

Capitolo 5

Il disturbo di panico e l'agorafobia
Andrea Gagnani e Francesco Mancini

Presentazione e inquadramento Diagnostico

Paolo ha seriamente pensato di morire quando, trovandosi alla guida della sua auto, ha improvvisamente sentito un forte dolore al petto, un aumento repentino del ritmo cardiaco e uno strano formicolio agli arti superiori. Convinto di essere stato colpito da infarto, ha chiesto al fratello di prendere il suo posto alla guida e di accompagnarlo subito al pronto soccorso dove, dopo un attento esame, i medici hanno escluso la presenza di cardiopatie.

Da un paio di mesi Carla è molto preoccupata per il proprio equilibrio mentale. Si è sempre considerata una donna razionale e determinata, ma da qualche tempo le capita, saltuariamente e "a ciel sereno", di avvertire un'intensa "fame d'aria" e una sensazione di "testa leggera" e sbandamento, si sente distaccata da sé stessa e teme enormemente che prima o poi perderà il controllo di sé.

Corrado ormai da anni conduce una vita molto ritirata. Dopo un periodo caratterizzato da frequenti attacchi di panico, ora è terrorizzato dall'idea di poterne avere altri. Non prende più mezzi di trasporto pubblici, non usa più l'automobile, evita le code e i luoghi affollati, non viaggia, non attraversa le piazze, i ponti le gallerie e dopo alcuni mesi di aspettativa ha ottenuto di poter svolgere il suo lavoro da casa attraverso l'uso del computer. Si allontana dalla sua abitazione solo in caso di stretta necessità e solo se accompagnato da un familiare.

Cos'hanno in comune Paolo, Carla e Corrado? Tutti e tre hanno sperimentato alcuni dei sintomi tipici dell'attacco di panico.

Un Attacco di Panico viene definito come un periodo preciso di intensa paura o disagio, durante il quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di

10 minuti: palpitazioni, cardiopalmo, 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 sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento; de-realizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da sé stessi); paura di perdere il controllo o di impazzire; paura di morire; parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio); brividi o vampate di calore (APA 2000).

Se però Paolo ha finora avuto un singolo Attacco di Panico, Carla sembra invece aver già sviluppato un vero e proprio Disturbo di Panico, ossia, una condizione caratterizzata da attacchi inaspettati (cioè non associati ad uno stimolo situazionale, si manifestano “a ciel sereno”) e ricorrenti e da una persistente preoccupazione di avere altri attacchi e/o per le implicazioni di tali attacchi che dura da oltre un mese. Alcuni temono che gli attacchi indichino la presenza di una malattia non diagnosticata, pericolosa per la vita (per es., cardiopatia, epilessia, tumore) e nonostante i ripetuti esami medici e la assicurazione possono rimanere impauriti e convinti di avere una malattia pericolosa per la vita. Altri temono che gli Attacchi di Panico indichino che stanno “impazzendo” o perdendo il controllo, o che sono emotivamente deboli (APA 2000).

Corrado, infine, teme situazioni o luoghi dai quali sarebbe difficile allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile aiuto nel caso della comparsa dei sintomi del panico e ha organizzato gran parte della propria esistenza intorno a questa paura evitando le situazioni temute e allontanandosi da casa solo se accompagnato. Il suo problema sembra perciò avere tutte le caratteristiche di un Disturbo di Panico con Agorafobia (APA 2000).

L'agorafobia è sicuramente il disturbo fobico più grave e disabilitante ed è quello per il quale gli adulti si rivolgono più frequentemente per un aiuto psichiatrico e psicoterapeutico. Esistono differenze nel grado di intensità del disturbo: da un lato ci sono persone che soffrono semplicemente di una forma leggera di agorafobia; dall'altro, invece, molte persone soffrono non solo di agorafobia ma anche di attacchi di panico inaspettati e/o di depressione e/o di altri disturbi (APA 2000). Oggi l'agorafobia viene definita come “ansia relativa all'essere 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 di sintomi tipo panico (per esempio la paura di poter avere un improvviso attacco di capogiri o di diarrea)” (APA 2000 p. 396). L'agorafobia normalmente si sviluppa come conseguenza di un disturbo di attacchi di panico di rilevanza clinica o sub-clinica (Ballenger e Fyer 1996) e consiste in evitamenti di tre generi di situazioni caratterizzate da solitudine (intesa come lontananza da luoghi e persone familiari), da costrizione fisica (spazi chiusi quali: ascensori, teatri, cinema, chiese, me-

tropolitana, treno, aereo, nave) e, infine spazi vasti e aperti, come piazze e ponti. I pazienti di fronte alla possibilità di affrontare le situazioni temute provano ansia anticipatoria e se l'evitamento è bloccato allora sperimentano un attacco di panico. L'ansia anticipatoria e il panico sono ridotti dalla presenza di una persona considerata protettiva. Da un punto di vista fenomenico, l'agorafobia spesso si manifesta dopo aver attraversato un periodo di stress intenso come una grave malattia, propria o di un parente, un serio pericolo o disagio, o vissuto la lontananza da casa, la morte di una persona cara, la fine di una storia sentimentale importante, dopo un fidanzamento o un matrimonio, dopo una gravidanza o la nascita di un figlio, dopo una promozione lavorativa, dopo un insuccesso (ad esempio un licenziamento), ecc.

L'età d'esordio del Disturbo di Panico (con o senza agorafobia) ha una distribuzione bimodale: si sviluppa tipicamente tra i 15-19 anni e tra i 25 e 30 anni (Ballenger e Fyer 1996) e ha una prevalenza lifetime che oscilla tra 1,5 e 3,5% nella popolazione generale (Eaton et al. 1991; Kessler et al. 1994). Nonostante le manifestazioni cliniche del disturbo siano simili nei due sessi, esso viene diagnosticato con una frequenza doppia nelle donne (Kessler et al. 1994).

In questo capitolo cercheremo di evidenziare le caratteristiche fondamentali della sindrome Agorafobica e di rispondere alle seguenti questioni: come funziona il meccanismo dell'attacco di panico? perché il panico nell'agorafobico si manifesta preferenzialmente in certe situazioni ed in certe condizioni soggettive? Perché la vicinanza di una persona protettiva o comunque familiare contrasta il panico o lo riduce?

L'ansia e l'ansia patologica

La prima questione da cui vogliamo partire è come funzionano il panico e la forte ansia e come mai, nonostante ripetute esperienze contrarie, la persona continua a mantenere la credenza di essere esposto a una minaccia grave e imminente.

Partiamo dall'elemento costitutivo del panico e dell'agorafobia: l'ansia, ovvero l'emozione che gli esseri umani sperimentano quando credono di essere esposti a una minaccia, più o meno imminente e grave. L'ansia patologica si distingue da quella "normale" nel fatto che il soggetto ha il desiderio e il potere di modificare la sua risposta (di ansia), ma a differenza di ciò che accade nelle normali ansie, non lo fa. Ad esempio i pazienti descritti sopra, hanno a disposizione le informazioni per rassicurarsi e sono capaci di usarle, ovvero sanno per informazioni apprese e per esperienze dirette che è scarsamente probabile che si realizzi la minaccia temuta, ma nonostante ciò non riescono a rassicurarsi. Come mai? La risposta è nelle conseguenze cognitive, comportamentali ed emotive delle emozioni, nel-

lo specifico dell'ansia. Tra le conseguenze cognitive abbiamo l'attenzione selettiva, bias nel controllo delle ipotesi (ovvero nel controllo delle ipotesi sicurezza si cercano controesempi, mentre nel controllo delle ipotesi pericolo si cercano esempi); infine euristiche come quella della disponibilità (se un evento è ben rappresentato aumentano le informazioni coerenti con un'alta probabilità, quindi aumenta la probabilità attribuita dal soggetto all'evento temuto).

Tra le conseguenze comportamentali, abbiamo la ricerca di sicurezza e, in particolare, gli evitamenti. Questi sono la più "classica" tra le spiegazioni del mancato cambiamento: le persone non cambiano idea sulla minaccia perché non esponendosi alle situazioni non possono mai rassicurarsi sul fatto che la minaccia non si realizza.

Tra le conseguenze emotive abbiamo per esempio il *Mood Congruity Effect* (Bower 1981; Teasdale e Russel 1983) ovvero il fenomeno cognitivo per cui i pensieri e le credenze tendono a essere coerenti con l'emozione attivata: se provo ansia, sono accessibili e presenti alla mente esempi e prove del fatto che esiste una minaccia. Tutte queste conseguenze tendono a stabilizzare la risposta di ansia del soggetto, ovvero a ostacolare il cambiamento, inteso come rassicurazione o rassegnazione circa la minaccia.

A questi processi, che spiegano bene la permanenza della risposta d'ansia e i circoli viziosi di auto-alimentazione dell'ansia, si aggiungono il ragionamento emozionale, l'anxiety sensitività e il problema secondario. Questi ultimi processi, che contribuiscono a spiegare il mantenimento e i processi di genesi di un disturbo, sono caratterizzati tutti da aspetti meta-valutativi: l'ansia stessa con tutti i suoi correlati psico-fisici diviene oggetto di valutazioni (a contenuto minaccioso) da parte del soggetto.

- Affect as information: negli individui che tendono a sperimentare ansia in maniera intensa e sistematica (alta ansia di tratto) lo stato affettivo funziona come fonte di informazione autorevole. In queste persone troviamo la presenza (e ricorso) al ragionamento emotivo "se sono in ansia, allora ci deve essere un pericolo" ("*If I feel anxious, then there must be a danger*". Arntz, Rauner e Van den Hout 1995), cioè essi inferiscono la presenza di un pericolo, a partire dal proprio stato affettivo-emozionale negativo, ovvero dall'ansia.

- Anxiety sensitivity: è il termine con il quale si indica il costrutto utilizzato nella letteratura internazionale per descrivere una particolare attitudine cognitiva di alcuni soggetti che si riferisce all'intensa paura delle sensazioni legate all'*arousal* neurovegetativo. Tale caratteristica cognitiva è alquanto diffusa, infatti, vari studi che hanno utilizzato l'*Anxiety Sensitivity Index* (ASI, Reiss, Petreson, Gursky e McNally 1986; Peterson e Reiss 1987) hanno dimostrato che la maggioranza delle persone ha avuto alcune paure dell'ansia (Stewart, Taylor e Baker 1997). Molte persone hanno un lieve o moderato livello di AS (Taylor e Fedoroff 1999) e all'incirca il

16% della popolazione generale, quindi senza disturbi d'ansia, si caratterizza per un'elevata AS (MacDonald, Baker, Stewart e Skinner 2000). Difatti, così come le persone si differenziano rispetto alla predisposizione all'ansia, allo stesso modo gli individui si distinguono relativamente all'intensità del timore che tali sensazioni possono suscitare in loro (Reiss e McNally 1985);

- Problema secondario, ovvero la valutazione che il soggetto dà della propria ansia (valutazione che quasi sempre riguarda scopi di autostima) aumenta l'intensità, la resistenza al cambiamento e gli aspetti paradossali. Esempio: se un soggetto con fobia dei cani, si vergogna della sua ansia/paura perché la legge come segnale di codardia, accadrà che sperimenterà davanti a un cane un'ansia più intensa (doppia minaccia: morso e figuraccia), sarà meno disponibile a farsi assicurare e a cambiare (perché la assicurazione deve riguardare due fronti, spesso in contrasto e perché non è disposto neanche ad avvicinarsi a un cane piccolo per la doppia minaccia) e avrà condotte paradossali come più ansia davanti a un cane piccolo che a un *dobermann* (visto che avere paura davanti a un cane piccolo è ancora più indicativo del fatto che è un codardo e quindi si vergogna di più).

Il panico è generalmente concettualizzato come qualcosa che si differenzia dell'ansia solo in un aspetto quantitativo (ansia molto intensa). In realtà è stata evidenziata anche una differenza di tipo qualitativo (ad es., Bouton, Mineka e Barlow 2001). Una serie di studi recenti hanno esplorato le dimensioni del panico in pazienti clinicamente ansiosi evidenziando in maniera chiara due differenti fattori cognitivi (ad es. Brown, Chorpita e Barlow 1998; Joiner et al. 1999; Mineka, Watson e Clark 1998), e altri studi hanno fornito prove a supporto dell'esistenza di due stati emotivi distinti mediati da differenti circuiti cerebrali (ad es. Charney, Grillon e Bremner 1998; Fanselow 1994; Gray e McNaughton 1996; Langs, Davis e Öhman 2000). I risultati possono essere sintetizzati nel modo seguente:

⇒ L'Ansia è uno stato emotivo anticipatorio di un pericolo futuro, che può essere interno e esterno, e che nei pazienti con Disturbo di Panico (con o senza Agorafobia) ha la funzione di preparare l'individuo per il panico successivo. Essa è caratterizzata da apprensione e preoccupazione accompagnate da tensione e coinvolge l'attività cerebrale dell'amigdala centrale e della sostanza grigia ventrale che media il freezing e *l'analgesia mediata da sostanze oppiacee*.

⇒ Il Panico è uno stato emotivo indirizzato alla gestione di un evento traumatico in atto, caratterizzato da un soggettivo senso di estrema paura o di morte imminente, un intenso arousal autonomico e tendenza comportamentale di fuga o di lotta. Coinvolge la sostanza grigia dorsolaterale e i collicoli superiori che mediano comportamenti difensivi più attivi quali, comportamenti di fuga e di lotta, e *l'analgesia non mediata da so-*

stanze oppiacee.

In sintesi, il soggetto con panico non sente più la minaccia come imminente ma come presente, si sente esattamente dentro la situazione temuta (dentro la minaccia). Il panico, in questo senso, è l'emozione che accompagna la gestione dell'emergenza.

Visto cosa sono dal punto di vista cognitivista l'ansia e il panico e, soprattutto, i processi che tendono ad autoalimentare l'ansia e a prevenire la "naturale" rassicurazione circa la non esistenza della minaccia, nei prossimi paragrafi proveremo a entrare nel dettaglio del disturbo da panico e dell'agorafobia. Riguardo al disturbo di panico sarà presentato soprattutto il modello della terapia cognitiva standard, perché, nonostante alcuni rilevanti limiti concettuali che saranno in parte rilevati, è quello maggiormente condiviso tra i terapeuti di orientamento cognitivista e perché offre una concettualizzazione con molti meriti didattici e clinici.

Il modello cognitivo standard del Panico

Il Modello Cognitivo del Panico di Clark (1986; 1988) condivide molte caratteristiche della teoria generale dell'ansia proposta da Beck e Emery (1985); nasce proprio con lo scopo di spiegare i meccanismi e i fattori cognitivi attraverso cui insorgono, si sviluppano e si mantengono gli attacchi di Panico e il Disturbo di Panico.

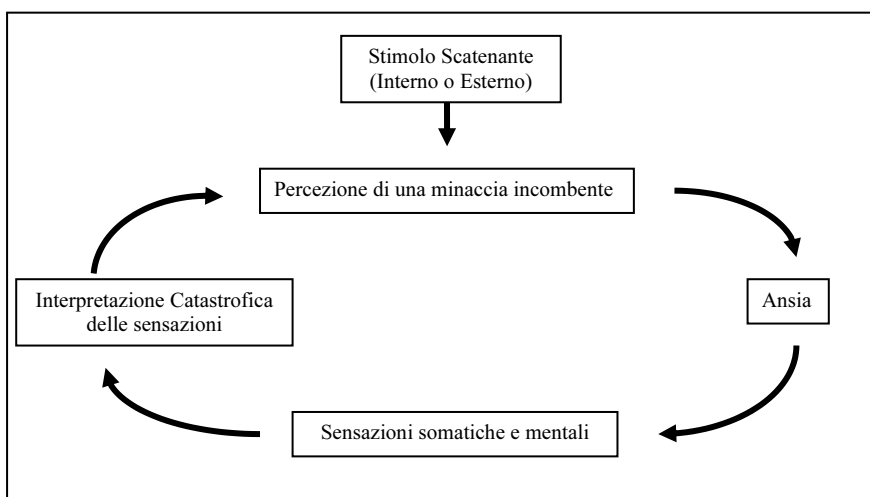
Il modello di Clark propone che una determinata sequenza di eventi in successione circolare conduca all'attacco di panico, difatti è noto come modello del circolo vizioso del panico. Gli attacchi di panico si verificano quando gli individui percepiscono alcune sensazioni corporee e mentali innocue legate all'arousal autonomico come molto pericolose, cioè le interpretano quali segnali di un'imminente e improvvisa catastrofe ("Interpretazioni Catastrofiche" ad es. segno di morte imminente, pazzia o perdita di controllo). Ad esempio il soggetto può avere un attacco di panico se interpreta la confusione mentale (i pensieri confusi di un momento) come il segnale di un *impazzimento* imminente o di perdita di controllo della propria mente e dei propri comportamenti; qualche secondo di tachicardia come il segnale di un infarto imminente; il capogiro come indicatore di un imminente svenimento. Queste interpretazioni catastrofiche possono riguardare non solo le sensazioni dell'ansia, ma anche quelle dovute ad una varietà di cause, come ad esempio, da altre emozioni (la rabbia) o stimoli d'altra natura (ipertiroidismo, caffeina, ipoglicemia, rilassamento, bruschi cambiamenti posturali, stanchezza, ecc.).

Il circolo vizioso che alla fine culmina in un attacco di panico, si sviluppa quando uno stimolo (interno o esterno) viene percepito come minaccia incombente e crea uno stato di forte preoccupazione (ansia); a questo punto il soggetto interpreta in modo catastrofico (quale una cata-

strofe imminente) le sensazioni mentali e somatiche che accompagnano questo stato di ansia; a questo punto la persona convinta di essere in balia di una catastrofe imminente tenderà ad allarmarsi ulteriormente, si acuirà l'intensità delle sensazioni somatiche e mentali temute e così via fino ad innescare un circolo vizioso culminante nell'esplosione vera e propria dell'attacco di panico.

Il modello a circolo vizioso presume che le persone predisposte al disturbo di panico abbiano una elevata anxiety sensitivity (AS), cioè una tendenza ad interpretare in modo catastrofico le sensazioni somatiche e mentali legate all'arousal autonomico. Quindi maggiore sarà il livello di AS, maggiore sarà la probabilità di interpretare in maniera catastrofica le sensazioni legate all'attivazione, e, quindi maggiore sarà la probabilità del panico.

Figura 1. *Modello Cognitivo del Panico Secondo Clark (1986).*



In base a questo modello si desume che il *panicoso* possa entrare nel circolo vizioso in ogni suo punto. Quindi il panico può essere indotto sia partendo dallo stimolo scatenante, sia partendo da alcune sensazioni somatiche e mentali legate all'arousal, sia dal semplice prendere in considerazione pensieri catastrofici relativi a queste sensazioni; sia in seguito a qualsiasi percezione di minaccia imminente (cioè, non solo da una previsione di minaccia di attacco di panico). In questo modo si riescono a spiegare anche gli attacchi di panico inattesi, quando il panico sembra presentarsi spontaneamente poiché le sensazioni innescanti si verificano

improvvisamente. In sostanza, si entra nel circolo vizioso dalle “sensazioni somatiche e mentali” (ad es. la sensazione di irrealtà prodotta dalle luci fosforescenti o stroboscopiche, le palpitazioni indotte dalla caffeina o da uno sforzo lieve; la debolezza prodotta da una ipotensione posturale, ecc.) che grazie ad una elevata Anxiety Sensitivity saranno interpretate catastroficamente, producendo il panico.

Le cognizioni catastrofiche delle sensazioni dell'arousal possono presentarsi in diverse forme e con caratteristiche diverse:

Interpretazioni erronee catastrofiche di alcune sensazioni dell'arousal autonomico quale indice di disturbi gravi (capogiro, quindi tumore celebrale).

Interpretazioni erronee catastrofiche dell'arousal autonomico: ovverosia il soggetto riconosce che la sensazione è prodotta dall'arousal autonomico (o dall'effetto dall'ansia) ma è comunque temuta (ad es. se l'ansia aumenterà ancora non reggerò e diventerò matto).

Interpretazione erronee catastrofiche della avversità e della durata di queste sensazioni (ad es. la sensazione di irrealtà è intollerabile e non finirà mai).

Interpretazioni erronee e catastrofiche basate sulla drammatizzazione e sulla generalizzazione, ad esempio una sensazione di iniziale nausea può essere interpretata come prodromo della perdita di controllo e/o dello svenimento perché il paziente una volta ha avuto una esperienza simile e da allora ritiene di essere sempre sul punto che questo evento temuto possa accadere.

Immagini catastrofiche: in circa un terzo dei pazienti con Disturbo di Panico le cognizioni catastrofiche si presentano sotto forma di *immagini catastrofiche* (Hibbert 1984; Ottaviani e Beck 1987) e sono queste ultime ad indurre il panico. Le immagini catastrofiche possono essere di vario genere come, immaginarsi in ambulanza e condotti al pronto soccorso, immagini di se stesso svenuto, l'immagine di se stesso in preda ad un attacco di cuore, ecc. Secondo Clark (1988) alcune interpretazioni catastrofiche sono così automatiche e rapide da non raggiungere la consapevolezza.

A testimonianza del fatto che il cuore del modello cognitivo del panico sia rappresentato dall'errata interpretazione catastrofica di sensazioni legate arousal, si ritrovano in letteratura vari tentativi di schematizzazione per identificare le associazioni più frequenti tra sensazioni somatiche e mentali benigne e le interpretazioni catastrofiche erronee (Beck 1988, Craske e Barlow 1993 e 1994; Salkovskis e Clark 1991; Taylor 2000). È da notare l'ipotesi della congruenza di Cox (1996), la quale sostiene che si verificherà un attacco di panico solamente quando ci sarà una congruenza tra la sensazione e le credenze dell'individuo: se l'individuo in questione crede che la confusione mentale porterà alla follia, e che le palpitazioni siano innocue, sperimenterà panico solamente se avrà una

sensazione di confusione mentale, ma non se avrà le palpitazioni. È evidente però che queste congruenze possono variare (alcune potrebbero modificarsi altre generarsi) in seguito ad eventi vari, rassicurazioni mediche, informazioni apprese, scoperte effettuate, e processi di generalizzazione che si instaurano a patologia conclamata.

Secondo Salkovskis (1991; Salkovskis et al. 1996; Salkovskis et al. 1999) nei soggetti che sviluppano un Disturbo di Panico (con o senza agorafobia), una volta che l'attacco di panico è avvenuto intervengono una serie di fattori che contribuiscono a mantenere e cronicizzare tale situazione. In particolare secondo Salkovskis le credenze catastrofiche relative alle sensazioni dell'arousal si mantengono e si rinforzano a causa della messa in atto da parte dei pazienti di una serie di comportamenti protettivi finalizzati ad evitare gli esiti temuti (morte, impazzimento e perdita di controllo), ma che come effetto prevengono la disconferma delle erronee credenze catastrofiche. I comportamenti protettivi sono di tre tipi (Salkovskis et al. 1996):

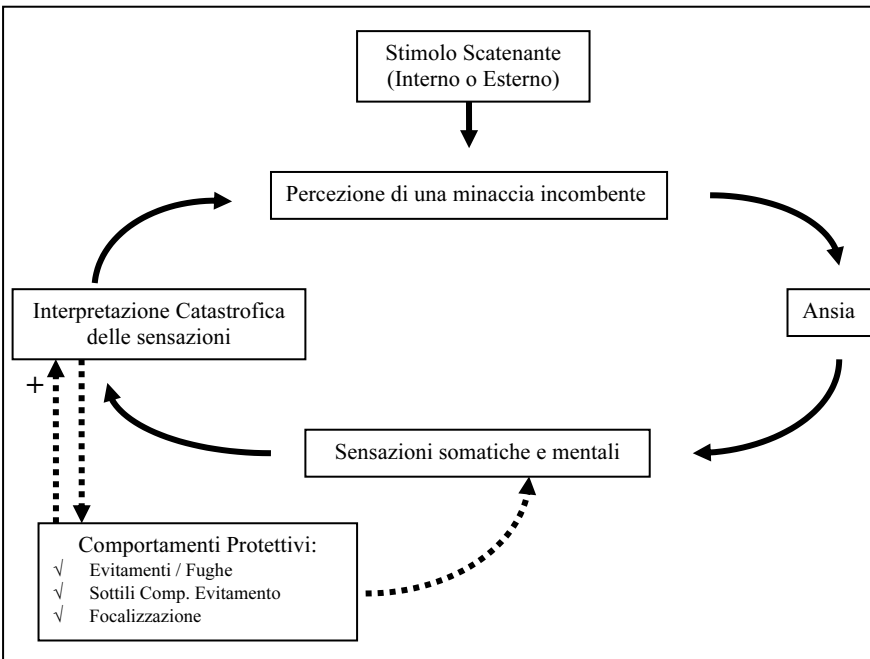
- Evitamento: il paziente evita alcune situazioni che ritiene essere favorevoli al panico (ad. es., evitamento della metropolitana, del supermercato, di rimanere da solo, ecc.);
- Fuga: il paziente scappa da una situazione/luogo appena si presenta il panico o alcune sensazioni fisiche o mentali che sono considerate l'inizio dell'attacco di panico per prevenire la catastrofe temuta (ad es. fuggire dalla discoteca nel momento in cui si sperimenta un senso di irrealtà che si ritiene porterà alla follia e al panico);
- Comportamenti di prevenzione della minaccia: sono una serie di comportamenti che vengono messi in atto durante il circolo del panico al fine di prevenire la catastrofe temuta. Questi sono di molte tipologie, taluni servono per gestire allarmi in atto, altri per prevenire l'insorgenza dell'ansia anticipatoria; ad esempio:
 - un paziente teme che il capogiro sia un segno di un imminente svenimento/collasso, allora cerca di sedersi o di appoggiarsi ad un sostegno o a camminare rasente un muro, per evitare di *collassare* per terra.
 - Distrazione (evitamento sottile): un paziente teme di avere un attacco di panico in macchina perché è tutto bloccato e non può fare inversione, allora decide di mettersi a leggere il libro che ha sul sedile accanto per distrarsi. Un altro paziente, deve fare un viaggio in pullman e teme di poter avere un attacco di panico durante il viaggio, decide di portarsi iPod e di ascoltare sempre una musica piacevole per distrarsi e non pensare al viaggio, oppure potrebbe stare tutto il tempo al cellulare, sempre per distrarsi.

Wells (1997) ha introdotto un'altra classe di fattori di mantenimento, ovvero l'Attenzione Selettiva riguardo le sensazioni temute e i loro prodromi. Prestare speciale attenzione e monitorarsi continuamente riguardo certe sensazioni temute può, secondo Wells, produrre un abbassamento

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

In conclusione, i comportamenti protettivi contribuiscono a mantenere il disturbo di panico in due modi: primo, come sopra riportato, impedendo la possibilità della disconferma delle interpretazioni catastrofiche, inducendo il paziente a ritenere erroneamente che il mancato avverarsi della conseguenza temuta sia da attribuire all'utilizzo di tali strategie difensive; secondo, la messa in atto di alcuni comportamenti protettivi può causare un effetto boomerang, cioè si possono peggiorare i sintomi fisici e mentali da cui ci si voleva *difendere*, e di conseguenza rendere più facile e probabile l'attacco di panico (ad es., se un paziente ritiene che la sensazione di dispnea sia un segno di reale soffocamento, cercherà di respirare profondamente e di controllare il respiro per prevenire tale catastrofe, in questo modo arriverà presto alla iperventilazione che a sua volta aumenterà la sensazione di soffocamento, insieme a produrre capogiri, sudorazione e sintomi dissociativi etc, il che renderà più facile l'attacco di panico). Nella Figura 2, viene presentato il modello del panico con il ciclo dei fattori di mantenimento/aggravamento.

Figura 2. *Modello Cognitivo del Panico Secondo Clark (1986) con meccanismi di mantenimento (Salkovskis 1996; 1999; Wells 1997).*



L'Agorafobia, con o senza panico

Nel soggetto con Panico l'attenzione è sulle sensazioni fisiche e mentali attivate dall'ansia e il focus della sua paura riguarda la possibilità di figuraccia o di morte o di impazzimento. Secondo la teoria cognitiva standard, nell'agorafobia l'attenzione è focalizzata sulla presenza o assenza di condizioni di sicurezza rispetto alla comparsa dell'ansia: l'agorafobico è preoccupato di evitare e controllare le situazioni in cui potrebbe non aver accesso ad aiuto o protezione in caso di panico o, comunque, di un qualche disagio. In questa accezione l'agorafobia sarebbe semplicemente una sottoclasse di comportamenti protettivi che contribuiscono al mantenimento del Disturbo di Panico. In realtà esistono una serie di fatti che evidenziano che l'agorafobia è un quadro clinico unitario e specifico.

Partiamo dall'osservazione che esistono tre tipi di situazioni, la solitudine, la costrizione e gli spazi aperti e vasti, che sono in grado di innescare un attacco di panico praticamente in tutti i pazienti agorafobici (e, per definizione solo in loro) e che la vicinanza con figure familiari ha un potere rassicurante, spesso addirittura risolutorio, praticamente in tutti i pazienti con agorafobia.

Per identificare la struttura cognitiva che rende ragione di questa specificità e unitarietà abbiamo ritenuto opportuno analizzare la catastrofe temuta dagli agorafobici. In tutti i pazienti con Agorafobia si ritrovano timori di morte e/o impazzimento; ma dietro i timori di morte ed impazzimento che riferiscono i pazienti si intravede una catastrofe specifica e caratterizzante la sindrome agorafobica: la perdita del controllo percepita come dissolvimento del senso di sé, perdita della coscienza di sé e della percezione di sé come agente (Gagnani e Mancini 2004; 2005).

Si pensi all'impazzimento e ai diversi modi in cui questo evento può essere rappresentato. Qualcuno lo immagina come una sorta di distorsione delirante, ma lucida, del rapporto con la realtà o con gli altri. Qualcun altro, ad esempio un depresso, come enorme sofferenza. Un ossessivo potrebbe rappresentarselo come l'espressione di intenzioni antisociali e perverse. L'agorafobico, invece, tenderà a rappresentarselo come una trasformazione in una sorta di zombi, intesa proprio come perdita della coscienza di sé e dell'agentività.

Anche il timore della morte nell'agorafobico si focalizza sul dissolvimento di sé, e non sulla sofferenza o sul degrado fisico, peculiare invece agli ipocondriaci che temono malattie lunghe e debilitanti. La meccanica della morte immaginata e temuta è prevalentemente legata a malattie che possono interrompere in modo brusco ed improvviso lo stato di coscienza e la presenza a se stessi; spesso agiscono direttamente sul cervello, come ad esempio ictus, infarti, tumori cerebrali. Una esemplificazione è data da Mara, paziente con disturbo di panico ed agorafobia che temeva di avere un ictus: Mara rimase assolutamente serena quando le fu diagnosticato

un adenocarcinoma mammario già metastatico! Nell'agorafobico la morte temuta proviene dall'interno e non dall'esterno. È esemplificativo al riguardo il caso di un agente di scorta all'epoca del terrorismo che, nonostante l'alto rischio di conflitti a fuoco o di incidenti stradali cui era esposto, manifestava stati di panico solo ed esclusivamente associati al timore di morire di infarto.

La qualità specifica della catastrofe immaginata dall'agorafobico, che ripetiamo coincide con il dissolvimento del senso di sé, perdita della coscienza di sé e della percezione di sé come agente, rende ragione anche del perché siano temute proprio quelle situazioni di solitudine, costrizione e spazi aperti. Queste situazioni sembrerebbero evocare nei pazienti delle sensazioni descrivibili in termini di "evanescenza, incoerenza, inconsistenza, sentirsi persi e disorientati" che, nel complesso, abbiamo definito "indebolimento del senso di sé" (Gragnani e Mancini 2004; 2005). Tale condizione di indebolimento del senso di sé viene percepita dall'agorafobico come una vera e propria disgregazione del senso di sé. Ora cercheremo di analizzare le tre situazioni temute.

Secondo il modello di Clark (1986), la solitudine è temuta dagli agorafobici perché il soggetto teme di potersi trovare in condizioni di assenza di aiuto e protezione in caso di attacco di panico. Tale spiegazione tende a cogliere solo una classe di esemplificazioni cliniche; è sicuramente vero in certi casi, ma non rende ragione di altri fenomeni clinici rilevanti. Difatti dai report dei pazienti emerge che essi tendono a preferire la familiarità, sia di persone che di luoghi, alla protettività. Alcuni esempi; non è infrequente riscontrare in pazienti agorafobici che temono l'infarto preferire la vicinanza del partner piuttosto che quella di un cardiologo sconosciuto o di un freddo ospedale. È evidente che in base alla teoria di Clark dovrebbe essere il contrario. Un altro esempio è che spesso questi pazienti messi di fronte ad una alternativa secca del tipo, restare a casa propria da soli o andare lontano da casa in un posto non ben conosciuto con una figura francamente protettiva, scelgono di restare da soli in casa e quindi, come sostiene Clark, soli e indifesi in caso di attacco di panico. In ultimo, spesso, viene preferita la vicinanza del proprio bambino piccolo (anche di soli 3-4 anni) alla presenza di un adulto non ben conosciuto, ma sicuramente più in grado di fornire aiuto in caso di bisogno. In sostanza per gli agorafobici la familiarità ha un potente effetto rassicurante anche quando è disgiunta dalla protettività e a volte maggiore di quello della protettività stessa. Riteniamo che la solitudine entra in gioco, riducendo il senso di sé, per l'assenza di figure dalle quali il paziente sa di essere conosciuto e con le quali si identifica, e solo secondariamente per assenza di protezione. In questa prospettiva si spiega anche l'effetto rassicurante dell'accompagnatore che sembrerebbe essere legato ad una sensazione di familiarità, piuttosto che di protettività. L'accompagnatore avrebbe la funzione di incrementare il senso di sé attraverso la consapevo-

lezza di una relazione in cui ci si riconosce reciprocamente.

Passiamo ora alla seconda situazione, la costrizione. La costrizione secondo Clark è ansiogena perché viene valutata dall'agorafobico come ostacolo alla fuga in caso di pericolo. Se questo fosse il solo motivo di speciale avversione per le costrizioni noi dovremmo ritrovare il timore delle costrizioni solamente nel caso delle situazioni fisicamente costringitive. Mentre dai racconti dei pazienti emerge che sono vissute come costringitive non solo le situazioni fisicamente tali ma anche i casi in cui la costrizione è la risultante di valutazioni soggettive o di conflitto tra scopi, come nel seguente caso. Un paziente sentiva come costringitiva l'urgenza di dover scrivere un articolo fino a tarda notte temendo le conseguenze negative di un rinvio, perché avrebbe preferito trascorrere una serata spensierata con gli amici. Per lui questa era una limitazione della sua libertà di agire. È evidente la mancanza di una costrizione fisica, infatti il soggetto potrebbe alzarsi in qualsiasi momento e quindi non starebbe in una condizione di ostacolo alla fuga in caso di pericolo. Nonostante ciò questa è una situazione temuta ed evitata. Inoltre, sono considerate costringitive e soffocanti, anche se fisicamente non tali, le relazioni lavorative e affettive in cui il potere si ritiene essere in mano ad altri e quindi viene limitata la propria libertà di agire secondo coscienza. In ultimo, esistono una serie di casi di costrizione che a prima vista potrebbero rientrare nelle situazioni con costrizione fisica chiara e quindi essere utilizzate come prove a favore della spiegazione in termini di ostacolo alla fuga in caso di pericolo, ma che ad una analisi più accurata risultano avere spiegazioni alternative. Ne è un esempio, l'intolleranza per il viaggio in aereo che è spesso legata all'idea di essere "nelle mani di un'altra persona", il pilota. In sintesi, le situazioni costringitive diminuiscono la possibilità di esercitare la propria volontà, ovvero di esercitare la propria agentività, e solo secondariamente diminuiscono le possibilità di fuga dal pericolo.

Riguardo agli spazi aperti il modello di Clark non spiega perché per gli agorafobici queste situazioni siano così aversive, perché le sensazioni così invasive e perché se ne preoccupino così tanto. Mentre è evidente che l'agorafobico per definizione tende a preoccuparsi maggiormente e ad investire maggiormente nell'evitamento degli spazi aperti, tipo le piazze, piuttosto che nell'evitamento di altre situazioni. In base a quanto riferiscono i pazienti, gli spazi aperti sembrano implicare la sensazione di mancanza di punti di riferimento percettivi, di vuoto e di disorientamento.

L'ipotesi che andiamo sostenendo ci consente inoltre di spiegare alcuni rilevanti fenomeni clinici, ad esempio che il livello di motivazione percepita influisce sull'ansia. Quando il paziente agorafobico ha uno scopo ben chiaro e definito da perseguire (ad esempio, accompagnare il proprio bambino in ospedale) affronta con maggiore coraggio o almeno con meno paura una situazione ansiogena. Mentre uno stato di demotivazio-

ne facilita la comparsa di sensazioni di inconsistenza, e queste incidono sul senso di sé e quindi sull'ansia. In sostanza, il livello di motivazione percepita dal paziente incide sul senso di sé e di conseguenza sulla disposizione all'ansia e al panico.

Normalmente le persone attribuiscono a questi sintomi transitori di indebolimento del senso di sé una spiegazione situazionale (ad es. stanchezza, stress, paura di una specifica situazione) e ritengono che dopo pochi minuti o alla variazione di tali circostanze questi sintomi scompariranno (Gragnani et al. 2004). Considerano quindi la condizione di indebolimento del senso di sé come breve e transitoria e non intrinsecamente minacciosa. In taluni casi la condizione di indebolimento del senso di sé viene considerata addirittura desiderabile. È il caso, ad esempio, di chi fa uso di sostanze che mantengono per un periodo più ampio la condizione di inconsistenza, senza che ciò comporti l'insorgenza di un attacco di panico o che generi alcun timore (Gragnani et al. 2004). Gli agorafobici invece temono la condizione di indebolimento del senso di sé poiché sentono di aver raggiunto una sorta di "punto di non ritorno".

Per l'agorafobico il ritenersi in procinto di perdere completamente, definitivamente e in modo irrecuperabile il senso di sé e valutare ciò gravissimo ha evidentemente delle conseguenze emotive ma anche delle altre conseguenze che implicano:

- il fatto che altre sensazioni e situazioni, non strettamente legate all'indebolimento del senso di sé, siano temute e dunque evitate dal paziente. Ciò può avvenire o per un semplice meccanismo associativo (ad.es. Barlow 1997; Bouton, Mineka e Barlow 2001), oppure a seguito del modo specifico con cui il paziente ritiene di poter perdere il controllo, ad esempio se fosse per infarto allora il nostro paziente inizierà a temere sensazioni (ad es. tachicardia) e situazioni (ad es. esercizi fisici prolungati) che a suo avviso possono causare l'infarto;
- un sistematico stato di allerta: attenzione, immaginazione, memoria e memorizzazione selettiva per sensazioni ed informazioni attinenti la possibilità di perdere il controllo, dunque una maggiore disponibilità di informazioni di pericolo. Inoltre l'ansia anticipatoria che, come è noto, facilita il panico;
- un orientamento prudenziale nel controllo delle ipotesi di sicurezza e pericolo, dunque una maggiore resistenza delle credenze di pericolo anche se debolmente giustificate, una maggiore credibilità delle credenze di pericolo e un aumento della dannosità attribuita alle sensazioni temute;
- evitamenti e fughe che potrebbero prevenire esperienze disconfermanti.

A tutto ciò consegue una maggiore probabilità di innesco del panico e uno stile di vita centrato sulla prevenzione della perdita del controllo, o almeno da esso largamente condizionato.

La riduzione degli investimenti e la percezione di sé come persona debole, malata e bisognosa di protezione si traduce facilmente in uno stato depressivo secondario, da qui possono conseguire ulteriori meccanismi peggiorativi:

- la depressione si accompagna ad un generale senso di inutilità e dunque a demotivazione, che a sua volta facilita la comparsa di sensazioni di inconsistenza;
- lo stato affettivo negativo influenza gli standard di valutazione delle proprie performances dando luogo a giudizi più severi;
- l'esposizione a stimoli fobici diventa più aversiva perché capace di dimostrare o causare ulteriore debolezza e bisogno di protezione;
- l'impegno esasperato a prevenire il panico si traduce anche in una riduzione delle capacità meta-cognitive, vale a dire della capacità di distanziamento (*distancing*) dagli schemi cognitivi patogeni. Quindi, più si resta focalizzati sulle proprie rappresentazioni minacciose, meno si è in grado di rifletterci secondo una prospettiva critica, articolata ed accettante.

In Sintesi, la nostra ipotesi esplicativa della agorafobia prevede la presenza di una specifica classe di sensazioni temute, cioè quelle legate all'indebolimento del senso di sé, e una peculiare valutazione catastrofica delle stesse. Essa si rivela apparentemente nella forma dei timori di morte e impazzimento, ma cela, in realtà, il timore di perdere il controllo rappresentato come dissolvimento del senso di sé, perdita della coscienza di sé e della percezione di sé come agente. Tale prospettiva supera di fatto i limiti esplicativi del modello di Clark, rendendo ragione di una serie di aspetti cruciali e caratterizzanti la sindrome agorafobica come il timore della solitudine, della costrizione e degli spazi aperti, l'importanza della familiarità rispetto alla protettività e il ruolo del livello di motivazione percepita.

Il trattamento: razionale, fasi e tecniche

Assunto che il panico e l'agorafobia siano frutto di credenze, ne consegue che il trattamento sia centrato da un lato sulla interruzione di tutti i comportamenti e processi che contribuiscono ad alimentare il disturbo e prevengono l'invalidazione delle credenze patogene (in particolare evitamenti e comportamenti di protettivi), dall'altro sulla modificazione delle credenze che contribuiscono all'ansia e al panico.

Nella figura 3 sono riportate le fasi tipiche della terapia. In questa sede non entreremo nello specifico delle diverse fasi, ma vedremo brevemente quali sono gli aspetti centrali del trattamento.

-
1. Assessment
 2. Costruzione relazione terapeutica:
 - ⇒ Condivisione
 - ⇒ Psicoeducazione
 - ⇒ Motivazione
 3. Modificazione delle credenze patogene
 - ⇒ Ristrutturazione cognitiva
 - ⇒ Accettazione dell'ansia e del rischio di panico
 - ⇒ Esposizione Enterocettiva e in vivo
 4. La prevenzione delle ricadute
 - ⇒ La ricostruzione della storia personale
 - ⇒ Incrementare il senso di sé
-

Figura 3. *Le fasi della terapia*

Riguardo l'assessment, è qui importante sottolineare solo il fatto che è necessario fare una indagine specifica su tutti i comportamenti di evitamento e di sicurezza messi in atto dal soggetto per fronteggiare l'ansia e il panico. È generalmente consigliabile dare al paziente il compito di compilare una sorta di diario per almeno 10 giorni di tutti gli episodi di panico o di ansia significativa o di timore specifico che l'ansia si presenti, con relativi evitamenti e provvedimenti adottati.

Una volta ricostruito il funzionamento del disturbo di panico e/o dell'agorafobia e individuati i circoli viziosi e i processi di mantenimento, può essere opportuno dare al paziente informazioni relative a come il panico funziona e all'effetto controproducente di alcuni provvedimenti adottati. L'esempio forse più caratteristico è quello dell'iperventilazione: numerosi soggetti reagiscono all'ansia concentrandosi sulla respirazione; l'ipotesi è che una respirazione più profonda sia un modo efficace per fronteggiare e ridurre l'ansia. In realtà spesso l'effetto è quello dell'iperventilazione, ovvero una respirazione con una frequenza o profondità eccessive rispetto alle esigenze dell'organismo che produce uno squilibrio nel rapporto tra ossigeno e anidride carbonica, i cui sintomi sono, tra gli altri, stordimento, sensazione di testa leggera, sensazione di irrealità, confusione mentale, formicolio al volto o agli arti, tachicardia, sensazione di mancanza d'aria. Si tratta di sintomi sovrapponibili a quelli dell'ansia e del panico che, dunque, si prestano a interpretazioni catastrofiche che alimentano il circolo vizioso. Dare al paziente informazioni sugli effetti controproducenti dell'iperventilazione può, dunque, aiutare a bloccare il circolo vizioso. Similmente può essere utile fornire informazioni sulla non pericolosità dell'ansia o di sensazioni associate (ad esem-

pio la tachicardia) e del ruolo negativo dei comportamenti protettivi.

Fornire informazioni sul disturbo e sul rationale del trattamento che verrà applicato contribuisce ad aumentare o rafforzare la motivazione del paziente al trattamento e, dunque, la collaborazione specifica alle fasi successive della terapia.

La fase centrale del trattamento riguarda la modificazione delle credenze patogene, che avviene attraverso tre classi di tecniche: la ristrutturazione cognitiva, tecniche tese all'accettazione dell'ansia e del rischio di panico e tecniche di Esposizione Enterocettiva e agli stimoli ansiogeni esterni.

La ristrutturazione cognitiva delle credenze che regolano l'ansia e il panico è una procedura che deriva dal lavoro di Beck sul rapporto tra errata elaborazione delle informazioni e ansia (Beck e Emery 1985). Il cambiamento terapeutico consiste nell'identificare gli errori cognitivi (pensieri, credenze, assunti), e nel sottoporli ad un rigoroso esame di realtà. Il primo passo consiste nell'aiutare il paziente a capire come certe cognizioni accentuino o provochino l'attacco di panico: si esaminano retrospettivamente i pensieri, le credenze, gli assunti elicitati durante un tipico attacco di panico o un episodio d'ansia del paziente. È utile iniziare questa disamina da una descrizione dettagliata del primo episodio e dell'episodio più recente di attacco di panico. Il terapeuta, attraverso una serie di domande, cerca di definire la sequenza dell'attacco in quel particolare paziente, e di far emergere i pensieri catastrofici irrealistici (Sanderson e Rego 2001). È in tal senso utile l'auto-monitoraggio dei pensieri durante l'attacco di panico, perché aiuta il paziente a comprendere il ruolo che giocano gli aspetti cognitivi. Una volta che il paziente è divenuto consapevole dell'importanza dei suoi pensieri nello sviluppo e mantenimento del disturbo, il terapeuta può mettere in discussione la validità di quei pensieri. La fase finale della ristrutturazione cognitiva consiste nel decatastrofizzare le minacce percepite, per esempio attraverso domande di questo tipo: cosa succederebbe se la tua paura più grande diventasse realtà? sarebbe davvero così terribile?

Vengono poi usate procedure per ridurre l'ansia e, dunque, la minacciosità dell'evento temuto, come la tecnica della torta o la tecnica della probabilità cumulata (Van Oppen e Arntz 1994; Wells 1997). Si tratta di procedure che riducono l'ansia agendo sulla probabilità percepita che la minaccia temuta si realizzi; semplificando: se temo che prendendo l'autobus io possa morire di infarto, ma vedo questo come un evento che può accadere solo se si realizza una sequenza di altri eventi necessari (ad esempio: affinché io muoia di infarto è necessario che io mi senta male, nessuno intervenga, nessuno chiami il medico, non mi riprenda da sola, il malessere abbia a che fare con il cuore e così via), il timore e l'ansia connessa si riducono notevolmente.

La ristrutturazione può avvenire anche attraverso una serie di proce-

ture e tecniche che facilitano l'invalidazione delle credenze patogene. Tra queste procedure abbiamo gli esperimenti comportamentali, che consistono in esercizi tesi a far sperimentare al paziente la disfunzionalità o la falsità di alcune sue credenze; ad esempio a Mauro, che credeva che la tachicardia provoca sempre svenimento, salvo che non ci si sieda e ci si concentri sul respiro, il terapeuta ha dato il compito di fare le scale (fino alla tachicardia), chiedendogli poi di stare in piedi e passeggiare nello studio rispondendo alle domande del terapeuta. In altri termini il terapeuta gli ha impedito di mettere in atto i comportamenti abituali, facendogli sperimentare che anche senza di essi la sua previsione catastrofica non si realizzava.

Al fine di modificare le convinzioni alla base del disturbo vengono poi usate tecniche di esposizione, che consistono nell'esposizione del paziente allo stimolo ansiogeno per un tempo più lungo rispetto a quello normalmente tollerato, con anche l'istruzione di non mettere in atto comportamenti tesi a prevenire la minaccia temuta. Nel caso di Panico e Agorafobia le forme di esposizione più usate sono: l'esposizione graduale in vivo alle situazioni o stimoli ansiogeni e l'esposizione enterocettiva.

La prima ha lo scopo di esporre il paziente alle situazioni che ritiene essere foriere di panico o di forte ansia, senza prendere i provvedimenti abituali ma solo mantenendo alla mente l'interpretazione alternativa. La procedura consiste nella costruzione di una gerarchia delle situazioni temute dal paziente e, dopo, nella esposizione alle situazioni passando dalla meno ansiogena fino alla più ansiogena. Un esempio di gerarchia di situazioni ansiogene è nella tabella 1.

Tabella 1. *Esempio di una gerarchia di stimoli*

Situazione	Ansia
Prendere un treno eurostar	100
Prendere la metro a Fermi (luogo primo attacco di panico)	90
Prendere la metropolitana da sola	80
Prendere la metropolitana con il terapeuta	70
Andare a fare un biglietto in metropolitana (senza prendere il treno)	55
Prendere un autobus con la terapeuta	40
Fare il giro del palazzo da sola e senza cellulare	30
Allontanarsi circa 200 metri dallo studio sola e senza cellulare	20
Allontanarsi circa 200 metri dallo studio da sola	10

Per Esposizione Enterocettiva si intende l'esposizione alle sensazioni

fisiche e mentali collegate al panico. Lo scopo è duplice: far imparare a tollerare le sensazioni che inducono il panico senza prendere i provvedimenti abituali ma solo mantenendo alla mente l'interpretazione alternativa; e, mediante l'elicitazione di tali sensazioni attraverso dei normali esercizi fisici, fare sperimentare al paziente la loro origine, la loro mancanza di pericolosità (innocuità) e la loro transitorietà. Come per l'esposizione a stimoli esterni, il primo passo è la costruzione di una gerarchia delle sensazioni interne temute dal paziente (ad es. vertigini o tachicardia). Questa tecnica prevede quattro fasi: la scelta e definizione degli esercizi utili a suscitare le sensazioni del panico (con il terapeuta); la messa in atto degli esercizi in seduta; la continuazione (circa 2 volte al giorno) degli esercizi provati in seduta come compito a casa; la messa in atto degli esercizi di esposizione enterocettiva in contesti naturali. In tabella 2 sono riportati alcuni esempi di esercizi di esposizione enterocettiva.

Tabella 2. *Esercizi di Esposizione Enterocettiva* (da Taylor 2000)

Esempi di Esercizi	Esempi di credenze catastrofiche testate
Scuotere la testa rapidamente da una parte all'altra, o ruotare la testa in cerchio (30sec)	Avere le vertigini/giramento di testa significa essere pazzi
Mettere la testa tra le ginocchia per 30sec e poi alzare velocemente la testa fino a riportarla nella posizione normale	Quando sento la testa leggera/un capogiro significa che sta per venirmi un "colpo"
Girare stando in piedi con le braccia allargate verso l'esterno (1min)	Vomiterò non appena avrò la nausea
Trattenere il fiato (30s)	Un dolore al petto indica un attacco di cuore imminente
Iperventilare (1min)	Quando mi sentirò instabile sulle gambe significa che avrò un collasso
Respirare attraverso una cannuccia tappandosi il naso (2min)	La sensazione di soffocamento è pericolosa
Guardare di continuo una luce fluorescente fissata al soffitto (1min)	Se intorno a me inizio a vedere strano significa che sto per diventare matto
Fissare di continuo un riflesso nello specchio (2min)	Se provo la sensazione di vuoto potrei perdere per sempre il contatto con la realtà
Fissare di continuo un punto sul muro o la propria mano (3min)	Provare sensazioni irreali significa che mi sta venendo un colpo

Fissare la griglia del Visual Wilkin (fig. 4.1) (3min)	Guardare fisso un'illusione ottica o altre immagini instabili potrebbe portarmi alla pazzia
Tendere tutti i muscoli del corpo stando seduti su una sedia (1min)	Le persone rideranno di me se io comincerò a tremare
Correre sul posto o salire le scale (1min)	Avrò un attacco di cuore se il mio cuore inizierà a battere velocemente
Restare dinanzi ad un radiatore che emette aria calda verso il viso (5min)	Le persone mi ridicolizzeranno se vedranno che sto arrossendo
Spingere la lingua indietro verso la gola (30sec)	Se mi vengono i conati di vomito, vomiterò senza riuscire a controllarmi
Bere un caffè caldo (2-3 tazze)	Potrei diventare pazzo se mi sento nervoso
Per indurre la sensazione di soffocamento, chiedere al paziente di deglutire e successivamente stringere la gola a metà della deglutizione per 5-10sec	Se sento la mia gola chiusa significa che sto per morire soffocato
Per indurre il dolore al torace, chiedere al paziente di intrecciare le proprie dita e metterle dietro la testa mentre qualcuno porta i gomiti all'indietro. Il paziente quindi fa un respiro profondo e prova a gonfiare il torace al ritmo di un respiro al secondo per un minuto.	Il dolore al torace annuncia un imminente attacco di cuore

In ultimo, le procedure di accettazione consistono in interventi tesi da un lato a far sperimentare al paziente l'inutilità e la disfunzionalità di tutti i tentativi di sottrarsi all'ansia (quindi alla minaccia e alle situazioni e sensazioni temute), dall'altro a evidenziare l'impossibilità di sottrarsi in toto all'ansia. Lo scopo è che il pazienti fronteggi l'ansia e le situazioni elicitarie, con un atteggiamento descritto da un nostro paziente in questi termini: "Quando sento che l'ansia inizia mi dico: è sgradevole, ma sottrarmi è non solo impossibile ma anche molto controproducente; mi conviene mettermi l'anima in pace ed aspettare che passi; tanto so che se non faccio niente in pochi minuti inizia a ridursi".

In realtà tutto il trattamento è più efficace, anche in termini di ricadute, se tutti gli interventi vanno nella direzione dell'accettazione: gli esperimenti comportamentali, la discussione delle credenze, le tecniche di stima delle probabilità e così via, sono più utili se visti *non* come mezzi per dimostrare l'infondatezza e l'irrazionalità delle convinzioni del pa-

ziente, *ma piuttosto* come occasioni per provare ad “abbassare un po’ la guardia”, ovvero per aiutare il paziente a realizzare che il problema non sta tanto nella maggiore o minore verosimiglianza dei suoi timori, quanto nella iperfocalizzazione su di essi (con conseguente iperinvestimento degli scopi di protezione e aumento dei tentativi di soluzione infruttuosi e paradossali) e che le sue ipotesi minacciose sono rappresentazioni legittime (frutto di esperienze di vita altrettanto legittime) della realtà, ma che forse ne sono possibili altre e che, infine, le ipotesi peggiori possono essere viste e “trattate” come scenari sgraditi e negativi, piuttosto che come catastrofi da evitare ad ogni costo.

L'enfasi sull'accettazione, piuttosto che sulla falsificazione e disconferma delle credenze, non si ritrova nel cognitivismo standard, ma riteniamo che sia un aspetto centrale per evitare che la terapia si giochi sulla distinzione tra timori realistici e timori infondati, oltre che per aumentarne l'efficacia.

L'ultima fase della terapia consiste, come per tutti i disturbi, nella prevenzione delle ricadute. Non sono previsti interventi specifici, oltre a quelli di analisi delle possibili situazioni di rischio e di analisi delle possibili strategie di fronteggiamento delle ricadute. In generale è importante valutare se e quali aspetti della storia e della personalità del paziente possano predisporlo a ricadute e quali aspetti debbano essere modificati per aumentare la capacità di affrontare eventuali situazioni critiche senza ulteriori scompensi psicologici.

Concludiamo valutando brevemente l'efficacia del trattamento cognitivo per il disturbo da panico e per l'agorafobia con o senza panico.

La combinazione di tecniche cognitive e di esposizione (il Trattamento Cognitivo-Comportamentale, TCC) è indicato come il trattamento elettivo del Disturbo di Panico con e senza Agorafobia. Secondo una analisi di Roth e Fonagy (1996) la combinazione di terapia cognitiva e interventi di esposizione sono efficaci in 2/3 dei casi di Disturbo di Panico Con Agorafobia; nel Disturbo di Panico Senza Agorafobia, il miglioramento interessa circa l'85% dei casi. La percentuale dei pazienti che soddisfano il criterio di guarigione completa sembra compresa fra 1/4 e 1/3 dei casi.

Gli studi sul *post-treatment* nella TCC del DP non sono numerosi, inferiori alle analoghe ricerche sulla depressione. Clark et al. (1994) hanno confrontato TCC, imipramina e tecniche di rilassamento trovando la prima maggiormente efficace (tutti e tre gli approcci erano superiori al controllo lista d'attesa). Nei sei mesi successivi di *follow-up*, solo il 5% dei pazienti trattati con TCC ha presentato una ricaduta contro il 40% dei soggetti in fase di sospensione della terapia farmacologica. Altra ricerca interessante è quella di Barlow et al. (2000), *trial* multicentrico in cui i pazienti venivano *randomizzati* a solo imipramina (n=83), solo TCC (n=77), solo placebo (n=24), TCC+imipramina (n=65), TCC+placebo (n=63). Il trattamento acuto prevedeva tre mesi di visite a frequenza settimanale

ed i *responders* sono stati poi seguiti mensilmente per 6 mesi di mantenimento ed ulteriori 6 mesi dopo l'interruzione del trattamento. Gli effetti della TCC sono risultati complessivamente i più duraturi e protettivi e, assai interessante, risulta il dato che la combinazione farmaco+TCC riduce questi effetti preventivi della TCC con il 36% dei pazienti in combinata che ricade contro solo l'8% di recidive per i pazienti che avevano risposto alla sola TCC. Un'ulteriore indicazione in questo senso può essere il dato, estrapolato da un'indagine metanalitica (Mitte, 2005), del maggior tasso di *drop-out* al trattamento nella farmacoterapia rispetto alla psicoterapia.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and Statistical manual of mental disorders (4th TR ed)*. Washington, DC: Author.
- Arntz A., Rauner M. e Van den Hout M.A. (1995), "If I feel anxious, there must be danger": ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 917-925.
- Ballenger J.C. e Fyer A.J. (1996). Panic Disorder and Agoraphobia. In T.A.Widiger, A.J. Frances, H.A. Pincus, R. Ross, M.B. First, e W.W. Davis (Eds), *DSM IV sourcebook*, vol 2 (pp. 411-471). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Barlow D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K. e Woods, S.W., (2000). *Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial*. *JAMA* 283:2529-36
- Barlow D.H. (1997). *Cognitive-Behavioural Therapy for panic disorder: current Status*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppli. 2), 32-36.
- Beck A.T. (1988). *Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy*. In S. Rachman e J.D. Maser (Eds), *Panic: Psychological perspectives*. (pp 91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck A.T., e Emery G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bouton M.E., Minek, S. e Barlow D.H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4-32.
- Bouton M.H., Mineka S. e Barlow D.H. (2001). A Modern Learning Theory Perspective on the etiology of Panic Disorder. *Psychological Review*, vol, 108 (1): 4-32.
- Bower G.H. (1981), Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Brown T.A., Chorpita B.F. e Barlow D.H. (1998). Structural relationships among dimension of the DSM IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 107: 179-192.
- Charney D.S., Grillon C. e Bremner J.D. (1998). The neurobiological basis of anxiety and fear: Circuits, mechanisms, and neurochemical interaction, part 1. *The neuroscientist*, vol 4: 35-44.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P. e Gelder M. 1994. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br. J. Psychiatry*, 164:759-69
- Clark D.M. (1986). *A cognitive approach to panic*. Behaviour Research and Therapy,

- 24, 461-470.
- Clark D.M. (1988). *A cognitive model of panic attacks*. In S. Rachman e J.D. Maser (Eds), *Panic: Psychological perspectives*. (pp 71-89). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cox B. J. (1996). The nature of assessment of catastrophic thoughts in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 363-374.
- Craske M.G. e Barlow D.H. (1993). *Panic disorder and Agoraphobia*. In D.H. Barlow (Ed), *Clinical handbook of psychological disorder*, 2nd ed. (pp. 1-47). New York: The Guilford Press.
- Craske M.G., e Barlow D.H. (1994). *Agoraphobia supplement to the MAP-II program: Client workbook*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Eaton W.W., Dryman A. e Weissman M.M. (1991). *Panic and Phobia*. In L.N. Robins e D.A. Reiger (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic catchment area and study* (pp. 155-179). New York: Free Press.
- Fanselow M.S. (1994). Neural organization of the defensive behavior system responsive for fear. *Psychonomic Bulletin e Review*, vol 1: 429-438.
- Gragnani A., Buonanno C., Strassil S. e Mancini F. (2004). *Il Self Weakening Inventory: un questionario self-report per la valutazione de "l'indebolimento del senso di sé*. XIII Congresso Nazionale SITCC "L'evoluzione del cognitivismo clinico: I modelli, i metodi, la ricerca". Verona.
- Gragnani A., e Mancini F. (2004). *L'indebolimento del senso di sé e la sindrome Agorafobica*. XII Congresso Nazionale SITCC "L'evoluzione del cognitivismo clinico: I modelli, i metodi, la ricerca". Verona.
- Gragnani A., e Mancini F. (2005). *Limiti delle spiegazioni cognitive della sindrome agorafobia: nuovi sviluppi*. V Congresso Nazionale della Società per la Ricerca in Psicoterapia. San Benedetto del Tronto (AP).
- Gray J.A. e McNaughton N. (1996). *The neuropsychology of anxiety: Reprise*. In D.A. Hope (eds) *Perspective on anxiety, panic and fear* (The 43th Annula Nebraska Symposium on Motivation) (pp. 61-134). Lincoln: Nebraska University Press.
- Hibbert G.A. (1984). *Ideational components of anxiety: Their origin and content*. *British Journal of Psychiatric*, 144, 618-624.
- Joiner T.E. Jr, Steer R.A, Beck A.T., Schmidt N.B., Rudd M.d. e Catanzaro S.J. (1999). Physiological hyperarousal: Construct validity of a central aspect of the tripartite model of depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 108: 290-298.
- Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.U., e Kendler K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Langs P.J., Davis M. e Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, vol 61: 137-159.
- MacDonald A. B., Baker J. M., Stewart S. H. e Skinner M. (2000), Effects of alcohol on the response to hyperventilation of participants high and low in anxiety sensitivity. *Alcoholism, clinical and experimental research.*, 24, 1656-1665.
- Mineka S., Watson D. e Clark L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorder. *Annul Review of Psychology*, vol 49: 377-412.
- Mitte K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88: 27-45.
- Ottaviani, R. e Beck A.T. (1987). Cognitive aspects of panic disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 15-28.
- Peterson R. A. e Reiss S. (1987). *Test Manual for the Anxiety Sensitivity Index*. Orland

- Park, I.L.: International Diagnostic Systems.
- Reiss S. e McNally R. J. (1985). *The expectancy model of fear*. In S. Reiss e R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press.
- Reiss S., Peterson R.A. Gursky D.M. e McNally R.J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 24 (1), 1-8.
- Roth, A., e Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A critical Review of Psychotherapy Research*. New York: The Guilford Press.
- Salkovskis P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of panic and anxiety: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Salkovskis P.M. e Clark D.M. (1991). Cognitive Therapy for panic attacks. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 215-226.
- Salkovskis P.M., Clark D.M. e Gelder M.G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453-458.
- Salkovskis P.M., Clark D.M., Hackmann A., Wells A. e Gelder M. (1999). An experimental investigation of the role of safety behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559-574.
- Sanderson C.W. e Rego S.A. (2001). *Panic Disorder*. In W.J. Lyddon, e Jones, J.V., *Empirically Supported Cognitive Therapies. Current and Future Applications*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Stewart S. H., Taylor S. e Baker J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol 11(2), 179-200.
- Taylor S. e Fedoroff I. C. (1999). *The expectancy theory of fear, anxiety, and panic: A conceptual and empirical analysis*. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum. (p. 17-33).
- Taylor S. (2000). *Understanding and Treating Panic Disorder: Cognitive-Behavioural Approaches*. Oxford, UK: John Wiley e Sons Ltd.
- Teasdale J.D. e Russel M.L. (1983), Differential effects of induced mood on the recall of positive, negative and neutral words. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 163-171.
- van Oppen P. e Arntz A. (1994), Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Wells A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.