

ANSIA E ATTACCHI DI "PANICO"

a cura di

farmasalute.it



È sempre più elevato il numero di persone che in Italia soffre di attacchi di panico. Ad oggi si stimano, infatti, più di 600.000 persone che, quando devono affrontare situazioni particolari, come l'auto, l'aereo, luoghi affollati (es. il supermercato), luoghi isolati (es. l'ascensore).... ecc., vanno letteralmente in tilt, scoprendosi spaventati, senza un motivo oggettivo, se non la paura della crisi.

Tale patologia può essere riscontrata anche nella popolazione sportiva (talvolta anche in atleti di alto livello).

Questi soggetti manifestano il proprio "malessere" attraverso una diffusa sintomatologia fisica e psicologica.

I sintomi che possono comparire sono:

- difficoltà di respirare;
- palpitazioni;
- dolori al torace o senso di malessere;
- sensazioni di soffocamento;
- vertigini;
- sudorazione;
- vampi di calore;
- tremore;
- paure legate a certe situazioni;
- ansia incontrollabile;
- sensazione di irrealtà;
- intorpidimento.

In altri termini, le persone hanno paura di impazzire, o di avere un attacco cardiaco, o che qualcuno le scopra malate. E' un sentimento molto angosciante e fonte di grande tormento, per chi ne soffre. Il rischio in questi casi è di vivere confinati in casa, sempre più limitati nella propria attività, ma anche in balia di una pastiglia, tenuta vicino e assunta ripetutamente in caso di bisogno.

Ma la paura di essere scoperti resta immutata, non basta sapere di avere questo problema per risolverlo o tenerlo sotto controllo. In questi casi gli esami medici sono sempre regolari, non giustificano la paura ad esempio di non poter più respirare, o di aver un infarto, o comunque di morire. Solitamente è molto lungo il percorso che porta a comprendere la natura emotiva di questo problema.

Il ricorso esclusivo ai medici, alle pastiglie, alle gocce, è sicuramente più semplice nonché indispensabile nelle urgenze o in situazioni particolari, ma non serve ad eliminare i motivi più profondi che si nascondono dietro a questi sintomi. Certo non è facile accettare di avere un problema di natura psicologica, perché spesso problema psicologico suona come sinonimo di "pazzia", pur essendo qualcosa di diverso. A tutti può capitare di essere in difficoltà nel risolvere un conflitto, o nel prendere certe decisioni, o nel portare avanti determinate scelte. Ci sono momenti in cui si è in crisi e non sempre si riesce a risolvere la crisi da soli, in tempi ragionevoli.

Per fare alcuni esempi, è noto che situazioni di grande tristezza fanno sentire il nodo alla gola, o che le situazioni d'esame possono suscitare le palpitazioni. In questi casi conosciamo la causa del problema e sappiamo che passerà presto. E' importante quindi sapere che anche gli attacchi d'ansia, o di panico, sono guaribili.

Solitamente, come negli esempi citati, i disturbi d'ansia nascondono altri problemi, o difficoltà. Emblematico in particolare è notare che queste persone, a fianco di pensieri rimuginati presentano emozioni esplosive/ipnotizzate. Ne derivano pensieri che non si possono sentire ed emozioni che non possono essere comprese e significate. Con la nascita del sintomo, inizia la ricerca di un'autoterapia, ad esempio leggendo serie infinite di libri o pazientando di giorno in giorno. Questa ricerca affannosa sembra non avere mai fine, fino alla rottura del sentimento di autonomia, con l'irruzione di vincoli di dipendenza, all'interno di relazioni intense e faticose da reggere. Talvolta l'esordio è successivo a eventi realmente pericolosi, sentiti come mortiferi, ma la sensazione poi dilaga in modo imprevedibile. In questi casi è opportuno seguire una psicoterapia, che può aiutare la persona a capire e a risolvere l'origine particolare del suo sintomo.

E prima si interviene, prima è possibile trovare una soluzione. I risultati dimostrano che in disturbi come questo la collaborazione medico - psicologo è fondamentale per guarire. In fondo è un disturbo di questo tempo, di questa età moderna, così complessa, così frenetica, così amante delle magiche soluzioni, a volte così difficile da vivere.

Riflessioni sull'ansia

Introduzione sul fenomeno dell'ansia

Del fenomeno dell'ansia si sono occupati sia i clinici che gli sperimentalisti, tra i primi ricordiamo Freud a cui risale la prima formulazione sulla natura dell'ansia; in seguito, Pavlov, Watson e Miller e poi Cattell che se ne è occupato in ambito psicometrico. Tra i primi analisti Horney, Fromm e Sullivan hanno sviluppato il problema dell'ansia in una prospettiva sociale. Secondo Horney l'ansia di base consiste nella sensazione che un individuo ha di essere isolato

ed impotente in un mondo potenzialmente ostile. Fromm collega l'ansietà alle esperienze di isolamento che sono conseguenti ai mutamenti sociali realizzati con lo sviluppo economico e politico. I progressi nella nostra società hanno contribuito all'alienazione dell'individuo: "se uno sente che il proprio valore non è costituito propriamente delle qualità umane che possiede ma dal proprio successo, nella competizione di mercato la propria autostima è destinata ad essere scossa e necessita di essere continuamente confermata da parte degli altri".

L'ansietà è quindi uno stato che deriva dalla constatazione di non poter soddisfare le proprie esigenze in modi socialmente accettabili. In passato Klein, Sitz, Winnicot e Bowlby hanno analizzato le reazioni di angoscia connesse al rapporto del bambino con la madre, in particolare Bowlby ha studiato l'ansietà del bambino nelle prime fasi di sviluppo ed ha rilevato come essa insorga ogni qual volta egli avverte una possibilità di separazione dalla propria figura di attaccamento. Studi sperimentali hanno evidenziato che le reazioni di ansia possono essere indotte ed acquisite. Pavlov, utilizzando come stimoli condizionanti delle figure geometriche la cui forma veniva gradualmente alterata (un ellisse si trasformava in un cerchio a cui l'animale era stato precedentemente condizionato) riuscì ad indurre ai suoi cani da laboratorio delle nevrosi sperimentali, nevrosi che egli accomunò a quelle di alcuni uomini che non distinguono tra stimoli neutri e stimoli significativi e che si spaventano per oggetti o situazioni che in passato erano loro del tutto indifferenti.

Nel linguaggio comune in genere non si è soliti distinguere tra **ansia**, **paura**, **panico** ed **angoscia**. Più specificatamente, per ansia si intende uno stato emotivo legato ad eventi, emozioni interne conflittuali. La **paura** è uno stato emotivo legato ad un evento specifico. Il **panico** è uno stato emotivo di tensione ansiosa acuta. L'**angoscia** è uno stato di ansietà elevata con accenti depressivi.

Quadro di realtà ambientale operante sul soggetto

Fatti ambientali inducono il soggetto a ritenere che fuori del suo campo di conoscenza, stia svolgendosi qualche cosa di pericoloso per lui. Ne consegue il ben noto stato di insicurezza che in tutte le terminologie si chiama ansia.

Quadro sintomatologico dell'ansia

Occorre tenere presente che lo psichismo è un'energia conoscitiva, emotiva, affettiva, operativa. Tale energia è articolata non solo nelle diverse difficoltà e nelle diverse loro funzioni, ma anche in numerose tendenze. Il quadro dei sintomi si presenta come una vera e propria forza che si giova di tutto l'apparato nervoso e muscolare con le relative sensazioni interiori e cinestesiche. E' perciò una forza volitiva ed operativa articolata in una apparente pluralità di mezzi con cui realizzare la forza nei vari tipi della stessa. Colui che è danneggiato da vulnerabilità interna, come abbiamo visto, tende ad ampliare il valore effettivo dei fatti; perciò sta all'erta con eccesso e si allarma facilmente nella situazione sopra trattata, non essendo nota la consistenza del pericolo in quanto esso dipende da un'azione che si sta sviluppando ed organizzando fuori dal campo di conoscenza del soggetto stesso; le forze operative non possono quindi entrare in azione come, invece, lo possono, con

intensità esagerata, le forze intellettuali, chiamate ad esplorare i fatti che hanno determinato l'allarme e le loro correlazioni per cercare di identificare la consistenza del pericolo.

Avremo quindi la seguente situazione:

- **Intelligenza: iperattività.** Tale iperattività, come poco fa accennato, è determinata dalla necessità di esplorare i fatti che hanno determinato l'allarme.
- **Sentimento: emozione** consistente appunto nella sensazione di insicurezza od ansia che dir si voglia.
- **Volontà: nulla**, poiché fin tanto che non nota la consistenza dell'azione avversaria, la volontà non può agire.
- **Sistema nervoso: ipertensione:** E' determinata dall'iperattività dell'intelligenza che sta scrutando e che imprime un ritmo serrato che si estende a tutte le innervazioni, tendendo in misura eccessiva il Sistema Nervoso Centrale.
- **Cuore: tachicardia** è correlativa dell'emozione di insicurezza, ma è necessaria anche per realizzare una maggiore irrorazione sanguigna del cervello che ne ha bisogno in corrispondenza all'iperattività dell'intelligenza.
- **Respirazione: ritmo accelerato** in zona prossima all'espiazione.

Quadro Psicosomatico dell'ansia

Poiché tutto quanto accade nel cervello ha degli echi nella nostra persona, il fenomeno che ha investito la zona corticale si estende con la stessa potenza alla zona subcorticale e da qui si dirama, alterando tutto il rispettivo funzionamento, verso tutte le funzioni fisiologiche e verso tutti gli organi sconvolgendoli.

Circuito in feed-back dell'autopotenziamento dei sintomi psichici somatici dell'ansia

Stimolo Emotivo Originario	Recettori Corticali
Centri Vegetativi Ipotalamici	
Organi Periferici a Innervazione Vegetativa	

La reazione sfocia a livello fisiologico con una sintomatologia molto variabile:

- Palpitazione
- Tachicardia
- Aritmia
- Disturbi a livello visivo
- Disturbi a livello uditivo (es. ronzii)
- Disturbi a livello dell'apparato respiratorio (es. dispnea)
- Disturbo della circolazione a livello psichico (vasocostrizione in relazione all'alterazione del sistema ortosimpatico)
- Sudorazione
- Astenia
- Rossori e pallori
- Insonnia legata ad **ansia** propriamente detta (non riuscire a prendere sonno)
- Insonnia legata ad angoscia (ansia depressiva) consiste nell'addormentarsi normalmente per poi svegliarsi generalmente nelle prime ore del mattino e non riuscire più a prendere sonno
- Ipersonnia depressiva (dormire per un periodo molto prolungato dalle 12 ore in poi)

- Tremori (soprattutto mani e gambe)
- Scoordinamento motorio
- Tremori del tono vocale
- Balbuzie
- Scarsa concentrazione
- Infiammazione muscolare
- Cefalee
- Tic

Tecniche di intervento

I disturbi ansiosi, possono essere affrontati su due versanti:

a) con la tecnica psicoterapeutica

b) con tecniche di rilassamento, meglio se le due tecniche vengono integrate.

Per quanto riguarda le tecniche di rilassamento il Training Autogeno è particolarmente adatto e dà ottimi risultati. A seconda delle situazioni, possono essere utilizzate altre tecniche, quali:

- Desensibilizzazione Sistemica
- Modellamento
- Arresto del pensiero
- Addestramento all'auto-istruzione
- Bio-feedback ed altre ancora

In che consiste la psicoterapia

Si può definire un processo sistematico che si riferisce ad una serie di esperienze cliniche i cui concetti sono comprensibili operativamente. La sua prassi si riferisce ad un modello al quale confrontarsi che viene applicato dal terapeuta in modo flessibile ai singoli casi. Il modello scelto dipende dalle caratteristiche di scelta accademica del terapeuta. Personalmente credo che la bontà della terapia non derivi dall'orientamento prescelto, ma dall'applicazione dello stesso, quindi che l'approccio sia ghestaltico, rogersiano, cognitivista, psicoanalitico, freudiano, junghiano, ret, transazionale, psicosintesi, psicosomatico, bioenergetico e quante altre, ogni approccio è ottimo e va bene.

Trattamento psicologico breve nel disturbo da attacchi di panico

Premessa

L'interesse per i Disturbi d'Ansia e di Panico è aumentato notevolmente negli ultimi anni ed è riconosciuto come uno tra i più frequenti motivi di consultazione specialistica nell'ambito dei problemi psicologici. Il Disturbo da Attacchi di Panico interessa dal 2 al 6% della popolazione, è più frequente nelle donne e molto spesso insorge in età giovanile. Pur senza rifarsi a dati epidemiologici ufficiali, si può sostenere con tutta tranquillità che la consultazione per problemi d'ansia e di panico è tra quelle più frequenti che spingono l'individuo a consultare il medico di base. Inoltre, da una parte, molti soggetti con problemi di ansia presentano al medico una lista numerosa con altri problemi (cefalea, insonnia, dispnea, tachicardia, ...), dall'altra numerose persone non consultano alcun medico ed a volte intraprendono la strada di tentativi eterogenei di "autoterapia". Il disturbo d'ansia acuto diventa motivo di consultazione ad un grado medio o elevato di intensità, quando il soggetto ha

fallito i propri tentativi di gestione dei sintomi. Ad una elevata intensità, come è facile immaginare, vi è una quasi totale compromissione della vita di relazione e della autonomia personale. I disturbi d'ansia acuta possono essere distinti sulla base dei sintomi o della specifica compromissione che essi causano. Nel DSM IV (A.P.A., 1994) sono elencati i seguenti disturbi che possono coesistere con un disturbo di ansia acuta e panico negli adulti:

- attacchi di panico con agorafobia;
- fobia semplice;
- ansia sociale;
- disturbo ossessivo compulsivo;
- ansia generalizzata;
- depressione maggiore;
- disturbo da somatizzazione;
- disturbo post traumatico da stress.

In questo lavoro verrà trattato soltanto il disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia con un interesse prevalentemente applicativo per le procedure di trattamento psicologico a breve termine.

Caratteristiche della sindrome da attacchi di panico con o senza agorafobia

Il disturbo da Attacchi di Panico con o senza Agorafobia è caratterizzato dai seguenti sintomi come variamente presenti nel DSM IV:

- palpitazioni, cardiopalmo, o tachicardia;
- sudorazione;
- tremori fini o grandi scosse;
- dispnea o sensazione di soffocamento;
- sensazione di asfissia;
- dolore o fastidio al petto;
- nausea o disturbi addominali;
- sensazioni di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento;
- derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi);
- paura di perdere il controllo o di impazzire;
- paura di morire;
- paraestesie (sensazioni di torpore o di formicolio) brividi o vampate di calore;
- ansia relativa all'essere in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile allontanarsi o ricevere aiuto.



Il disturbo da panico può essere associato ad altri disturbi in comorbidità come ad esempio: depressione, ansia sociale, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo da somatizzazione, disturbo da ansia generalizzata, disturbo post traumatico da stress. Possono naturalmente essere presenti alcuni tratti di personalità più frequenti di altri o anche veri disturbi di personalità come quello Evitante, Dipendente, Borderline.

Concettualizzazione del disturbo

Nel periodo precedente al primo attacco di panico i pazienti hanno frequentemente sperimentato un livello di stress elevato, ma accompagnato da un atteggiamento di minimizzazione rispetto ai problemi contingenti. I soggetti spesso riferiscono problemi familiari, di lavoro, cambiamenti importanti nella qualità della vita o nella generale organizzazione familiare, frustrazioni o relazioni particolarmente impegnative, o altre situazioni "normalmente" caratterizzate da stress.

I pazienti con attacchi di panico minimizzano questi antecedenti sulla base di una probabile assunzione personale attinente alla propria insensibilità o immunizzazione a tali situazioni. In sostanza non prendono le dovute precauzioni consistenti nel riorganizzare il proprio generale atteggiamento così da rispondere ai problemi senza però esaurire le proprie energie. Quella che è una caratteristica antecedente al primo attacco si ribalterà poi per divenire una attenzione allarmata su ogni sensazione somatica.

In generale si potrebbe parlare di una conoscenza insufficiente delle segnalazioni dell'organismo in stato di stress, nelle quali il soggetto pur presentando livelli di attivazione, ansia, tensione, iperventilazione elevati non riorganizza il proprio comportamento in base ad essi, ma tenta di distrarsi, minimizza il dato e sopravvaluta le proprie capacità di fronteggiare fisicamente la situazione. In tali circostanze si manifesta il primo episodio di panico. Questo evento ha due aspetti rilevanti: un primo aspetto attinente alla circostanza traumatica di sperimentare uno stato acuto di ansia costruito dal soggetto come completamente diverso dalle "normali" esperienze finora sperimentate (aspetto traumatico); il secondo aspetto è relativo alla acquisizione di una

nuova dimensione di conoscenza (avere gli attacchi di panico, i sintomi specifici, i sentimenti di urgenza).

Questi due elementi costituiscono gli ingredienti della sindrome psicologica del disturbo. Una volta sperimentato il primo episodio, il soggetto attiverà una particolare attenzione ai segni precoci e premonitori di un successivo attacco; in sostanza, il soggetto sarà nuovamente in stato di ansia dovuta ad una ipervigilanza, e in questo stato attiverà l'atteggiamento ansioso con i noti correlati fisiologici (tensione prolungata, iperventilazione, amplificazione delle sensazioni somatiche). Tra il secondo e i successivi attacchi di panico si sviluppa la sindrome completa caratterizzata da elevata anticipazione dell'ansia, ricerca attenta dei sintomi, iperventilazione, distorsioni cognitive (in particolare la catastrofizzazione e la selezione attenta). La natura della sindrome del disturbo da attacchi di panico è caratterizzata da un preciso circolo vizioso: l'anticipazione dell'ansia genera ansia - lo stato di ansia conduce alle sensazioni di panico imminente - i sintomi vengono interpretati in chiave catastrofica ed estrema - il soggetto ha un attacco di panico.

Dunque, la sindrome prende la forma di un meccanismo molto definito in cui è possibile intervenire su ciascuno dei suoi aspetti. Un elemento importante è il set di assunzioni su se stesso che il soggetto ha costruito nel corso degli anni, il suo modo di avere a che fare con gli altri, di interpretare gli avvenimenti, di fronteggiare gli ostacoli ed i problemi della vita. Queste assunzioni, che non sono immediatamente consapevoli, ma perlopiù automatiche, sono vere e proprie teorizzazioni personali che influenzano e guidano il comportamento del soggetto, fungono da coordinate di riferimento.

Molto spesso, i soggetti con attacchi di panico hanno una diminuita "soglia" per i problemi legati alla autonomia personale (esplorazione, tolleranza, sopportazione, attribuzione di poteri interno - esterno) e frequentemente non hanno, nel corso dello sviluppo, articolato e potenziato questo aspetto. E' quindi perciò possibile pensare che tali soggetti sono più esposti ad una brusca interruzione dei propri abituali schemi e subiscono una forte invalidazione, una confutazione della propria teoria. Naturalmente, la conseguenza di tale dato contrastante con le proprie aspettative è tanto più negativa quanto più il soggetto è "impoverito" nella conoscenza del proprio funzionamento e nella propria capacità di fare delle discriminazioni (sensazioni, eventi, frustrazioni, intensità degli ostacoli).

Procedure psicoterapeutiche

Il trattamento è strutturato in modo da affrontare 4 obiettivi principali:

- esposizione graduale "in vivo";
- ri-etichettamento delle sensazioni somatiche;
- rilassamento e respirazione addominale frazionata;
- ristrutturazione cognitiva delle assunzioni disfunzionali.

Ognuno degli obiettivi è stato trattato come parte a se, naturalmente discutendo con il paziente le integrazioni e le interrelazioni tra ciascun obiettivo con gli altri.

Esposizione in vivo

La tecnica della esposizione è notoriamente efficace nella riduzione dell'ansia associata a situazioni ben identificate come fobie specifiche, agorafobia, ansia sociale (Barlow D.H. et al., 1988, 1989; Clark, 1986, 1991; 1991; Clark D.M., Salkovskis P.M. 1991; Sanavio, 1994). La procedura di esposizione si pone l'obiettivo di permettere al paziente di percepire e valutare in modo "controllato" l'oggetto della propria paura. Questo metodo, se graduale, consente al paziente di riappropriarsi di quelle funzionalità sociali e quotidiane che ha perso a causa dei rilevanti "esitamenti" dovuti ai sintomi acuti dell'ansia ed alla **sindrome di ansia anticipatoria**. Se ben disegnata, la modalità di esposizione permette una rapida ripresa e confidenza di abilità che sono state sospese ed in qualche caso dimenticate. Nel progettare ed effettuare le esposizioni deve essere ben spiegato il significato di tali procedure e quindi ricercare la piena collaborazione del paziente ed eventualmente di un suo familiare.

Ri-etichettamento delle sensazioni somatiche

La discussione concreta sulla natura di diverse sensazioni favorisce una categorizzazione ed una più realistica adesione ad un modello dei sintomi di ansia come effetti della sindrome da stress. La possibilità di discutere con il paziente delle cause dei singoli sintomi, con eventuali esempi anche calibrati sulle comuni esperienze della vita quotidiana ha la funzione di normalizzare e "decatastrofizzare" la condizione soggettiva del paziente (Barlow D.H. et al., 1988, 1989; Clark, 1986, 1991; 1991, 1996; Clark D.M., Salkovskis P.M. 1991; Salkovskis P.M., Clark D., Gelder M.G., 1996; Beck A.T., Emery G., 1985).

Rilassamento e respirazione addominale

Le tecniche di rilassamento e di educazione respiratoria hanno la funzione duplice di essere sia uno strumento "sotto controllo" del paziente, il quale può contarci nelle situazioni quotidiane più diverse, sia un metodo per bloccare o inibire la tendenza ad iperventilare e quindi a produrre i sintomi caratteristici che il paziente interpreta come l'imminente attacco di panico (Bonn J.A., Readhead C.P. A., Timmons B.H. , 1984; Clark D.M., Salkovskis P.M., Chalkley A.J., 1985).

Ristrutturazione cognitiva

Il paziente deve essere preparato ed allenato a riconoscere i propri pensieri automatici e spontanei, i quali possono essere molto rapidi ed istantanei e possono non lasciare più traccia in memoria; l'allenamento nel percepire i propri pensieri ed i propri atteggiamenti è molto importante in quanto attraverso questa procedura il paziente si rende consapevole di come effettivamente modifica il proprio stato emotivo (Beck, Emery, 1985; Clark, 1986, 1991; Mancini, 1996; Freeman et al, 1990). Da tale abilità deriva anche il successivo lavoro di revisione e modificazione delle assunzioni generali del paziente. Il lavoro di riconoscimento e ricostruzione degli schemi disfunzionali (solitamente, gli schemi più usuali e frequenti che vengono elaborati da questi pazienti fanno riferimento a tipologie come "vulnerabilità", "fragilità", "mancanza di autonomia", "oppressione", "incapacità di controllo personale",

"insopportazione - scarsa tolleranza alla frustrazione", "perfezionismo", "elevati standards") è la chiave del lavoro a più lungo termine, ed in genere la parte più impegnativa del trattamento. Il paziente prende coscienza di come ha costruito certi settori della propria esperienza e delle spiegazioni e teorie personali che utilizza per darsi un significato. Attraverso il lavoro sulle assunzioni disfunzionali il paziente modifica i propri schemi a favore di spiegazioni alternative più realistiche, adattive e concrete. Un ruolo di rilievo è costituito dal lavoro con i familiari (o con un familiare) attraverso il quale è possibile non solo ottenere la collaborazione per eventuali coinvolgimenti diretti in procedure di esposizione dal vivo, come esposto più sopra, ma è utile anche avere una collaborazione nella gestione delle relazioni in casa.

Molto spesso il paziente può essere molto richiedente e ricercare insistentemente un sostegno nelle pratiche della propria vita quotidiana, ma nel fare ciò può assumere un atteggiamento "doveristico" e prescrittivo nei confronti del partner o di altri familiari; in tali casi è sempre utile informare e preparare i familiari di questo tipo di caratteristiche "tipiche" della sindrome psicologica senza che a questo debba seguire una reazione punitiva o svalutativa. I familiari vengono preparati a essere supporti validi, affidabili, e positivi mediante colloqui dedicati a loro, ma con la presenza del paziente. L'atteggiamento generale è psico-educativo, con una particolare attenzione alla evidenziazione di distorsioni cognitive ed atteggiamenti disfunzionali anche nei familiari, che vanno segnalati delicatamente e con tatto ma pure con decisione ed atteggiamento professionale. Alcune tra le tipiche reazioni della famiglia al paziente ansioso (in particolare al paziente con attacchi di panico e agorafobia) sono le seguenti:

- svalutazione delle lamentele del paziente, anche con interazioni comunicative caratterizzate da scherno, sarcasmo, messa in ridicolo; la minimizzazione dei problemi del paziente è un problema che spesso si aggiunge ai problemi principali e primari della sindrome psicologica;
- reazioni punitive in risposta alla insistenza ed all'atteggiamento irritato e prescrittivo del paziente nel volere essere aiutato ("devi aiutarmi", "è tuo dovere accompagnarmi", ...);
- trascuratezza ed allontanamento dovuti alla difficoltà della relazione affettiva ("non sei più come prima", "vuoi sempre l'attenzione per te", "i tuoi problemi sono sempre più importanti ed urgenti dei miei").

Un altro aspetto importante è quello delle procedure da attuare tra una seduta e l'altra, i cosiddetti "compiti per casa" o homeworks. E' utile insistere sulla necessità di attuare i compiti in quanto molto spesso il lavoro progettato ha un senso preciso ed il suo risultato è necessario per la continuità del trattamento. Gli specifici compiti sono progettati in collaborazione con il paziente e consistono frequentemente in diari di registrazione di elementi-bersaglio, o diari di automonitoraggio, o in schede di analisi delle cognizioni associate agli eventi contingenti.

Metodologia della ricerca

Disegno

La ricerca è stata caratterizzata da uno doppio schema: il primo di confronto

diretto interno dovuto al tipo di valutazione prescelta consistente nell'andamento sintomatologico sulla base di un test normativo (SCL90); il secondo di confronto esterno con un gruppo di controlli clinici. La valutazione degli esiti è stata caratterizzata principalmente dalla valutazione degli andamenti psicometrici del test, somministrato a scansione predeterminata.

Strumenti

Lo strumento prescelto è stato il Sintoms Check List 90 items di De Rogatis e collaboratori, per le buone qualità di praticità, precisione sintomatologica degli items, velocità di somministrazione e scoring, fedeltà, validità rispetto all'esame clinico.

Il test consiste di 90 items sintomatologici raggruppati nelle seguenti scale: Somatizzazione, Ossessioni, Sensitività, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoidea, Psicoticismo, Sleep (disturbi del sonno), Neu (indice di nevroticismo generale).

La buona maneggevolezza dello strumento ha permesso di usarlo con una scansione di 15 giorni.

Dati

L'esame dei risultati è consistito nel confronto diretto interno dei punteggi del campione, e nel calcolo della significatività dello scarto tra la prima e l'ultima somministrazione. Tale semplice metodologia è direttamente discendente dall'impianto lineare della ricerca, in quanto il criterio di confronto esterno (i soggetti normali) è definito in partenza come tutti i soggetti con un profilo nel SCL90 non significativo; mentre il criterio di confronto interno (re-test sugli stessi pazienti) è dato dallo scarto nel corso dell'andamento della terapia. Come criterio comparativo per il confronto esterno è stato selezionato il piccolo campione di pazienti seguiti con Visite di Controllo, ma senza effettuare sedute di psicoterapia.

Campione

Il campione della ricerca è composto da due gruppi: uno di soggetti in trattamento psicologico e uno di controlli clinici. Il campione dei soggetti è composto da 27 pazienti con **diagnosi** di Attacchi di Panico con o senza Agorafobia (DSM IV) valutati con la SCID-P e II, e con il SCL90. Tali soggetti sono stati selezionati in base ad un criterio temporale (tutti quelli che in un certo periodo seguivano la psicoterapia). Come gruppo di controllo clinico è stato utilizzato un campione di 31 pazienti in **terapia** farmacologica equivalente al regime farmacologico del campione sperimentale, ma che seguivano visite di controllo mediche invece delle sedute di psicoterapia. Per il numero esiguo dei soggetti sperimentali e di controllo tale ricerca si pone più come uno studio pilota controllato che come uno studio di efficacia definitivo.

Risultati

Il presente studio controllato ha dimostrato con un alto livello di significatività ($p < 0.001$) che il trattamento cognitivo - comportamentale è particolarmente efficace sui sintomi di **ansia** acuta, panico e agorafobia. In particolare, le valutazioni effettuate con il SCL90 hanno evidenziato che il profilo

caratteristico dei pazienti con disturbo di panico ed agorafobia comprende una forte elevazione delle scale di **ansia** Fobica, Ansia, Somatizzazione e Depressione. Oltre a tali scale sono presenti anche altri raggruppamenti sintomatologici, che però hanno una minore intensità ed una maggiore variabilità. Il calcolo della deviazione dalla media ha rilevato che il piccolo gruppo di soggetti, sia sperimentali che di controllo, era rappresentato sufficientemente dal valore medio (ds media delle scale = 9.78); la scala più variabile è risultata essere la Ideazione Paranoide con una deviazione di 15.2 mentre la meno variabile è stata l'**Ansia** Fobica con una deviazione di 5.9. Il confronto tra i profili è ampiamente dimostrativo dell'effetto del trattamento sui soggetti del gruppo di controllo clinico. Lo studio ha coperto un periodo di oltre 90 giorni di valutazione con il SCL90, ma il trattamento in alcuni casi si è prolungato per successivi obiettivi che i soggetti erano propensi a proporre. Non si sono verificati attacchi di panico durante il resto del trattamento, né durante il corso delle procedure cognitivo - comportamentale dopo i primi 30 giorni.

Conclusioni

Il trattamento cognitivo - comportamentale si è dimostrato efficace in una vasta e corposa serie di ricerche sulla valutazione degli esiti delle psicoterapie cognitive e cognitivo - comportamentali e delle psicoterapie in genere (Hollon S.D., Beck A.T., 1994; Emmelkamp P.M.G., 1994; Barlow D.H. et al., 1988, 1989; Clark, 1986, 1991; 1991; Clark D.M., Salkovskis P.M. 1991; Kosko J, Barlow D.H., Toussinari. R.B., Cerny J., 1990; Mattick R.P., Andrews G., Hadze-Pavlovic D., Christensen H., 1990).

L'approccio presentato in questo studio è cognitivo - comportamentale in quanto è composto, oltre ai classici interventi di ristrutturazione cognitiva, di procedure attive e sul campo, di esercizi e di allenamento; lo sfondo di tale approccio è più esattamente cognitivista "standard", nel significato correntemente utilizzato (Beck A.T., Emery G., 1985). Le applicazioni di tale approccio sono diverse ma, come è possibile dedurre da tale lavoro e da altri simili, è la caratteristica di essere "tailored" cioè tagliati su misura del problema (o del tipo generale di disturbo) a caratterizzarne maggiormente la tipologia; tale lavoro si è focalizzato proprio sul Disturbo da Attacchi di Panico con o senza Agorafobia. Riguardo questo disturbo sia l'approccio cognitivo (soprattutto Beck e collaboratori) e quello cognitivo - comportamentale (Barlow, Emmelkamp, Clark) sono stati da molti anni indicati come trattamenti di prima scelta, ed inoltre hanno coperto la gran parte degli studi sulle procedure efficaci nel settore dei disturbi d'ansia.

Molti autori cognitivisti hanno sviluppato particolarmente il lavoro sulla ristrutturazione degli schemi disfunzionali in diverse modalità; ad esempio: come ricostruzione della storia di vita, come correzione di distorsioni cognitive di contenuto generale, come modificazione di atteggiamenti in seduta (hot cognition), come ridiscussione e ridecisione di piani di scopi a medio e lungo termine, ed altri ancora.

In un senso lievemente diverso altri autori cognitivisti hanno sviluppato il lavoro sui disturbi di ansia acuta come una specie di sintomo tra i tanti di

organizzazioni di personalità specifiche (Sassaroli e Lorenzini, 1995) o tendenzialmente generali (Guidano, 1988; Bara, 1996; Reda, 1986). Il punto di vista del presente lavoro tende più specificamente a definire il disturbo acuto come il risultato di un meccanismo composto da diverse parti e da certi meccanismi cognitivi (Mancini, 96); tali aspetti specifici sono anche il target del trattamento: non si considera il panico come il precipitato di costrutti definiti (ad esempio "forte - attaccato versus debole - autonomo" o "vulnerabile" o anche "malato") ma si studia il meccanismo, composto spesso anche dalla presenza di tali costrutti o schemi, come non specifico di un modo di essere strettamente definito. In questo senso non si è tenuto conto, nel campionamento, della presenza di variabili più strettamente personologiche (il che può sempre essere fatto in futuro). Il disturbo da ansia acuta e panico può manifestarsi in diverse organizzazioni personologiche non per questo i soggetti sono "fobici" come cluster personologico (ad esempio il cluster C del DSM IV). Nel presente studio si è evidenziato tuttavia un andamento nello stile dei pazienti studiati, e tale caratteristica pur senza essere stata riportata tra i dati della ricerca può essere sintetizzata come segue: intolleranza alle difficoltà, minore capacità di tollerare punti di vista diversi (anche nelle discussioni), tendenziale assolutismo e perfezionismo nelle mete personali, stile sportivo ed attivo nella adolescenza. Tali caratteristiche, che non sono ovviamente dei tratti predisponenti né delle stigmate personologiche, devono essere più dettagliatamente studiati ai vari livelli di descrizione della psicopatologia: da tali dati potrebbe derivarne anche una smentita del presente punto di vista.

Stress psicosociale

Il concetto di stress psicosociale si riferisce a quel complesso di stimoli interni ed esterni che per il soggetto sono significativi, quali l'abbandono, la perdita di familiari, i cambiamenti di lavoro etc.

Quando sono vissuti come minaccia, danno origine a meccanismi difensivi e concomitanti fisiologici quali il modificare qualità ed intensità delle emozioni, precipitare in un processo somatico patologico e mettere in moto i meccanismi difensivi dell'Io. Stress ambientali, danno risposte neuromuscolari vegetative e neuromorali.

La risposta dell'organismo allo stress, ha valore di conservazione, ma se viene mantenuta troppo a lungo si avranno risvolti negativi. Chiedere aiuto ad un terapeuta è una risposta psicologica alla malattia.

La persona che è sotto stress, ha una grossa incapacità di descrivere con parole i propri sentimenti. Si pensa che gli stimoli delle pulsioni, non giungano a livello corticale, ma vengono elaborate a livello talamico.

Secondo la scuola psicodinamica francese, il paziente con stress quindi psicosomatico, a causa di un precoce disturbo di una relazione con la madre, non ha sviluppato la capacità di formulare sentimenti, o di sviluppare fantasie, per gratificare pulsioni istintuali, quindi il **sintomo** psicosomatico, è la conseguenza di una mancata capacità di fantasia.

Fantasie che sono l'origine protettiva contro il pericolo che il corpo si ammali.

Autopreoccupazione

Introduzione

Per Ansia da prestazione, si vuole intendere qualsiasi tipo di esame che ci si trova ad affrontare nel corso dei diversi stadi della vita, dal momento in cui ci viene richiesto di: camminare presto, parlare, essere bravi a scuola, imparare le lingue, la matematica, essere il migliore nello sport, il più brillante con gli amici, la mamma migliore, il compagno speciale, nel lavoro le competizioni, le prove etc. La concezione di ansia si rifà all'apprendimento sociale.

Essa mira a spiegare gli effetti prodotti dall'autopreoccupazione sull'attenzione che il soggetto rivolge verso gli indirizzi percettivi, sull'elaborazione delle informazioni e sul comportamento overt (manifesto).

L'ansia è vista dunque come un tipo di autopreoccupazione caratterizzata da dubbi e svalutazioni nei propri confronti, le autopreoccupazioni costituiscono il nucleo che rende possibile lo sviluppo del comportamento disadattivo.

La teoria cognitivista, che si fonda sull'apprendimento sociale, è finalizzata in modo particolare a spiegare i processi cognitivi e l'attività "covert" (nascosto) di soluzione dei problemi che si verificano prima, durante e dopo il comportamento manifesto.

Essi sono probabilmente il prodotto della storia individuale, svolgendo il ruolo di mediatori tra l'esperienza ed il comportamento. Le persone altamente ansiose, hanno la tendenza a rinchiudersi in se stessi durante lo stress valutativo (ansia da prestazione), anche se la direzione assunta dall'attenzione non è sempre costante.

Pertanto l'equilibrio tra le preoccupazioni rivolte verso se stesso e la sensibilità verso gli indizi esterni, quali il comportamento del modello, tende a variare in funzione dell'intensità dello stress valutativo, delle caratteristiche del compito e delle dimensioni interpersonali della situazione nella quale la prestazione ha luogo. (prestazione di ogni genere, es. esami colloqui di lavoro sport abilità particolari ecc.).

Un fattore molto importante come abbiamo accennato sopra è quello delle preoccupazioni e autopreoccupazioni del soggetto; l'individuo preoccupato, infatti, è preso dai suoi pensieri.

Le preoccupazioni possono includere timori molto sofisticati, quali quelli per il futuro dell'umanità, per la carenza di cibo nel mondo ecc., oppure molto banali quali quelli per serpenti o per l'insuccesso scolastico. Oltre ai timori vi è anche la collera contro ingiurie ed insulti percepiti come tali; nelle autopreoccupazioni, l'individuo pensa solo a se stesso; perciò queste possono interferire nel processo di elaborazione delle informazioni in tre diversi punti:

- attenzione prestata agli indizi percettivi;
- codificazione e trasformazione di questi dati;
- scelta delle risposte.

Le preoccupazioni cognitive della persona in collera possono interferire con una realistica percezione degli indizi ambientali, con la loro interpretazione e con la possibilità di assumere decisioni nei loro confronti. Analogamente, la persona presa dalle sue fantasie private può trovarsi impedita nel far funzionare correttamente il processo relativo all'elaborazione delle informazioni in ognuna di queste tre fasi.

Le autopreoccupazioni ansiose poi consistono in una percezione più accentuata

dei propri difetti e delle proprie lacune.

La persona ansiosa teme i pericoli, le minacce e soprattutto la propria incapacità ad affrontarle. La componente delle autopreoccupazioni dipende dalle abilità che una persona possiede nell'affrontare i pericoli e le minacce. Coloro che presentano un livello elevato di **ansia** tendono a prevedere minacce e pericoli e ad essere per questo fortemente preoccupati. Come abbiamo visto quindi l'autopreoccupazione - **ansia** da prestazione, influenza l'elaborazione dei dati.

Ansia da esame

Vari ricercatori hanno concepito l'ansia per l'esame come una tendenza a produrre delle risposte centrate su se stessi; questa interpretazione mette in evidenza due diverse componenti: la prima consiste nella reattività neurovegetativa (sudorazione, accelerazione del battito cardiaco ecc.); la seconda fa riferimento a delle affermazioni che l'individuo rivolge a se stesso mentre sta facendo l'esame, del tipo: "Sono proprio uno stupido!", oppure "Forse non ce la farò" ecc.

E' ragionevole assumere che il fatto di dire queste cose durante l'esame interferisca pesantemente con l'attenzione la quale deve essere invece orientata al compito, indipendentemente dal fatto che esso richieda l'apprendimento oppure il recupero di una risposta a determinate domande. Tali preoccupazioni richiedono l'attenzione, stimolando contemporaneamente attività emozionali.

Wine ha indicato nell'addestramento attentivo un mezzo per ridurre gli effetti negativi dell'ansia per l'esame. Il suo approccio si fonda sulla possibilità di trasmettere ai soggetti delle istruzioni mediante le quali essi imparano a prestare attenzione ai comportamenti rilevanti. Si è notato che soggetti particolarmente ansiosi nei confronti dell'esame venivano sensibilmente aiutati da tale forma di addestramento.

Nelle ricerche più recenti si è partiti dall'individuazione delle differenze per quanto riguarda la direzione data all'attenzione da gruppi caratterizzati da livelli diversi di ansia d'esame per sviluppare metodi in grado di facilitare la protezione della persona ansiosa.

Un filone di ricerche orientate a studiare gli effetti di alcuni tipi di messaggi trasmessi ai soggetti prima della prova, ha fatto rilevare che: fornire istruzioni neutrali o rassicuranti prima della prova facilitava la prestazione dei gruppi più ansiosi, ma si è notato anche che queste stesse condizioni possono produrre effetti negativi nei gruppi a basso livello di ansia per l'esame. Sembra infatti che la rassicurazione, nella quale si mette in luce il fatto che la prova non è così importante, tende a diminuire lo sforzo dei soggetti con un basso livello di ansia.

Un altro filone di ricerca è stato orientato a studiare gli effetti prodotti dal modellamento sulla presentazione.

In un esperimento, che mostra il ruolo formativo con tecniche di modellamento, il nucleo è dato dal ruolo del modello che non veniva però usato per mostrare le risposte volte a migliorare la prestazione degli osservatori. Al contrario, il modello descrive il modo in cui egli reagisce alla situazione di esame e di valutazione. Considerato che la paura della valutazione è un fattore

significativo quando si mettono a confronto gruppi differenti nei confronti dell'ansia per l'esame, nell'esperimento è stata introdotta come variabile indipendente l'attivazione di un orientamento al successo. La situazione di modellamento avveniva prima che venisse fornita ai soggetti l'istruzione. Le condizioni di modellamento erano cinque:

- **Modello ansioso che però supera la situazione d'ansia** - Il modello afferma di avere un livello elevato di ansia ma descrive il modo in cui riesce a superarla (ad esempio concentrandosi sul compito).
- **Modello ansioso incapace di superare l'ansia** - Il modello afferma di avere molta ansia e di non sapere cosa fare per superarla.
- **Modello con un basso livello d'ansia** - Il modello afferma di non essere preoccupato nei confronti dell'esame
- **Modello neutro** - Il modello parla della sua vita all'università (i soggetti sono modelli universitari).
- **Controllo** - Lo sperimentatore procede direttamente ad assegnare il compito.

L'interazione fra paura dell'esame ed istruzioni indica che è evidente la superiorità dei soggetti con un basso livello d'ansia in condizioni non sfidanti, in assenza delle quali i livelli di presentazione dei gruppi, differenti per quanto riguarda l'ansia d'esame sono del tutto equiparabili.

Si riscontra quindi che la media maggiore è stata ottenuta da soggetti che hanno avuto un modello ansioso ma abile. Ciò indica che le persone con un elevato livello di ansia per l'esame sono molto ricettive nei confronti delle informazioni che passano attraverso il modello, il quale si mostra capace di superare tale problema.

Attraverso un'altra ricerca si è potuto constatare che: gli studenti con un basso livello d'ansia tendono ad attribuire la responsabilità a fattori esterni ("E' stato un esame sfortunato"), mentre gli studenti con un elevato livello d'ansia per l'esame attribuiscono a se stessi la colpa dell'insuccesso ("Mi sono confuso"). Dato che l'attribuzione a fattori esterni (per esempio la rabbia diretta nei confronti dell'insegnante) ed a fattori interni (auto-accuse) interferiscono con l'attenzione, la quale deve essere invece orientata verso il compito, è necessario indagare in modo più preciso e sistematico sugli effetti interferenti prodotti da entrambe le situazioni. In base alle ricerche nelle quali si è studiato l'effetto prodotto dal modellamento sull'ansia d'esame, si è pervenuti alla conclusione secondo la quale i soggetti altamente ansiosi hanno la tendenza a rinchiudersi in se stessi durante lo stress valutativo.

Tecniche di intervento

