Distrazione

Sono i comportamenti che le persone mettono in atto per distrarsi (che rappresentano, nei fatti, un evitamento dell'ansia) nel momento in cui si preoccupano di poter avere un attacco di panico. Per esempio, una persona che teme di dover affrontare un viaggio in pullman perché è convinta che avrà un attacco di panico, quando sarà sul pullman deciderà di parlare al telefono con un amico per tutta la durata del viaggio.

Fuga

Quando le persone iniziano a percepire le sensazioni fisiche e/o mentali che pensano innescheranno l'attacco di panico, tendono a scappare dalla situazione o dal luogo in cui si trovano (per esempio, fuggono immediatamente dall'aula, dal ristorante, dalla discoteca nel momento in cui cominciano a sperimentare i sintomi che potrebbe innescare l'attacco di panico e far perdere il controllo delle proprie azioni).

Trattamento del disturbo da attacchi di panico

Farmaci

I farmaci d'elezione per il trattamento del disturbo da attacchi di panico sono gli antidepressivi e le benzodiazepine. I primi, tra cui gli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI), riducono gli attacchi di panico e possono essere assunti per periodi più lunghi in quanto non provocano dipendenza. Le benzodiazepine, invece, producono degli effetti ansiolitici immediati ma, a lungo termine, possono causare dipendenza e sintomi di astinenza (quindi vengono prescritte solo nella fase iniziale della cura). Qualsiasi scelta farmacologica va comunque effettuata in conformità con le indicazioni del medico!

Psicoterapia

cognitivo-comportamentale

La psicoterapia cognitivo-comportamentale è risultata molto efficace per il trattamento degli attacchi di panico. Il modello cognitivo afferma che non è la situazione in sé a spaventare le persone, ma il modo in cui queste interpretano quella determinata situazione. Non sono, quindi, gli eventi a provocare quello che sentiamo, ma il modo in cui li vediamo e li gestiamo, attraverso i nostri pensieri (Beck, 2013). Il pensiero influenza continuamente le nostre reazioni corporee, quindi, il pensiero, ad esempio, di poter avere un attacco di panico induce uno stato di ansia che, a sua volta, porterà alla comparsa di ulteriori sintomi fisici e i pensieri negativi (pag. 9) innescheranno il circolo vizioso, andando a determinare gli effetti sul nostro corpo. Grazie alla psicoterapia cognitivo-comportamentale imparerai due tipi di abilità:

1. Attraverso delle tecniche specifiche apprenderai come correggere le tue interpretazioni errate di pericolo e minaccia;
2. Individuerai le tue risorse personali per fronteggiare e usare efficacemente le tecniche apprese.

Modulo 2

L'ansia e il disturbo da attacchi di panico: strategie per il trattamento

Psicoeducazione all'ansia.
Aspetti neurofisiologici dell'ansia:
il ruolo centrale dell'amigdala

Lo stress

Il ruolo dell'iperventilazione

Il modello cognitivo dell'ansia e degli
attacchi di panico: approfondiamo

Ristrutturazione cognitiva degli esiti
temuti delle sensazioni fisiche

Scheda di lavoro per la rivalutazione
dei sintomi

L'esposizione enterocettiva

L'esposizione graduata in vivo
per gli evitamenti agorafobici

Psicoeducazione all'ansia. Aspetti neurofisiologici dell'ansia: il ruolo centrale dell'amigdala

Nel modulo precedente abbiamo spiegato che l'ansia ha svolto e svolge una funzione adattiva per la sopravvivenza umana e quindi risulta impossibile eliminarla completamente. Tra l'altro vivere senza ansia non sarebbe neanche auspicabile, in quanto chi non ha paura di niente ha maggiori probabilità di trovarsi in situazioni pericolose! L'obiettivo del trattamento cognitivo-comportamentale è riportare l'ansia a un livello più basso all'interno della normale variabilità dell'esperienza umana. Non si può parlare di ansia, se prima non si parla dell'amigdala, del suo funzionamento e della sua importanza per la nostra sopravvivenza. L'amigdala è un piccolo nucleo a forma di mandorla che fa parte del sistema limbico, che è una delle aree più antiche del nostro cervello (fig. 6).

L'amigdala si è formata, dunque, precocemente nella storia di sviluppo del cervello umano in quanto, regolando l'ansia e la paura, si è rivelata essenziale per la nostra sopravvivenza. Possiamo immaginare l'amigdala come una sorta di "centralina" di allarme del nostro sistema di pericolo: si attiva quando ci troviamo di fronte a una situazione minacciosa. L'amigdala ci avvisa, quindi, di tutti i pericoli di fronte ai quali potremmo trovarci o ci troviamo già. È come se fosse un termostato dei nostri livelli di paura. L'amigdala ha avuto e ha tuttora il compito di favorire la comparsa di reazioni d'allarme rapide di fronte a pericoli o situazioni minacciose, che possono presentarsi in modo autonomo, indipendentemente dai ragionamenti consapevoli, ed è proprio grazie a questa



Fig. 6 Il sistema limbico e l'amigdala (Treccani.it, L'enciclopedia italiana, Dizionario di medicina, 2010)

velocità che ha potuto garantire la sopravvivenza degli esseri umani. Molto spesso ti sarà capitato di pensare o dire a qualcuno che anche se capisci, sul piano teorico, che le tue paure sono irrazionali, quando ti trovi nelle situazioni che consideri minacciose o pericolose non puoi fare a meno di provare paura. È come se l'amigdala ti rapisse e scattasse da sola. Questo è quello che viene chiamato "sequestro dell'amigdala". Perché accade? I segnali provenienti dagli organi di senso, principalmente vista, udito e olfatto, raggiungono

dapprima il talamo, rispettivamente visivo, uditivo e olfattivo (fig. 7). Da qui, se l'informazione viene percepita come sconosciuta o minacciosa, è trasmessa all'amigdala che, in quanto centralina d'allarme, etichetta lo stimolo, riconoscendolo come pericoloso, sconosciuto o doloroso. Di conseguenza, attiva una serie di risposte automatiche all'allarme appena individuato. Quindi, non appena il talamo rileva uno stimolo lo invia all'amigdala che, se lo riconosce come pericoloso, attiva il sistema nervoso sim-

patico, che fa parte del sistema nervoso autonomo e che a breve descriveremo, allo scopo di predisporre un attacco o una fuga. Vediamo un esempio pratico. Se una persona sta attraversando a piedi un incrocio e vede improvvisamente una macchina che si dirige verso di lei ad alta velocità, l'amigdala si attiva per innescare delle reazioni che la possano salvare dal pericolo (in questo caso, correre velocemente per attraversare l'incrocio in modo che non venga investita e possa salvarsi la vita).

Il ruolo dell'amigdala è infatti quello di attivare il nostro sistema nervoso simpatico, che fa parte del sistema nervoso autonomo, chiamato così perché indipendente dai nostri ragionamenti e dalla nostra volontà. Il sistema nervoso autonomo è composto da due vie, simpatico e parasimpatico, che decorrono ai lati della colonna vertebrale (fig. 8). Consistono in tutta una serie di innervazioni che dal midollo spinale giungono agli organi periferici. Il sistema nervoso simpatico (SNS) è finalizzato a preparare

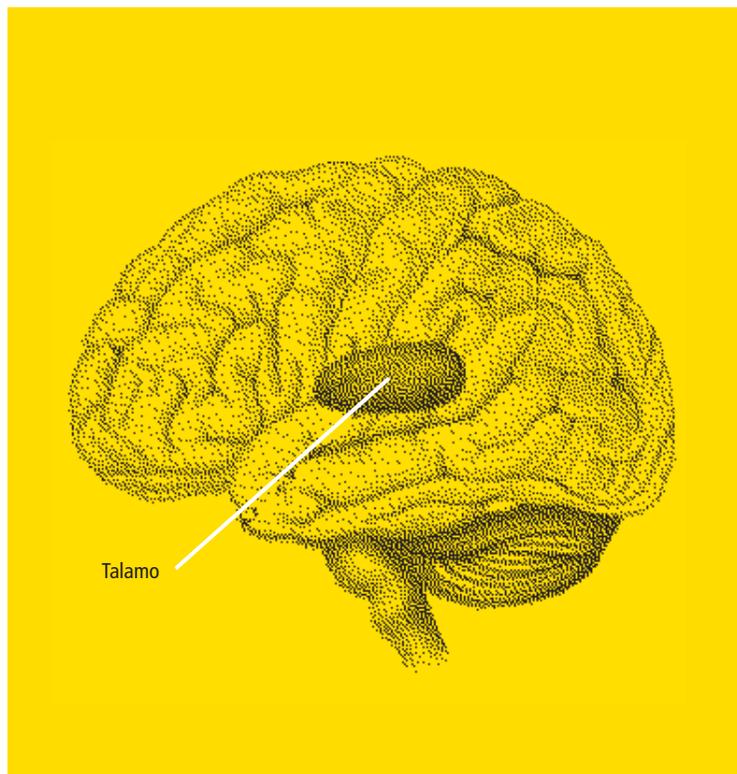


Fig. 7 Il talamo (Treccani.it, L'enciclopedia italiana, Dizionario di medicina, 2010)

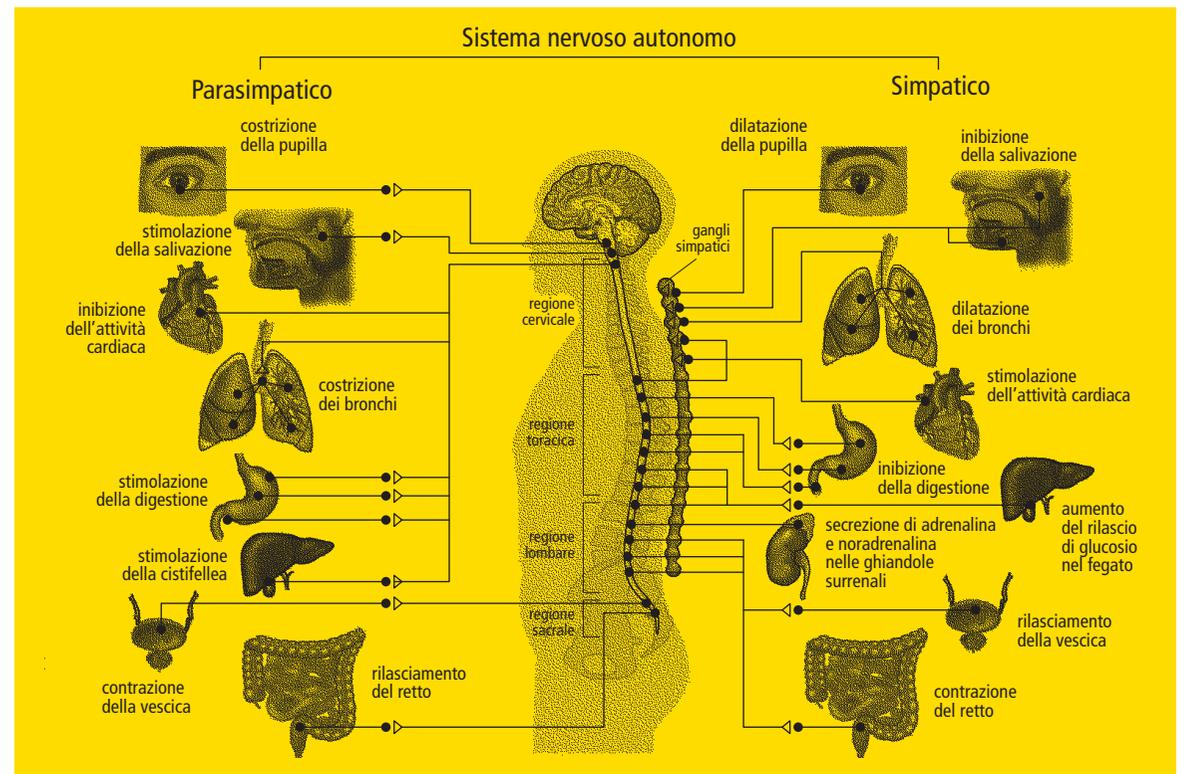


Fig. 8 Il sistema nervoso simpatico e parasimpatico (Treccani.it, L'enciclopedia italiana, Dizionario di medicina, 2010)

l'organismo ad attaccare o a fuggire da una situazione di pericolo o minacciosa. Il sistema nervoso simpatico, infatti, dilata le pupille, per vedere più in profondità, aumenta il battito cardiaco per essere più pronti all'attacco o alla fuga, dilata i bronchi per aumentare la scorta di ossigeno che serve per correre, aumenta la tensione muscolare delle gambe per essere più pronti a reagire. Inoltre, inibisce l'attività digestiva perché convoglia la circolazione sanguigna in distretti corporei più importanti per difendersi o attaccare, aumenta la secrezione dell'adrenalina da parte del surrene per preparare lo stato di allerta, stimola il rilascio del glucosio da parte del fegato, per avere maggiore scorta di zuccheri, e quindi di energia.

Tutte queste condizioni fisiche che, come abbiamo detto, sono finalizzate alla sopravvivenza, in realtà vengono vissute come sgradevoli perché, a differenza dei nostri progenitori che dovevano confrontarsi con pericoli reali di vita o di morte, adesso i pericoli sono più simbolici e non richiedono una risposta di attivazione così evidente da un punto di vista fisico. Quando l'amigdala ci rapisce senza che ci sia un reale pericolo, i nostri muscoli delle gambe non saranno percepiti come pronti per attivarsi ma come tesi e contratti, i nostri bronchi ci porteranno a iperventilare, non capiremo il motivo della nostra tachicardia o la attribuiremo ad altre ragioni, non comprenderemo la cessazione della circolazione sanguigna

periferica a favore di quella centrale, ma percepiremo solo la freddezza delle estremità delle mani e dei piedi. La reazione di paura innescata dall'amigdala rappresenta, dunque, un meccanismo fisiologico sofisticato, ma immediato, che rende le persone concentrate, energiche, attive e vigili quando si trovano o pensano di trovarsi di fronte a un pericolo o a una minaccia. Nel nostro cervello però abbiamo un'altra parte molto importante che rappresenta l'area più razionale e abile di tutte: la corteccia (fig. 9).

La corteccia, nello specifico quella prefrontale, che nello sviluppo evolutivo si è formata in un secondo momento, è coinvolta nella pianificazione esecutiva e

ha lo scopo di rivalutare la minaccia, prestare attenzione, aiutare a controllare gli impulsi, risolvere i problemi, riflettere sulle conseguenze delle nostre decisioni. Potremmo dire che è il nostro cervello pensante. La corteccia prefrontale, per questi motivi, è cruciale per il funzionamento sano e produttivo della persona nella vita di tutti i giorni. La corteccia, essendo di sviluppo più recente rispetto all'antico sistema limbico con l'amigdala, ci distingue dai nostri progenitori che ragionavano solo con l'amigdala. Se oggi il vecchio è prontamente sostituito dal nuovo, non è così per il sistema limbico che invece continua, come ieri, a essere presente e a volte pure prepotentemente.

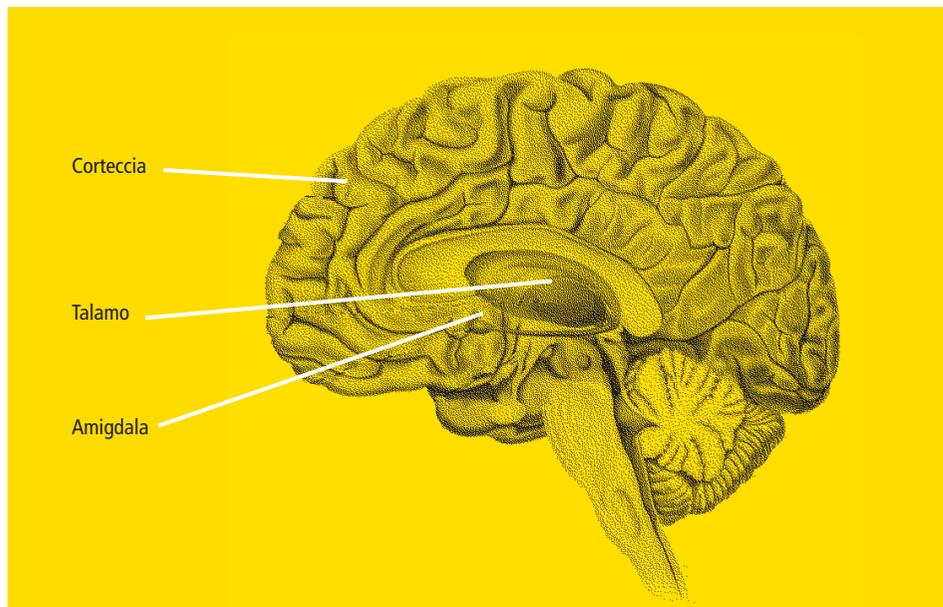


Fig. 9 La corteccia, il talamo e l'amigdala (Treccani.it, L'enciclopedia italiana, Dizionario di medicina, 2010)

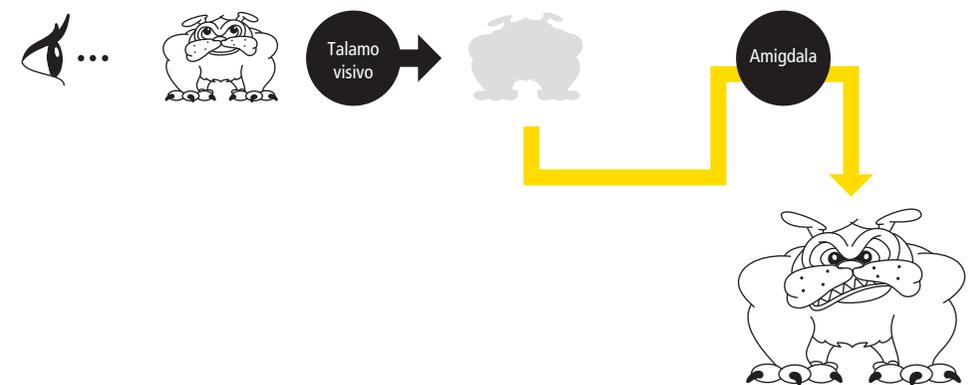


Fig. 10 La prima via di elaborazione dell'informazione di pericolo

Abbiamo spiegato precedentemente che i segnali provenienti dagli organi di senso raggiungono dapprima il talamo che invia un segnale all'amigdala. Se, ad esempio, una persona che ha paura dei cani ne vede improvvisamente uno, l'amigdala si attiverà immediatamente e glielo farà percepire come un cane di grossa taglia, pericoloso e pronto ad attaccarla.

La prima forma di elaborazione fa, dunque, scambiare un falso allarme per un pericolo reale perché, spaventandosi alla vista del cane, percepito come enorme e minaccioso, la sua mente si offusca e non è più in grado di valutare la situazione con lucidità e realismo (fig. 10).

Lo stimolo visivo del cane genera degli impulsi alla retina che procede alle aree visive del talamo e giunge velocemente, attraverso un percorso diretto, all'amigdala. La rappresentazione nel talamo è molto sommaria ma permette la preparazione o la generazione delle risposte di attacco o fuga con il minimo ritardo.

La seconda via, più lenta e più dettagliata, perfeziona la risposta automatica della prima via e valuta se è corretta. Un'elaborazione più lenta, attraverso i vari livelli della corteccia, produce una classificazione più dettagliata ed esatta dello stimolo che viene inviato all'amigdala permettendo il compimento dell'attacco o della fuga oppure, se il

sistema veloce e sommario ha prodotto un falso allarme, la cancellazione della risposta di attacco o fuga (fig. 11). Quindi, la corteccia coinvolta nella memoria, nel ragionamento e nel giudizio può correggere le strutture cerebrali emozionali più antiche e automatiche, riducendo la possibilità di falsi allarmi e quindi l'esperienza soggettiva dell'ansia.

Vediamo nel dettaglio come funzionano i due schemi di elaborazione prima descritti singolarmente (fig. 12): L'obiettivo della psicoterapia cognitivo-comportamentale, e dell'MBSR come prevenzione delle ricadute che vedremo in seguito, è proprio quello di rafforzare

questa seconda modalità di elaborazione delle informazioni, che ci permette di correggere eventuali falsi allarmi generati dalla prima via, più veloce ma meno accurata. Impareremo, in questo modo, a evitare le reazioni automatiche (che ci fanno saltare troppo velocemente alle conclusioni), e a rispondere con processi di giudizio e ragionamento che ci consentiranno di generare pensieri alternativi più efficaci e funzionali.

Ma quando si attiva il nostro sistema di allarme? Molto più spesso di quanto pensiamo. Soprattutto nell'era moderna, che impone alle persone dei ritmi di vita frenetici e veloci, l'amigdala viene sovrastimolata per frequenza e durata per cui diventa più sensibile.

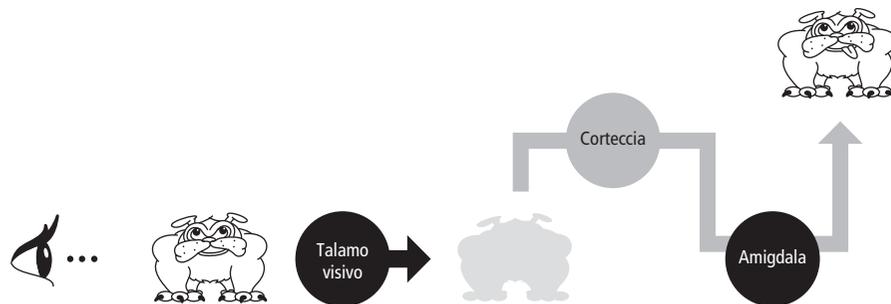


Fig. 11 La seconda via di elaborazione dell'informazione di pericolo

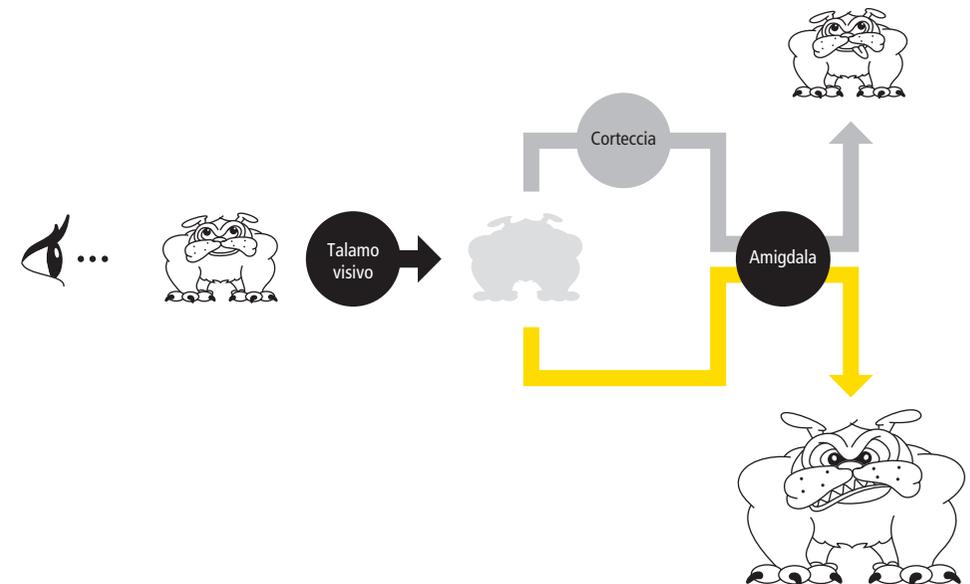


Fig. 12 Le due vie di elaborazione dell'informazione di pericolo

Ci troviamo di fronte, infatti, nel corso della nostra giornata, a stimoli visivi, situazioni o eventi che innescano le stesse reazioni neurofisiologiche che si attiverebbero nel momento in cui dovessimo trovare di fronte a noi un animale pericoloso come un leone, perché vengono percepite come una minaccia. Immaginiamo di essere dei cacciatori della preistoria e di andare in giro alla ricerca di cibo. Vediamo un serpente e la risposta di stress è innescata immediatamente: picco! Poi ci rendiamo conto che è solo un bastoncino di legno, non un serpente. Senza alcun pericolo, tutte le reazioni tornano indietro. Pochi giorni dopo, sempre andando a caccia alla

ricerca di cibo, un orso spunta da dietro un albero e sta per aggredirci: picco! Noi scappiamo e il nostro sistema ritorna allo stato di equilibrio.

Il nostro funzionamento quotidiano dovrebbe essere come quello rappresentato in questo grafico (fig. 13). La linea di base indica una condizione stabile e continuativa caratterizzata da calma e riposo durante la maggior parte della giornata. Quando le persone si trovano in questa condizione di calma la corteccia lavora in maniera efficiente e dunque riescono a prestare attenzione agli stimoli e a chi sta intorno a loro. Sono concentrate, prendono decisioni in modo chiaro, risolvono problemi, svol-

gono, ad esempio, normalmente il proprio lavoro e conducono regolarmente la propria vita. In alcuni momenti della giornata, quando sono esposte a stimoli minacciosi o che percepiscono come tali, si attiva l'amigdala e, di conseguenza, viene innescata la modalità di attacco-fuga. Superato l'evento che ha innescato l'attivazione dell'amigdala, la corteccia può nuovamente operare al suo livello ottimale. Questo è il funzionamento della "normale" reazione di stress (fig. 13). Quando però questo allarme viene attivato tante volte, le persone diventano reattive, impulsive e non riescono più a prendere decisioni lucidamente poiché sono confuse e disorientate.

Nella figura successiva (fig. 14) viene rappresentata la reazione di stress prolungata (stress cronico), in cui le persone perdono l'abilità di accedere facilmente alla corteccia, quindi al loro cervello pensante, e, di conseguenza, non riescono a ragionare lucidamente, hanno difficoltà a mantenere l'attenzione e la concentrazione su quello che accade intorno a loro e non riescono più a risolvere i problemi. È come se l'hardware del cervello fosse riprogrammato con un software di pericolo e minaccia.



Fig. 13 Normale reazione di stress (adattato da Race, 2014)

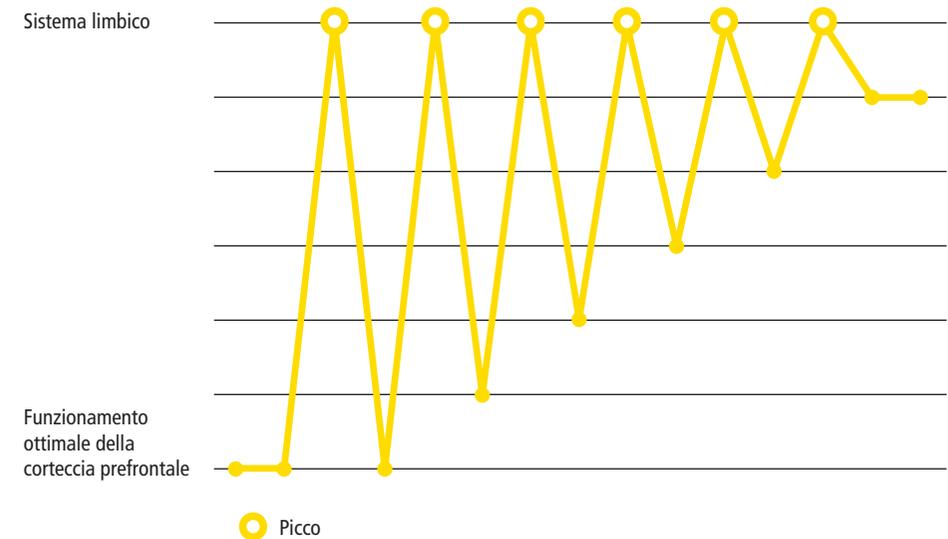


Fig. 14 Reazione di stress cronico (adattato da Race, 2014)

La presenza costante di stimoli percepiti come minacciosi o pericolosi, che scatenano risposte di attacco-fuga, come abbiamo detto sopra, determina una sovrastimolazione del sistema limbico e quindi dell'amigdala.

Alcuni esempi degli stimoli quotidiani ai quali le persone sono esposte sono:

- ricevere molte mail
- rispondere a molte mail
- ricevere molte telefonate e sms
- stare molto tempo al telefono, soprattutto nel cuore della notte
- guardare per lungo tempo la televisione
- stare per lungo tempo davanti al PC
- passare tanto tempo con i videogiochi
- dover eseguire molti compiti contemporaneamente
- avere un capo o un lavoro molto richiedente
- parlare in pubblico
- essere bloccati nel traffico
- pensare alla lista di cose da fare
- discutere con il proprio partner o datore di lavoro
- preoccupazioni economiche
- non dormire abbastanza
- non mangiare in modo sano
- condurre una vita poco regolare
- ascoltare o leggere notizie di disastri naturali e cronaca nera
- essere in ritardo
- perdere qualcosa

La società in cui viviamo impone uno stile di vita frenetico e richiedente sottoponendo le persone a continue pressioni (fisiche ed emotive).

Ciascuno di noi, infatti, si confronta ogni giorno con l'alto numero di richieste che la famiglia, il lavoro e la società pongono nei diversi ambiti della vita e che contribuiscono ad aumentare il carico di stress individuale.

L'alimentazione squilibrata, l'assunzione di sostanze eccitanti come tabacco, caffeina, alcool e droghe, il tempo trascorso in auto per raggiungere il posto di lavoro, gli eventi traumatici, la vita quotidiana e, soprattutto, la quantità e qualità del sonno non sempre adeguate, si aggiungono in modo significativo alle diverse fonti di stress e hanno un impatto molto negativo sulla vita delle persone. Tutto ciò predispone l'organismo a una maggiore attivazione dell'amigdala e, dunque, a una maggiore vulnerabilità all'ansia.

Lo stress

Lo stress è la “malattia” più diffusa ai giorni d’oggi. Basti pensare che in America il 42% degli adulti riporta un aumento del proprio livello di stress e il 36% riferisce che tale livello è rimasto invariato negli ultimi cinque anni (APA, 2013).

Come abbiamo spiegato precedentemente, la vita di tutti i giorni ci espone a molti stimoli e situazioni stressanti, ma anche il nostro modo di pensare, i nostri comportamenti e le nostre abitudini, come il sonno inadeguato, l’esercizio fisico limitato, l’alimentazione scorretta, possono incidere ulteriormente, aumentando lo stress e, di conseguenza, l’ansia.

Stress e sonno

Dormire poco e male aumenta lo stress. Le ore di sonno necessarie per non sperimentare sonnolenza diurna o altri effetti indesiderati sono 4-5 ore a notte, ovvero il periodo che viene definito sonno “nucleare”, costituito essenzialmente dal sonno profondo a onde lente (gli stadi 3 e 4 del sonno) e, in una certa misura, dal sonno REM (Horne, 1988).

La National Sleep Foundation, inoltre, in un report sullo stress in America pubblicato nel febbraio 2014, mostra che gli adulti che dormono meno di 8 ore a notte riportano maggiori sintomi di stress: si sentono più irritabili, arrabbiati e confusi; sperimentano perdita di interesse, motivazione ed energia; perdono la pazienza più facilmente e riferiscono l’aumento dei litigi con figli e/o partner; fanno meno esercizio fisico.

Il sonno svolge infatti un’importante funzione ristorativa per il cervello e il

corpo, in quanto migliora la termoregolazione, aiuta la riparazione tessutale, favorisce l’azione del sistema immunitario, stimola la plasticità sinaptica (alla base di funzioni come l’apprendimento e la memoria).

Il sonno, inoltre, contribuisce a ridurre i livelli di adrenalina e cortisolo, ovvero gli ormoni dello stress e, durante le fasi profonde, viene prodotto in grandi quantità l’ormone della crescita (GH) la cui funzione principale è stimolare lo sviluppo dell’organismo umano, promuovendo l’accrescimento e la riparazione cellulare di quasi tutti i tessuti corporei.

Quando le persone non dormono per un numero adeguato di ore, durante il giorno sperimentano dunque stanchezza muscolare, difficoltà di concentrazione, irritabilità, indebolimento della memoria.

La deprivazione di sonno, di conseguenza, compromette gravemente la salute, contribuendo anche all’aumento di peso fino all’obesità, all’ipertensione, alla sonnolenza con attacchi di sonno improvvisi durante la giornata.

Questi possono mettere a rischio la nostra vita e quella degli altri; basti pensare alle conseguenze che può avere un attacco di sonno alla guida!

Stress ed esercizio fisico

L’esercizio fisico aumenta il tono dell’umore e diminuisce il livello di stress. L’esercizio e l’attività fisica aumentano inoltre l’indice di massa corporea, riducono il rischio di malattie cardiovascolari, potenziano l’apparato muscolare, affinano le funzioni cognitive, alleviano la depressione, migliorano lo stato di salute in generale e riducono lo stress. L’esercizio fisico è anche correlato con l’aumento dei livelli di endorfine nel cervello, ovvero di quelle sostanze che inducono piacere e benessere negli individui.

Chi pratica attività fisica in maniera regolare e costante riferisce di sentirsi di buon umore, più energico e meno stressato. Al contrario, praticare attività fisica raramente (per esempio una volta a settimana) o la sua assenza totale, insieme all’alimentazione scorretta e alla mancanza di sonno, è una delle cause principali di alti livelli di stress. Ricorda, quindi, di svolgere un’attività fisica, anche leggera, ma regolare, come lo yoga. Basta anche una camminata di 30 minuti al giorno per sentirsi meglio.

Stress e alimentazione

L'alimentazione incide sia a livello fisico che psicologico sulla nostra salute.

Mangiare bene non serve solo a ricostituire le riserve energetiche e strutturali, ma anche a influenzare i sistemi di regolazione generale dell'organismo (sistema nervoso, immunitario, endocrino).

La routine frenetica di tutti i giorni porta spesso le persone a consumare i pasti male e frettolosamente.

L'alimentazione salutare, al contrario, prevede che si effettuino numerosi piccoli pasti nel corso della giornata, suddividendo la propria alimentazione quotidiana in 4-5 diversi momenti, saziandosi senza, però, riempirsi.

Questo ha lo scopo di mantenere il fisico attivo ed efficiente, piuttosto che appesantito o in debito di energie.

Un'alimentazione sana, bilanciata, ricca di frutta e verdura, di legumi, cereali integrali e fibre, e povera di grassi, zuccheri raffinati, carni rosse e formaggi, può essere il tuo miglior alleato per ridurre lo stress, e di conseguenza l'ansia, e per il tuo benessere!

Il ruolo dell'iperventilazione

L'iperventilazione (cioè respirare con una frequenza e/o con una profondità eccessiva rispetto alle esigenze dell'organismo) è una componente della reazione di attacco o fuga che gioca un ruolo molto importante nel determinare i livelli di attivazione nel corpo e contribuisce ad aumentare l'ansia.

L'incremento della frequenza degli atti respiratori, mediante inspirazioni ed espirazioni molto rapide, produce delle modificazioni fisiologiche e dei sintomi che possono spaventare.

Questi peggiorano o si aggiungono a quelli già sperimentati durante gli attacchi di panico, nonostante non siano dannosi e scompaiano appena si smette di iperventilare.

L'iperventilazione produce uno squilibrio nei rapporti tra ossigeno e anidride carbonica, riducendo notevolmente quest'ultima, condizione nota come ipocapnia.

Un livello lieve di iperventilazione produce:

- vertigini
- sensazione di testa leggera
- sensazione di stordimento
- sensazione di irrealtà e di stranezza del proprio corpo
- sensazione di confusione
- perdita di giudizio critico

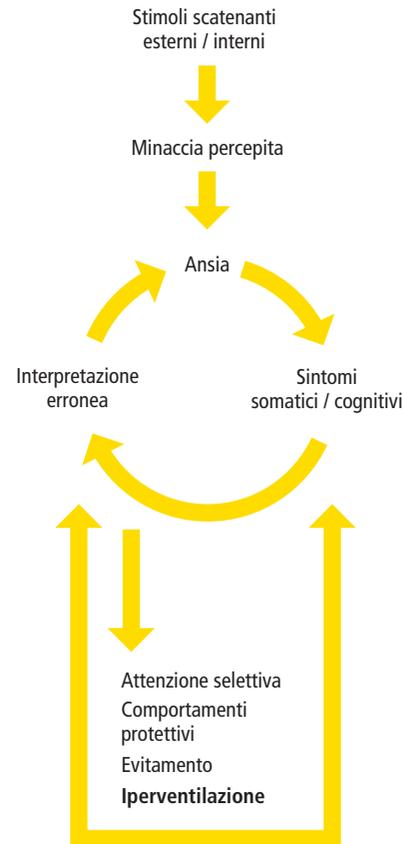
Un eccesso di respirazione più prolungato o vigoroso produce:

- intorpidimento
- bocca e gola secche
- sensazione di formicolio alle mani, piedi, viso
- sudorazione
- tachicardia
- tintinnii alle orecchie
- tremori
- sensazioni di irrealtà, panico e paura

Un eccesso respiratorio ancora più vigoroso e prolungato può causare:

- crampi muscolari
- forti dolori e tensioni toraciche
- rigidità ad artiglio di mani e piedi
- sensazione di mancanza d'aria (tale sensazione è tra le più temute e può indurre a respirare ancora più profondamente peggiorando i sintomi)

Di seguito (fig. 15) è rappresentato il ruolo dell'iperventilazione all'interno del circolo vizioso dell'attacco di panico (descritto nel modulo 1):



Come puoi riconoscere la presenza dell'iperventilazione? Stai respirando eccessivamente se:

- respiri troppo velocemente (a riposo più di 14 respiri al minuto)
- respiri troppo profondamente (si espande molto la cassa toracica e poco la pancia)
- sospiri o sbadigli più degli altri
- boccheggii e/o ansimi a bocca aperta
- mantieni la bocca aperta o fai respiri profondi quando devi svolgere delle attività
- respiri eccessivamente quando fai troppe cose e/o troppo in fretta
- respiri eccessivamente dopo aver fumato, aver bevuto troppi alcoolici e/o caffè

Fig. 15 Ruolo dell'iperventilazione come fattore di mantenimento nel circolo vizioso del panico di Clark (1986)

Il modello cognitivo dell'ansia e degli attacchi di panico: approfondiamo

Il caposaldo della terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi emotivi, e dunque anche dell'ansia, è: “Il modo in cui pensi influisce sul modo in cui senti”.

Le persone, soprattutto durante episodi di ansia intensa con conseguente attivazione fisiologica incontrollabile, non riescono a comprendere che i loro pensieri influenzano i loro stati d'animo e che giocano un'importante funzione di mediazione tra la situazione e l'emozione con la conseguente reazione fisiologica e tra la situazione e il comportamento (fig. 16), come verrà spiegato successivamente.

Nel modulo 1 abbiamo visto che ogni stimolo esterno o interno, che percepisci come minaccioso, produce ansia. Gli attacchi di panico, dunque, sono il risultato di interpretazioni “catastrofiche” di eventi fisici e mentali che ven-

gono erroneamente considerati come segni di un imminente disastro. L'ansia si associa ai sintomi fisici (tensione muscolare, aumento del battito cardiaco, vertigini, sudorazione, nausea, debolezza, sensazione di soffocamento) che vengono male interpretati (in modo erroneo e catastrofico) e producono un ulteriore aumento del livello d'ansia, innescando un circolo vizioso che culmina nell'attacco di panico (fig. 3).

Per la psicoterapia cognitivo-comportamentale il tuo coinvolgimento è attivo e determinante nella nascita e nella persistenza dell'attacco, che è frutto di un processo continuamente rinforzato da molti aspetti, su cui hai più controllo di quanto tu non creda. Dal momento che la tendenza a usare le proprie emozioni come fonte di informazione e valutazione costituisce un meccanismo fondamentale nei disturbi d'ansia, il vero problema è il modo in cui interpreti la tua stessa ansia, cosa ripeti a te stesso quando sei in ansia. Probabilmente avrai pensieri del tipo “Se mi sento ansioso, allora ci deve essere un pericolo”. Se pensi che avverrà una catastrofe e che non sarai in grado di affrontarla, le sensazioni di ansia e paura si intensificheranno.

Durante il percorso di psicoterapia capirai che l'ansia aumenta quando ti concentri sulle sensazioni del corpo e sui pensieri catastrofizzanti e il tuo terapeuta ti equipaggerà di strumenti adatti ad hoc per te per affrontare e gestire la tua ansia.

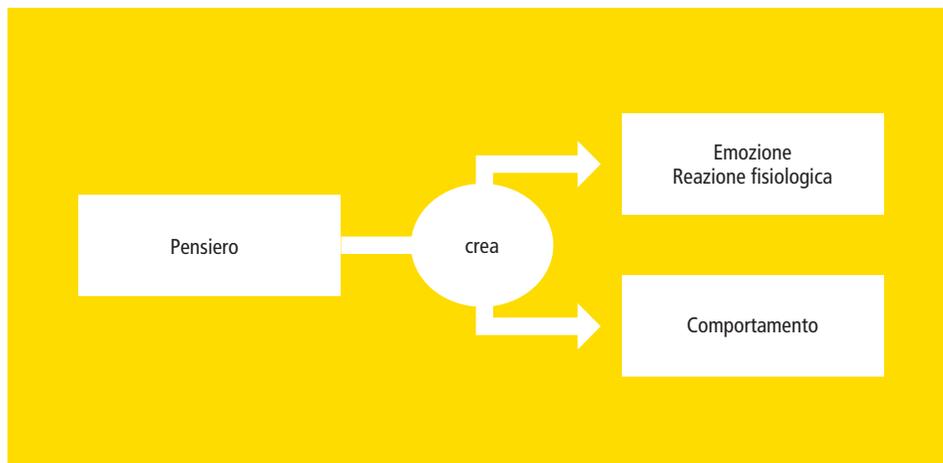


Fig. 16 Il modello cognitivo di Beck (2013)

Ristrutturazione cognitiva degli esiti temuti delle sensazioni fisiche

I pensieri catastrofizzanti fanno sì che le persone con attacchi di panico interpretino erroneamente i sintomi dell'ansia e li vedano come dei reali pericoli.

Presta attenzione a cosa pensi nel momento in cui diventi ansioso e alle sensazioni fisiche che provi, perchè potrebbero essere dovute ad altri fattori (stanchezza, troppa caffeina, stress, aver mangiato troppo, aver dormito poco, ecc.).

Prova a chiederti:

“Prima di focalizzare l'attenzione su quella parte del corpo, ero consapevole delle sensazioni fisiche?”

“Quando ho focalizzato l'attenzione sulle sensazioni, cosa è accaduto?”

“Ho notato sensazioni di cui non ero mai stato consapevole, concentrando l'attenzione su alcune parti del corpo? Ciò potrebbe aver contribuito all'attivazione e al mantenimento del circolo vizioso?”

Se in una situazione ansiogena avverti dei sintomi fisici molto forti e pensi “Sto diventando pazzo”, sostituisci questo pensiero con “Sto solo sperimentando sintomi fisici forti, non ho alcuna ragione di ritenere che sto impazzendo”.

Oppure, se pensi “Sto per avere un infarto”, sostituiscilo con “È solo il battito del mio cuore, già altre volte è stato accelerato”.

Quando provi delle sensazioni fisiche che interpreti come pericolose devi iniziare a pensare che possono dipendere da:

- una risposta fisiologica, non pericolosa, all'aumento dell'ansia
- una reazione normale allo stress
- la conseguenza di un esercizio fisico
- la fatica
- gli effetti collaterali della nicotina, del caffè, dell'alcool o dei farmaci
- un'accresciuta vigilanza alle sensazioni corporee
- forti emozioni quali rabbia, sorpresa o eccitazione
- il verificarsi casuale di processi biologici interni benevoli (ad es. prossimità del ciclo mestruale, mal di pancia, ecc.)

Scheda di lavoro per la rivalutazione dei sintomi

Pensa alle sensazioni fisiche che ti generano forte ansia e che innescano il circolo vizioso del panico.

Elencale (fig. 17) e per ciascuna di esse descrivi molto chiaramente gli esiti catastrofici più temuti (perderò il controllo, impazzirò, diventerò trasparente, ecc.). Utilizza la tabella per scrivere alcune spiegazioni alternative rispetto al motivo per cui sperimenti una varietà di sensazioni fisiche che ti fanno sentire ansia o panico.

La maggior parte delle persone ha difficoltà a generare spiegazioni alternative sulle sensazioni fisiche maggiormente temute.

Il tuo psicoterapeuta ti aiuterà a individuare le diverse possibilità e ipotesi che spieghino le tue sensazioni fisiche e insieme potrete indagare la validità di ciascuna di esse, raccogliendo evidenze e prove a favore e contro.

Specifica la sensazione fisica che sperimenti (ad esempio tachicardia, difficoltà respiratorie, nausea ecc.) e gli esiti temuti	Elenca alcune spiegazioni alternative delle sensazioni	Quanto credi a ogni spiegazione quando non sei ansioso? (0 - 100)*	Quanto credi a ogni spiegazione quando sei ansioso? (0 - 100)*	Efficacia della spiegazione nel contrastare l'ansia (0 - 100)**
Tachicardia Morirò di infarto	Ho bevuto troppi caffè Sono nel periodo mestruale Ho fumato molte sigarette	75	50	50

* 0 = Non credo assolutamente a questa spiegazione, 100 = Credo assolutamente a questa spiegazione

** 0 = Questa spiegazione non ha assolutamente alcun effetto positivo sull'ansia, 100 = La spiegazione è pienamente efficace nel rimuovere l'ansia

Fig. 17 Adattata da Clark & Beck (2010)

L'esposizione enterocettiva

Durante il percorso di psicoterapia cognitivo-comportamentale per il trattamento del disturbo da attacchi di panico, una fase importante è quella che prevede l'esecuzione degli esperimenti comportamentali per l'induzione dei sintomi in seduta.

Ricorda però che solo il tuo psicoterapeuta ti potrà fornire gli strumenti necessari per gestire l'ansia e superare le difficoltà che incontrerai durante l'esposizione.

Gli esercizi di esposizione enterocettiva inducono delle sensazioni corporee simili a quelle che si manifestano spontaneamente in caso di ansia e che vengono evitate a tutti i costi perché considerate pericolose, con lo scopo ultimo di imparare a "rimanere" con esse.

Se, per esempio, la reazione fisica che ti spaventa di più è la tachicardia, il tuo psicoterapeuta sceglierà degli esercizi enterocettivi in grado di indurti l'accelerazione del battito cardiaco, per metterti nelle condizioni di affrontare un episodio di tachicardia e superarlo senza ricorrere all'evitamento o alla fuga.

Questi esperimenti forniscono la prova che le sensazioni fisiche di per sé non conducono automaticamente al panico - "Anche quando sono ansioso, aumentare il mio battito cardiaco correndo per le scale non aumenta il mio livello d'ansia" - e permettono di scoprire che il modo in cui vengono interpretati i sintomi determina se l'ansia esita in panico - "Quando so che il mio cuore batte forte a causa dell'esercizio fisico, non mi

sento ansioso". Sperimentare che non si producono le conseguenze temute (pazzia, collasso, morte, ecc.) fa diminuire la forza dei pensieri catastrofici.

Oltre agli esperimenti effettuati durante le sedute, una componente importante del trattamento è l'esecuzione degli esercizi a casa, anche nei giorni in cui la persona può sentirsi particolarmente ansiosa o propensa al panico.

L'esposizione graduata in vivo per gli evitamenti agorafobici

L'esposizione graduata in vivo per gli evitamenti agorafobici è una fase fondamentale della terapia cognitivo-comportamentale per il disturbo di panico. Anche in questo caso il tuo psicoterapeuta saprà prepararti e guidarti in questa fase del trattamento che, solitamente, determina un'intensa paura, anche prima che l'esposizione stessa abbia inizio, per l'aspettativa di star male, per la "paura della paura".

Durante l'esposizione graduata in vivo lo psicoterapeuta aumenta progressivamente il livello di ansia a cui la persona si esporrà, in modo che possa realizzare di essere in grado di gestire situazioni ansiogene a lungo evitate.

Affrontare la situazione temuta senza fuggire, infatti, fa aumentare la paura che però una volta raggiunto il suo picco massimo, si stabilizzerà per poi ridimensionarsi.

Ricorda che se non fuggi o eviti l'esposizione, la reazione ansiosa potrà toccare un picco, ma poi si ridurrà spontaneamente e ti ritroverai a fronteggiare le situazioni temute senza provare più paura o panico.

L'esposizione solitamente ha una durata massima di 90 minuti, in quanto dovrai rimanere nella situazione sufficientemente a lungo da constatare la spontanea riduzione del livello ansioso (nello specifico dai 30 ai 60 minuti).

Potrai stabilire con il tuo psicoterapeuta il numero di sedute settimanali che dovrai effettuare, in modo che l'esposizione risulti frequente, moderatamente

intensa e prolungata, sia all'interno della seduta che tra una seduta e l'altra.

Potrete implementare insieme, inoltre, un piano d'intervento che preveda l'utilizzo di tecniche di gestione dell'ansia che ti possano preparare alle sedute di esposizione.

Possono anche essere utilizzate delle tecniche come il rilassamento muscolare progressivo, la respirazione controllata o la meditazione.

Queste tecniche, però, non intervengono direttamente sull'attacco di panico, né lo curano, ma mirano solo a ridurre lo stress (che contribuisce ad aumentare l'ansia) nelle situazioni quotidiane più diverse e a bloccare o inibire la tendenza a iperventilare (che spesso precede o peggiora l'attacco di panico). In tal modo, verrai condotto, passo dopo passo, a superare paure che sembravano insormontabili e capirai che, evitando i tuoi piccoli rituali rassicuranti, non avrai comunque la crisi, anzi aumenterai la tua reale autonomia.

Modulo 3

La prevenzione delle ricadute nell'ansia e nel disturbo da attacchi di panico

La prevenzione delle ricadute

La Mindfulness e il programma MBSR per prevenire le ricadute nell'ansia e negli attacchi di panico

Il programma MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction)

La prevenzione delle ricadute

Una significativa percentuale di persone che ha sofferto di attacchi di panico può ricadere nel disturbo dopo una fase di remissione, più o meno lunga, dai sintomi ansiosi, ad esempio dopo un periodo molto stressante.

Le ricadute determinano ovvie implicazioni sulla già compromessa qualità di vita delle persone, in cui il disagio psico-sociale, lavorativo e, a lungo andare, anche economico si perpetua e peggiora.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale è l'intervento che ha fornito la maggiore dimostrazione di efficacia nel trattamento dei disturbi d'ansia e, in particolar modo, del disturbo da attacchi di panico.

L'efficacia clinica della psicoterapia cognitivo-comportamentale è confermata dalle alte percentuali di risoluzione (superiori anche alla farmacoterapia) e rappresenta un fattore protettivo per le ricadute a lungo termine.

Abbiamo spiegato che gli attacchi di panico si possono manifestare con la sola percezione di sintomi somatici (per esempio la tachicardia) o in presenza di situazioni e luoghi in cui il soggetto sperimenta gli attacchi di ansia e le sensazioni corporee temute.

Per evitare di sperimentare un ulteriore attacco di panico, quindi, abbiamo visto come le persone rinforzano la condotta di evitamento dei contesti (luoghi e situazioni) in cui si sono verificati e delle sensazioni enterocettive o degli specifici contenuti di pensiero che vengono associati all'attacco di panico.

Nella fase del trattamento cognitivo-comportamentale dedicata alla prevenzione delle ricadute il tuo psicoterapeuta ti aiuterà a:

1. Rivedere e rafforzare ciò che avrai imparato durante il percorso di psicoterapia, con particolare attenzione a ciò che si è dimostrato più efficace per te.
2. Rileggere i file di auto aiuto che ti sono stati dati nel corso della terapia e ascoltare le tracce audio di registrazioni di parti di sedute.
3. Identificare i comportamenti protettivi o gli evitamenti che possono predisporre maggiormente all'attivazione del circolo vizioso dell'interpretazione catastrofica delle sensazioni corporee.
4. Imparare a riconoscere i momenti in cui l'attenzione selettiva sui fenomeni del corpo provoca un aumento dell'intensità delle sensazioni percepite.
5. Individuare i pensieri disfunzionali, spesso espressi sotto forma di pensieri automatici, che possono attivarsi in presenza di alcuni sintomi fisici e che potrebbero scatenare nuovamente l'ansia e l'attacco di panico (ovvero la convinzione che le sensazioni percepite possano causare conseguenze fisiche e mentali drammatiche).
6. Imparare ad accettare e ad accogliere in modo non giudicante le sensazioni fisiche, pensieri ed emozioni, e promuovere una modalità aperta e recettiva dell'esperienza interiore mediante la pratica del programma MBSR.

Dal momento che il tentativo di controllo che le persone mettono in atto per evitare gli eventi interni e i sintomi non fa altro che intensificarne la portata, la fase di prevenzione delle ricadute ha l'obiettivo di ridurre l'evitamento esperienziale. Questo consiste nella mancata disponibilità da parte della persona a rimanere in contatto con particolari esperienze personali come sensazioni fisiche, emozioni, pensieri, ricordi.

Gli evitamenti sono un importante fattore di mantenimento dell'attacco di panico, soprattutto perché non danno modo alle persone di sperimentare che l'ansia non porta alla catastrofe!

Per mantenere e migliorare i risultati maturati nel percorso del trattamento dovrai acquisire una nuova modalità di relazionarti alla tua esperienza interna, attraverso un nuovo atteggiamento verso i pensieri catastrofici, le sensazioni fisiche e le situazioni vissute, accettandoli e tollerandoli.

L'accettazione e l'accoglienza non giudicante delle tue sensazioni fisiche, pensieri e emozioni, e la promozione di una modalità aperta e recettiva della tua esperienza interiore verranno sviluppate mediante la pratica del programma MBSR.

La Mindfulness e il programma MBSR per prevenire le ricadute nell'ansia e negli attacchi di panico

La Mindfulness (meditazione di consapevolezza), nello specifico il programma MBSR, negli ultimi anni, è stata integrata nella terapia cognitivo-comportamentale. Il presupposto di base della pratica Mindfulness nel disturbo da attacchi di panico è che in situazioni di ansia e panico la tendenza delle persone è quella di interpretare le sensazioni corporee in chiave catastrofica e fare previsioni negative su ciò che potrà avvenire. L'MBSR in questa fase può favorire il raggiungimento di uno stato di distanziamento dalle sensazioni fisiche, pensieri ed emozioni, e di concentrazione non giudicante sul presente.

L'obiettivo è duplice: dirigere la propria attenzione sul momento presente intenzionalmente e con accettazione e distanziarsi dai pensieri catastrofici riguardanti possibili eventi negativi del futuro.

È stato dimostrato che l'MBSR promuove un nuovo modo di apprezzare alle proprie sensazioni fisiche, pensieri ed emozioni acquisendo consapevolezza della loro natura fluttuante e transitoria. In questo senso, si prenderà consapevolezza di come il dolore, le attivazioni fisiologiche dell'ansia o dell'attacco di panico non sono immutabili o permanenti.

Abbiamo spiegato nei moduli precedenti che, nel disturbo da attacchi di panico, l'attenzione selettiva verso i sintomi somatici (ad esempio, sensazione di svenimento, di sbandamento, di testa leggera, ecc.) e la catastrofizzazione delle conseguenze temute (per esempio il



timore di impazzire) determinano l'instaurarsi di un circolo vizioso, in cui si attivano dei pensieri (del tipo "Se ho queste sensazioni e provo queste emozioni vuol dire che sto per impazzire!") che portano a un potenziamento estremo dell'ansia.

Attraverso il programma MBSR nei disturbi d'ansia la persona acquisisce consapevolezza dei propri stati interni e un nuovo modo di rapportarsi alle sensazioni fisiche e agli stati mentali, imparando a stare nel momento presente con quello che c'è.

La pratica della consapevolezza aiuta ad accogliere le sensazioni fisiche come un segnale separato dal loro contenuto emotivo, attraverso l'osservazione della sensazione sgradevole o dolorosa (per esempio sede, intensità, frequenza) in maniera distinta dalle componenti emotive associate (per esempio impazienza, paura, ansia). Un'osservazione continuativa e non giudicante delle sensazioni correlate all'ansia, senza mettere in atto tentativi di fuga o comportamenti di evitamento, riduce la reattività emotiva sollecitata dalle sensazioni fisiche temute.

La pratica Mindfulness aiuta a capire che le sensazioni fisiche e i sintomi ansiosi non sono problematici, non sono il rispecchiamento di una realtà minacciosa, ma che la fonte principale di disagio e sofferenza è il tentativo senza fine di controllare ed evitare i sintomi.

Nel modulo 2 abbiamo spiegato che l'iperventilazione è una componente della reazione di attacco/fuga che gioca un ruolo molto importante nel determinare i livelli di attivazione nel corpo e contribuisce ad aumentare l'ansia. Il respiro è, quindi, strettamente legato ai nostri stati mentali.

La pratica della Mindfulness sviluppa la capacità di portare l'attenzione sul respiro, promuovendo la respirazione consapevole che ti consentirà di percepire le sensazioni fisiche piacevoli che produce, come il fresco dell'aria che si avverte nell'inspirazione, il calore dell'espiazione, il torace e l'addome che si gonfiano e sgonfiano, ...

Ricorda, però, che la Mindfulness non ti propone di allontanare o eliminare le sensazioni, i pensieri e le emozioni sgradevoli, ma stimola ad adottare un'attenzione consapevole al momento presente, all'accogliere senza giudicare l'esperienza del "qui e ora" qualunque essa sia, positiva o negativa.

L'efficacia dei trattamenti Mindfulness nei disturbi d'ansia si basa su alcuni meccanismi cognitivi d'azione (fig. 18).

Nel modulo 2 abbiamo spiegato inoltre come lo stress influisca fortemente sui disturbi d'ansia. Il programma MBSR si è dimostrato efficace nella riduzione dello stress e nel miglioramento del benessere generale dell'individuo. La pratica della consapevolezza, infatti, insegna alle persone a prendersi cura di se stesse e a vivere in modo più sano, imparando ad adattarsi alle circostanze della vita e a riconoscere e gestire le numerose fonti di stress quotidiane.

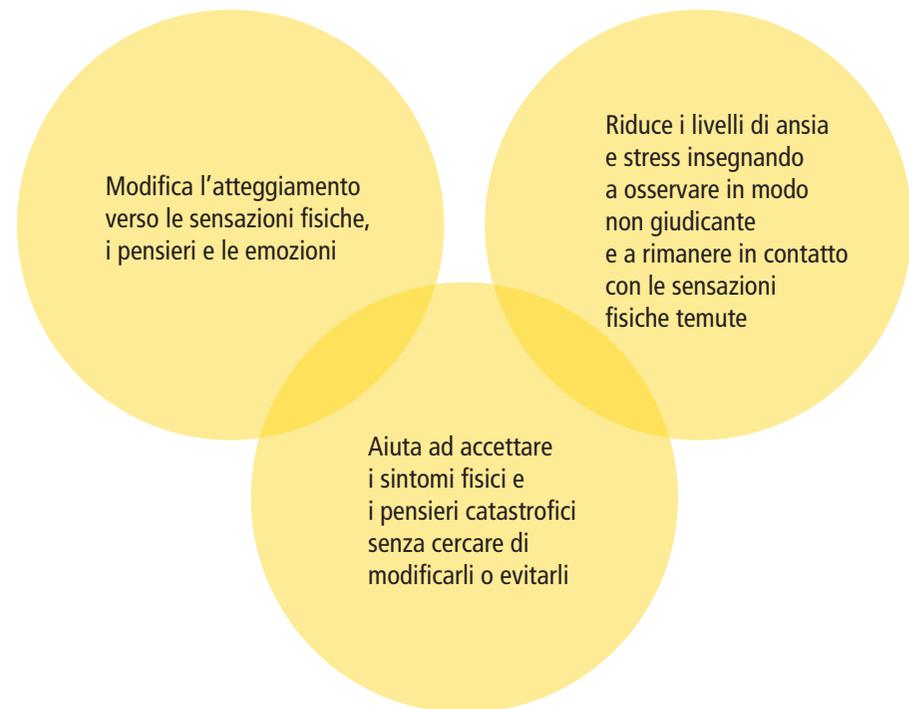


Fig. 18 Meccanismi cognitivi alla base dell'efficacia della Mindfulness

Il programma MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction)



Il programma MBSR fonde l'esperienza delle tecniche di meditazione con alcuni aspetti teorici della terapia cognitivo-comportamentale.

È stato verificato che il programma MBSR, ideato e sviluppato da Jon Kabat-Zinn, riduce la frequenza degli attacchi di panico e del comportamento evitante nel disturbo da attacchi di panico (Miller, Fletcher, Kabat-Zinn, 1995), diminuisce lo stress e migliora il benessere emotivo (Shapiro, Schwartz, Bonner, 1998; William, Kolar, Reger, Pearson, 2001).

Il programma MBSR ha l'obiettivo di sviluppare la capacità di osservazione e distanziamento dagli stati mentali, sensoriali ed emotivi, e aumenta la consapevolezza e la capacità di gestione delle emozioni negative.

Il programma MBSR si articola in 8 settimane. Si tratta di un protocollo di addestramento intensivo alla meditazione di consapevolezza, strutturato in 8 incontri di gruppo settimanali di circa due ore ciascuno e di una giornata di meditazione intensiva, chiamata giornata del silenzio.

Il programma MBSR prevede:

- un incontro di gruppo in cui viene spiegato il corso e uno individuale conoscitivo. È inclusa la somministrazione di test che permettono di valutare la situazione attuale dei partecipanti, in base ad alcuni parametri, quali ansia, depressione, rimuginio, ecc. Tali test vengono somministrati anche alla fine del programma per valutare eventuali miglioramenti
- pratiche guidate quali:
 1. il body scan (la scansione corporea consapevole)
 2. lo yoga (stretching dolce e movimenti corporei accessibili a tutti)
 3. la meditazione seduta
 4. la meditazione camminata
- pratica informale (attenzione consapevole alle attività quotidiane)
- discussioni di gruppo, condivisione e commenti con gli altri partecipanti sulle esperienze di pratica
- trasmissione di conoscenze teoriche sullo stress e su tematiche legate alla promozione del benessere generale dell'individuo, quali pilota automatico, alimentazione, sonno, assertività, ecc.
- esercizi da svolgere in classe e a casa per promuovere la consapevolezza nella vita di tutti i giorni, quali diari, materiale di psicoeducazione, metafore e fiabe su vari temi
- pratica quotidiana facilitata dall'ausilio di audio e cartacei (CD e tracce MP3)

Il programma MBSR ti aiuterà a:

- ridurre lo stress
- coltivare concentrazione e pazienza
- riconoscere le emozioni, sentendole e localizzandole nel corpo, imparando ad accoglierle, piuttosto che a rifiutarle
- osservare e comprendere le modalità di reazioni automatiche ai pericoli e alle minacce per trasformarle in risposte funzionali
- imparare a gestire in maniera efficace il livello di ansia
- non giudicare l'esperienza interiore, ma imparare a osservarla e accettarla per quello che è
- sviluppare la capacità di mantenere il focus sul presente, senza giudizio e con accettazione anche verso le sensazioni fisiche, i pensieri e le emozioni
- aprirsi ai sintomi fisici e alle situazioni senza mettere in atto fughe difensive o strategie disfunzionali e dannose
- avere maggiore accesso alle proprie risorse interiori e qualità per prendersi cura di se stessi, per entrare in contatto con la propria naturale fonte interiore di cura e guarigione

L'ansia e il disturbo da attacchi di panico

Riassunto dei moduli

Modulo 1

L'ansia rappresenta un complesso sistema di risposta alla modalità di pericolo e minaccia. Questa risposta viene attivata quando gli eventi o le circostanze che incontriamo vengono considerati pericolosi, imprevedibili e incontrollabili. L'ansia è una condizione multifaccettata che presenta caratteristiche fisiologiche, cognitive, comportamentali ed emotive.

L'attacco di panico è definito come un breve e circoscritto episodio di ansia intollerabile, caratterizzato da spiccate manifestazioni neurovegetative ed emozioni di apprensione, paura o terrore per una catastrofe imminente o un pericolo mortale.

Gli attacchi di panico sono il risultato di interpretazioni "catastrofiche" di eventi fisici e mentali che vengono erroneamente considerati come segni di un imminente disastro. Le sensazioni fisiche male interpretate innescano un circolo vizioso che culmina nell'attacco di panico.

Il primo attacco di panico si verifica spesso durante un periodo di stress elevato, in quanto lo stress (psicologico e/o fisico) contribuisce ad aumentare l'ansia fino al raggiungimento di una soglia che, se superata, innesca l'attacco di panico.

Oltre ai trattamenti farmacologici, il gold standard per il disturbo da attacchi di panico è la psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Modulo 2

L'amigdala favorisce la comparsa di reazioni d'allarme rapide che possono presentarsi quasi in modo autonomo e indipendente dai ragionamenti consapevoli.

L'iperventilazione produce delle modificazioni fisiologiche che aumentano i livelli di attivazione nel corpo, peggiorano l'ansia e si aggiungono ai sintomi sperimentati durante gli attacchi di panico.

Per la psicoterapia cognitivo-comportamentale l'ansia aumenta quando ti concentri sulle sensazioni del corpo e sui pensieri catastrofizzanti, per questo motivo mira a modificare il modo in cui interpreti la tua stessa ansia mediante l'individuazione di spiegazioni alternative alle sensazioni interne.

Gli esercizi di esposizione enterocettiva inducono delle sensazioni corporee simili a quelle che si manifestano spontaneamente in caso di ansia, per mettere le persone nelle condizioni di affrontare i sintomi temuti e di superare l'episodio, senza ricorrere a mezzi di evitamento o fuga.

L'esposizione graduata in vivo per gli evitamenti agorafobici aumenta gradualmente il livello di ansia in modo che la persona possa realizzare di essere in grado di gestire situazioni a lungo evitate, senza sfuggirle, e fronteggiarle senza provare panico.

Modulo 3

La psicoterapia cognitivo-comportamentale rappresenta un fattore protettivo per le ricadute nel disturbo di ansia e di attacchi di panico.

La Mindfulness, e il programma MBSR, nella fase di prevenzione delle ricadute, favorisce il raggiungimento di uno stato di distanziamento dalle sensazioni fisiche, pensieri ed emozioni, e di concentrazione sul presente.

La pratica Mindfulness aiuta a capire che le sensazioni fisiche e i sintomi ansiosi non sono problematici, ma che la fonte principale di disagio e sofferenza è il tentativo senza fine di controllare ed evitare i sintomi.

Il programma MBSR è un protocollo di addestramento intensivo alla meditazione di consapevolezza che riduce la frequenza degli attacchi di panico e le condotte di evitamento disfunzionali.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Beck, J. S. (2013). *La terapia cognitivo-comportamentale*. Edizione Italiana a cura di A. Montano. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Horne, J. (1988). *Why We Sleep*. Oxford: Oxford University Press.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200.
- Montano, A. (2007). *Mindfulness. Guida alla meditazione di consapevolezza. Una terapia per tutti*. Salerno: Ecomind.
- National Sleep Foundation (2014). How much sleep do you really need? In: *Stress in America*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Race, K. (2014). *Mindful Parenting. Simple and Powerful Solutions for Raising Creative, Engaged, Happy Kids in Today's Hectic World*. London: St. Martin's Griffin.
- Rovetto, F. (2003). *Panico. Origini, dinamiche, terapie*. Milano: McGraw-Hill.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599.
- Wells, A. (1997). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: McGraw-Hill.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a Wellness-Based Mindfulness Stress Reduction intervention: a controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, 15(6), 422-432.



Istituto A.T.BECK

Terapia Cognitivo - Comportamentale

Direttore
Dott.ssa Antonella Montano
antonellamontano@istitutobeck.it

piazza San Bernardo 109, 00187 Roma
telefono 06 4819817
fax 06 4828665

via Gioberti 54, 00185 Roma
telefono 06 44703820
fax 06 49382241

www.istitutobeck.com