

ISTITUTO A.T. BECK

Caserta

**TESI FINALE DEL CORSO QUADRIENNALE
DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTALE**

Disturbo di panico

Specializzanda

Dott.ssa Marilena La Rosa

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

1.	Inquadramento storico e teorico del disturbo	3
2.	Quadro sintomatologico	6
2.1	Criteri diagnostici	11
2.2	Caratteristiche diagnostiche	12
2.3	Diagnosi differenziale	12
2.4	Comorbidità	14
3.	Incidenza e prevalenza	15
4.	Strumenti diagnostici	17
5.	Teorie eziopatogenetiche	21
5.1	Teorie cognitive	22
5.2	Teorie cognitive-evoluzionistiche	29
5.3	Fattori di vulnerabilità	30
5.4	Sensibilità all'ansia	31
5.5	Storia di abusi	33
5.6	Consapevolezza enterocettiva	33
5.7	Fattori di mantenimento	33
6.	Principi di trattamento farmacologico	34
7.	Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche	36
8.	Prevenzione delle ricadute	47
8.1	Mindfulness	49
8.2	ACT	50
8.3	Training di rilassamento	51
8.4	Training autogeno	52
9.	Efficacia della terapia	52
	BIBLIOGRAFIA	54
II.	PARTE CLINICA	
1.	Invio, informazioni generali e aspettative del paziente	67
2.	Assessment	68
2.1	Primo colloquio	69
2.2	Colloqui successivi	72
2.3	Profilo evolutivo	74
2.4	Struttura e comunicazione intra-familiare	77
2.5	Modello di attaccamento	77
2.6	Interviste, test e questionari	78
2.7	Schede di autosservazione	84
3.	Diagnosi finale secondo il DSM-5	85
4.	Concettualizzazione del caso clinico	85
5.	Elementi del contratto terapeutico	92
6.	Relazione terapeutica	93
7.	Trattamento	95
8.	Prevenzione delle ricadute	106
9.	Esito	109
9.1	Esito Re-test	111
10.	Follow up	112
	Appendice I	114
	Appendice II	152
	Appendice III	171

CASO CLINICO: DISTURBO DI PANICO

PARTE TEORICA

“La paura del pericolo è mille volte più terrificante del pericolo presente”.

Daniel Defoe

1. Inquadramento storico e teorico del disturbo

La notevole attenzione per i disturbi d'ansia ed, in particolare, per il disturbo di panico è decisamente aumentata nel campo della psichiatria moderna considerando che tale spettro di disturbi viene annoverato tra i più frequenti motivi di consultazione specialistica nell'ambito dei malesseri psicologici. La concettualizzazione del disturbo di panico come paura acquisita attraverso determinate sensazioni corporee continua attualmente ad essere sostenuta dalla ricerca sperimentale, clinica e longitudinale (Barlow, 2014).

Nell'attuale medicina, la storia del disturbo di panico è stata caratterizzata dalla difficoltà di slegare questo disturbo da sindromi neurologiche, cardiologiche ed endocrinologiche ed, ancora oggi, il complesso quadro clinico contraddistinto dalla combinazione di sintomi fisici, cognitivi e comportamentali ne complica la valutazione diagnostica (Perna, 2002).

Considerata l'importanza che rivestono l'ansia e la paura sul piano funzionale, si presuppone da sempre l'esistenza di un substrato neurofisiologico alla base di tali manifestazioni che ha avviato ricerche volte a studiarne anche i correlati biologici (Perugi, Toni, 1999). *“Il termine stesso, nella sua derivazione etimologica, dal greco “anchein” e dal latino “angere” (stringere, soffocare) ci riporta ad un concetto di sofferenza fisica riferita agli organi vitali con senso di oppressione, soffocamento, impossibilità alla respirazione”* (Perugi, Toni, 1999, pag. 601).

Dal punto di vista sociologico e filosofico l'ansia viene associata a sentimenti di fragilità, impotenza, disperazione e minaccia ed è stata oggetto di riflessione da parte di antropologi, poeti e pensatori che hanno fornito differenti interpretazioni influenzate dalla cultura vigente (Perugi, Toni, 1999). La psicopatologia generale classica spiega i diversi fenomeni ansiosi come alterazioni delle sensazioni, dei sentimenti e dell'umore (Perugi, Toni, 1999).

Gli sviluppi della nosologia, della psicobiologia e dell'epidemiologia, l'evoluzione delle conoscenze sugli aspetti clinici e patogenetici dell'ansia, hanno permesso una continua rivisitazione psicopatologica nell'ambito della quale sono

stati differenziati, sul piano qualitativo, gli attacchi di panico, l'ansia anticipatoria, l'ansia generalizzata, l'ansia sociale e l'ansia da separazione. Gli attacchi di panico sono presenti anche in altri disturbi d'ansia come la fobia sociale, le fobie specifiche e il disturbo post-traumatico da stress in cui si evidenziano esclusivamente nel contesto di una situazione temuta (Hollander, 2003; Simeon, 2003; Gorman 2003). La letteratura psichiatrica conferisce da sempre dignità nosologica alle caratteristiche psichiche connotate da paure irrazionali ed intensa partecipazione fisica (fobos = terrore, panico) riservando svariate ricerche in questo settore (Perugi, Toni, 1999). Nello specifico, le fobie rappresentano fenomeni complessi caratterizzati, sostanzialmente, da una sproporzionata componente ansiosa e da un'alterazione della sfera cognitiva che porta a sopravvalutare il pericolo relativo a determinati oggetti o situazioni. L'ansia è considerata, quindi, dal punto di vista formale, *“una manifestazione unitaria ed omogenea in cui le uniche distinzioni che si ravvisano si basano su criteri di intensità e di durata”* (Perugi, Toni, 1999, pag.609).

Storicamente esistono molte controversie nella convalida di tali disturbi il cui costrutto si è continuamente articolato ed evoluto nel tempo assistendo ad un loro reale riconoscimento da parte dell'American Psychiatric Association (APA) soltanto nel 1980. Le prime osservazioni sui fenomeni ansiosi e panicogeni sottolineavano la stretta relazione tra esperienza psicologica e sintomi somatici correlati (Perugi, Toni, 1999). Originariamente, i sintomi somatici che appartengono al quadro sindromico del panico venivano attribuiti a disturbi del cuore, del sistema gastrointestinale e dell'orecchio interno e, fino al 1950, furono trattati dai rispettivi specialisti. Nel IV secolo a.C. Ippocrate delineò un particolare quadro clinico a cui diede il nome di *isteria* caratterizzato da sintomi quali soffocamento e palpitazioni. La teoria di Ippocrate, che si configura come la prima teoria organica delle emozioni, venne successivamente ampliata da Galeno (200-130 a.C.) che individuò le cause dell'isteria nel disequilibrio dei quattro umori corporei di base: bile nera, bile gialla, flegma e sangue che corrispondevano ai quattro temperamenti fondamentali, quali: melanconico, collerico, flemmatico e sanguigno (Perugi, Toni, 1999). Con il modello ippocratico, i sintomi mentali dell'ansia rientravano nello stato melanconico e la melanconia, nello specifico, veniva già pensata come malattia ed oggetto di interesse per la medicina (Perugi, Toni, 1999). Nel 1871 il medico militare DaCosta osservò in alcuni soldati una

particolare sintomatologia contraddistinta da attacchi di panico e sintomi cardiorespiratori che chiamò *cuore irritabile* (Martini, 2014).

Il concetto di panico, come manifestazione acuta d'ansia, trova il suo spazio nella nosologia del diciannovesimo secolo e diventa parte integrante di ciò che Freud definisce, nel 1895, "nevrosi d'ansia". Egli spezzò gli steccati disciplinari delle conoscenze istituzionali dell'epoca organizzando un nuovo campo del sapere su diversi processi psicopatologici. Delineando una cornice sia teorico-interpretativa che clinico-descrittiva fondamentale per l'attuale classificazione delle manifestazioni ansiose, Freud separò dal complesso quadro clinico della nevrosi una particolare nevrosi attuale o vegetativa a sè stante traducibile dal tedesco sia con l'espressione nevrosi d'ansia che nevrosi d'angoscia (Liggio, Renda, 2012). La formulazione iniziale della teoria psicodinamica sullo sviluppo topografico della mente non evidenziava nessuna ripartizione qualitativa tra l'ansia e il panico ed ipotizzava che l'energia libidica non scaricata si esprimesse fisiologicamente attraverso i sintomi ansiosi (Hollander, 2003; Simeon, 2003; Gorman 2003).

Successivamente, Freud illustrò le caratteristiche essenziali degli attacchi di panico sul versante cognitivo e neurovegetativo: dall'interpretazione catastrofica dei sintomi cardiovascolari, alla paura di morire o di perdere il controllo illustrando gli episodi acuti che la caratterizzano manifestandosi per via organica. Rilevò, inoltre, l'indipendenza di tali fenomeni da fattori esterni scatenanti attribuendoli a disfunzioni sessuali e a fattori costituzionali, un concetto simile alle moderne teorie biologiche dell'ansia (Hollander, 2003; Simeon, 2003; Gorman 2003). La teoria psicoanalitica non ci aiuta a comprendere meglio le determinanti delle specifiche forme in cui si manifestano i sintomi dell'ansia: dagli attacchi di panico alle forme croniche, fino alle fobie ed alle ossessioni o compulsioni. Tuttavia, le attuali teorie sul panico ricordano la formulazione fisiologica originaria di Freud secondo cui le predisposizioni biologiche ai sintomi psichiatrici giocano un ruolo fondamentale nella comparsa di attacchi di panico. Infatti, questi ultimi si manifestavano in individui con predisposizione nervosa al panico mentre quelli senza predisposizione palesavano forme più lievi di ansia (Hollander, 2003; Simeon, 2003; Gorman 2003).

Il superamento del concetto freudiano di "nevrosi d'ansia" avvenne in seguito ad uno studio di Donald Klein (1964) sulla differente ed efficace risposta

farmacologica del disturbo di panico agli antidepressivi triciclici (Perna, 2002). Tale esperimento ha portato al riconoscimento di quest'ultimo come condizione a sé stante. La categoria diagnostica del disturbo di panico viene riconosciuta ufficialmente con la pubblicazione della terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (American Psychiatric Association, 1980). I criteri sono stati leggermente cambiati con la pubblicazione delle versioni successive. La successiva pubblicazione del DSM-III R (American Psychiatric Association, 1987), infatti, prospetta una nuova differenziazione basata su diverse caratteristiche sintomatologiche, di decorso e di risposta al trattamento (Gabbard, 1995; Cassano et al., 1993, Troiano, 2001) che ripartisce la categoria della nevrosi d'ansia in *disturbo da attacchi di panico* (ansia acuta) e *disturbo d'ansia generalizzato* (ansia cronica) (Hollander, 2003; Simeon, 2003; Gorman 2003).

Il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) suddivide ulteriormente il disturbo di panico “con agorafobia” e “senza agorafobia” tracciando le basi per una diagnosi differenziale e chiarendo la confusione diagnostica tra attacco di panico e disturbo di panico (Hollander, 2003; Simeon, 2003; Gorman 2003).

Nelle attuali classificazioni del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) il disturbo di panico e l'agorafobia diventano due entità nosografiche autonome e distinte e l'agorafobia viene diagnosticata indipendentemente dalla presenza di disturbo di panico. Pertanto, nel caso in cui il soggetto soddisfi sia i criteri per il disturbo di panico che per l'agorafobia vengono poste entrambe le diagnosi (APA, 2014).

2. Quadro sintomatologico

Il disturbo di panico rappresenta una condizione invalidante caratterizzata da notevole angoscia e coloro che ne fanno esperienza vengono travolti da ricorrenti ed inaspettati attacchi di panico associati, per almeno un mese, alla preoccupazione persistente che possano ripresentarsi e alla modificazione disadattiva del comportamento (APA, 2014). Questa crescente preoccupazione comincia, molto rapidamente, ad influenzare la vita del paziente ponendolo in una condizione continua di allarme. Tale fenomeno, noto come *ansia anticipatoria* o *paura della paura* (Helbig-Lang et al., 2012), può raggiungere un'intensità così elevata da fondersi in un *continuum sintomatologico* con gli attacchi di panico

veri e propri, andando a polarizzarsi sulla probabilità che nuovi episodi possano mettere a repentaglio la salute fisica e mentale del paziente. La comparsa di tale preoccupazione conduce il soggetto ad attuare una riorganizzazione radicale delle abitudini quotidiane al fine di assicurarsi la disponibilità immediata di un soccorso in caso di nuovi attacchi. Tutto ciò limita le consuete attività giornaliere inficiando l'area sociale, scolastica e lavorativa (APA, 2014).

Tale modificazione comportamentale si manifesta con l'evitamento di determinate situazioni in quanto il paziente si convince che il panico sia associato a luoghi specifici e pianifica una serie di comportamenti nel tentativo di ridimensionare o evitare sia nuovi attacchi di panico, sia le loro conseguenze (APA, 2014).

Questa forma di trepidazione si generalizza ad una pluralità di luoghi e situazioni strutturando tra il secondo e i successivi attacchi la sindrome completa (Dell'Erba, 2005).

I comportamenti messi in atto diventano per il soggetto validissimi strumenti di prevenzione in quanto riducono l'ansia nell'immediato ma, in realtà, strutturano il ciclo di mantenimento del disturbo impedendo la disconferma delle convinzioni distorte (Funayama et al., 2013).

L'esordio del disturbo è rappresentato dalla comparsa improvvisa di un episodio critico di rilevante intensità chiamato *attacco inaspettato* che si verifica in una situazione quotidiana di routine: essere al supermercato, in ascensore, alla guida dell'automobile, etc. Talvolta può verificarsi anche in situazioni drammatiche (ad es. gravi incidenti, lutti improvvisi, etc.) oppure parallelamente all'assunzione di sostanze stupefacenti. Non sono rari gli episodi critici ricorrenti, anche con intervalli brevissimi (Cassano, 1994; Di Salvo, 2003).

L'*attacco inaspettato* non è associato ad un chiaro evento scatenante ma sembra verificarsi di punto in bianco come l'*attacco di panico notturno*, ovvero svegliarsi dal sonno in uno stato di panico (APA, 2014). Dal momento in cui si verifica il primo episodio, l'individuo si convince che il suo ripetersi sia inevitabile (Di Salvo, 2003). Gli attacchi di panico *attesi o situazionali*, invece, si verificano in seguito ad un chiaro evento scatenante (APA, 2014) e in situazioni stressanti, tipicamente dove in precedenza si sono verificati altri attacchi (Renda, 2012). In entrambe le diagnosi, l'attacco di panico insorge in maniera improvvisa manifestandosi con un picco d'intensità che può variare da pochi secondi ad un massimo di un'ora, associato a marcate manifestazioni neurovegetative e ad un

vissuto soggettivo di tipo catastrofico (APA, 2014). Nonostante sia breve, la crisi viene percepita come interminabile. L'elemento centrale del disturbo è la messa in atto di comportamenti di evitamento e protettivi come bere acqua, sedersi, evitare di recarsi in luoghi affollati e controllare la frequenza dei respiri.

Un episodio critico, per quanto si presenti differente da caso a caso e variabile per intensità, durata e completezza sintomatologica, include quattro tipi di manifestazioni:

- *fisiologiche*: aumento del battito cardiaco, vertigini, sudorazione, nausea, debolezza, formicolio, sensazione di soffocamento, dispnea, tensione muscolare, respiro affannoso;
- *cognitive*: paura di perdere il controllo, paura di morire, paura di impazzire, paura del giudizio negativo altrui, confusione, scarsa concentrazione, pensieri e immagini spaventose, difficoltà di ragionamento;
- *comportamentali*: fuga, evitamento di determinate situazioni, ricerca di rassicurazioni, agitazione, difficoltà a parlare ed iperventilazione;
- *emotive*: nervosismo, irritazione, frustrazione, impazienza.

E' frequente osservare sul versante sintomatologico che la polarizzazione ipocondriaca sul sistema respiratorio, cardiovascolare, vestibolare, urinario o gastrointestinale copre l'episodio critico (Perugi, Toni, 1992). Si riscontra, infatti, la paura irrazionale di avere un infarto o un ictus associata alla sensazione di totale perdita di controllo su se stessi e sugli eventi futuri. Sul piano clinico, il restringimento del *focus* attentivo sul sé somatico disperde molte informazioni del mondo esterno aumentando, quindi, la sensibilità enterocettiva ed accentuando le emozioni e le sensazioni viscerali. Queste ultime, a loro volta, provocano il significativo incremento dell'*arousal* neurovegetativo che viene percepito ancora più minaccioso (Chen et al. 2013). L'attenzione interna conduce, quindi, alla *paura della paura*. Tale processo facilita il mantenimento dell'amplificazione peggiorativa di tipo ipocondriaco, dell'ansia anticipatoria e delle condotte di evitamento, processi riscontrabili nelle forme di disturbo di panico a decorso cronico (Perugi, Toni, 1999).

Riprendere il controllo intenzionale sulla capacità di focalizzazione richiede notevole sforzo. L'alterazione della consapevolezza, la difficoltà nel perseguire una linea logica di ragionamento o nell'articolare i pensieri e la sensazione di

sentirsi distaccati dagli eventi disorientano il soggetto. Nelle crisi di panico predominano ampiamente i sintomi somatici e comportamentali ampliati in maniera esponenziale da processi cognitivi di tipo catastrofico e sentimenti di morte imminente. *“La sovrastima del pericolo e la sottostima della capacità di fronteggiarlo, riflettono nei disturbi d'ansia l'attivazione dei cosiddetti “schemi di pericolo”. La realtà esterna viene vissuta come estremamente pericolosa e il proprio sé come estremamente vulnerabile”* (Beck, 1985, p. 192).

L'attacco di panico è, pertanto, una manifestazione breve e parossistica d'ansia, nel corso della quale la sensazione di impotenza, di estremo disagio, di terrore di minaccia per la propria incolumità può sconvolgere completamente la vita della persona che lo sperimenta. Sottoponendo il soggetto all'esame obiettivo si rilevano aumento della pressione arteriosa, tachipnea, sudorazione e tachicardia (Perugi, Toni, 1999).

Affinché si possa parlare di attacco di panico è necessario che nei pochi minuti in cui si verifica la rapida progressione sintomatologica siano presenti almeno quattro o più tra i seguenti tredici sintomi fisici e cognitivi:

1. Palpitazioni, cardiopalmo, tachicardia
2. Sudorazione
3. Tremori fini o grandi scosse
4. Dispnea o sensazione di soffocamento
5. Sensazione di asfissia
6. Dolore o fastidio al petto
7. Nausea o disturbi addominali
8. Sensazione di vertigine, di instabilità, di “testa leggera” o di svenimento
9. Brividi e vampate di calore
10. Parastesie (sensazioni di torpore o di formicolio)
11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi)
12. Paura di perdere il controllo o di “impazzire”
13. Paura di morire

Undici di questi tredici sono sintomi fisici mentre la paura di impazzire e di morire rientrano nei sintomi cognitivi. Quando gli attacchi di panico soddisfano

tutti gli altri criteri ma si manifestano con meno di quattro sintomi fisici e/o cognitivi parliamo di attacchi *paucisintomatici* (APA, 2014).

Prima di poter effettuare diagnosi di disturbo di panico è opportuno che sia trascorso almeno un mese in cui si sia strutturata la preoccupazione invalidante di rivivere nuovi attacchi.

Un attacco di panico può insorgere, quindi, spontaneamente e non rappresenta di per sé una patologia ma un'entità sindromica che può verificarsi anche in seguito all'esposizione ad una situazione ansiogena o stressante, oppure, in seguito all'uso di diverse sostanze eccitanti quali cocaina, LSD, cannabinoidi, anfetamine e caffeina (Perugi, Toni, 1999).

Questa suscettibilità enterocettiva ed esterocettiva a stimoli diversi è stata utilizzata per la messa a punto di tecniche di esposizione al panico somministrando lattato di sodio, yohimbina, caffeina ed utilizzando l'inalazione di anidride carbonica, al fine di analizzarne le caratteristiche neurofisiologiche. Inoltre, episodi di panico si osservano in numerosi disturbi organici quali: tumori cerebrali, attacchi ischemici transitori, corea di Huntington, epilessia temporale, embolia polmonare o asma (Perugi, Toni, 1999).

Le attuali classificazioni (American Psychiatric Association, 2014) precisano che, per ottenere una scrupolosa e corretta diagnosi differenziale con altri disturbi d'ansia, si valuti bene lo specifico *focus* cognitivo dell'ansia del soggetto. Secondo il DSM-5 (2014), i disturbi d'ansia si classificano come disturbi che condividono caratteristiche eccessive e persistenti di paura ed ansia correlate a disturbi comportamentali. Attualmente, le conseguenze funzionali del disturbo di panico sono associate ad una maggiore morbilità e, quindi, ad un maggiore incremento del tasso di utilizzo dei servizi sanitari, a più alti livelli di disabilità sociale, lavorativa, scolastica e fisica e ad una generale compromissione della qualità della vita (APA, 2014). Nel DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), i disturbi d'ansia vengono classificati secondo le seguenti categorie nosografiche: disturbo d'ansia di separazione, mutismo selettivo, fobia specifica, disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), disturbo di panico, agorafobia, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci, disturbo d'ansia dovuto ad un'altra condizione medica, disturbo d'ansia con altra specificazione e disturbo d'ansia senza specificazione.

2.1 Criteri diagnostici (APA, 2014)

A. Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:

Nota. La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso.

1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia.
2. Sudorazione.
3. Tremori fini o a grandi scosse.
4. Dispnea o sensazioni di soffocamento.
5. Sensazione di asfissia.
6. Dolore o fastidio al petto.
7. Nausea o disturbi addominali.
8. Sensazione di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento.
9. Brividi o vampate di calore.
10. Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio).
11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi).
12. Paura di perdere il controllo o di impazzire.
13. Paura di morire.

Nota. Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per esempio, urla o pianto incontrollato, cefalea o dolore al collo). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti.

B. Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:

1. Preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi o per le loro conseguenze (perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, "impazzire").

2. Significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi (es. comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l'evitamento dell'esercizio fisico).
- C. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o un'altra condizione medica (per es. ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari).
 - D. Gli attacchi di panico non sono spiegati da un altro disturbo mentale (es. gli attacchi di panico non si verificano soltanto in relazione ad una situazione sociale temuta, come nel disturbo d'ansia sociale; in risposta a un oggetto o a una situazione fobica circoscritti, come nella fobia specifica; in risposta a ossessioni, come nel disturbo ossessivo – compulsivo, in risposta al ricordo di un evento traumatico, come nel disturbo post-traumatico da stress; oppure in risposta alla separazione dalle figure di attaccamento, come nel disturbo d'ansia da separazione).

2.2 Caratteristiche diagnostiche

Il disturbo di panico si riferisce a ricorrenti attacchi di panico inaspettati (Criterio A). Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro o più di un elenco di 13 sintomi fisici e cognitivi. Il termine ricorrente significa letteralmente più di un unico attacco di panico inaspettato. Il termine inaspettato si riferisce ad un attacco di panico per il quale non vi è un chiaro elemento scatenante al momento dell'avvenimento, in altre parole, l'attacco sembra verificarsi di punto in bianco come quando l'individuo si sta rilassando o svegliando dal sonno (attacchi di panico notturni) (APA, 2014).

2.3 Diagnosi differenziale

Una volta escluso che il disturbo di panico non sia il risultato diretto di una condizione medica generale e/o dell'uso di sostanze, risulta necessario procedere con una diagnosi differenziale con altri disturbi d'ansia e dell'umore.

Spesso nel DP sono presenti sintomi depressivi che in circa 1/3 dei soggetti hanno un'origine antecedente configurandosi come un disturbo dell'umore autonomo sul piano clinico e di decorso (APA, 2001). Nei restanti 2/3 dei soggetti la depressione si manifesta in seguito ed è caratterizzata da anedonia, umore depresso e scarsa autostima (Kessler et al., 1998; Bittner et al., 2004; Amami et

al., 2010). In questa condizione permane, in ogni caso, una certa reattività agli stimoli ambientali (APA, 2001).

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – DSM-5 (APA, 2014) propone una distinzione tra:

Disturbo d’ansia con altra specificazione o disturbo d’ansia senza specificazione. Il disturbo di panico non dovrebbe essere diagnosticato se non si sono mai verificati attacchi di panico completi (inaspettati). Nel caso in cui si fossero verificati solo attacchi di panico paucisintomatici inaspettati, dovrebbe essere considerata la diagnosi di disturbo d’ansia con altra specificazione o disturbo d’ansia senza specificazione (APA, 2014).

Disturbo d’ansia dovuto a un’altra condizione medica. Il disturbo di panico non viene diagnosticato se si ritiene che gli attacchi di panico siano una conseguenza fisiologica diretta di un’altra condizione medica. Esempi di condizioni mediche che possono causare attacchi di panico includono ipertiroidismo, iperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunzioni vestibolari, disturbi convulsivi e condizioni cardiopolmonari (per es. aritmie, tachicardia sopraventricolare, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva [BPCO]) (APA, 2014).

Disturbo d’ansia indotto da sostanze/farmaci. Il disturbo di panico non viene diagnosticato se si ritiene che gli attacchi di panico rappresentino una conseguenza fisiologica diretta dell’uso di una sostanza. L’intossicazione da stimolanti del sistema nervoso centrale (es. cocaina, amfetamine, caffeina) o da cannabis e l’astinenza da depressogeni del sistema nervoso centrale (es. alcol, barbiturici) possono precipitare un attacco di panico. Tuttavia se gli attacchi di panico continuano a manifestarsi al di fuori dell’uso di sostanze si dovrebbe prendere in considerazione una diagnosi di disturbo di panico. Inoltre, poiché in alcuni individui il disturbo di panico può precedere l’uso di sostanze, soprattutto a scopo di automedicazione, dovrebbe essere raccolta un’anamnesi personale dettagliata per stabilire se l’individuo abbia avuto attacchi di panico prima dell’uso eccessivo di sostanze. Se è così, in aggiunta a una diagnosi di disturbo da uso di sostanze dovrebbe essere considerata una diagnosi di disturbo di panico. Caratteristiche come l’esordio dopo i 45 anni o la presenza di sintomi atipici durante un attacco di panico suggeriscono la possibilità che la causa dei sintomi

dell'attacco di panico possa essere un'altra condizione medica o una sostanza (APA, 2014).

Altri disturbi mentali con attacchi di panico come caratteristica associata (per es. altri disturbi d'ansia o disturbi psicotici). Gli attacchi di panico che si verificano come sintomo di altri disturbi d'ansia sono attesi (per es. scatenati da situazioni sociali nel disturbo d'ansia sociale, da oggetti o situazioni fobici nella fobia specifica o nell'agorafobia, da preoccupazione nel disturbo d'ansia generalizzata, dalla separazione da casa o dalle figure di attaccamento nel disturbo d'ansia di separazione), e quindi non soddisferebbe i criteri per un disturbo di panico. Se gli attacchi di panico si verificano solo in risposta a elementi scatenanti specifici, allora viene posta solo la diagnosi del disturbo d'ansia pertinente. Tuttavia, se l'individuo esperisce anche attacchi di panico inaspettati e mostra preoccupazione e timore persistenti oppure una modificazione comportamentale a causa degli attacchi, allora dovrebbe essere considerata una diagnosi addizionale di disturbo di panico (APA, 2014).

2.4 Comorbilità

Il disturbo di panico si configura come una delle patologie più solitamente associate contemporaneamente o, a distanza di tempo, ad altri disturbi medici e psichiatrici.

3.1 Comorbilità con i disturbi d'ansia

Le comorbilità che si osservano in maniera più frequente nell'ambito dei disturbi d'ansia riguardano il disturbo d'ansia generalizzato (Van Ameringen et al., 2013), il disturbo d'ansia da separazione nell'infanzia (Silove e Marnane, 2103), le fobie specifiche (Lipsitz et al., 2003) e la fobia sociale (Kristensen et al., 2008) con una percentuale che varia dal 30% al 15% (APA, 2001). Si osservano percentuali di comorbilità leggermente inferiori con il disturbo ossessivo compulsivo (Brakoulias et al., 2011) e con il disturbo post-traumatico da stress (Cougler et al., 2010). L'agorafobia è frequentemente in comorbilità con il disturbo di panico (APA, 2014).

3.2 Comorbilità con i disturbi dell'umore e disturbi psicotici

Da diversi studi sui tassi di comorbilità nell'arco di vita tra il disturbo depressivo maggiore e il disturbo di panico emergono variazioni considerevoli dal 10 al 65% nei soggetti con disturbo di panico. E' stato riscontrato che in circa un terzo degli

individui che presenta entrambi i disturbi, la depressione precede la comparsa del disturbo di panico (APA, 2014). Il disturbo di panico talvolta è in comorbilità con il disturbo bipolare (Freeman et al., 2002) con una percentuale di casi che varia dal 16% al 22% (Doughty et al., 2004) e con la depressione unipolare (Kim et al., 2013).

3.4 Comorbilità con condizioni mediche generali

Numerosi sintomi e condizioni mediche generali tra cui aritmie cardiache, sindrome dell'intestino irritabile, ipertiroidismo, asma e vertigini sono in comorbilità con il disturbo di panico. Il prolasso della valvola mitrale e il disturbo tiroideo sono molto comuni nei soggetti con disturbo di panico rispetto alla popolazione generale, tuttavia, le differenze di prevalenza non sono significative (APA, 2014).

3.5 Comorbilità con i disturbi di personalità

I disturbi di personalità che si riscontrano, spesso, in associazione con gli attacchi di panico sono quelli dipendente, evitante, istrionico e borderline (Navarro et al., 2013). Questi disturbi aggravano il quadro clinico. I pazienti di sesso maschile che soffrono di disturbo di panico sembrano presentare una psicopatologia più grave per quanto riguarda la personalità schizoide e borderline, mentre, tra le pazienti di sesso femminile la psicopatologia è caratterizzata solitamente dai disturbi di personalità dipendente ed evitante (Barzega et al., 2001). Generalmente, si può considerare la personalità patologica come un fattore di vulnerabilità nel DP ma anche una conseguenza di quest'ultimo che si manifesta attraverso la modifica di alcuni tratti di personalità in seguito all'esordio, alla progressione della malattia e alle sue complicanze (Amami et al., 2010).

3. Incidenza e prevalenza

La frequenza e la gravità degli attacchi di panico sono molto varie. La letteratura scientifica nazionale italiana presenta pochi dati recenti. All'interno del panorama nazionale italiano, i dati ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) riportano che quasi un milione di persone, con una percentuale che va dal 1,6 al 2,2%, soffre di attacchi di panico (ISTAT, 2006). Nell'anno 2002 è stato effettuato in Italia uno studio epidemiologico che ha coinvolto 4.565 persone. Lo studio ha indagato la prevalenza dei principali disturbi mentali e le caratteristiche sociodemografiche, cliniche ed assistenziali delle persone affette da tali disturbi. In seguito a tale

ricerca (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*) effettuata a Roma sullo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (ISTAT, 2002) è emerso che i tassi di prevalenza a 12 mesi del disturbo di panico (val. % ed errore standard) sono i seguenti:

- ✓ maschi: 0,4 (0,2)
- ✓ femmine: 0,9 (0,2)
- ✓ totale: 0,7 (0,2).

In Italia i disturbi d'ansia sono quelli più frequenti riscontrandosi nel 7% circa della popolazione. Dall'analisi per ripartizione geografica si evidenzia un gradiente Nord-Sud relativamente alla frequenza delle età più avanzate che risulta maggiore al Nord (ISTAT, 2002). Le statistiche internazionali mostrano come le patologie psichiche tra cui ansia e attacchi di panico siano prevalenti tra le donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni (Ministero della Salute, 2013). Secondo il DSM-5 (2014) in termini di frequenza possono esservi attacchi moderatamente frequenti (es. una volta a settimana) che si manifestano regolarmente per mesi, oppure brevi serie di attacchi più frequenti (es. quotidianamente), intervallate da settimane o mesi senza attacchi o con attacchi meno frequenti (es. ogni due mesi) per molti anni (APA, 2014). Le persone che hanno attacchi di panico poco frequenti sono molto affini alle persone con attacchi di panico più frequenti in termini di sintomi, caratteristiche demografiche, comorbidità con altri disturbi, storia familiare e dati biologici. In termini di gravità, gli individui con disturbo di panico possono avere sia attacchi completi con quattro o più sintomi, sia attacchi paucisintomatici con meno di quattro sintomi e il numero e la tipologia di sintomi differiscono frequentemente da un attacco di panico all'altro (APA, 2014). Soggetti che hanno superato i 65 anni di età in genere hanno con minore frequenza attacchi di panico e, qualora presenti, possono essere connessi ai cambiamenti della propria vita. Per quanto concerne la differenza tra i due sessi, in genere in letteratura, si registra per le donne una frequenza maggiore di circa 2-3 volte maggiore rispetto agli uomini (APA, 2014). Studi scientifici sull'argomento hanno stimato una percentuale di presenza di panico nell'intera vita delle persone, che va dall' 1,5% al 3 – 3,5% (APA, 2014). Nella popolazione generale, le stime di prevalenza a 12 mesi per il disturbo di panico negli Stati Uniti e in alcuni paesi europei è di circa il 2-3% negli adulti e negli adolescenti.

L'età media di insorgenza del disturbo di panico negli Stati Uniti è di 20-24 anni (APA, 2014). L'età di esordio sembra essere un fattore predittivo della gravità clinica e pare che la prevalenza del disturbo tenda a diminuire in maniera significativa con l'avvicinarsi progressivo dell'età adulta (Martini, 2014). Pochi sono i casi riscontrati in soggetti anziani e nell'infanzia.

4. Strumenti diagnostici

Scale di misura: standard

1) Questionari di valutazione della personalità:

- MMPI
- SCID II
- MILLON

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) (Hathaway et al., 1989):

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) è un questionario di autovalutazione realizzato per individuare caratteristiche strutturali della personalità e la presenza di disturbi psicologici. Si tratta, quindi, di uno strumento diagnostico ad ampio spettro costruito nei primi anni '40 per valutare le principali caratteristiche strutturali della personalità e i disordini di tipo emotivo e sottoposto successivamente (1989) ad un rigoroso processo di standardizzazione. Formato da 567 domande e 6 Scale di Validità, 10 Scale di Base, 12 Scale Supplementari e 15 Scale di Contenuto. Fornisce informazioni su sintomi specifici e altri aspetti misurati attraverso la risposta consapevole del paziente a delle asserzioni che prevedono la scelta Vero/Falso.

Structured Clinical Interview (SCID-II) (First et al., 2003):

La SCID II è un'intervista clinica semistrutturata per la valutazione diagnostica dei disturbi di personalità. Fu inizialmente elaborata nel 1987 e revisionata in seguito (First et al., 1997). Il questionario è formato da 119 item, ai quali il soggetto risponde "Sì" o "No". Dopo la somministrazione del questionario, ed in base alle risposte rilevate dalla prima parte, si procede all'intervista vera e propria che

consente al clinico di fare ipotesi diagnostiche iniziali valutando la pervasività delle risposte precedenti.

Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) (Millon, Davies, 1997):

Lo scopo di questo strumento di valutazione psicologica dell'adulto è quello di misurare tratti di personalità e l'eventuale presenza di psicopatologia. Non valuta la personalità generale e non si può impiegare per scopi diversi dallo screening diagnostico o dalla valutazione clinica. E' composto da 175 item (a doppia alternativa di risposta "vero/falso") ed è composto da 24 scale, suddivise in 4 gruppi. Le scale sono raggruppate in categorie di personalità e in psicopatologie specifiche.

2) Per valutare il profilo dei sintomi vengono utilizzati:

- ADIS-5
- BAI
- STAI -Y
- BDI
- PANIC ATTACK QUESTIONNAIRE

Questi test misurano prevalentemente la frequenza e l'intensità dei sintomi e forniscono:

- un accurato screening dei vari sintomi ansiosi
- una stima della severità dei sintomi che servirà, successivamente, a valutare l'efficacia del trattamento
- l'accessibilità ai dati normativi standardizzati in modo che la corrispondente severità di uno stato ansioso possa essere determinata
- la possibilità di effettuare ripetute somministrazioni nel corso del trattamento in modo che possa essere rappresentato su un diagramma il progresso andando ad identificare, anche visivamente dai pazienti, i cluster sintomatologici che hanno risposto al trattamento e quelli, invece, resistenti allo stesso

Anxiety Disorders Interview Schedule 5 (ADIS-5) (Brown and Barlow, 2014):

E' un'intervista diagnostica, articolata in sezioni composte da diversi item, per ognuno dei quali sono suggerite le domande da porre al paziente, che valuta i disturbi d'ansia per come si presentano al momento dell'osservazione e nell'intero arco di vita del soggetto. Prende in considerazione la storia medica e psichiatrica del soggetto al fine di verificare la presenza di altri disturbi che si sovrappongono all'ansia e il grado di menomazione che causano sul piano biopsicosociale nella vita del soggetto.

L'ADIS-5 permette di:

- ricavare informazioni dettagliate sulla frequenza, sulla tipologia e sulla severità dei sintomi presentati
- esaminare i processi cognitivi chiave dei disturbi d'ansia
- valutare le situazioni scatenanti e le strategie di coping, specialmente le risposte di evitamento, i livelli di sofferenza e l'impatto sul funzionamento quotidiano
- delineare i fattori precipitanti, lo sviluppo e l'andamento sintomatologico
- identificare i sintomi co-occorrenti e altri processi psicologici che potrebbero complicare il trattamento

La descrizione dei sintomi fisiologici e cognitivi di matrice ansiosa è valutata mediante una scala a quattro punti corrispondente ad un punteggio da 0 (= per niente) a 3 (= gravemente): il punteggio fino a 9 indica assenza di ansia, da 10 e 18 ansia lieve/moderata, da 19 a 29 ansia, da 30 a 39 ansia grave.

Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown e Steer, 1988):

Il BAI è uno strumento di autovalutazione composto da 21 domande che permette di misurare, in modo molto rapido, la gravità della sintomatologia ansiosa negli adulti (es. nervosismo, sensazioni di formicolio e di calore, incapacità a rilassarsi, palpitazioni, senso di svenimento, paura che possa accadere il peggio, ecc.). Rivelandosi un ottimo strumento di screening dell'ansia, classifica efficacemente fra gruppi diagnostici ansiosi e non ansiosi in differenti situazioni cliniche.

State-Trait Anxiety Inventory - Y (STAI-Y) (Spielberger, 1989):

Lo STAI-Y rappresenta uno dei reattivi più noti per la misurazione dell'ansia. Formulato nel 1970 da Charles D. Spielberger e organizzato in 2 sezioni composte ciascuna da 20 item ai quali il soggetto deve rispondere in termini di intensità su una scala a 4 punti che misurano rispettivamente l'ansia di stato e l'ansia di tratto. Con il termine ansia di stato ci si riferisce all'ansia provata dal paziente al momento dell'esame e, quindi, in relazione con la situazione contingente. L'ansia di tratto, invece, rimanda ad una caratteristica relativamente durevole della personalità di un individuo, da intendersi come una predisposizione a reagire in modo ansioso di fronte ad eventi stressanti. L'ansia di stato riguarda l'ansia provata dal paziente al momento della valutazione, in relazione alla situazione contingente. Le istruzioni per le due sezioni sono differenti. Alcuni item consistono di affermazioni che indicano la presenza di ansia, altri item sono formulati in modo di specificarne l'assenza.

Beck Depression Inventory (BDI –II) (Beck, Steer, Brown, 1996):

Il BDI è composto da vari item che stimano la gravità della depressione prendendo in esame la settimana precedente la valutazione.

Lo strumento valuta due fattori:

- ✓ Somatico-Affettivo, manifestazioni somatiche-affettive della depressione
- ✓ Cognitivo, relativo agli aspetti cognitivi della depressione

Ogni item comprende quattro affermazioni e l'esaminato deve scegliere quella che descrive meglio il suo stato d'animo. Punteggi da 0 a 9 designano una prestazione normale; punteggi da 10 a 15 sono indicativi di depressione lieve; punteggi che vanno da 16 a 19 delineano uno stato di depressione che va da lieve (punteggi tendenti ai limiti inferiori del range) a moderata (con punteggi tendenti ai limiti superiori); punteggi tra il 20 e il 29 indicano uno stato depressivo che va da moderato a grave; il range 30-36 specifica una depressione grave.

5. Teorie eziopatogenetiche

Aspetti cognitivo-comportamentali

L'ansia è un'emozione che riveste un ruolo adattivo nella condizione umana di tutti i tempi. Dal punto di vista evolutivo essa ha la funzione di rendere la mente istantaneamente attiva e responsiva per reagire ad eventuali pericoli o per affrontare sfide sociali. Un trattamento specifico per l'ansia non si pone l'obiettivo di cancellarla in quanto questo non risulterebbe né possibile né auspicabile, ma di normalizzare il livello della stessa riportandolo in un range tollerabile.

Alla luce di quanto fin ora esposto, risulta chiaro quanto l'eziopatogenesi del disturbo di panico sia complessa, eterogenea e multifattoriale per l'implicazione di diversi fattori, tra cui:

- *fattori ereditari e genetici* legati al fatto che i soggetti che hanno parenti di primo grado con la stessa patologia presentano un elevato tasso di vulnerabilità al panico, anche se non risulta ancora chiaro il processo di trasmissione;
- *fattori biologici* che indicano l'esistenza, nei pazienti con disturbo di panico, di un'ipersensibilità di molte aree del cervello che provocano cambiamenti comportamentali, vegetativi e neuroendocrini;
- *fattori di personalità* riferiti al fatto che la comorbidità con disturbi di personalità può influenzare la gravità del disturbo, il suo decorso e la risposta al trattamento sia farmacologico che psicoterapico;
- *fattori psicosociali* relativi al fatto che i pazienti con DP presentano convinzioni disfunzionali associate ad esperienze di vita stressanti come abuso ed alterazioni dell'attaccamento emozionale ai genitori per perdita di uno dei due o traumi in età adulta (Martini, 2014).

Il modello **Diatesi-stress** spiega l'eziopatogenesi del disturbo di panico basandosi su una predisposizione genetica, biologica e psicologica su cui agiscono una serie di fattori stressanti che conducono, con maggiore probabilità, alla patologia. Questo modello spiega l'esordio del disturbo in termini di un'interazione tra

eventi di vita negativi (stress) e una già esistente vulnerabilità (diatesi) nel paziente (Martini, 2014).

Tale diatesi sottostante può racchiudere predisposizioni di personalità quali:

- ansia di tratto
- alta emozionalità negativa
- sensibilità all'ansia
- cronico senso di diminuito controllo
- vulnerabilità cognitive più specifiche
- schemi ipervalenti di minaccia
- aumentato senso di debolezza personale e di inefficacia

Tra i fattori di vulnerabilità personale abbiamo:

- Nevroticismo
- Affettività negativa
- Ansia di tratto
- Sensibilità ai sintomi
- Diminuito controllo personale

La vulnerabilità personale e l'interazione con eventi precipitanti (lutti, separazioni e perdite) aumentano la sensibilità al panico. Questa sensibilità associata a determinati eventi stressogeni ambientali, sociali e biologici può essere in grado di scaturire gli attacchi di panico. In seguito all'esordio, il disturbo potrebbe essere aggravato e mantenuto da una vasta gamma di altri fattori (Martini, 2014).

5.1 Teorie cognitive

Negli approcci cognitivi assume una posizione centrale il concetto di interpretazione degli eventi: la mente non si limita ad immagazzinare in modo passivo le esperienze ma è in grado, in maniera attiva, di elaborarle ed interpretarle. L'assetto cognitivo del soggetto, pertanto, è in grado di forgiare emozioni e comportamento. Nei pazienti con disturbo di panico il sistema cognitivo risulta alterato in quanto interpreta, in maniera distorta e potenzialmente pericolosa, le sensazioni corporee assumendo verso queste ultime un comportamento di ipervigilanza e producendo comportamenti disadattivi (Martini,

2014). Solitamente il paziente avverte prima i correlati somatici del panico quali: palpitazioni, sudorazione, vertigini, sintomatologia respiratoria, cardiocircolatoria e gastrointestinale e l'allarme che ne deriva innesca, in un secondo momento, l'attivazione dei correlati psichici quali ansia e panico (Clark, 1986).

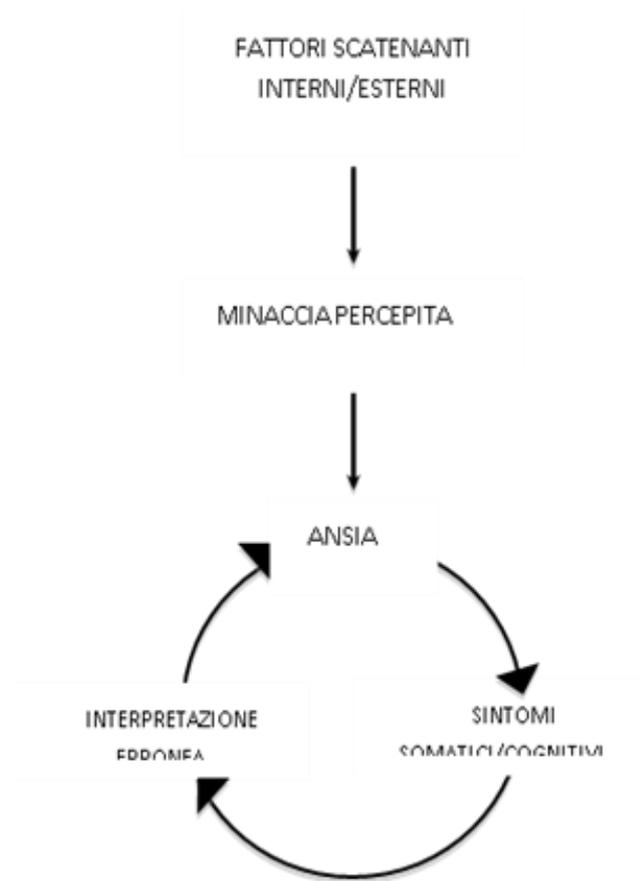
Il modello di Clark

Il modello di Clark (1986), noto come “modello del circolo vizioso del panico” si basa sul concetto che l'interpretazione catastrofica degli eventi fisici e mentali sia responsabile dell'insorgenza del panico. Quest'ultimo viene indotto da una determinata sequenza di eventi che si presentano in una successione circolare. Il soggetto, di fronte ad uno stimolo interno o esterno, percepisce una minaccia. La percezione della minaccia può provocare dei sintomi somatici e cognitivi che, se vengono interpretati erroneamente ed in senso catastrofico, innescano la preoccupazione e l'ansia, incastrando il soggetto in un circolo vizioso che si autoperpetua. Questo circuito porterà ad un incremento ulteriore della preoccupazione e della sintomatologia tale che il paziente li interpreterà come conferma della catastrofe che teme, fino a sfociare ad un attacco di panico.

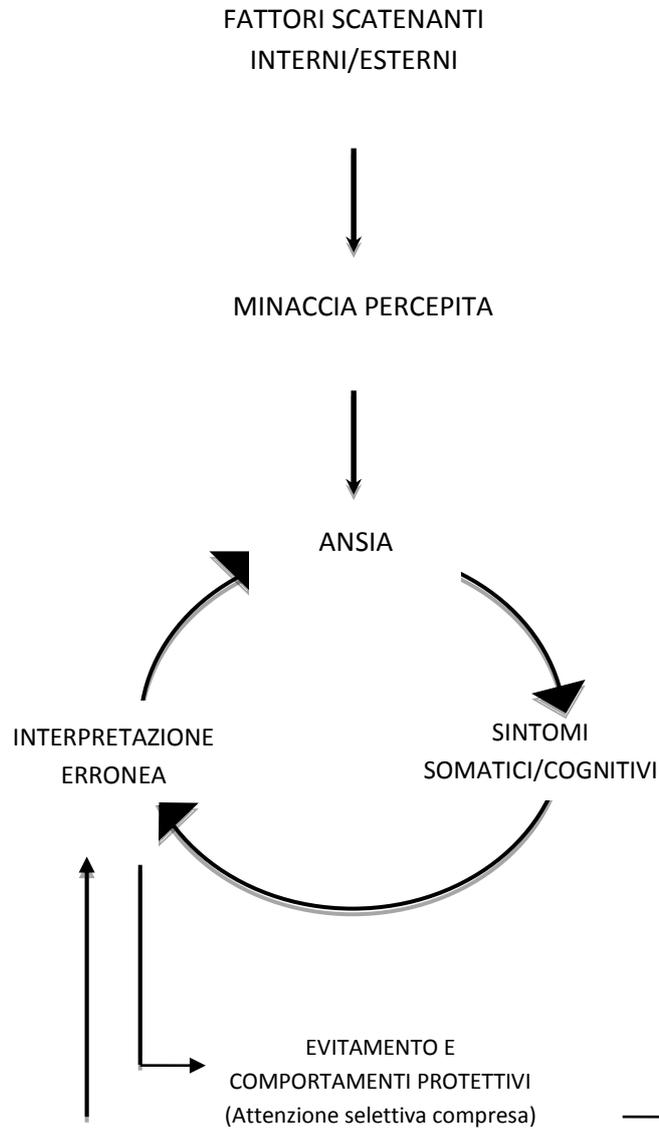
Le interpretazioni erranee associate solitamente al panico sono:

- tachicardia: *Sto per avere un infarto, sto per morire*
- vertigini: *Sto per perdere il controllo, sto per svenire, sono malato*
- mancanza d'aria: *Sto per soffocare*

Clark (1986) sottolinea che, nonostante esista una vasta gamma di fattori anche esterni in grado di innescare il panico, è soprattutto l'attribuzione di un significato specifico alle sensazioni corporee e fisiologiche a generare il circuito disfunzionale. I fattori panicogeni, pertanto, sono quasi principalmente interni. Le distorsioni cognitive alimentano la percezione di pericolo e di minaccia diventando centrali nella genesi e nel mantenimento del panico.



Modello del disturbo di panico di Clark (1986) - Circolo vizioso I



Modello cognitivo del disturbo di panico (Clark 1986) con aggiunta del ciclo di mantenimento – Circolo vizioso 2

Allo scopo di prevenire nuovi attacchi di panico, il paziente presterà un'attenzione sempre più selettiva verso le sensazioni corporee mettendo in atto comportamenti protettivi e di evitamento che, secondo lui, impediranno il ripresentarsi degli attacchi. Tali comportamenti riducono l'ansia nell'immediato ma impediscono al paziente di affrontare la stessa e, quindi, di disconfermare che non comincerà

alcuna catastrofe temuta, contribuendo al ciclo di mantenimento del disturbo (Funayama et al., 2013).

Il modello cognitivo di Clark e Beck

Il concetto fondamentale della terapia cognitiva standard per il trattamento dell'ansia si basa sul concetto che il pensiero sia il principale meccanismo di regolazione emotiva e comportamentale. In altri termini, non è la situazione in sé ad attivare un correlato emotivo e la corrispondente reazione comportamentale, ma è l'interpretazione personale dell'individuo nell'affrontare quella determinata situazione a determinare cosa proverà e come si comporterà. Questo modello sostiene che, oltre alla catastrofizzazione, emerge nel DP la percezione di non essere in grado di affrontare la crisi utilizzando le risorse personali (deficit di "fronteggiamento" o di *coping*) e che alcuni schemi disadattivi condizionino l'elaborazione delle informazioni rendendo gli individui più attenti (*bias di attenzione*) ai segnali potenzialmente di minaccia e orientati ad interpretarli (*bias di interpretazione*) come pericolosi (Beck et al., 1988). L'interpretazione dei sintomi come segnali di imminente tragedia aggrava e velocizza il processo fino al verificarsi di un attacco di panico. Pertanto, il modo di percepire una data situazione determinerà il modo di reagire delle persone davanti ad un pericolo reale o immaginario.

Tale differenza dipende da due variabili:

1. valutazione della minaccia.
2. valutazione delle proprie risorse di coping.



Schema del modello cognitivo dell'ansia (Clark e Beck, 2010)

Secondo questo schema l'ansia segue il seguente processo:

1. Situazione attivante, stimolo o segnale

Un determinato stimolo viene percepito come una minaccia, ipotetica o reale. Questa minaccia induce il soggetto a pensare che possa, in qualche modo, interferire con la soddisfazione degli obiettivi personali o portare a conseguenze negative e dolorose (Clark e Beck, 2010).

2. Modalità di orientamento

In seguito il soggetto effettua un'analisi primitiva della minaccia, valutandola in maniera immediata come un pericolo per la sua sopravvivenza. Si tratta di una sorta di sistema di valutazione automatico e rapido che misura lo stimolo in modo generale, grossolano ed indifferenziato identificandone la sola valenza negativa, positiva o neutra e la sua potenziale importanza personale (Clark e Beck, 2010).

3. Attivazione della modalità primitiva di minaccia

Nel momento in cui il soggetto attribuisce una valenza negativa all'informazione attraverso la modalità di orientamento (*orienting mode*), si attivano automaticamente gli schemi di minaccia (*primal threat mode*). Questi schemi sono inflessibili e non variabili. La loro funzione è quella di consentire alla persona di ottimizzare la propria sicurezza e abbassare al minimo l'effetto di un pericolo. Quando si attiva la modalità primitiva di minaccia (*primal threat mode*), si bloccano le modalità di pensiero elaborative e riflessive portando la persona a non riuscire a pensare ad altro e gli schemi di minaccia diventano predominanti (Clark e Beck, 2010).

Questi schemi possono essere:

1. cognitivi: la valutazione automatica di minaccia per il benessere personale;

2. comportamentali: immobilità, lotta o fuga, ovvero comportamenti difensivi;

3. fisiologici: attivazione e sensazioni fisiche;

4. affettivo-emozioni: paura, nervosismo e agitazione (Clark e Beck, 2010).

Rivalutazione elaborativa secondaria

In seguito all'attivazione della minaccia, si verifica un momento in cui il paziente può valutare con razionalità ed, in modo costruttivo, le proprie abilità per affrontare quella situazione minacciosa, oppure innescare un ciclo di

preoccupazioni per cercare di risolvere il problema che aumenta l'ansia. Questo è il motivo per cui le persone reagiscono in modo diverso all'ansia. Le differenze, infatti, dipendono da come viene valutata la minaccia e da come si giudicano le risorse personali per affrontare il pericolo (Clark e Beck, 2010).

A. Valutazione delle risorse di coping: il soggetto attua una valutazione di sé globale che può portare a due esiti: maggiore sicurezza in se stesso (*self-confidence*) o aumento del senso di vulnerabilità personale (*personal vulnerability*). I soggetti che soffrono di disturbi d'ansia tendono a valutare se stessi come non *self-confident* e tendono a percepire le proprie risorse di coping come insufficienti. Questo le induce a non pianificare strategie funzionali di fronte agli eventi, ad agire, invece, per prove ed errori (Clark e Beck, 2010).

B. Ricerca di segnali di sicurezza: al fine di ridurre l'ansia il soggetto si sforza di cercare segnali di sicurezza, in assenza dei quali vive uno stato di ansia persistente ed è portato continuamente a ricercarli. Si verificano così situazioni in cui il soggetto, invece di mettere in atto strategie di coping a lungo termine, si autoconvince di non essere in grado di affrontare autonomamente quello che sta vivendo perché lo percepisce come pericoloso (Clark e Beck, 2010).

C. Pensiero in modalità costruttiva (*constructive mode*): gli schemi di pensiero in modalità costruttiva vengono appresi con le esperienze di vita e stimolano l'aumento delle risorse vitali dell'individuo visualizzando le soluzioni per affrontare il problema. Il sistema in modalità primitiva di minaccia limita la possibilità di accedere ad un pensiero più costruttivo e a strategie efficaci ed elaborate finalizzate alla riduzione dell'ansia (Clark e Beck, 2010).

D. Preoccupazione (*worry*): se il soggetto non riesce ad attivare lo schema di pensiero in modalità costruttiva innesca dentro di sé una continua preoccupazione che non consente l'attivazione di un *problem solving* efficace.

E. Rivalutazione della minaccia: si riferisce ad una valutazione più razionale della minaccia. Tale rivalutazione si rende possibile se il soggetto formula una realistica e consapevole valutazione delle strategie di coping in suo possesso diminuendo il senso di vulnerabilità personale e riducendo la preoccupazione in relazione alla minaccia se sottoposta a controprova (Clark e Beck, 2010).

Le distorsioni cognitive presenti in pazienti con disturbo di panico sono:

- *astrazione ed attenzione selettive*: il soggetto percepisce solo alcuni elementi della situazione (esterna o interna) e si concentra in maniera fissa su questi;

- *pensiero catastrofico*: la persona amplifica gli esiti negativi di una situazione;
- *ragionamento emotivo*: la persona giudica vera una situazione reale o ipotetica valutandola solo in base alla sua percezione e minimizzando tutto ciò che prova il contrario;
- *visione tunnel*: il soggetto vede solo gli aspetti negativi di una situazione concentrandosi unicamente su ciò che collima con il suo stato mentale. Altri aspetti importanti vengono censurati o minimizzati.

I modelli cognitivi del panico si basano, pertanto, sul concetto che gli stimoli relativi al corpo (*body related*) vengano elaborati in maniera distorta dai pazienti con DP e che proprio questi meccanismi siano responsabili dello sviluppo e del mantenimento della componente ansiosa (La Malfa et al., 2002).

5.2 Teorie cognitivo-evoluzioniste

Mc Lean (1984) sostiene che, nel corso dell'evoluzione, il cervello dei vertebrati abbia subito due modifiche sostanziali. La prima ha comportato la sovrapposizione del sistema limbico al primitivo cervello dei rettili. La seconda trasformazione neuroanatomica consiste nella sovrapposizione della neocorteccia (tipica della specie *Homo Sapiens*) al sistema limbico e al cervello rettiliano che ha consentito l'emergere, nella specie umana, di comportamenti sociali come il linguaggio e il pensiero simbolico. Secondo la prospettiva evoluzionistica, la capacità di riconoscere l'altro come individuo distinto e appartenente alla propria specie ha permesso la formazione di relazioni sociali complesse importantissime per la riproduzione e la sopravvivenza della specie (Liotti, 2005).

Per rendere possibile l'instaurarsi di tali relazioni ad alta connotazione emotiva, il cervello dell'essere umano dispone dei sistemi motivazionali, ovvero sistemi di strategie innate che si attivano a seconda della relazione e servono a regolare il comportamento in vista del raggiungimento di specifiche mete. Tali sistemi di regole predispongono l'individuo ad organizzare le interazioni sociali, l'esperienza emozionale e la rappresentazione di sé con l'altro (Martini, 2014).

In tale cornice, le emozioni possiedono un valore ancestrale significativo ed informativo che risulta biologicamente determinato ed antecedente rispetto alle strutture e ai processi di pensiero (Lorenzini, Lissandron, 2011). La centralità nella gestione delle emozioni è deputata all'amigdala, una delle strutture più

antiche del cervello che ha la funzione di scandagliare ogni percezione esterna inviando messaggi di emergenza al cervello e mobilitando il sistema cardiovascolare, i muscoli e l'intestino (Goleman, 2013). LeDoux, uno dei più importanti studiosi di neurobiologia, scoprì che l'architettura del cervello conferisce all'amigdala la qualità di "sequestrare" il cervello quando l'individuo si sente in pericolo, compresa la mente razionale, imponendo i propri comandi e rispondendo prima della neocorteccia che, solo in seguito, elabora la sua risposta in maniera più lenta e raffinata (Goleman, 2013).

"La paura è la risposta emotiva ad una minaccia imminente, reale o percepita, mentre l'ansia è l'anticipazione di una minaccia futura" (APA, 2014, pag. 217).

La paura rappresenta un fenomeno adattivo ai fini della sopravvivenza dell'individuo e della specie in quanto permette di riconoscere immediatamente un pericolo e di mobilitare risorse appropriate per fronteggiare la situazione. L'ansia, invece, include una valutazione cognitiva ed emotiva correlata sia alla vigilanza, in preparazione del pericolo futuro, sia a comportamenti prudenti e di evitamento. All'interno dei disturbi d'ansia, l'attacco di panico gioca un ruolo importante come una particolare tipologia di risposta alla paura che comporta l'attivazione della sequenza comportamentale basica (APA, 2014).

In tale ottica, gli attacchi di panico, concepiti come una distorsione di una reazione istintiva al pericolo che potrebbe mettere a rischio i bisogni personali dell'individuo e della specie, cesserebbero di essere paure apparentemente irrazionali ma rappresenterebbero il frutto di un apprendimento evolucionistico (La Malfa et al., 2002).

5.3 Fattori di vulnerabilità

Il temperamento più associato ai disturbi d'ansia, incluso il disturbo di panico, è il nevroticismo (Eysenck, 1967; Gray, 1982), o la predisposizione a sperimentare "affettività negativa" in risposta a fattori di stress. Un costrutto strettamente legato all'"affettività negativa" è la tendenza a sperimentare una molteplicità di emozioni negative in diverse situazioni, anche in assenza di effettivi fattori di stress (Watson e Clark, 1984). Il nevroticismo è una sensibilità temperamentale a stimoli negativi che facilita l'emergere di stati emotivi come la paura, l'ansia, la depressione, il senso di colpa e di insoddisfazione che predispone il soggetto a credere che i sintomi dell'ansia siano nocivi (APA, 2014). L'estroversione è

collegata ad un'emoività positiva, a un senso generico di energia vitale, a una tendenza all'affiliazione, alla socialità e alla dominanza (Barlow, 2014). E' stato evidenziato che nei pazienti con disturbo di panico si riscontra un alto livello di nevroticismo e bassi livelli di estroversione caratterizzato da valutazioni negative di sé e degli altri, pessimismo, disturbi somatici e bassa autostima (Barlow, 2014). Nello specifico, il nevroticismo è un fattore di rischio per l'insorgenza degli attacchi di panico negli adolescenti (Hayward, Killen, Kraemer, & Taylor, 2000) e la reattività emozionale, nell'ultimo secolo, è stata una variabile significativa nella classificazione del disturbo di panico nei maschi tra i 18 e i 21 anni (Craske, Poulton, Tsao, & Plotkin, 2001).

Analisi strutturali confermano che l'affettività negativa rappresenta un fattore altamente significativo che distingue gli individui affetti da disturbo d'ansia (e da depressione) dagli individui del gruppo di controllo che non sono affetti da alcun disturbo mentale. Fattori meno significativi risultano discriminanti tra i vari disturbi d'ansia, tra questi la "paura della paura" è il fattore che distingue il disturbo di panico dagli altri disturbi d'ansia (Barlow, 2014).

Le analisi genetiche dei ricercatori restano attualmente contraddittorie e compromesse, per esempio i disturbi di panico sono stati collegati al cromosoma 13 (Halmilton et al., 2003; Schumacher et al., 2005) e al cromosoma 9 (Thorgeirsson et., 2003) ma i geni esatti restano sconosciuti.

Eysenck propone un'ipotesi multidimensionale dell'ansia basata su tre dimensioni: estroversione-introversione, nevroticismo e psicoticismo secondo cui è possibile spiegare la variabilità nei tratti di personalità e nei comportamenti nevrotici. Secondo questo modello, sia i disturbi d'ansia che gli stati depressivi deriverebbero da una struttura di personalità caratterizzata da elevato nevroticismo e da marcata introversione. Al contrario, gli individui psicopatici e quelli isterici mostrerebbero un'elevata estroversione e nevroticismo (Barlow, 2014).

5.4 Sensibilità all'ansia

Come descritto in precedenza, il nevroticismo è visto come un fattore caratteristico relativo a tutti i disturbi d'ansia insieme al costrutto "Paura della paura" (Barlow, 2014). Questo si sovrappone a quello della "Sensibilità all'ansia" o alla convinzione che l'ansia, e i sintomi associati, possano causare danni fisici e conseguenze sociali e psicologiche che si estendono oltre i disagi immediati

esperiti durante un episodio di ansia o di panico (Reiss, 1980). La sensibilità all'ansia è elevata nella maggior parte dei disturbi d'ansia, ma è particolarmente alta nel disturbo di panico (Barlow, 2014). Non è possibile indicare un'unica causa del disturbo di panico. Esistono, tuttavia, numerosi studi scientifici secondo cui uno specifico determinante psicologico renderebbe vulnerabili al disturbo. Tale fattore (che può a sua volta derivare da esperienze di vita sensibilizzanti e da una predisposizione biologica) è noto in letteratura con il nome di *anxiety sensitivity* e consiste in una speciale attitudine psicologica a considerare pericolosi, per la propria integrità fisica o mentale, i segnali dell'attivazione neurovegetativa (Barlow, 2014).

A causa di tale sensibilità individuale, la comparsa (spesso del tutto occasionale e fisiologica) dell'ansia e dei suoi correlati psicofisici è interpretata dal soggetto come grave minaccia imminente producendo un naturale incremento dell'ansia stessa e l'innescò di un circolo vizioso fatto di sensazioni legate all'attivazione neurovegetativa e interpretazioni catastrofiche delle stesse. Circolo vizioso che, in breve tempo, può esitare nel panico. Al ripetersi degli episodi di panico, la sensibilità all'ansia si rafforzerà rendendo sempre più probabile l'innescò del circolo vizioso sopra descritto e, con esso, la comparsa di nuovi attacchi (Barlow, 2014).

La sensibilità all'ansia rappresenta un fattore di rischio per il disturbo di panico perché innesca la paura e la reattività alle sensazioni corporee. A sostegno di ciò, la sensibilità all'ansia predice il disagio soggettivo e la sintomatologia viene riprodotta in risposta a procedimenti che inducono forti sensazioni fisiche, come l'inalazione di CO₂ (Forsyth, Palav, e Duff, 1999), il gonfiaggio del palloncino (Messenger & Shean, 1998) e l'iperventilazione (Sturges, Goetsch, Ridley, & Whittal, 1998) in campioni non clinici (Rapee E Medoro, 1994). Bouton, Mineka, e Barlow (2001) hanno notato che la relazione tra la sensibilità all'ansia e gli attacchi di panico in questi studi è relativamente inefficace rispetto al rapporto tra panico e nevroticismo. Inoltre, questi studi hanno valutato gli attacchi di panico e la preoccupazione per il panico ma non la previsione di disturbi di panico diagnosticati. Pertanto, il significato causale della sensibilità all'ansia per il disturbo di panico deve essere ancora pienamente compreso (Barlow, 2014).

5.5 Storia di abusi

Esperienze infantili di abusi sessuali e fisici potrebbero dare luogo a disturbi di panico. In un'analisi longitudinale di neozelandesi in una fascia d'età dalla nascita ai 21 anni, ha rivelato, attraverso report retrospettivi relativi all'abuso nell'infanzia, un collegamento alla nascita del disturbo di panico (Goodwin, Fergusson, & Horwood, 2005). L'associazione con l'abuso infantile è più forte per il disturbo di panico rispetto ad altri disturbi d'ansia, come la fobia sociale e il disturbo ossessivo-compulsivo (Stein et al., 1996). Inoltre, alcuni studi riportano un collegamento tra disturbo di panico e un orientamento alla violenza in altri membri della famiglia, generalmente si tratta di una violenza domestica (ad esempio, Bandelow et al., 2002), mentre un altro studio non l'ha confermato (Goodwin et al., 2005).

5.6 Consapevolezza enterocettiva

I pazienti con disturbo di panico sembrano possedere maggiore consapevolezza o capacità di rilevare sensazioni corporee di eccitazione (ad esempio, Zoellner & Craske, 1999). La consapevolezza enterocettiva potrebbe essere una predisposizione, caratteristica del disturbo di panico che, aumenterebbe la probabilità di percepire sensazioni che scatenano gli attacchi di panico (Barlow, 2014). I sintomi cardiaci come l'asma sono predittori dello sviluppo degli attacchi di panico e del disturbo di panico. Diversa dall'enterocezione è la questione relativa alla propensione all'attivazione autonoma intensa. Come osservato in precedenza, alcuni aspetti risultano essere geneticamente presenti attraverso esperienze riportate come l'affanno, la tachicardia e la sensazione di terrore. Presumibilmente la reattività cardiovascolare presenta un'unica predisposizione fisiologica per il disturbo di panico. A sostegno di ciò, i sintomi cardiaci e il respiro corto predicono successivamente lo sviluppo di attacchi di panico e del disturbo di panico (Barlow, 2014).

5.7 Fattori di mantenimento

La "*paura della paura*" acuta (o più nello specifico l'ansia focalizzata su sensazioni somatiche) che si sviluppa dopo gli attacchi di panico iniziali in individui vulnerabili, si riferisce all'ansia relativa a sensazioni corporee associate agli attacchi di panico (come ad esempio battito accelerato, vertigini, parestesie)

(Barlow, 2006) ed è attribuita a due fattori. Il primo è l'interocezione condizionata o la paura condizionata di sensazioni interne come, ad esempio, l'elevata frequenza cardiaca a causa della loro associazione con la paura intensa, il dolore o l'angoscia. Lissek et al. (2010) affermano che, una volta che viene appresa la paura di sensazioni corporee specifiche, gli individui con disturbo di panico potrebbero avere difficoltà a percepire altre sensazioni innocue che potrebbero essere più probabilmente generalizzate ai vari stati corporei (Barlow, 2014). Il secondo fattore proposto da Clark (1986) per spiegare la paura acuta delle sensazioni di panico relative al corpo è la previsione catastrofica delle sensazioni corporee come l'interpretazione catastrofica, la morte imminente o la perdita di controllo. (Barlow, 2014).

6. Principi di trattamento farmacologico

Il disturbo di panico rappresenta una condizione curabile. L'intervento farmacologico mira a bloccare i fenonemi acuti e a controllare i livelli di ansia anticipatoria che invalidano la qualità della vita del soggetto. Nelle fasi iniziali vengono solitamente somministrate dosi ridotte al fine di ridurre gli effetti collaterali per, poi, stabilizzare gradualmente il paziente sulla posologia ottimale. Gli effetti terapeutici si manifestano dopo circa quattro settimane (Marchesi, 2008).

I farmaci che risultano efficaci per il trattamento del disturbo di panico sono:

- Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)
- Inibitori delle monoaminossidasi (IMAO)
- Triciclici (TCA)
- Alprazolam (BDZ)

I succitati farmaci sono noti come antidepressivi, escluso l'Alprazolam (Xanax) che è, invece, una benzodiazepina.

Il primo esperimento psicofarmacologico della ricerca sul disturbo di panico che ha portato al riconoscimento di quest'ultimo come condizione a sé stante è quello di Donald Klein negli anni Sessanta. Egli osservò che gli antidepressivi, triciclici, in particolare l'imipramina, *“risultava efficace nel bloccare gli attacchi di panico*

e suggerì che la risposta farmacologica poteva costituire un metodo utile per delimitare una sindrome psichiatrica” (Marazziti, Renda, 2012, pag.7).

Attualmente, il trattamento farmacologico del disturbo di panico viene preceduto da una fase preliminare di riorganizzazione cognitiva con lo scopo di identificare i sintomi lamentati dal paziente come appartenenti ad un’entità clinica precisa (Martini, 2014). Dopo aver dimostrato che i sintomi rientrano in una categoria clinica specifica, la terapia farmacologica può essere suddivisa sostanzialmente in tre fasi:

- 1. Impostazione**, che ha lo scopo di controllare gli attacchi, l’ansia anticipatoria e l’evitamento che di conseguenza il paziente mette in atto;
- 2. Consolidamento**, che mira a stabilizzare i risultati raggiunti;
- 3. Prevenzione** di riacutizzazioni e recidive, al fine di permettere un totale recupero funzionale (Martini, 2014)

E’ probabile che il paziente assuma già farmaci inappropriati in modo del tutto arbitrario. In questi casi, il piano terapeutico prevede la riduzione graduale del dosaggio delle benzodiazepine (farmaci di cui si abusa). In seguito, si passa alla scelta di uno o più farmaci combinati e si decide la dose terapeutica. Generalmente la durata del trattamento si aggira intorno ai 6/8 mesi a dose piena affiancato da un trattamento psicoterapeutico. La terza fase implica una sospensione graduale della terapia che non va iniziata prima di aver constatato un sostanziale miglioramento in 8-12 mesi (Martini, 2014).

La terapia farmacologica presenta degli svantaggi legati al rischio di dipendenza e ad un considerevole tasso di ricaduta al termine della terapia. È utile illustrare alla persona che si sottopone al trattamento i rischi connessi ad una brusca e precoce interruzione dei farmaci e agli effetti collaterali connessi. Infatti, risulta abbastanza frequente che i pazienti possano interpretare questi ultimi come segni tipici di un attacco di panico, provocando immediatamente una drastica riduzione della terapia (Sarti et al., 2000). In particolare, i farmaci triciclici sono responsabili di notevoli effetti collaterali e la somministrazione di IMAO (che rappresentano la categoria più vecchia di farmaci antidepressivi) deve necessariamente affiancarsi ad un regime alimentare specifico. Questi effetti potrebbero produrre alterazioni o rotture nell’alleanza terapeutica, incrinando la fiducia nel terapeuta. E’, quindi, di sostanziale importanza che il trattamento sia adattato al singolo paziente scegliendo una terapia farmacologica individualizzata,

che tenga presente le caratteristiche del singolo paziente, prevedendo i possibili effetti indesiderati e considerando anche l'efficacia di interventi integrati (Sarti et al., 2000).

Dati incontrovertibili sull'utilità delle terapie farmacologiche e delle psicoterapie cognitivo-comportamentali nei pazienti affetti da disturbo di panico hanno, spesso, dimostrato un miglioramento dei sintomi in periodi relativamente brevi. Gli interventi farmacologici e cognitivo-comportamentali si sono dimostrati estremamente utili nel trattamento del disturbo di panico (Barlow, 2014).

7. Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche

La letteratura internazionale vanta considerevoli progressi nello sviluppo di modelli biopsicosociali e notevoli riconoscimenti dell'efficacia dei trattamenti cognitivo-comportamentali finalizzati alla paura delle sensazioni corporee (Barlow, 2014).

Terapia cognitivo – comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale rappresenta un approccio elettivo per il trattamento del disturbo di panico. Gli elementi di forza sono l'elaborazione e l'impiego di protocolli di intervento standardizzati, nonché la presenza in letteratura di studi che ne documentano la validità e l'efficacia (APA, 2014).

Gli obiettivi della TCC nel trattamento del panico sono: (Clark e Beck, 2010)

1. identificare ed eliminare le fonti di stress;
2. favorire una maggiore tolleranza all'ansia o al disagio e ripristinare una sensazione di sicurezza, attraverso una abituação ai sintomi. Si lavora limitando la sensibilità o responsività alle sensazioni fisiche (dolore al petto, iperventilazione) o cognitive (paura di impazzire, morire, perdere il controllo) significative nel panico;
3. attenuare l'interpretazione catastrofica disfunzionale e ridurre l'attivazione degli schemi di minaccia, paura e pericolo che precede il manifestarsi degli stati fisici o mentali;
4. potenziare le capacità di rivalutazione cognitiva, al fine di aiutare il soggetto ad adottare una visione alternativa positiva e realistica dei sintomi artefici della paura o angoscia;

5. eliminare l'evitamento e altri comportamenti errati di ricerca di sicurezza.

Al fine di raggiungere questi obiettivi, la terapia cognitivo-comportamentale si articola nelle seguenti componenti:

- Psicoeducazione al modello cognitivo del panico (attraverso i circoli viziosi)
- Esperimenti comportamentali enterocettivi (induzione dei sintomi) in seduta e come compiti a casa
- Ri-addestramento del respiro (respirazione a 4 tempi)
- Ristrutturazione cognitiva degli esiti catastrofici più temuti delle sensazioni fisiche (iperventilazione)
- Stare con i sintomi, insegnare la tolleranza a essi
- Esposizione graduata in vivo
- Prevenzione delle ricadute
- Training di rilassamento (facoltativo all'interno del protocollo standard)

Fase di trattamento

Psicoeducazione

Questa fase rappresenta un passaggio basilare che consente al paziente di entrare in contatto con la terapia in maniera consapevole. La psicoeducazione può essere potenziata con la lettura di un libro specifico sull'ansia o con appositi fascicoli informativi e consente al paziente di riflettere su alcune dinamiche di pensiero disfunzionali legate al disturbo (Rovetto, 2003).

L'obiettivo è quello di fornire chiarimenti ed informazioni dettagliate sull'ansia e sul panico allo scopo di innescare un processo di *insight* che aiuti il paziente sia a reagire alla propria condizione disfunzionale sia a comprendere che l'attacco di panico è un processo costantemente rinforzato da numerosi aspetti che può imparare a controllare (Rovetto, 2003). A tale scopo, il paziente verrà istruito sui meccanismi di esordio e mantenimento del panico attraverso la costruzione del circolo vizioso. Il più rilevante è quello di Clark (1986) che risulta uno dei più validi per la concettualizzazione cognitiva e per il trattamento del DP. Lo stesso verrà condiviso con il paziente e rappresentato graficamente in seduta. Questa

modalità consente al paziente di comprendere in modo esaustivo quanto le proprie interpretazioni siano fondamentali nel circolo del panico e quanto il suo coinvolgimento sia attivo e determinante nella genesi e nella continuità dell'attacco (Rovetto, 2003).

Nelle prime sedute del trattamento verrà spiegato al paziente che un attacco di panico avviene per una serie di motivi, quali:

- Stimoli scatenanti il panico
- Sensazioni fisiche sgradevoli
- Interpretazioni catastrofiche errate
- Risposte di evitamento e di ricerca di sicurezza messe in atto

Esperimenti dimostrativi

Nel caso in cui non siano stati raccolti dati sufficienti per riempire il circolo vizioso, si possono utilizzare delle tecniche basate sull'utilizzo di parole che evocano l'ansia come il compito delle coppie associate (Rovetto, 2003).

Questa tecnica prevede la presentazione di coppie di parole chiedendo al paziente di soffermarsi sul significato di ciascuna coppia per circa 5-8 secondi. Le parole usate si riferiscono a termini solitamente associati a sensazioni d'ansia e a calamità fisiche che richiamano nella mente del paziente il contenuto delle interpretazioni disfunzionali del panico. Lo scopo è illustrare l'effetto che i pensieri hanno sull'ansia e sulle sensazioni somatiche associate e completare il circolo vizioso del panico (Wells, 1999; Rovetto, 2003).

Mancanza d'aria – soffocamento

Capogiro – svenimento

Dolore al petto – attacco cardiaco (infarto)

Intorpidimento – ictus

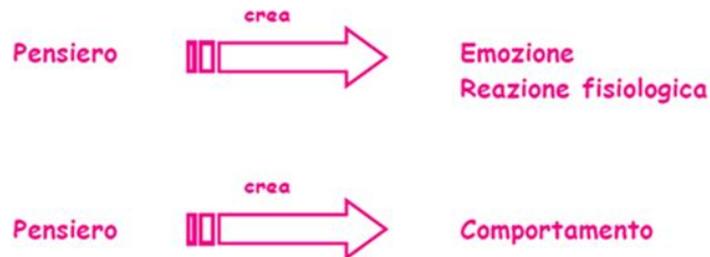
Palpitazione – attacco cardiaco (infarto)

Assurdità – follia

Debolezza – collasso

Attraverso il modello cognitivo, viene illustrato al paziente quanto il ruolo del pensiero sia decisivo nel determinare ed accentuare le emozioni, le reazioni

fisiologiche ed influenzare le risposte comportamentali. La nozione fondamentale alla base dell'approccio cognitivo è che non sono gli eventi a determinare il modo in cui un individuo percepirà (emozioni) la situazione e reagirà alla stessa (comportamenti), quanto piuttosto il modo in cui la interpreterà (pensieri).



Esposizione enterocettiva

L'esposizione enterocettiva rappresenta la tecnica cardine della terapia cognitivo-comportamentale per aumentare la tolleranza e favorire l'abituazione ai sintomi. Si tratta di una serie di esperimenti comportamentali basati sull'induzione di sensazioni fisiologiche analoghe a quelle che sorgono spontaneamente durante una crisi di panico (tachicardia, vertigini, affanno). Tale sperimentazione viene eseguita in maniera sempre più continua ed intensa per mettere in discussione l'abitudine del paziente ad evitare i sintomi. L'obiettivo è disconfermare le credenze catastrofiche ricercando prove a favore delle interpretazioni alternative funzionali per dimostrare al paziente come superare un episodio di tachicardia senza ricorrere a comportamenti di evitamento o fuga apprendendo che si tratta di episodi plausibilmente sgradevoli, ma non pericolosi o mortali (Rovetto, 2003). Durante questo esercizio vengono scelti i sintomi che il paziente teme e vengono messi in atto insieme al terapeuta. Ad esempio, per disconfermare la credenza irrazionale relativa alla sudorazione *“Se sto sudando significa che mi sta venendo un infarto”* viene chiesto al paziente di correre sul posto o di avvicinare il viso ad una fonte di calore per dimostrargli che la sudorazione è un fatto naturale e non provoca l'infarto. Per indurre al paziente il sintomo come homework, potrà continuare gli esercizi indossando vestiti pesanti allo scopo modificare gradualmente i comportamenti di evitamento messi in atto.

Di seguito sono elencati i più comuni esempi di induzione:

Iperventilazione per 1-2 minuti *	Affanno, sensazione di soffocamento	"Non posso sopportarlo; penso che se continua sverrò"
Trattenere il respiro per 30 secondi	Affanno, sensazione di soffocamento	"Cosa succede se non riesco a respirare correttamente? Potrei soffocare"
Respirare da una sola narice per 2 minuti	Affanno, sensazione di soffocamento	"Necessito di più aria o soffocherò"
Girare intorno a se stessi, in piedi per 1 minuto	Sensazione di vertigine o di svenimento	"Se sento sensazioni di nausea, potrei vomitare"
Mettere la testa tra le ginocchia per 30 secondi e poi alzarla di colpo	Sensazione di vertigine o di svenimento	"Quando mi sento stordito, potrebbe essere un sintomo di ictus?"
Scuotere la testa rapidamente da una parte all'altra per 30 secondi	Sensazione di vertigine o di svenimento	"Quando ho le vertigini perdo il contatto con la realtà e questo potrebbe portarmi a non stare bene"
Tirare tutti i muscoli del corpo per 1 minuto	Tremore, agitazione	"Le persone noteranno che mi tremano le gambe e penseranno che c'è qualcosa che non va in me"
Correre sul posto per 1 minuto	Battito accelerato	"Potrei avere un attacco cardiaco"
Sedersi di fronte a una stufa per 2 minuti	Affanno, sensazione di soffocamento, sudorazione elevata	"Le persone saranno disgustate dal mio sudore"
Andare sul tapis roulant o sulla cyclette per 10 minuti 3 volte al giorno	Battito accelerato	"Potrei avere un attacco cardiaco"
Abbassare e spingere la lingua indietro per 30 secondi	Senso di strozzarsi	"Questa sensazione è così cattiva che potrebbe causarmi vomito"

I compiti a casa vengono presentati come una componente importante del trattamento. Si chiede al paziente di continuare ad eseguire gli esercizi a casa finchè la forza dei pensieri catastrofici non sia diminuita e sia aumentata quella dei pensieri non catastrofici. Se, ad esempio, teme il soffocamento, potrebbe stringersi la cravatta, potrebbe andare in ascensore o in altri spazi chiusi, fare molto esercizio fisico, fare una doccia calda, con le finestre e le porte chiuse. Questo induce sensazioni di soffocamento e di pressione a livello del torace.

I pensieri irrazionali che accompagnano il meccanismo di evitamento sono:

- Se mi sento la gola stretta in uno stato di tensione, rischierò di soffocare
- Le sensazioni di soffocamento sono molto pericolose
- Il respiro è tanto automatico che avviene anche di notte
- La sensazione di soffocamento è sgradevole, ma non pericolosa
- Se aspetto, passa

Viene chiesto al paziente di trattenere il respiro tutte le volte che avverte la sensazione di mancanza d'aria, in modo da aumentare le sensazioni per, poi, respirare normalmente e notare le differenze tra trattenere il respiro e respirare

(Rovetto, 2003). Queste esperienze portano il paziente a realizzare che stava esagerando e la sensazione di mancanza d'aria come il suo respiro, in realtà, erano molto più normali di quanto pensasse. Inoltre, questi esperimenti provano che le sensazioni fisiche non convogliano automaticamente all'ansia e al panico ma è, piuttosto, il modo in cui il paziente interpreta i suoi sintomi a determinare se l'ansia si trasformerà in panico (Rovetto, 2003). Un tipico esempio di esposizione enterocettiva è l'iperventilazione. L'iperventilazione è una tecnica che consiste nell'aumentare la frequenza del respiro mediante inspirazioni ed espirazioni molto rapide. Questo comporta una drastica riduzione della concentrazione di anidride carbonica nel sangue, lasciando pressoché invariata la concentrazione di ossigeno. Tale abbassamento del livello di anidride carbonica nel sistema circolatorio produce diversi effetti. Un livello leggero produce vertigini e senso di stordimento. Un eccesso di respirazione più prolungato produce intorpidimento e formicolio alle dita di mani e piedi e alle labbra, sudorazione, batticuore, tremolio e sensazioni di paura, panico e irrealtà (Rovetto, 2003). L'iperventilazione rappresenta la tecnica più utilizzata nel trattamento del disturbo panico in quanto consente di produrre alcuni importanti sintomi sperimentati durante gli episodi panicogeni. Questo esercizio risulta utile per formulare interpretazioni alternative ai pensieri catastrofici connessi alla sintomatologia e per modificare le risposte emotive del soggetto (Rovetto 2003).

Ristrutturazione cognitiva degli eventi catastrofici

La ristrutturazione cognitiva rappresenta la tecnica cardine nella terapia cognitiva del panico e svolge due funzioni: modifica i pensieri disfunzionali offrendo un'evidenza contraria alle interpretazioni catastrofiche del paziente e promuove la costruzione di una spiegazione alternativa alle sensazioni interne (Martini, 2014).

La terapia cognitiva standard si avvale di diversi strumenti per correggere le credenze, monitorare i pensieri automatici comprendendo il significato degli stessi e modificare il comportamento (Beck, 2008):

- ✓ *Dialogo socratico* un metodo di conduzione del colloquio che consiste in una serie di domande che guidano il paziente nella scoperta del significato delle sue credenze disfunzionali promuovendo un atteggiamento critico nei confronti di queste ultime allo scopo di modificarle (Beck, 1995; Wells, 1997).

- ✓ L'ABC è un *report* nel quale vengono annotati un evento attivante (A), i pensieri che si associano ad esso (B) e le emozioni, le sensazioni fisiche e le reazioni comportamentali connesse all'evento e ai pensieri (C). Tale tecnica aiuta il paziente ad identificare il contenuto dei pensieri automatici per facilitare lo sviluppo della consapevolezza del legame esistente tra questi livelli imparando a riconoscere abituali modalità distorte di interpretazione degli eventi.

Il Modello A-B-C



Al fine di avviare un ragionamento funzionale e consentire la disconferma degli errori di ragionamento presenti, vengono abitualmente utilizzate domande per mettere in discussione alcuni pensieri (Rovetto, 2003):

- È vero?
 - Come faccio a sapere che è vero?
 - È sempre vero? (un'affermazione vera al 90% non è sempre vera)
 - Quali prove ci sono del fatto che è vero?
 - Quali prove esistono che dimostrano che non è vero?
 - È mai successo in precedenza?
 - Che cosa c'è di differente ora?
 - Se fosse vero, quanto sarebbe realmente cattiva come situazione?
 - Qual è la cosa peggiore che potrebbe capitare?
 - Se capitasse la cosa peggiore che posso aspettarmi, quanto sarebbe in realtà negativa?
- ✓ *Registrazione dei pensieri (RP)*
- Inizialmente chiamata “Registrazione dei pensieri disfunzionali” (RPD) (Beck, 1995; Wells, 1997), viene definita in seguito da Beck (2011) “Registro del pensiero”. Tale tecnica fornisce un mezzo per la registrazione dei pensieri automatici, attraverso il quale l'individuo può

sviluppare maggiore consapevolezza del legame esistente tra pensieri, emozioni e comportamenti. È una scheda composta da diverse colonne, nelle quali registrare, a partire da una situazione problematica i pensieri automatici e le emozioni associate con la relativa intensità. Successivamente, attraverso una serie domande, è possibile mettere in discussione i pensieri automatici producendo interpretazioni alternative.

✓ *Interpretazioni alternative*

Questa tecnica aiuta il paziente a sospendere il giudizio iniziale formulando una molteplicità di interpretazioni alternative riguardo a determinati eventi o situazioni. Riconsiderare la situazione aiuta il paziente a diminuire la probabilità percepita che il suo giudizio iniziale possa essere vero o che l'effetto più devastante si verifichi.

✓ *Tecnica della freccia discendente*

Tecnica funzionale per identificare le credenze intermedie e le credenze di base. Dopo aver identificato un pensiero automatico negativo si chiede al paziente il significato della sua cognizione. Chiedere che cosa significa un pensiero per il paziente porta alla luce una credenza intermedia fino a rivelare la credenza di base sottostante.

Le tecniche cognitive operano sulle interpretazioni e sui significati soggettivi del paziente trasformando i pensieri, le emozioni e il comportamento. Le previsioni del paziente che soffre di panico sono caratterizzate da idee disfunzionali, da schemi cognitivi molto rigidi e da distorsioni cognitive (Rovetto, 2003). L'attenzione si presenta selettivamente convogliata su aspetti ambientali valutati come particolarmente preoccupanti e, soprattutto, su percezioni corporee vissute in maniera minacciosa. I pensieri ansiosi sono sostanzialmente pensieri automatici di cui, quasi sempre, i pazienti non hanno alcuna consapevolezza. Potrebbero essere necessarie alcune settimane perché ne diventino consapevoli e partire dall'osservazione del contenuto di tali pensieri rappresenta il primo passo per favorire tale consapevolezza (Rovetto, 2003).

E' possibile individuare nei pensieri automatici dei soggetti con panico, le distorsioni cognitive tipiche di questo disturbo:

- **Astrazione selettiva:** la tendenza a valutare vero ciò che prova i propri pensieri e non prestare attenzione a ciò che li contraddice.
- **Saltare alle conclusioni:** la tendenza a decidere che qualcosa è giusto o è sbagliato con sproporzionata rapidità. Quando si presenta un minimo sintomo, i pazienti affetti da panico pensano di morire o di perdere il controllo da lì a poco.
- **Catastrofizzazione:** tipica distorsione cognitiva presente nella maggior parte dei pazienti affetti da panico che considerano in modo eccessivamente negativo gli avvenimenti futuri producendo pensieri del tipo: “Non ce la farò”, “Morirò”.
- **Ipergeneralizzazione:** la tendenza ad attribuire le emozioni negative vissute in alcune esperienze sconvolgenti del passato a quasi tutte le altre esperienze del presente.
- **Pensiero tutto o nulla:** si tratta di un peculiare modo di ragionare in modo completamente positivo o completamente negativo, senza vie di mezzo (Rovetto, 2003). Nel disturbo di panico la ristrutturazione cognitiva si focalizza, quindi, sulla raccolta dell’evidenza che il paziente genera automaticamente attraverso le errate interpretazioni e l’esagerazione delle sensazioni fisiche, fornendogli spiegazioni alternative funzionali, e cioè informandolo che la probabilità di morire, impazzire, perdere il controllo o svenire durante un attacco di panico siano praticamente nulle. Non è l’attacco di panico a rendere questi eventi più probabili, ma è il ruolo dei pensieri e delle credenze catastrofiche a mantenere attivi i sintomi del panico e i livelli dell’ansia molto elevati (Rovetto, 2003).

Stare con i sintomi: insegnare la tolleranza a questi

Aumentare la tolleranza individuale e il senso di sicurezza personale rappresenta un altro obiettivo importante della terapia cognitiva. Lo scopo di questo esercizio è apprendere che si può essere in grado di tollerare e gestire un disagio senza sentirsi particolarmente ansiosi (Rovetto, 2003). Durante gli esercizi di esposizione viene incrementata la capacità del paziente di accettare i sintomi fisici associati all’ansia. Solitamente viene utilizzato un diario compilato dal paziente per stimare il grado di disagio associato a ciascun sintomo con il relativo livello d’ansia. Il concetto importante da trasferire al paziente è che lui è in grado di tollerare queste sensazioni fisiche come chiunque altro. È solo questione di esercizio. Prima di procedere è importante, inoltre, assicurarsi che le valutazioni

del paziente siano “realistiche” in quanto quelle basate sulle sensazioni risulteranno sempre distorte a causa dell’eccessivo stato ansioso (Rovetto, 2003).

Il terapeuta offre al paziente delle spiegazioni alternative come ipotesi invitandolo a verificare la validità di ciascuna di esse, proponendo prove a favore e contro ciascuna spiegazione.

Ad esempio:

Sensazione di torpore o formicolio

- ✓ *Pensieri irrazionali:* Mi verrà un ictus, starò male
- ✓ *Pensieri razionali:* Più mi concentro sui miei sintomi, più li amplifico, quando mi viene un pensiero su un sintomo, lo accetto, non lo reprimo, lascio che pazientemente svanisca da solo

Le sensazioni sgradevoli possono dipendere da una risposta fisiologica, non pericolosa, l’aumento dell’ansia può essere una reazione allo stress o la conseguenza di effetti collaterali del caffè, dell’alcool o dei farmaci.

Esposizione graduata in vivo

L’esposizione in vivo rappresenta una tecnica comportamentale basilare della terapia cognitivo-comportamentale per il disturbo di panico. Il rationale di questa pratica si basa sulla constatazione che il paziente non sia nato con la paura dell’ascensore o della metropolitana, ma che abbia appreso e consolidato successivamente tali paure attraverso diversi processi. L’esposizione in vivo mira al cambiamento del comportamento appreso tramite l’esperienza diretta, mettendo in discussione le credenze e le reazioni emotive e desensibilizzando il paziente nei confronti degli stimoli temuti (Rovetto, 2003).

La progressione delle esposizioni viene solitamente concordata con il paziente partendo da situazioni meno ansiogene fino a quelle più ansiogene. Vengono, delineate le peggiori conseguenze che, secondo lui, potrebbero derivare da tale esposizione e verrà, pertanto, redatta una gerarchia di situazioni per lui difficili e, a seconda delle risposte ansiose che evocano, verranno ordinate in una sorta di graduatoria da 0 a 100, dove 0 equivale a nessuna paura e 100 ad un grado di paura estrema (Rovetto, 2003). Una volta che uno step non elicità più ansia, il paziente potrà affrontare il successivo passo della gerarchia. Prima di

un'esposizione in vivo il livello della paura è naturalmente molto elevato e collegato all'aspettativa di stare male, ma restando nella situazione più a lungo possibile, il paziente può constatare la spontanea diminuzione del livello ansioso (Rovetto, 2003).

La reazione emotiva dei pazienti esposti ad una situazione temuta raggiunge il picco e solitamente si normalizza in meno di venti minuti. L'esposizione dura al massimo 90 minuti con una diminuzione visibile dell'ansia dopo 30-60 minuti di esposizione e risulta efficace se viene eseguita in maniera organizzata, sistematica e graduale. Il paziente resta nella situazione abbastanza a lungo da accertare la spontanea riduzione del livello ansioso, in particolare dai 30 ai 60 minuti. L'obiettivo delle esposizioni dirette agli stimoli temuti consiste nell'incrementare l'autonomia del paziente riducendo l'intensità dei condizionamenti appresi e, quindi, delle reazioni emotive. Il fulcro di tali esperimenti è aiutare il paziente a percepire i sintomi dell'attivazione ansiosa senza innescare il circolo vizioso del panico, disconfermando le proprie convinzioni e superando gradualmente paure che sembravano insormontabili. (Rovetto, 2003).

Gli interventi di esposizione efficienti attivano gli schemi di paura e disconfermano lo schema di minaccia. Accumulando nel tempo le esperienze positive, il paziente acquisirà maggiore fiducia nelle proprie risorse riducendo la tendenza alla fuga o all'evitamento (Rovetto, 2003). E' possibile anche avvalersi dell'aiuto dei familiari o di persone significative che accompagnino il paziente nelle situazioni ansiogene della gerarchia intervenendo meno possibile per ridurre comportamenti di evitamento e ricerca di rassicurazioni. Il punto importante è che, al termine delle varie esposizioni pianificate, il paziente sviluppi proprie capacità per far fronte alle situazioni in precedenza evitate sentendosi sicuro e mantenendo un atteggiamento più adattivo e funzionale. Un attacco di panico può rivelarsi utile per disconfermare le credenze catastrofiche rappresentando una valida opportunità per considerare le conseguenze temute in modo meno drammatico (Rovetto, 2003).

La realtà virtuale è un nuovo tipo di trattamento utilizzato in maniera specifica per desensibilizzare il paziente. Con la realtà virtuale una persona è immersa nella paura fino a diventare immune. Risulta effettivamente possibile mettere il paziente in una situazione spaventosa esponendolo in vivo ad essa, ma questo può

essere costoso o pericoloso, così la realtà virtuale rappresenta una grande alternativa all'esposizione reale (Davis, 2015).

8. Prevenzione delle ricadute

Nella fase finale del trattamento, una volta raggiunti gli obiettivi prefissati, risulta utile scrivere insieme al paziente un resoconto generale delle strategie acquisite durante tutto il percorso psicoterapeutico.

Il lavoro in questo ambito consiste nell'esaminare:

- le cause del panico
- i fattori di mantenimento
- i modi usati per superare il problema

La prevenzione delle ricadute rappresenta uno step importante per salvaguardare possibili manifestazioni ansiose o per protrarre la terapia ad altre situazioni che il paziente teme ed, alle quali, non è stato possibile esporlo. I pazienti, in questa fase dovrebbero già essere informati sul fatto che l'obiettivo finale del lavoro psicoterapico è quello di diventare "terapeuti di se stessi", in modo da continuare a lavorare su eventuali distorsioni cognitive anche dopo la fine del trattamento. È possibile che si verifichi una ricaduta quando un paziente per molto tempo ha evitato una situazione. Più a lungo si evita una situazione, infatti, più alta è la probabilità di avere una reazione ansiosa (Rovetto, 2003). Altre ricadute potrebbero verificarsi quando nella vita del paziente eventi precipitanti come una persona amata, il lavoro o un trasferimento portano ad un temporaneo peggioramento dei sintomi. La previsione delle ricadute aiuta a pianificare ciò che occorre fare nel caso si manifestassero. Di solito vengono forniti una serie di suggerimenti da mettere in atto in caso di ricaduta o di temporaneo peggioramento ma i sintomi non saranno mai così forti come all'inizio della terapia. Quando si verifica un peggioramento, è utile esaminare che cosa sta succedendo nella vita del paziente usando le stesse tecniche già messe in atto in terapia (Rovetto, 2003). Le ultime due o tre sedute dovrebbero essere, quindi, dedicate alla prevenzione delle ricadute: le interpretazioni erranee rimanenti potrebbero, infatti, rappresentare un fattore di vulnerabilità per il futuro. Possono risultare valide misure di autovalutazione per stimare le convinzioni patologiche residue, gli

evitamenti e i comportamenti protettivi ancora presenti con l'obiettivo di dimostrare al paziente come superare un episodio di tachicardia senza ricorrere a comportamenti di evitamento o fuga apprendendo che si tratta di episodi plausibilmente sgradevoli, ma non pericolosi o mortali (Rovetto, 2003). Occorre, inoltre, effettuare una rassegna del lavoro svolto e una ridefinizione delle possibili future esperienze di ansia. A tale scopo, è opportuno chiedere al paziente di mettere per iscritto tutto quello che ha imparato, nel corso del trattamento, riguardo alle cause del panico, ai suoi fattori di mantenimento e ai modi più adeguati per superare il problema. Questa relazione dovrebbe comprendere uno schema del circolo vizioso in cui era intrappolato, un elenco dei comportamenti protettivi e delle strategie di evitamento da lui messi in atto e una descrizione dei sistemi ritenuti più utili per valutare le convinzioni patologiche e le infondate interpretazioni dei propri sintomi (Rovetto, 2003). Questa riflessione sul proprio percorso terapeutico è molto valida, rafforza il ricordo di quanto appreso in terapia e consente di preconstituire strumenti per affrontare eventuali problemi futuri come un momento di ansia intensa o un vero e proprio attacco di panico. Si chiede, quindi, al paziente di esprimere su una scala da 0 a 100 quanto sarebbe penoso vivere una nuova esperienza di panico e si ottengono informazioni su eventuali problemi irrisolti. Se il punteggio è alto, è opportuno cercare nuovamente le ragioni con l'obiettivo di dimostrare al paziente come superare un episodio di tachicardia senza ricorrere a comportamenti di evitamento o fuga (Rovetto, 2003). Le eventuali esperienze di panico non dovrebbero essere viste dal paziente come una ricaduta ma, piuttosto, come un'occasione per rinforzare i compiti della terapia e il terapeuta dovrà essere certo che il paziente abbia ben chiara la possibilità che attacchi di panico occasionali potrebbero accadere in quanto l'ansia è una parte normale della vita. A tale scopo, dovrebbero essere pianificate due o tre sedute di sostegno ad intervalli di due o tre mesi. Il trattamento cognitivo-comportamentale si basa su un processo di crescita e cambiamento in cui si impara a vivere in maniera differente le proprie paure con l'obiettivo di dimostrare al paziente come superare un episodio di tachicardia senza ricorrere a comportamenti di evitamento o fuga apprendendo che si tratta di episodi plausibilmente sgradevoli, ma non pericolosi o mortali (Rovetto, 2003). Tale processo di crescita, a prescindere dagli incontri con il terapeuta, contraddistingue la nostra intera esistenza. Nell'ottica delle prevenzione delle

ricadute, risultano efficaci le pratiche relative all'accettazione e alla focalizzazione sul "qui e ora" come la *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), un protocollo finalizzato principalmente a promuovere accettazione e consapevolezza dei pensieri e delle emozioni provate. Tutto ciò facilita una risposta più adeguata ai propri stati interni, reagendo in maniera più funzionale e meno automatica.

8.1 Mindfulness

Introdotta da Jon Kabat-Zinn nel 1979 ed, inizialmente, chiamata *Stress Reduction and Relaxation Program*, fu, in un secondo momento denominata *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR). Si tratta di una pratica meditativa che nasce nell'ambiente del monachesimo buddista e, come afferma il medico americano Kabat-Zinn, consiste nel "*porre attenzione in modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante*" (Kabat-Zinn, 1990, 1994). Si tratta di un esercizio di auto-osservazione, sia degli stimoli interni all'individuo che di quelli esterni e si apprende tramite la pratica diretta. La sua pratica viene svolta in 8 sessioni, di due ore ciascuna (Craigie et al., 2008; Kabat-Zinn, 2005). Il programma MBSR ha l'obiettivo di ridurre lo stress che è direttamente correlato all'ansia e aiutare i pazienti con dolore cronico o svariate patologie psicologiche quali depressione, ansia, attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress, malattie psicosomatiche, disturbi di coppia, a gestire gli stessi in modo diverso per migliorare le condizioni psico-fisiche e bloccare le reazioni mentali automatiche. Il principio razionale fondamentale si basa sul concetto che ciò che non può essere cambiato va accettato e l'orientamento eccessivo verso il passato o futuro si associa rispettivamente a sentimenti di depressione e ansia. La meditazione non è una semplice pratica ma si tratta di un lavoro interiore, di un processo, di un apprendimento attivo, di un modo consapevole di essere e di accettare osservando in modo non giudicante e creando una relazione più saggia tra mente e corpo. La coltivazione della mindfulness è un atto radicale di salute, di compassione e amore verso se stessi ed include la volontà di autoesplorarsi per vivere il momento presente abbracciando l'intera catastrofe e, cioè, l'intera esperienza del vivere affinché le tempeste della vita possano insegnare a crescere accettando la vita stessa come un fluire continuo e in costante via di trasformazione. (Jon Kabat-Zinn, 2013). La Mindfulness

risulta efficace per incrementare la possibilità di mantenere i risultati positivi e ridurre le emozioni negative (Roemer e Orsillo, 2007; Bulli e Melli, 2010). Il rilassamento che deriva dall'applicazione di tali pratiche, non è un obiettivo, ma rappresenta una sorta di effetto: lo scopo è prendere consapevolezza degli eventi mentali in modo che possano condizionare sempre meno i comportamenti. L'esercizio continuo promuove un meccanismo simile alla desensibilizzazione (Montano, 2007; Bulli e Melli, 2010).

8.2 Acceptance Commitment Therapy (ACT)

L'*Acceptance Commitment Therapy* è un modello avanzato di terapia basato sulla pratica Mindfulness e, come quest'ultima, fa parte della terza onda della terapia cognitivo-comportamentale. Si tratta di un intervento psicologico che utilizza l'accettazione e la consapevolezza emotiva, associata all'impegno nelle strategie di cambiamento comportamentale, al fine di aumentare la flessibilità psicologica, ossia la capacità di essere nel momento presente pienamente consapevoli e aperti alle proprie esperienze e, simultaneamente, agire in linea con i propri valori. L'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Hayes, 2004) si basa sulla *Relational Frame Theory* (RFT), una teoria che esplora il funzionamento della mente umana delineando un programma contestuale basato sulla natura della cognizione e del linguaggio (Hayes, et al., 2001, 1999, 2006; Harris, 2011) riconoscendo a quest'ultimo un grande potere ed esaminando le interazioni che le persone hanno con i loro contesti naturali e sociali. L'ACT utilizza molte metafore, paradossi e abilità di Mindfulness, insieme ad esercizi esperienziali e interventi comportamentali e viene utilizzata per: depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, stress lavorativo, dolore cronico, stress da cancro terminale, ansia, disturbo post traumatico da stress, anoressia, abuso di eroina, abuso di marijuana ed anche schizofrenia. Questo modello promuove il contatto con la realtà presente in maniera non giudicante. L'obiettivo è incoraggiare nei pazienti un'esperienza del mondo più diretta, in modo tale da promuovere la flessibilità psicologica e le azioni più coerenti con i valori posseduti. Attraverso l'ACT, i pazienti apprendono come esercitare un migliore controllo sul comportamento, ad utilizzare il linguaggio più come strumento per verificare e descrivere gli eventi anziché come mezzo per giudicare. Il paziente viene attivamente incoraggiato a guardare nel "qui ed ora" i propri pensieri, i propri sentimenti e gli eventi interni in maniera

flessibile. Lo scopo ultimo dell'ACT è permettere l'accettazione degli eventi interni e ricontestualizzarli in opposizione all'evitamento dell'esperienza, sviluppando una chiarezza più profonda dei propri valori e attuando tutti i comportamenti necessari al cambiamento (Harris, 2001). Il modello psicopatologico dell'ACT assume che la principale causa del dolore sia l'inflessibilità psicologica ed è composto da sei processi: Evitamento esperienziale, Sé concettualizzato, Predominanza nella mente del passato e del futuro, Mancata consapevolezza dei propri valori, Mancanza di impegno in azioni significative rispetto ai propri valori, Fusione cognitiva. Tutte le strategie legate a questi processi possono essere incoraggiate nei pazienti ansiosi al fine di consentire la flessibilità psicologica (Harris, 2001).

8.3 Training di rilassamento

Per la gestione della sintomatologia ansiosa e per fronteggiare gli stati emotivi critici il clinico può avvalersi sia del rilassamento progressivo di Jacobson sia del Training Autogeno. Il training di rilassamento mira alla riduzione dello stress e non al trattamento del disturbo di panico. E' possibile utilizzare un training di rilassamento con pazienti che hanno difficoltà a rilassarsi.

Rilassamento muscolare progressivo

La tecnica di rilassamento muscolare progressivo rappresenta la forma più comune di rilassamento dell'ambito della CBT. Lo scopo del rilassamento muscolare progressivo è la riduzione della tensione residua che rimane nei muscoli quando il soggetto si mette a riposo (Jacobson, 1938). Jacobson ipotizzò l'esistenza di una relazione tra stimoli emotivi e grado di tensione muscolare prendendo in esame il sussulto nervoso (Rolla e Manca, 1986). Il metodo, avvalendosi di esercizi sistematici che non necessitano di sostegno farmacologico, consiste nell'autorilassamento per rallentare le pulsazioni cardiache e la respirazione. Tramite esercizi di contrazione e rilassamento muscolare, si aiuta il paziente a concentrare l'attenzione sulla diversa percezione tra rilassamento e distensione.

L'esercizio va effettuato quotidianamente e consiste nella contrazione sistematica di gruppi di muscoli per 5-10 secondi, seguita da un periodo di rilassamento della zona di 20-30 secondi. Questo esercizio va effettuato per 5-10 minuti, e,

ovviamente, l'esecuzione quotidiana e sistematica porta alla riduzione del tempo necessario a raggiungere uno stato di rilassamento volontario. Sono state elaborate tecniche sempre più rapide che consentono di ottenere risultati soddisfacenti ed evitare la perdita di motivazione del paziente (Bernstein, 1973).

8.4 Training Autogeno (T.A.)

Il rilassamento consiste in una “*tecnica di cambiamento globale*”, sviluppata intorno agli anni '20 (J. Schultz), e definita come tecnica di “*autodistensione da concentrazione psichica*”, attuabile attraverso una pratica sistematica giornaliera che produce reali modificazioni fisiologiche e psichiche. Il cambiamento prodotto prende il nome di “*commutazione autogena*”, concetto che è alla base del processo e, in sostanza, dal punto di vista psicologico, significa cambiare atteggiamenti mentali radicati, abbandonare vecchie abitudini, usare in modo diverso il pensiero, l'attenzione e la concentrazione. Lo scopo del T.A. è quello di ridurre gli input del S.N.C., soprattutto quelli che si presentano durante un periodo di stress, facilitando il ritorno all'autoregolazione dell'attività viscerale.

Respirazione diaframmatica

La respirazione diaframmatica, alla stregua del T.A., è una tecnica da insegnare ai pazienti per avviare uno stato di rilassamento sempre più profondo, una respirazione calma e regolare, indispensabile come risposta adattiva di fronteggiamento degli stati emotivi critici. La respirazione diaframmatica è utile, così come il T.A., sia per prevenire un innalzamento dell'ansia sia per gestire un'attivazione fisiologica ed emotiva in corso.

9. Efficacia della terapia

Diverse conferme in letteratura riscontrano come un intervento di tipo cognitivo-comportamentale presenti tassi di remissione del disturbo di panico che si aggirano intorno all'80% e miglioramenti che permangono anche dopo un anno di *follow up* (Clark, 1986, Clum, 1993; Gould, 1995; Barlow, et., al 2000, DiMauro et. al, 2013). I dati scientifici dimostrano che la terapia cognitivo-comportamentale per il suo carattere multimodale consente un'efficacia terapeutica e una stabilità nel tempo dei trattamenti psicologici (Martini, 2014). La letteratura scientifica internazionale presenta numerose ricerche di meta analisi

sull'efficacia della terapia per il disturbo di panico (Apeldoorn, 2014). I dati che emergono dall'analisi di queste rassegne sono importanti, presentano una significativa coerenza e si rivelano molto utili al fine di comprendere meglio l'efficacia della terapia. Le sole terapie comportamentali, per quanto utili, hanno un impatto decisamente inferiore; così come anche le tecniche cognitive, anche se queste ultime si dimostrano particolarmente efficaci nel trattamento dei sintomi del panico (Apeldoorn, 2014).

I dati scientifici hanno evidenziato la maggiore stabilità nel tempo dei trattamenti psicologici rispetto a quelli di tipo farmacologico. In effetti, un trattamento di tipo farmacologico, soprattutto se utilizzato da solo, produce una risonanza terapeutica che diminuisce con una certa rapidità e provoca ricadute in modo sovente. Esaminando in maniera specifica i dati del trattamento psicofarmacologico, possiamo considerare che le benzodiazepine, da sole, presentano uno scarso impatto e contribuiscono in minima parte alla riuscita del trattamento. Gli antidepressivi, invece, apportano un contributo maggiore nel miglioramento della sintomatologia psicologica (Apeldoorn, 2014).

L'utilizzo esclusivo della terapia cognitiva non assicura un'efficace riuscita del trattamento (Beck, 1985; Clark, 1986). Risulta più efficace ed utile l'approccio combinato tra la ristrutturazione cognitiva e l'esposizione in vivo (Chambless et al., 1984). Diverse conferme in letteratura dimostrano come un intervento integrato di tipo cognitivo – comportamentale presenti tassi di remissione della patologia stimati intorno all'80% (Clark, 1986, Clum, 1993; Barlow, 2000). Concludendo, la terapia cognitivo-comportamentale rappresenta sicuramente uno strumento terapeutico eterogeneo in grado di lavorare su più livelli e di modificare diversi aspetti e modelli comportamentali (Martini, 2014).

BIBLIOGRAFIA

Amami O. Aloulou J., Siala M. e Aribi L. (2010) *Rethink the panic disorder*. Encephale, 36 (2):100-4.

American Psychiatric Association (1968): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4rd Edition. Text revision. Author, Washington, DC.

American Psychiatric Association (2001): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Text revision (4 edizione italiana) Masson, Milano.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Association. Trad. ital.: *DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Raffaele Cortina, 2014.

Apeldoorn, F.J., Stant, A.D., Hout, W.J.P.J., Mersch, P.P.A., Den Boer, J.A. (2014), Cost-effectiveness of CBT, SSRI and CBT + SSRI in the treatment for

panic disorder . *Acta Psychiatrica Scandinavia*. Apr2014, Vol.129 Issue 4, p286-295. 10p. 3Charts, 2 Graphs.

Bandelow, B., Spath, C., Tichaner, G. A., Brooks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2002). Early traumatic life events, parentalattitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 269–278.

Barlow, D. H. (1988) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press, New York.

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: the journal of the American medical association*, 283(19): 2529-2536

Barlow, D.H. (2002) *Anxiety and it's disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. 2 Ed. New York, Guilford Press.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Patient workbook* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Barlow D.H. (2014) *Clinical Handbook of Psychological Disorders. Fifth edition* Guilford Press, New York, London.

Barzega G., Maina G., Venturello S. e Bogetto F. (2001). *Gender-related distribution of personality disorders in a sample of patients with panic disorder*. *European psychiatry: the journal of the association of European psychiatrists*, 16 (3): 173-179.

Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books, New York.

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, C., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press. Trad. ital.: *Terapia Cognitiva. Fondamenti e prospettive*. Roma: Mediserve, 2002.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, J. S. (2008). *Terapia cognitiva. Fondamenti e prospettive*. Mediserve

Beck, J.S. (2011). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. 2 Ed. New York: The Guilford Press.

Bittner A., Goodwin R. D. , Wittchen H.U. Beesdo K., Hofler M. e Lieb R. (2004). *What characteristics of primary anxiety disorder traits as predictors of subsequent first-onset panic disorder or agoraphobia*. *Compr Psichiatria*, 50 (3): 209-14.

Bernstein, D.A. (1973). *Progressive Relaxation Training: a manual for the helping profession*. Champaign III Research Press.

Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning-theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108 (1), 4–32.

Brown A., Barlow D.H. (2014) *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5) - Lifetime Version Client Interview Schedule 5-Copy Set*. Oxford.

Brakoulias V., Starcevic V., Sammut P., Berle D., Milecevic D., Moses K. e Hannan A. (2011). *Obsessive-compulsive spectrum disorders: a comorbidity and family history perspective*. *Australas psychiatry*, 19 (2): 151-5.

Bulli, F., Melli, G. (2010). *Mindfulness & acceptance in psicoterapia. La terza generazione della terapia cognitivo-comportamentale*. Firenze: Eclipsi.

Clark D.M., (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Clark, D. A., Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Science and Practice*. New York: The Guilford Press.

Cassano G. B., (1994) *Manuale di psichiatria: clinica psichiatrica, psicologia clinica, igiene mentale, psicoterapia*. Utet, Torino.

Chambless, D.L., Caputo, G., Bright, G. C., e Gallangher, R. (1984). Assessment of “fear of fear” in agoraphobics: the Body Sensation Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52,1090-1097

Chen J., Wang Z., Wu Y., Cai Y., Shen Y., Wang L. e Shi S. (2013). *Differential attentional bias in generalized anxiety disorder and panic disorder*. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9: 73-80.

Clum G.A., Clum G.A. e Surls R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2): 317-326.

Cogle J. R., Feldner M. T., Keough M. E., Hawkins K. A. e Fitch K. E. (2010). *Comorbid panic attacks among individuals with post-traumatic stress disorder: associations with traumatic event exposure history, symptoms, and impairment*. *J anxiety disord*, 24(2): 183-8.

Craigie, M.A., Rees, C.S., Marsh, A. & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36: 553-568.

Craige, M. (2010). The Clinical Effectiveness of Mindfulness-Based-Cognitive Therapy: A Brief Review. *MBCT Lit Review*, 1: 1-5.

Craske, M. G., Poulton, R., Tsao, J. C. I., & Plotkin, D. (2001). *Paths to panic-agoraphobia: An exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort*. *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 556–563.

Cummings, E.M., Davies P.T., Campbell S.B. (2000). *Developmental psychopathology and family process*. New York: Guilford Press.

Davis R., (2015). *A breakthrough Plan to get Rid of Anxiety and panic attacks*. Lulu.com

Dell'Erba G.L. (2005). *Il trattamento psicologico breve nel disturbo da attacchi di panico*. *Rivista telematica semestrale di psicologia e psicoterapia*, n.4, primo semestre. Centro italiano sviluppo psicologia (cisp.). In www.cisp.info.

DiMauro J., Domingues J., Fernandez G. e Tolin D.F. (2013). *Long-term effectiveness of CBT for anxiety disorders in an adult out patient clinic sample: a follow-up study*. *Behavioral Therapy*, 51(2): 82-6.

Di Salvo S., (2003). *Depressione, ansia e panico: mali curabili*. In www.depressione-ansia.it

Doughty C. J., Wells E. J., Joyce P. R., Olds R. J. e Walsh A.E. (2004). *Bipolar-panic disorder comorbidity within bipolar disorder families: a study of siblings*. *Bipolar disorders*, 6(3): 245-252.

Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Thomas.

Freeman M. P., Freeman S. E. e McElroy S. L. (2002). *The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology and treatment issues*. *Journal of Affective Disorders*, 68 (1): 1-23.

Forsyth, J. P., Palav, A., & Duff, K. (1999). The absence of relation between anxiety sensitivity and fear conditioning using 20% versus 13% CO₂-enriched air as unconditioned stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (2), 143–153.

Funayama T., Furukawa T.A., Nakano Y., Noda Y., Ogawa S., Watanabe N., Chen J. e Noguki Y. (2013) In-situation *safety behaviors among patients with panic disorder : Descriptive and correlational study*. *Psychiatry Clin Neurosci*. In print.

Kim B., Kim M. K., Yoo E., Lee J. Y., Coe A. Y., Yook K. H., Lee K. S., Coi T. K. e Lee S. H. (2013). *Comparison of panic disorder with and without comorbid major depression by using brain structural magnetic resonance imaging*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 43:188-96.

Goleman D., (2013) *Intelligenza emotiva*. Best bur.

Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2005). Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35, 881–890.

Gould R.A., Otto M.W. e Pollach M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical psychology review*, 15:819-844.

Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal*. New York: Oxford University Press.

Gould, 1995; Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W., Yap, L. (1997a). Cognitive-behavioural and pharmacology treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Science and Practice*, 4, 291-306.

Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2000).

Hamilton, S. P., Fyer, A. J., Durner, M., Heiman, G. A., Baisre de Leon, A., Hodge, S. E., et al. (2003). Further genetic evidence for a panic disorder syndrome

mapping to chromosome13q. *Proceedings of National Academy of Science USA*, 100, 2550–2555.

Hayes Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson et al., (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54: 553-578.

Harris, Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35: 639-665.

Hayes, S.C., & Smith., S. (2010). *Smetti di soffrire, inizia a vivere. Impara a superare il dolore emotivo, liberati dai pensieri negativi e vivi una vita che vale la pena di vivere*. Milano: Franco Angeli.

Harris, R. (2011). *Fare Act*. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy. Milano: Franco Angeli.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Jacobson, E. (1952). *L'arte del rilasciamento*. Milano: Ed. Cosimi.

Jon Kabat- Zinn, PH. D. (2013) *Full castrastrophe living*. Bantam books Trade Paperback Edition

Judith S. Beck (2011). *Le sfide della terapia cognitiva*. Firera & Liuzzo Publishing.

Hathaway, S.R., McKinley, J.C. et al. (1989). MMPI-2. University of Minnesota Press, Minneapolis.

Helbig-Lang S., Lang T., Petermann F. e Hoyer J. (2012). *Anticipatory anxiety as a function of panic attacks and panic related self-efficacy: an ambulatory assessment study in panic disorder*. Behav Cogn Psychoter, 40 (5): 590-604.

Hollander E., Simeon D., Gorman J. (2003) *Psichiatria*. Terza edizione italiana del Textbook of the Psychiatry. Centro scientifico editore.

La Malfa G., Mosconi L., Ragazzoni A. e Rossi L. (2002). *Potenziali evocati Evento-Correlati (P300) nel disturbo da attacchi di panico: una prospettiva cognitiva*. Giornale italiano di psicopatologia, 8 (1). In www.sospi.it

Lorenzini R., Lissandron S. (2010). *La cura delle emozioni in terapia cognitiva*. Alpes.

Liggio F., Renda N., (2012). *Il disturbo di panico*. Alpes.

Liotti G., (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Carocci Editore.

Lipsitz J. D., Barlow D.H., Mannuzza S., Ofmann S. G. e Fyer A. J. (2003). *Clinical features of four DSM-IV-Specific phobia subtypes*. JNerv Ment Dis, 190 (7): 471-8.

ISTAT. *Indagine sullo stato di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000 in Fattori di rischio e tutela della salute*. Roma, aprile 2002.

Marchesi C. (2008). *Pharmacological management of panic disorder*. Neuropsychiatr Dis Treat,4 (1): 93-106

Martini G., (2014) *Il disturbo da attacchi di panico: sintomi, cause, trattamento*. Prospettiva editrice.

Marazziti D., Renda N. (2012). *Il disturbo di panico*. Alpes

Meuret, A. E.,M., Pine, D. S., et al. (2010). Overgeneralization of conditioned fear as a pathogenic marker of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. 167 (1), 47–55.

Messenger, C., & Shean, G. (1998). The effects of anxiety sensitivity and history of panic on reactions to stressors non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy*, 29, 279–288.

Millon, T., Davies, R.D. (1997). The MCMI-III: present and future directions. *Journal of personality assessment*, 68, 1, 69-85.

Mc Lean P. (1984). *Evoluzione del cervello e comportamento umano*. Einaudi, Torino.

Ministero della salute, 2013 (<http://www.salute.gov.it>)

Montano, A. (2007). *Mindfulness. Guida alla meditazione di consapevolezza. Una terapia per tutti*. Salerno: Ecomind.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness Meditation in everyday Life*. New York: Hyperion. Trad. It. Kabat-Zinn, J. (1999). *Dovunque tu vada ci sei già. Una guida alla meditazione*. Milano: Tea Libri.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 144-156.

Kessler R.C. Stang P.E., Wittchen H.U. Ustun T.B., Roy-Burne P.P. e Walters E.E. (1998). *Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey*. *Archives of general psychiatry*, 5 (9): 801-808.

Kristensen A. S., Mortenses E. L., Mors O. (2008). *Social phobia with sudden onset-post-panic social phobia*. *J. Anxiety Disord*, 22 (4): 684-92.

Navarro B., Sánchez M., Erràn A. e Sierra-Biddle D. (2013). *Relationship between personality traits and panic disorder*. *ActasEsp Psiquiatr*, 41 (1): 27.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. New York: Wiley & Sons. Trad. ital.: *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: McGraw-Hill, 1999.

Wells, A. (1999). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. McGraw-Hill, Milano.

Perna G. (2002). *Le origini storiche del disturbo di panico*. In <http://www.anxiety.it>

Perugi, Toni (1999, in "Cassano") *Trattato italiano di psichiatria*. Seconda edizione. Masson, Milano.

Sarti M., Galassi F., Puccetti F. e Bartolini S. (2000). *Il disturbo da attacchi di panico*. *Psycomedia telematic review*. In www.psycomedia.it

Schumacher, J., Jamra, R. A., Becker, T., Klopp, N., Franke, P., Jacob, C., et al. (2005). Investigation of the DAOA/G30 locus in panic disorder. *Molecular Psychiatry*, 10, 428–429.

Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G., et al. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153, 275–277.

Schultz, J.H. (1971). *Il training autogeno: esercizi superiori*. Vol. I e II. Milano: Feltrinelli.

Young, J.E., (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York: Guildford Press.

Young, J.E., (1993). *The schema diary*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Rapee, R. M. (1994). Detection of somatic sensations in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 825–831.

Reiss, S. (1980). Pavlovian conditioning and human fear: An expectancy model. *Behavior Therapy*, 11, 380–396.

Renda N., (2012). *Il disturbo di panico*. Alpes.

Roemer, L., Orsillo, S.M. (2007). An open-trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioural Therapy* 38: 72-85.

Rolla, E., Manca, M. (1986). *Il rilassamento muscolare*. Torino: Edizioni Omega.

Rovetto F. (2003). *Panico. Origini, dinamiche e terapie*. McGraw-Hill, Milano.

Silove D. e Marnane C. (2003). *Overlap of symptom domains of separation anxiety disorder in adulthood with panic disorder-agoraphobia*. *J Anxiety Disord*, 27 (1): 92-7

Sturges, L. V., Goetsch, V. L., Ridley, J., & Whittal, M.(1998). Anxiety sensitivity and response to hyperventilation challenge: Physiologic arousal, interoceptive acuity, and subjective distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 12 (2), 103–115.

Thorgeirsson, T. E., Oskarsson, H., Desnica, N., Kostic, J. P., Stefansson, J. G., Kolbeinsson, H., et al. (2003). Anxiety with panic disorder linked to chromosome 9q in Iceland. *American Journal of Human Genetics*, 72, 1221–1230.

Van Ameringen M., Simpson W., Patterson B. e Mancini C. (2013). *Panic attacks in generalized anxiety disorder*. *Y. Nerv Ment Dis*, 201 (1):52-5.

Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96 (3), 465–490.

Wells A., (1999). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. McGraw-Hill

Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E.B. (1999). Response of African American and Caucasian women to cognitive behavioral therapy for PTSD. *Behavior Therapy*, 30, 581–595.

Parte clinica:
Il Disturbo di Panico

CASO CLINICO: DISTURBO DI PANICO

PARTE CLINICA

1. Invio, informazioni generali e aspettative del paziente

Incontro F. per la prima volta presso il mio studio privato. La paziente (23 anni) è primogenita, vive con la famiglia d'origine a Napoli; in casa risiede, oltre ai genitori, la sorella (21 anni). Il padre (50 anni), laurea in ingegneria, è imprenditore ed è in buone condizioni di salute. La madre (45 anni), laurea in lettere, è insegnante, anche lei in buone condizioni di salute.

F. decide di contattarmi in seguito ad un colloquio con il medico generico con cui collaboro a cui riferisce di soffrire di *“una forma di ansia soffocante che le limita la vita”* ed, in seguito ad una serie di accertamenti già effettuati, viene indirizzata dallo stesso ad iniziare un percorso psicologico con me. La paziente lavora attualmente come segretaria in uno studio legale di famiglia insieme a suo zio. E' fidanzata da circa un anno con M. che lavora come tecnico informatico. Descrive la sua famiglia come un nucleo molto forte all'interno del quale esistono dialogo e comprensione.

F. riferisce, nel colloquio di accoglienza, che negli ultimi tre mesi ha avuto attacchi di panico in diverse situazioni ed, attualmente, vive con il terrore che possano ripresentarsi. Afferma di sentirsi *“talmente sopraffatta dalle sue paure da non riuscire più a vivere con serenità”*. Due mesi prima di contattarmi si è sottoposta a diverse indagini specialistiche e ha consultato anche un neurologo che le ha prescritto in prima seduta un ansiolitico (Xanax) diagnosticandole un disturbo depressivo senza un adeguato assessment. Dal colloquio emerge che F. dorme circa otto ore a notte, mangia regolarmente cinque volte al giorno consumando quantità moderate di cibo e, anche se è in leggero sovrappeso rispetto al suo indice di massa corporea, non ha attacchi di fame compulsiva. Il suo peso risulta stabile (ultimi 6 mesi). La sua vita sociale appare nella norma, continua a lavorare con molta difficoltà e non si riscontra una marcata diminuzione di interesse per tutte, o quasi, le attività. Non sono presenti apatia e anedonia, anzi è palese un forte desiderio di voler combattere e affrontare queste paure che alterano la qualità della sua vita. F. non presenta pensieri suicidari, al contrario, teme che la sua ansia possa causarle un infarto arrecandole la morte. La paziente descrive il suo stato attuale come *“un processo che è andato progressivamente*

aumentando sfociando nel panico” e spiega di non aver mai convissuto con una problematica ansiosa di questo tipo, anzi, riferisce di essere sempre stata molto attiva. Negli ultimi mesi, invece, sente di aver perso il controllo dei suoi pensieri e dei suoi sintomi sentendosi limitare da essi ogni giorno di più. F. si sente del tutto incapace di gestire l’ansia. Dalle considerazioni emerse, in merito alle aspettative della paziente, e sebbene ella valuti i suoi problemi come insormontabili, si evincono una buona motivazione al trattamento e un forte desiderio di voler modificare ed affrontare le sue eccessive paure e la sua ansia: “*Vorrei capire se esiste un modo per sentirmi meno debole*”. Le sue aspettative sono quelle di non avere più attacchi di panico, di diventare più forte ed in grado di gestire l’ansia e la sua vita da sola, di acquisire maggiore sicurezza in se stessa e sviluppare un equilibrio psicofisico. Inizialmente, attribuisce una valenza pienamente negativa alla natura dell’ansia e manifesta l’intento di volerla controllare per limitare le conseguenze, che, a suo dire, la fanno sentire “*inadeguata*”. Questi aspetti legati anche ai miti che la paziente ha rispetto alla sua sintomatologia sono stati successivamente affrontati e ristrutturati, attraverso la normalizzazione e la validazione nella fase psicoeducazionale.

Chiaramente i primi obiettivi sono molto generici, ma F. mostra una spiccata consapevolezza delle sue sofferenze ed è disposta ad iniziare un percorso terapeutico che la possa aiutare a ridurre e normalizzare la sua sintomatologia ansiosa per “*tornare a vivere*”. Nel corso dei primi colloqui, sono stati definiti in modo specifico diversi punti, quali: gli obiettivi da raggiungere, l’importanza della *compliance* al trattamento e sono stati forniti chiarimenti sulla terapia cognitivo-comportamentale.

2. Assessment

Oltre alle prime informazioni sul problema presentato, sui motivi che hanno spinto F. a chiedere aiuto e alle sue aspettative rispetto alla terapia, in questa fase sono stati valutati tutti i fattori enterocettivi e cognitivi di attivazione ambientale che scatenano gli attacchi di panico, è stata condotta un’analisi situazionale e descritto dettagliatamente il grado di intensità e la durata dell’ansia con le risposte di fuga/evitamento della paziente. Sono stati raccolti i primi pensieri apprensivi ed esplorati i significati personali associati al panico attraverso la storia di vita della paziente. Sono stati approfonditi i ricordi di episodi clinicamente significativi per

descrivere e definire in modo più minuzioso il problema. Sono state valutate, inoltre, le risposte automatiche di difesa della paziente, gli errori di elaborazione cognitiva ed identificati gli approcci costruttivi e adattivi all'ansia comprese le strategie di coping funzionali presenti nella paziente. E' stata, infine, considerata la rivalutazione della minaccia della paziente durante un episodio di panico. I colloqui di assessment sono stati integrati con test ed interviste che hanno permesso una diagnosi differenziale ed un'esauriva concettualizzazione cognitiva del caso.

2.1 Primo colloquio

La paziente si presenta puntuale al primo colloquio. Il suo abbigliamento è molto semplice, noto che veste completamente di nero. Si mostra molto ansiosa, parla con affanno ed appare palesemente paralizzata dal suo stato attuale. Nonostante la sua agitazione, fin dal primo momento appare disponibile e collaborativa al dialogo e rispettosa dei turni di conversazione. Durante questo primo colloquio ho fatto in modo che la paziente si sentisse a proprio agio, accogliendola con un atteggiamento disponibile e non giudicante e cercando di trasmetterle calma e accettazione sintonizzandomi con lei a livello emotivo. Ho attivato, all'interno della relazione terapeutica, un clima di contenimento e normalizzazione cercando di farla sentire accolta e validata rispetto alla sua attuale condizione.

Insieme alla paziente si è cercato di ricostruire in maniera dettagliata la storia dei disturbi presentati.

Dalla ricostruzione sono emerse le seguenti tappe significative:

- Il primo episodio di panico si colloca in un periodo caratterizzato da forti tensioni e stress a livello sentimentale e da una generale insoddisfazione lavorativa
- Mentre F. si trovava al centro commerciale con un'amica è stata colta da un improvviso e insopportabile stato di malessere, caratterizzato prevalentemente da tachicardia, vertigini, sensazione di irrealtà, difficoltà a respirare e paura di morire. Un'esperienza mai provata prima
- Decide di farsi accompagnare a casa
- Il giorno dopo, F. consulta il medico di famiglia che le prescrive una serie di accertamenti, in particolare una visita cardiologica ed una

neurologica. In seguito alle indagini specialistiche, non viene riscontrata alcuna condizione medica in grado di giustificare l'esperienza vissuta ma il neurologo le consiglia una cura farmacologica a base di Xanax due volte al giorno. F. intraprende questa cura farmacologica senza notare nessun risultato

- Dal giorno del primo attacco, le crisi si sono succedute almeno quattro/cinque volte la settimana. A differenza dei primi episodi, completamente inaspettati, i successivi erano accompagnati da un forte ansia anticipatoria, previsti e quasi dati per scontato. A questo punto F. ha iniziato a vivere con un'intensa "paura della paura" che potesse ripresentarsi un ulteriore episodio di panico
- Al fine di ridurre l'esperienza di panico e le conseguenze temute, la paziente inizia ad evitare luoghi, situazioni ed attività nelle quali, secondo lei, sarebbe stato possibile stare male, oppure non poter trovare aiuto o scappare. Numerosi pensieri negativi, inoltre, sono andati ad aggravare il quadro clinico (*"potrebbe venirmi un infarto; come faccio se svengo davanti ai clienti; non ci sarà nessuno ad aiutarmi; devo avere qualcuno vicino a me quando mi sento male di nuovo"*)
- F. lavora con molta tensione e difficoltà, guida solo in compagnia, non si allontana più da casa e non si sente più a suo agio nei posti affollati. Attualmente, sono davvero molti i luoghi che la paziente evita con una notevole compromissione del funzionamento sociale e lavorativo e con un peggioramento della qualità di vita in generale. A questo punto torna dal medico e lui le consiglia di iniziare un percorso di psicoterapia.

Nel presentarmi il problema, F. precisa che dagli accertamenti specialistici risultava che il suo disturbo non fosse giustificato da nessuna condizione medica, né dall'uso di sostanze. Da allora, nonostante i controlli abbiano confermato l'assenza di patologie fisiche e, nonostante stia continuando ad assumere Xanax due volte al giorno, le sue condizioni di salute sono andate peggiorando e sono state caratterizzate ininterrottamente da attacchi di panico accompagnati da *"pensieri insostenibili"*. In seguito al primo episodio, le *"crisi d'ansia sono andate progressivamente aumentando"* (fino a quattro/ cinque volte a settimana), portando la giovane ad evitare una serie di situazioni ed attività ansiogene che,

secondo lei, potrebbero provocarle il panico o nelle quali sarebbe difficile trovare soccorso o, ancora, in cui potrebbe essere imbarazzante stare male davanti agli altri. Emerge subito dalla sua narrazione che il fulcro del suo disagio risiede nella “paura della paura”. Dopo questo episodio, riferisce di essersi sentita “*debole e malata*” ed ha iniziato ad avvertire l’esigenza, come strategia adattiva, di dover evitare situazioni quotidiane da sola per “*non rivivere gli stessi sintomi con il rischio di non poter essere aiutata*”. Teme, in modo sempre più preoccupante, di intraprendere qualunque tipo di attività che comporti movimento o allontanamento fisico da ciò che lei ritiene sicuro per la paura irrazionale che possa ripresentarsi un nuovo attacco di panico. Riferisce anche di aver provato spesso uno “*strano senso di estraneamento dalla realtà*” che la spaventa molto. Si sente, in generale, abbastanza affranta e preoccupata di non poter avere più una vita normale. F. appare motivata a risolvere la situazione e lo vorrebbe fare quanto prima, nonostante sia a tratti anche un po’ scettica sulla sua effettiva capacità di farcela. E’ molto preoccupata delle ripercussioni che questo problema potrebbe avere sulla sua vita: in particolare, ha paura di perdere il lavoro e di poter cadere in depressione e questo amplifica la sua sensazione di debolezza. Il suo funzionamento globale appare limitato e non adeguato in diverse aree. Nell’area affettivo-relazionale che include l’immagine di sé e il rapporto con gli altri, risulta deficitaria l’autostima e l’iniziativa personale. Nell’area dell’autonomia sociale emerge una compromissione relativa sostanzialmente alla necessità di avere continue rassicurazioni e sostegno da parte della famiglia per svolgere semplici compiti quotidiani, come guidare da sola e usufruire di mezzi pubblici che comportano una forte attivazione neurovegetativa. Le chiedo di riportarmi un esempio relativo all’ultima volta in cui si è sentita ansiosa e debole. Lei mi parla di due giorni prima, doveva uscire e ha sentito un nodo alla gola: vertigini, tachicardia, vampate di calore al viso, affanno e terrore. F. racconta che in quella situazione non riusciva a parlare, ricorda l’incapacità di calmarsi, di ragionare e di respirare accompagnati dalla sensazione di perdita di controllo e dalla paura di morire associati a tachicardia e sudorazione. Quando mi riferisce il suo malessere, inizia a mostrare segni di attivazione: respira in modo intenso come se le mancasse l’aria, stringe i pugni pressando gli stessi sulle gambe, si passa le mani tra i capelli, si muove molto sulla sedia. La sua mimica esprime notevole tensione e si avverte un leggero tremolio nella sua voce. F. non riesce a ricordare cosa

pensava in quel momento, le chiedo, allora, quale immagine le passava per la mente e dopo un attimo di esitazione riferisce: *“Vedo me stessa a terra in preda al panico e nessuno intorno a me ad aiutarmi, sono confusa, penso che mi stia venendo un infarto e ho paura di morire”*. Le chiedo cosa significa per lei quel pensiero e come si sente quando vede quest’immagine. Lei inizia a piangere, cambia tono di voce e mi dice: *“Significa che sono debole, diversa, che da sola non potrò mai farcela”*. L’affermazione della paziente mi rimanda la sensazione di impotenza, di frustrazione e di mancanza di controllo sulla propria vita e la paura di non avere nessuna soluzione per cambiare o migliorare se stessa. Lo studio sembra diventare un cratere immenso dal quale viene fuori una valanga inarrestabile di emozioni sentite e non ancora del tutto manifeste. Parto da questo episodio come ABC per iniziare a comprendere il funzionamento della paziente utilizzandolo come primo tassello per costruire insieme una mappa cognitiva del suo disagio. Gli stati mentali problematici con cui arriva in terapia sono: ansia, sensazione di vuoto, tristezza, paura del futuro, sconforto per la sua incapacità di saper gestire la sua emotività. Ho validato le sue emozioni spiegandole che insieme avremmo iniziato un lavoro per focalizzare, comprendere e ristrutturare i suoi pensieri e le sue emozioni collegate alla sua attivazione neurovegetativa. Alla fine del colloquio ho spiegato alla paziente come si sarebbe svolto il nostro percorso terapeutico che prevedeva: una fase di valutazione iniziale che comprendeva anche la somministrazione di alcuni test, una restituzione di quanto rilevato con essa, la concettualizzazione specifica e condivisa del problema presentato e, cioè, l’organizzazione delle informazioni in entrata ricavate di volta in volta dai nostri colloqui individuando i meccanismi cognitivi e comportamentali che mantenevano i suoi problemi. Solo successivamente avremmo iniziato il trattamento vero e proprio sulle problematiche emerse. Gli scopi sarebbero stati quelli di normalizzare i suoi sintomi, valutare i suoi punti di forza rendendo i problemi più gestibili, promuovere l’impegno e la collaborazione, stabilire obiettivi terapeutici concreti, approfondire e comprendere la relazione esistente tra i suoi pensieri, le sue emozioni e i suoi comportamenti per, poi, pianificare un trattamento personalizzato e appropriato. Le ho spiegato che la terapia cognitivo-comportamentale prevede dei colloqui coperti dal segreto professionale, solitamente uno a settimana e della durata di cinquanta minuti e degli esercizi da svolgere a casa concordati durante le sedute. Le fornisco una

spiegazione completa sull'ansia attraverso il fascicolo di psicoeducazione all'ansia e le illustro il circolo vizioso del panico e i fattori di mantenimento. Le consegno, infine, una scheda anamnestica da compilare per l'appuntamento successivo.

2.2 Colloqui successivi

Negli incontri successivi, F. è sempre arrivata in anticipo, questo palesava una forte motivazione al cambiamento da lei atteso. Nel corso dei colloqui cerco di capire in maniera più approfondita il disagio e la sofferenza riportati dalla paziente. Già durante il secondo colloquio, F. racconta di essersi sentita più rilassata durante la settimana trascorsa: *“Quando sono venuta qui pensavo che solo i farmaci potessero guarirmi, ma non ho avuto nessun risultato. Ora so che è giunto il momento di lavorare su me stessa e non vedo l'ora di ritornare da lei, mi sento al sicuro qui e, non so spiegarlo, ma sento che lei comprende davvero come mi sento”*. Attraverso la narrazione di episodi ansiogeni abbiamo ricostruito la sua storia di vita approfondendo le dinamiche del nucleo familiare e lo stile di attaccamento.

Stralcio di dialogo clinico:

T.: “F., vorrei approfondire il suo stato di malessere, potrebbe raccontarmi quando è stata l'ultima volta in cui si è sentita particolarmente agitata?”

F.: “Mi sento sempre così, almeno quando so che devo uscire da sola”

T.: “Capisco, deve essere molto faticoso per lei. Le andrebbe di raccontarmi l'ultima volta che ha vissuto una situazione ansiosa?”

F.: “Sabato sera, ero con il mio fidanzato, dovevamo raggiungere degli amici e ho iniziato a sentirmi agitata”

T.: “Cosa pensava in quel momento?”

F.: “Ero molto agitata, pensavo che se mi fosse venuto un attacco di panico nessuno sarebbe stato in grado di aiutarmi, avrei rovinato la serata a tutti e volevo tornare a casa”

T.: “Quindi, riepilogando, lei doveva uscire con il suo fidanzato ed altre persone e in questa situazione si è sentita in ansia per quello che poteva succedere. Temeva di avere un nuovo attacco di panico?”

F.: “Sì, giusto!”

T.: *“Da 0 a 100 quanto credeva al suo pensiero?”*

F.: *“Al 100%”*

T.: *“Quante volte le è capitato negli ultimi due mesi di temere un nuovo attacco di panico?”*

F.: *“Mi capita sempre più spesso, all’inizio meno. Attualmente posso dire che ogni giorno temo di avere un nuovo attacco da un momento all’altro”*

T.: *“Torniamo all’episodio dell’altra sera. Ricorda l’emozione che provava?”*

F.: *“Ero agitata”*

T.: *“Provava qualche altra sensazione fisica?”*

F.: *“Ero spaventata, ansiosa, avevo difficoltà a ragionare, volevo scappare, stare da sola nella mia camera con i miei genitori in casa”.*

T.: *“E cosa ha fatto alla fine?”*

F.: *“Ho deciso di farmi accompagnare, avevo la sensazione di non respirare più, pensavo che mi stesse venendo un infarto. Mi batteva il cuore talmente forte che ho pensato di morire, ero terrorizzata. Sentivo le gambe deboli come se non mi reggessero più, pensavo di svenire. Appena giunti a casa sono crollata, ho pianto. Dopo un po’ sono stata meglio, ma quella sensazione di terrore non mi passa mai, la sento sempre dentro come se potesse esplodere da un momento all’altro in qualunque situazione”*

T.: *“Ricorda cosa pensava in quel momento, poco prima di piangere?”*

F.: *“Che ero debole, non valevo nulla, che avevo bisogno degli altri e da sola sarei sempre stata vittima del panico”.*

Sono state approfondite, nel corso dei colloqui successivi, le sue relazioni amicali, sentimentali e familiari e il suo modo di rapportarsi agli altri. E’ stata esaminata la relazione esistente tra i suoi pensieri automatici, tra le credenze, le emozioni e i comportamenti al fine di costruire insieme alla paziente una dettagliata concettualizzazione cognitiva. Nel momento in cui è stata approfondita la situazione sentimentale con il fidanzato, F. asserisce che il loro rapporto non procede nel migliore dei modi anche a causa della sua condizione attuale che, inevitabilmente, lo coinvolge inficiando la relazione. Lui viene descritto come *“eccessivamente critico e svalutante”* nei suoi confronti in parecchie situazioni e tale atteggiamento attiva in lei sentimenti di inadeguatezza insopportabili. Successivamente, dopo aver gradualmente acquisito consapevolezza sul

funzionamento del circolo vizioso dell'ansia e del panico e di tutte le implicazioni cognitive, emotive e comportamentali correlate a tali processi, F. ha ritrovato fiducia in se stessa e nelle proprie risorse e questo ha consentito, nel corso del trattamento, un progressivo e costante miglioramento della sintomatologia.

2.3 Profilo evolutivo e storia di vita del paziente

F. è la primogenita di una famiglia composta da quattro persone. I genitori (padre di anni 50, madre di anni 45, sorella di anni 21) sono in buone condizioni di salute. Il padre (laurea in ingegneria) è un imprenditore, la madre (laurea in lettere) è un'insegnante, sua sorella è una studentessa universitaria. Descrive entrambi i genitori come persone molto comprensive nei suoi confronti e il rapporto con loro viene definito attualmente molto *“stretto”*. Il padre viene descritto come una persona riservata, ma presente e attenta. La madre è descritta come una persona molto presente e solare che riesce a farla sentire amata e protetta. La paziente sostiene che con loro riesce a manifestare liberamente il proprio malessere e le proprie esigenze descrivendo la sua famiglia come *“un nucleo perfetto”* all'interno del quale esistono comprensione e dialogo. Mi spiega che il rapporto con sua madre, però, non è stato sempre così idilliaco ma in passato è stato caratterizzato da una forte conflittualità perché lei è stata una bambina *“difficile e ribelle”*. Nel tempo questa conflittualità è progressivamente migliorata e oggi sua madre rappresenta la parte più importante della sua vita. Le chiedo di descrivermi i suoi genitori e lei dichiara: *“mia madre è il sole e mio padre è la luna”* motivando questa metafora con il fatto che sua madre è una persona forte e solare che illumina i suoi momenti difficili e suo padre è presente e disponibile ma più riservato rispetto a sua madre. I suoi genitori appoggiano la sua scelta di iniziare questo percorso terapeutico per risolvere i suoi problemi attuali. Il rapporto con la sorella minore è stato sempre sostanzialmente positivo ma, caratterizzato, spesso, da ambivalenza in quanto la stessa viene descritta come una ragazza che *“non ha mai dato problemi”*, una persona per niente *“complicata”* come lei e che frequenta l'università. F. non ha mai avuto *“il coraggio”* di iscriversi all'università impegnandosi in qualcosa che, a suo dire, era *“più grande di lei”*. F. ha sempre la sensazione di essere inadeguata, sbagliata, inferiore, immeritevole e di non piacere agli altri. Sente che in lei c'è qualcosa di sbagliato non in ciò che fa, ma in ciò che è convinta di essere. Tende ad essere ipersensibile

alle critiche, ai rifiuti e ai rimproveri vivendo una costante sensazione di inadeguatezza. Reagisce alle critiche in maniera aggressiva ritenendosi troppo vulnerabile. Spesso ha difficoltà ad esprimere i suoi sentimenti perché legge le reazioni degli altri come una sottovalutazione del suo modo di essere. Sono evidenti nella paziente standard severi che la inducono all'ipercompensazione per contrastare le sensazioni di vergogna e di inadeguatezza. La paziente ricorda di essere stata una bambina molto insicura, spesso capricciosa e piagnucolosa. Riferisce che durante tutti gli anni scolastici la presenza di suo cugino in classe, con cui aveva un rapporto conflittuale, *“la perseguitava e con lui anche i suoi insulti”*, la chiamava *“botte di pomodoro”*.

I rapporti con i compagni di classe era molto variabili e lo sono stati ugualmente con la suora, sua insegnante alla scuola primaria (Appendice III).

Nel periodo della sua vita che va dai 7 ai 15 anni circa, inizia a strutturarsi nella paziente un vissuto basato sulla vergogna e l'inadeguatezza. F. dichiara di essersi sentita spesso impotente e vulnerabile. L'accesso alle scuole superiori è stato vissuto con più entusiasmo rispetto agli anni precedenti. La paziente racconta di essere entrata a far parte di un trio con due ragazze della sua classe con cui si sentiva a proprio agio ed accettata. Dopo l'estate ricorda di essere diventata più popolare a scuola. I ragazzi la corteggiavano e non era più *“anonima e grassa”*. Le sue amiche cambiarono atteggiamento nei suoi confronti fino al punto che nessuna delle due le rivolse più la parola. F. racconta di *“aver passato mesi di inferno”*, fingevano di non vederla e la escludevano completamente. Ricorda che sua madre, a conoscenza del litigio, un giorno si recò a scuola da lei e le disse: *“Lasciale perdere, non farti vedere così, non lo meritano”*. La paziente spiega: *“Quel momento fu per me l'inizio di un grande ripensamento nei confronti di mia madre... ero felice perché aveva capito il mio dolore. Per la prima volta aveva compreso, senza che le chiedessi palesemente aiuto che io avevo bisogno di lei, di una sua parola rassicurante e che stavo male. Finalmente potevo avere un dialogo con lei, mi sentivo protetta!”* L'adolescenza è contraddistinta da un *“susseguirsi di storie d'amore”* che durano sempre circa un anno e si concludono perché i suoi partner decidono di interrompere la relazione con lei per altre ragazze. Anche le amicizie sono molto incostanti. La paziente racconta che a venti anni, L., un ragazzo che lei frequentava ed amava perdutamente, interrompe bruscamente la storia presentandosi una sera da lei con la fede al dito. Questo

avvenimento la scuote profondamente e la induce ad un ostinato rifiuto relazionale caratterizzato da rabbia e colpevolizzazioni. F. riesce con difficoltà a superare questo periodo grazie alla conoscenza di nuove amiche che la madre le porta a casa. Inizia, in seguito, a frequentare un altro ragazzo che poi lascia per il suo attuale fidanzato che, a suo dire, spesso le rinfaccia con sarcasmo: *“Tu eri la ragazza del mio amico”*. Tutte le relazioni vengono descritte con uno schema fisso che si ripete: *“Vivevo spesso con il timore di essere lasciata e pretendevo massima centralità, attenzioni, comprensione e manifestazioni costanti d’amore, se questo non avveniva mi sentivo inadeguata, iniziavo a ripetermi che c’era qualcosa che non andava in me”*.

Abbiamo ricostruito insieme la sua storia di vita esplorando i significati personali associati alle esperienze vissute (Appendice III).

2.4 Struttura e comunicazione intra-familiare

La comunicazione intra-familiare della paziente si è evoluta nel tempo passando da una tipologia comunicativa prevalentemente fredda, a tratti svalutante e non empatica con la madre e superficiale con il padre, ad una attuale caratterizzata, invece, da comunicazione empatica, aperta e rassicurante. L’atmosfera familiare, attualmente, è positiva ma per anni la paziente riporta un vissuto di tensione, soprattutto con la madre, in cui si è sentita costantemente sbagliata ed incompresa. I ruoli, le regole e le relazioni oggi sono ben definiti. In passato, F. viveva nel timore della reazione imprevedibile della madre, talvolta, avrebbe voluto confidarsi con lei ma la trovava, spesso, emotivamente assente e tutto ciò ha portato la paziente, nel tempo, a manifestare poco i suoi bisogni, le sue esigenze e i suoi desideri. Il suo rapporto con la madre era contraddistinto da distacco e scarsa empatia dal punto di vista emotivo, ma anche da comportamenti apprensivi, giudicanti e rifiutanti. Il padre, invece, *“è stato sempre più presente emotivamente”* ma lavorando tutto il giorno diventava difficile far riferimento a lui. La paziente afferma di non aver mai avvertito la sua mancanza, sapeva che il padre lavorava ma fisicamente non era in casa.

2.5 Modello di attaccamento

Lo stile di attaccamento nei confronti della madre si configura come ansioso-ambivalente, in quanto F. ha sperimentato spesso l’imprevedibilità della figura di

attaccamento tentando di mantenere con lei una certa vicinanza che, però, le ha impedito di sviluppare comportamenti esplorativi autonomi. Il fatto che la madre fosse distaccata e poco sintonizzata con i suoi bisogni ha generato nella paziente rabbia e atteggiamenti di accondiscendenza. Questo ha portato inevitabilmente F. a percepire la figura materna come poco protettiva, poco accogliente, giudicante, imprevedibile ed insensibile al suo bisogno di rassicurazione. L'imprevedibilità e la scarsa ricettività hanno spinto F. alla continua ricerca dell'accettazione generando in lei elevati ed irrealistici standard che hanno alimentato il fatto di voler destare sempre un'ottima impressione agli occhi degli altri. Pertanto, solo attraverso l'utilizzo di strategie di coping come il perfezionismo e l'eccessivo impegno per raggiungere standard elevati, F. può garantirsi giudizi positivi ed un adeguato livello di autostima e, di conseguenza, ottenere consenso e approvazione da parte degli altri. Dai colloqui emerge il desiderio della paziente di voler modellare il suo iniziale atteggiamento di chiusura che si configura come una difesa e migliorare il suo sentirsi vulnerabile ed impotente senza la famiglia.

2.6 Interviste, test e questionari

Nella fase di assessment e, quindi, prima del trattamento sono stati somministrati i seguenti test:

1. MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2)
2. SCID-II (Structured Clinical Interview)

MMPI-2

I risultati clinici sono validi. Dall'esame delle scale di validità L (52) F (53) K (46) sembra che la paziente non abbia messo in atto tentativi di influenzare i risultati del test e che abbia risposto in modo corretto e sincero; non sono riscontrabili atteggiamenti particolarmente critici riguardo i propri problemi, quindi il test risulta valido e interpretabile. La paziente mostra una tendenza a percepirsi malata fisicamente, a lamentarsi delle proprie condizioni e ad esprimere somaticamente i problemi emotivi. I bassi punteggi alle suddette scale indicano che ha risposto agli item in maniera aperta e realistica, con un atteggiamento collaborativo e non di difesa. È presente un abbassamento del tono dell'umore riscontrabile nella scala 2 D (Depressione): la paziente si presenta ansiosa,

astenica, demoralizzata, oppressa dai problemi, con rallentamento del pensiero e dell'azione. È presente una certa sofferenza di natura nevrotica e caratterizzata da manifestazioni ansiose. Sono presenti tratti psicoastenici assai accentuati: indecisione, dubbio, tendenza a comportamenti anancastici con vissuti di passività. Presenta problemi di sfiducia nelle proprie capacità associati ad un basso livello di autostima; sono evidenti temi di svalutazione e riluttanza a prendere iniziative in cui, comunque, tende ad assumere un ruolo passivo. Tende a polarizzare la propria attenzione su disturbi fisici. Può tendere all'isolamento ed alla chiusura in se stessa, ma senza manifestare particolari problemi di controllo emotivo nelle situazioni interpersonali. L'equilibrio emotivo pare abbastanza stabile. Si evince, in particolare dall'analisi dei punteggi significativi nelle scale di base Si (75), Pt (86) e D (66), unitamente alle elevazioni nelle scale di contenuto SOD (70), LSE (71) e ANX (68), che la paziente presenta un profilo di un soggetto teso, molto introspettivo, socialmente introverso che presenta ansia e tensione. E' presente una sensazione di insicurezza, inferiorità, inadeguatezza e incapacità decisionale; è incline a provare sensi di colpa. I rapporti interpersonali risultano essere caratterizzati da passività. Considerato l'atteggiamento di apertura nei confronti del trattamento e di fiducia nel cambiamento, riscontrato anche nei colloqui iniziali, si rende possibile un intervento psicoterapico.

Punteggi MMPI-2

Numero item mancanti o risposte "non so"0

Scale di Validità o controllo

Scala L	Menzogna	6	52
Scala F	Frequenza	6	53
Scala K	Correzione	13	46

Scale di Base o Cliniche

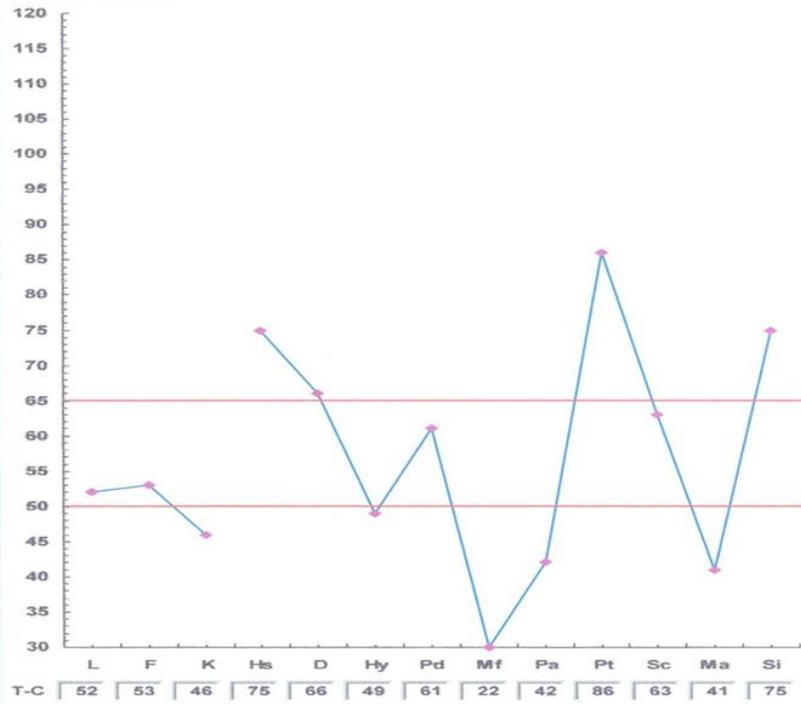
1. scala Hs	Ipocondria	21	75
2. scala D	Depressione	30	66
3. scala Hy	Isteria	23	49
4. scala Pd	Deviazione psicopatica	23	61
5. scala Mf	Mascolinità-femminilità	22	22
6. scala Pa	Paranoia	7	42
7. scala Pt	Psicostenia	40	86
8. scala Sc	Schizofrenia	24	63

9. scala Ma	Ipomania	13	41
0. scala Si	Introversione Sociale	49	75

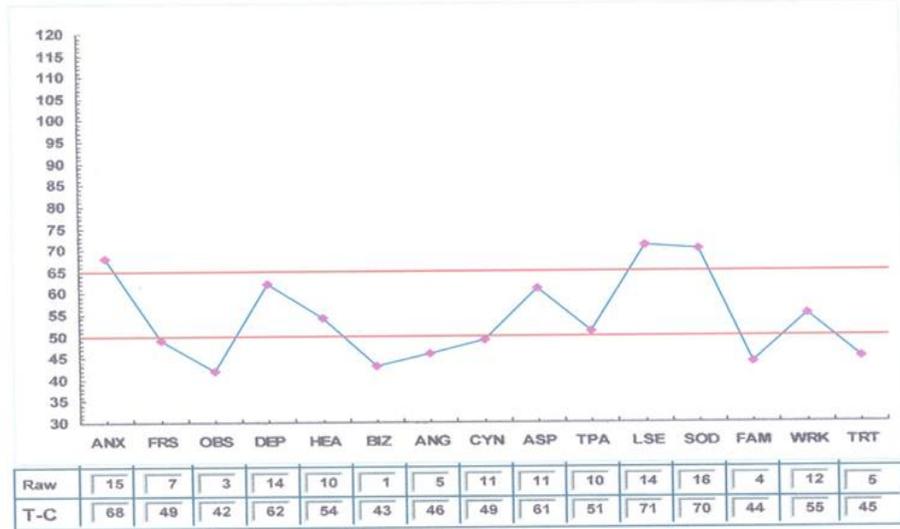
Scale di Contenuto

Scala ANX	Ansia	15	68
Scala FRS	Paure	7	49
Scala OBS	Ossessività	3	42
Scala DEP	Depressione	14	62
Scala HEA	Preoccupazioni per la salute	10	54
Scala BIZ	Ideazione bizzarra	1	43
Scala ANG	Rabbia	5	46
Scala CYN	Cinismo	11	49
Scala ASP	Comportamenti antisociali	11	61
Scala TPA	Personalità di tipo "A"	10	51
Scala LSE	Bassa autostima	14	71
Scala SOD	Disagio sociale	16	70
Scala FAM	Problemi familiari	4	44
Scala WRK	Difficoltà sul lavoro	12	55
Scala TRT	Indicatori di difficoltà di trattamento	5	45

Profilo MMPI-2 Scale Fondamentali



Profilo MMPI-2 Scale di Contenuto



SCID-II

Dalla somministrazione dell'intervista SCID-II non si evidenzia la presenza di disturbi di Personalità: nessun punteggio soddisfa i criteri per la presenza di disturbi di personalità; sono riscontrabili invece lievi tratti, statisticamente non significativi, nella categoria "personalità dipendente", "ossessivo-compulsivo" ed "evitante".

Tabella punteggi SCID-II

Evitante	1 2 3 4 5 6 7
Dipendente	1 2 3 4 5 6 7 8
Ossessivo-Compulsivo	1 2 3 4 5 6 7 8
Passivo-Aggressivo	1 2 3 4 5 6 7
Depressivo	1 2 3 4 5 6 7
Paranoide	1 2 3 4 5 6 7
Schizotipico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Schizoide	1 2 3 4 5 6 7
Istrionico	1 2 3 4 5 6 7 8
Narcisistico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Borderline	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Antisociale (C)	1 2 3 4 5 6 7
Antisociale (A)	1 2 3 4 5 6 7
Non Altrimenti Specificato (NAS)	1
<ul style="list-style-type: none"> ● Valore paziente ● Valore soglia per la diagnosi 	

Le interviste utilizzate per valutare il profilo dei sintomi sono state:

1. ADIS-5: l'intervista ha rilevato inizialmente un'alta frequenza e gravità dei sintomi sia nell'area dell'apprensione dei sintomi stessi, sia in quella dell'interferenza di tale apprensione nella vita quotidiana.

2. BAI: lo scoring pari a 32 ha rilevato una grave sintomatologia ansiosa.

3. STAI-Y

	Nulla o molto basso (da 20 e 30)	Medio basso (da 31 a 50)	Medio-alto (da 51 a 70)	Altissimo (da 71 a 80)
Ansia di stato				71
Ansia di tratto				72

I punteggi di entrambe le scale della STAI-Y si collocano nel range altissimo, confermando la presenza nel paziente di ambedue gli aspetti ansiosi, sia di tratto che di stato.

- BDI-II F

Con la somministrazione della BDI-II sono ottenuti i seguenti risultati: il punteggio totale indica una moderata tendenza depressiva.

	Punteggio paziente	Range
Punteggio totale	30	Grave (20-63)
Punteggio Subscala somatico-affettiva	6	Grave (6-36)
Punteggio Subscala cognitiva	24	Grave (15-27)

2.7 Schede di auto-osservazione

Per raccogliere i dati idiografici e, quindi, le informazioni peculiari della paziente, sono state utilizzate le schede di auto-osservazione per avere una descrizione dettagliata dell'ansia giornaliera, degli stimoli scatenanti ambientali, degli stimoli enterocettivi e di quelli cognitivi. Tale lavoro ha consentito di effettuare una completa analisi situazionale. I pazienti con disturbo di panico sono più consapevoli degli stimoli esterni piuttosto che degli stimoli interni fisici scatenanti l'ansia. A tal proposito sono stati monitorati i primi pensieri apprensivi ed effettuata una checklist delle sensazioni fisiche e delle risposte cognitive e comportamentali messe in atto dalla paziente (Appendice II).

Ho iniziato l'automonitoraggio in seduta inducendo la paziente ad immaginare diverse situazioni che di recente le avevano procurato ansia, ho utilizzato il role playing della situazione per elicitare i pensieri automatici apprensivi ed ho usato gli esercizi di induzione per ottenere i sintomi dell'*iperarousal* incoraggiandola a verbalizzare i suoi stati mentali. Ho ritenuto opportuno utilizzare le schede di autosservazione per avere una descrizione dettagliata dell'ansia e della relazione esistente tra situazioni attivanti, pensieri ed emozioni. Questo ha permesso a F. di

riconoscere quello che le passava per la mente e le emozioni che provava grazie alla ricostruzione degli episodi narrativi che ha reso molto dettagliata la concettualizzazione del caso.

3. Diagnosi finale secondo il DSM-5

Dall'elaborazione clinica del caso basata sull'osservazione della paziente, sull'analisi dei contenuti emersi durante i colloqui e sulla valutazione dei risultati ottenuti ai test psicodiagnostici, nella paziente sono presenti i seguenti criteri validi per stabilire una diagnosi di:

➤ **Disturbo di panico**

La persona ha sperimentato 9 sintomi su 13 descritti nel DSM-5:

1. Tachicardia
2. Paura di perdere il controllo o di “impazzire”
3. Paura di morire
4. Parastessie (sensazione di formicolio)
5. Sensazione di asfissia
6. Brividi e vampate di calore
7. Sudorazione
8. Sensazione di vertigine, di “testa leggera” e svenimento
9. Sensazione di irrealtà (derealizzazione)

Gli attacchi di panico sono stati seguiti da preoccupazione persistente relativa solo all'insorgere di altri attacchi di panico e alle loro conseguenze.

La durata del disturbo è superiore a 2 mesi.

La paziente evita alcune situazioni che ritiene pericolose e tale meccanismo ha contribuito a cronicizzare e a mantenere il suo disturbo.

4. Concettualizzazione del caso clinico

Dall'analisi funzionale di diverse situazioni scatenanti si evidenzia che il panico (nei suoi aspetti cognitivi, comportamentali e fisiologici) si attiva in seguito al manifestarsi di alcuni sintomi quali: aumento della frequenza cardiaca, difficoltà a respirare, vertigini e sensazione di irrealtà. Durante il panico, la paziente reagisce

con comportamenti protettivi e di evitamento: riduzione dell'attività fisica, (se sta lavorando si siede) chiama la madre, prende una camomilla, beve acqua, chiede, nei casi peggiori, di farsi riaccompagnare a casa. Questi comportamenti protettivi da una parte riducono l'ansia (rinforzo negativo) ma dall'altra ostacolano la confutazione dei pensieri disfunzionali presenti: *“Morirò, mi verrà un infarto, sono debole, da sola non ce la faccio, mi sento impotente”*.

Da quanto emerso è chiaro il ruolo delle sensazioni fisiche nell'elicitarlo il panico (emergenti grazie alla costante attenzione sui propri sintomi associati al panico), quello dei pensieri disfunzionali nell'aumentarlo (morirò, avrò un infarto, ecc.) ed, infine, il ruolo dei familiari (nello specifico la madre) che, cercando di aiutare la paziente, involontariamente mantengono il quadro sintomatologico.

Strategie di Coping presenti:

- Evitamento
- Ricerca continua di rassicurazioni
- Standard severi
- Perfezionismo

Esperienze e comportamenti che hanno contribuito allo sviluppo e al mantenimento della credenza di base:

- Madre poco empatica, spesso giudicante, non sintonizzata emotivamente
- Padre più empatico ma assente fisicamente per lavoro
- Stile educativo ambivalente
- Critiche ai suoi atteggiamenti/comportamenti
- Continui paragoni con la sorella minore e con gli altri
- Continua ricerca di sicurezza e approvazione
- Percezione di se stessa come debole, vulnerabile, sbagliata

Pensieri automatici negativi:

“Sto perdendo il controllo di me stessa”

“Impazzirò”

“Mi verrà un infarto”

“Sono debole”

“Morirò”

Convinzioni e assunzioni:

- Sono sbagliata
- Sono inadeguata
- Sono vulnerabile
- Devo essere perfetta per piacere agli altri
- Se non ubbidisco, sono una pessima figlia

Credenze di base

Il core belief prevalente di F. è indubbiamente quello di inadeguatezza, ma sono emerse durante il lavoro insieme anche tematiche legate ad altre credenze di base, in particolare alle credenze di non amabilità e di non valore.

Completata la concettualizzazione del caso, è stato schematizzato, attraverso tre situazioni ansiogene tipiche, il funzionamento psicologico della paziente utilizzando il modello cognitivo di J. Beck.

Diagramma di concettualizzazione cognitiva di J. Beck

Diagnosi: **Disturbo di panico**

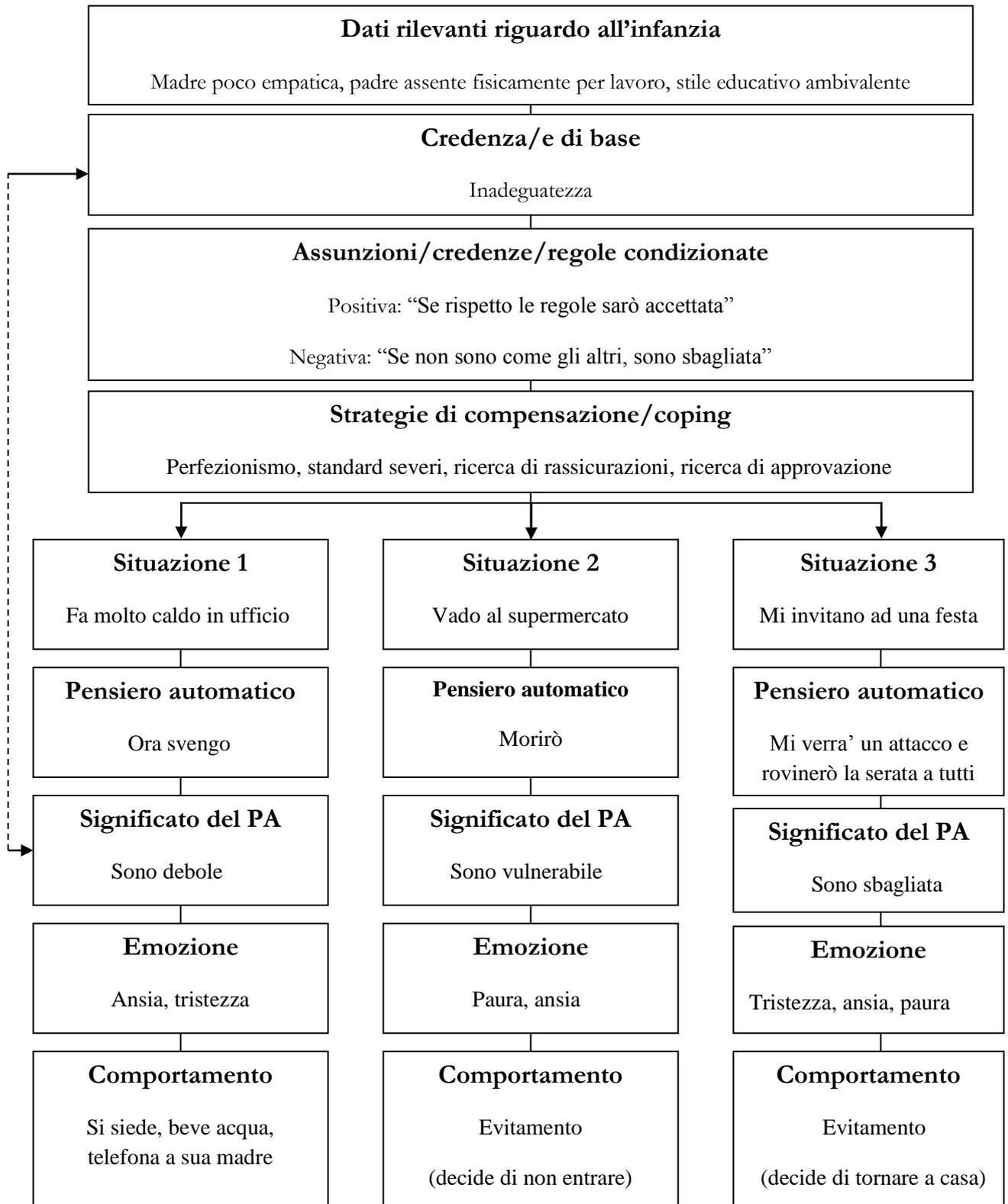


Diagramma di concettualizzazione cognitiva dell'ansia

A. INFORMAZIONI DIAGNOSTICHE CORRENTI

Diagnosi primaria: **Disturbo di panico**

Numero di episodi di diagnosi primaria: 5 episodi a settimana

B. PROFILO SINTOMO

Beck Anxiety Inventory Totale: 32 (grave sintomatologia ansiosa)

Beck Depression Inventory - II Totale: 30 (moderata tendenza depressiva)

Media pretrattamento dell'ansia giornaliera: 8,5

C. PROFILO DI RISPOSTA DI PAURA IMMEDIATA

Analisi situazionale	
Fattori esterni scatenanti	Fattori interni/cognitivi scatenanti
Centri commerciali	Tachicardia
Mezzi di trasporto	Stress
Luoghi distanti	Sarò sola



Primi pensieri apprensivi
Mi verrà un attacco
Nessuno mi aiuterà
Sono malata
Sto perdendo il controllo
Avrò un infarto
Sento che sto per morire



Iperattivazione fisiologica percepita	
Elenco sensazioni fisiche primarie	Errata interpretazione
Tachicardia	Infarto
Respiro affannoso	Morte
Vertigini	Svenimento



Risposte automatiche inibitorie	
Difese comportamentali primarie	Difese cognitive primarie
Evitamento	Distrazione



Errori cognitivi primari	
Tipo di errori cognitivi	Esempi di errori cognitivi
Pensiero catastrofico	Mi verrà un infarto
Ragionamento emotivo	Sento che sto per morire

Profilo di rivalutazione secondaria:

Comportamenti primari e strategie di coping	
Strategie di coping	Effetti percepiti nella riduzione dell'ansia
Cerca rassicurazioni	100
Si siede	70
Cerca di distrarsi	30



Sintomi primari del worry
Penseranno che sono malata e si accorgeranno dei miei sintomi.
Perderò il controllo e impazzirò. Sarà terribile e non ne uscirò.



Principali strategie di controllo del pensiero	
Ripete a se stessa che passerà presto	50



Minaccia e valutazione della vulnerabilità quando è ansioso

Si percepisce debole, inadeguata e incapace



Minaccia e valutazione della vulnerabilità quando non è ansioso

E' consapevole che è capace di tollerare i sintomi sgradevoli senza che accada nessuna tragedia

Fattori protettivi e risorse personali presenti

Le risorse personali e i fattori protettivi sono determinanti in quanto possono impedire ai problemi di presentarsi oppure prevenire il peggioramento dei sintomi rafforzando le competenze dell'individuo nei confronti delle avversità. F. è evidentemente molto determinata e motivata rispetto alla terapia. Con il passare degli anni, ha iniziato a sentire sempre più il peso delle critiche e dell'impotenza di fronte a determinate situazioni. Attraverso i suoi sintomi che l'hanno condotta in terapia, si è resa conto "di non voler più convivere con tale stato di malessere e di voler interrompere l'assunzione di farmaci sviluppando strategie adeguate alla sua situazione". Queste motivazioni, associate alla determinazione di voler risolvere davvero i suoi disagi, rappresentano il principale punto di forza della terapia.

5. Elementi del contratto terapeutico

Inizialmente si è stabilito di focalizzare la terapia sul riconoscimento delle emozioni negative (focalizzazione, intensità e frequenza) per iniziare a sviluppare la capacità di *mastery* e, quindi, la padronanza sulla propria ansia. Gli scopi impliciti che hanno indirizzato il mio lavoro sono stati relativi all'interruzione della genesi e del mantenimento della sofferenza nella paziente ristrutturando le sue credenze disfunzionali e, tenendo conto dei grossi *deficit* di strategie di fronteggiamento presenti, ho sviluppato strategie di coping più funzionali.

Una volta conclusa la fase di assessment, che è durata per tutto il percorso terapeutico, ho spiegato alla paziente quanto è emerso dall'intero processo di valutazione e ho successivamente pianificato insieme a lei il trattamento appropriato fissando un contratto terapeutico. In seguito è stato concordato con la paziente un programma da raggiungere in fasi progressive suddividendo gli obiettivi a breve, medio e lungo termine.

Obiettivi a breve termine: comprensione del disturbo e dei meccanismi sottostanti, delle origini e normalizzazione dell'ansia:

- Riconoscere la sofferenza e i bisogni della paziente
- Ascoltare la sua esperienza e rappresentarla in maniera più funzionale
- Validare le sue emozioni centrali (paura, ansia) ed estinguere i sintomi
- Comprendere il significato dei suoi pensieri e delle sue credenze centrali (sono deboli)
- Conoscere l'ansia attraverso la psicoeducazione
- Mettere in discussione i pensieri automatici negativi (PAN), diminuire la frequenza, l'intensità e la durata dei sintomi emotivi conseguenti e ristrutturazione delle credenze disfunzionali
- Mettere in discussione le credenze negative
- Approfondire i significati personali che la paziente attribuiva ai suoi vissuti che contribuivano ad innalzare il suo livello di ansia
- Normalizzare l'attivazione neurovegetativa eccessiva in determinate situazioni
- Mettere in discussione le distorsioni cognitive principalmente catastrofiche (mi verrà un infarto, morirò, non ce la farò)

- Ristrutturare la modalità aggressiva e arrogante di relazionarsi agli altri e la vulnerabilità alle critiche attraverso un training assertivo

Obiettivi a medio termine: modifica del proprio stile cognitivo e comportamentale, acquisizione di uno stile cognitivo funzionale e gestione delle situazioni ansiogene:

- Eliminare delle strategie disfunzionali ancora presenti
- Eliminare dei comportamenti maladattivi disfunzionali
- Allenarsi a generare controprove rispetto alle originarie credenze
- Identificare strategie di coping quotidiane per migliorare il funzionamento

Obiettivi a lungo termine: consolidare il cambiamento e costruire una valutazione positiva di sé:

- Incrementare i punti di forza
- Modificare le strategie di coping disadattive
- Incrementare le abilità di coping e le abilità assertive
- Imparare a prevenire e gestire eventuali ricadute
- Apprendere il protocollo MBSR
- Modificare gli schemi disfunzionali
- Cambiare lo stile di vita
- Cambiare lo stile di pensiero

6. Relazione terapeutica

I principali obiettivi che hanno guidato il mio lavoro di costruzione di una solida alleanza terapeutica si sono basati sia sulla validazione e sul rinforzo positivo delle parti sane della personalità della paziente (buon esame di realtà, puntualità, serietà, impegno a voler cambiare, *compliance* al trattamento) sia sulla collaborazione, sull'ascolto attivo ed empatico e sull'attenzione a non considerare la paziente una vittima da consolare. Tutto ciò ha evitato di rinforzare la sua credenza di essere debole, inadeguata e bisognosa di aiuto, un aspetto rinforzato involontariamente dalla famiglia. Fin dall'inizio ho esposto alla paziente la

necessità di una sua attiva collaborazione al fine di poter ottenere risultati soddisfacenti. Per ottenere un'adeguata aderenza al trattamento, il mio obiettivo più immediato come terapeuta è stato quello di trasmettere comprensione ed empatia verso i suoi stati mentali, nell'assenza di qualsiasi giudizio nel contesto terapeutico. In questo modo è stato possibile creare un setting basato sulla fiducia, sulla disponibilità e sul rinforzo positivo che ha permesso di costruire una positiva collaborazione. Nel corso dell'intera durata del trattamento F. ha manifestato una buona apertura all'esplorazione dei suoi vissuti interni lasciandosi guidare di volta in volta dagli interventi emersi durante i colloqui. Per stabilire, sviluppare e mantenere con lei una solida alleanza terapeutica ho costantemente utilizzato quattro elementi essenziali nella relazione: la validazione, l'empatia, la compassione e il calore umano allo scopo di affermare i sentimenti della paziente, di sintonizzarmi emotivamente con lei, di sentire la sua sofferenza, di assicurarla all'interno di una cornice di dolcezza, gentilezza e di interesse accudente nel rispetto dei confini terapeutici.

Stralcio clinico:

T.: "E' normale che lei in questo periodo si senta demoralizzata (validazione), immagino perfettamente il suo stato d'animo (empatia), per me è molto importante quello che lei sta provando e le difficoltà che deve sostenere ogni giorno, ma voglio che lei sappia che io sarò con lei in questo momento particolare, la guiderò offrendole degli strumenti e la massima dedizione" (compassione e calore umano).

F. si è sentita validata e accolta e questo ha favorito la rievocazione di episodi poco felici e di vissuti di non accettazione che non aveva mai condiviso e che non aveva mai avuto il coraggio di esprimere.

La stessa paziente riferisce: *"E' la prima volta nella vita che sento di poter parlare così apertamente con una persona e sentirmi capita davvero e non giudicata"*. Il costante lavoro insieme ha consentito di normalizzare i sintomi di F. e ha permesso un graduale cambiamento dello stile di pensiero disfunzionale e dello stile di vita limitato. F. si è mostrata sempre collaborativa e motivata, tutto il lavoro concordato insieme è stato accettato di buon grado da lei, anche se inizialmente è emerso un lieve scetticismo sulla personale capacità di farcela davvero. Con questa modalità relazionale è stato possibile agganciare la paziente

mantenendo costante la sua motivazione attraverso un coinvolgimento diretto nel programma terapeutico. F. non ha mai saltato una seduta.

7. Trattamento

La terapia è stata strutturata in differenti fasi organizzate secondo l'approccio cognitivo-comportamentale e tenendo in considerazione la pianificazione terapeutica concordata con la paziente.

Nello specifico le aree di intervento sono state:

- Educazione al modello di terapia cognitiva del panico (i modelli del circolo vizioso)
- Esperimenti comportamentali: induzione dei sintomi in seduta e come homework
- Ri-addestramento del respiro
- Ristrutturazione cognitiva degli esiti catastrofici più temuti delle sensazioni fisiche
- Stare con i sintomi: insegnare la tolleranza a questi
- Esposizione graduata in vivo
- Prevenzione delle ricadute (MBSR, ACT)
- Training di rilassamento

Educazione al modello

In questa fase ho istruito la paziente sul perché avviene un attacco di panico attraverso un fascicolo di psicoeducazione all'ansia realizzato da me (Appendice I - Allegato 4) allo scopo di normalizzare i sintomi e farle apprendere come sono strutturati i vari livelli del pensiero. Avvicinarsi al modello cognitivo apprendendo che non è la situazione in sé a creare le emozioni negative, ma è l'interpretazione erronea che diamo alle situazioni, ha permesso a F. di comprendere che sono i nostri pensieri automatici distorti che contribuiscono a creare le emozioni negative. Ho illustrato alla paziente nel dettaglio i tre livelli del pensiero: pensieri automatici negativi, credenze intermedie e credenze profonde e i relativi errori di ragionamento evidenziando quelli peculiari del disturbo di panico. Partendo dai contenuti dei suoi ABC (Appendice II), le ho spiegato nel dettaglio quali sono gli stimoli scatenanti il panico, le sensazioni fisiche sgradevoli provate, le

interpretazioni catastrofiche e le risposte di evitamento e di ricerca di sicurezza messe in atto, solitamente, per abbassare l'ansia ma che hanno l'effetto di rinforzare la convinzione di essere debole ed incapace a gestire le situazioni ansiogene. Le ho mostrato, attraverso i modelli esplicativi del panico, come da un semplice fattore scatenante possa attivarsi il sistema di minaccia facendo emergere sensazioni fisiche che, a loro volta, attivano pensieri ed emozioni intrappolando la persona in un circolo vizioso. La spiegazione scrupolosa ha permesso di evidenziare il ruolo centrale delle interpretazioni catastrofiche errate dei sintomi fisici che causano l'insorgenza ed il mantenimento del panico.

Stralcio clinico:

T.: “Ogni giorno generiamo dei pensieri molto brevi e veloci che affiorano spontaneamente nella nostra mente e senza ragionarci molto. Questi si chiamano pensieri automatici e influenzano il nostro umore. I pensieri automatici sono comuni a tutti noi e, spesso, non siamo consapevoli dell'emozione che generano. Tuttavia, con un buon allenamento, possiamo divenirne consapevoli e capire che non sono sempre veri, possiamo imparare a non reagire in modo automatico, producendo emozioni e comportamenti più funzionali. Durante la terapia, impareremo ad identificare i suoi pensieri automatici ed utilizzeremo delle tecniche per modificarli. Il modo per capire quando abbiamo un pensiero automatico è notare quando il nostro umore peggiora: dobbiamo chiederci a cosa stiamo pensando in quel preciso momento oppure quale immagine ci passa per la mente. Così, quando lei si sentirà particolarmente agitata o ansiosa, imparare a focalizzare ciò che le passa per la mente rappresenterà il primo passo per la consapevolezza e la gestione del disagio che prova”.

Esperimenti comportamentali

In una fase successiva ho utilizzato diverse tecniche di esposizione enterocettiva utili ad indurre nella paziente gli stessi sintomi che emergono durante un attacco di panico. A tale scopo ho iniziato con la prova d'iperventilazione chiedendo a F. di accomodarsi in piedi al centro della stanza e invitandola a respirare in maniera intensa per circa 90 secondi spiegandomi le sensazioni e i pensieri che le passavano per la mente. Questo esperimento è stato utile per dimostrare che le

sensazioni sgradevoli che provava potevano essere fastidiose ma non pericolose e quindi verificare la validità dei suoi pensieri.

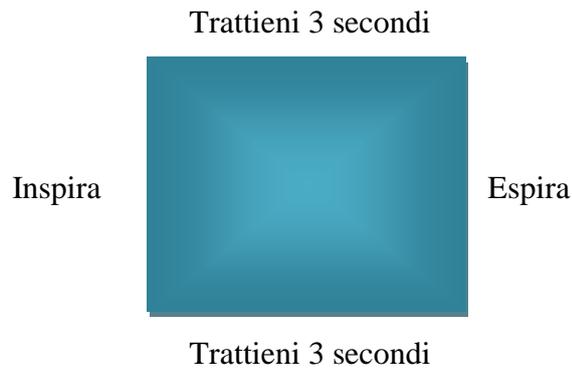
Stralcio clinico:

T.: “F. vorrei dimostrarle attraverso semplici esercizi, di cui abbiamo già parlato, che possiamo provare gli stessi sintomi sperimentati durante il panico e verificare che gli stessi non provocheranno un ictus e non saranno assolutamente pericolosi. Il panico o l’iperventilazione non inducono svenimento o morte. Non si sviene, non si impazzisce e non si verificano cali di pressione anche se lei può sperimentare capogiri o vertigini. So che si sentirà ansiosa nel fare questo esperimento, ma le assicuro che non accadrà nulla di catastrofico, io sono qui con lei in questo momento e ho fatto questo esperimento tantissime volte con altre persone. Le assicuro che ha una base scientifica. Si alzi in piedi e, quando è pronta, inizi a respirare per 90 secondi in maniera intensa. Successivamente mi dirà cosa ha pensato e cosa ha provato”.

In seguito a diversi esperimenti di induzione dei sintomi focalizzati sul respiro ed utilizzati allo scopo di dimostrare alla paziente l’esagerazione dei suoi pensieri catastrofici, è stata attuata la ristrutturazione cognitiva per modificare i pensieri disfunzionali emersi, decondizionare F. ed indebolire l’associazione tra sintomo e sviluppo dell’attacco di panico.

Ri-addestramento del respiro

In questa fase, partendo dal presupposto che il respiro rappresenta un fattore importante nella genesi degli attacchi di panico, ho proposto alla paziente la tecnica di ri-addestramento al respiro. E’ stato suggerito, infatti, che il training nella respirazione lenta e leggera possa frenare e contenere gli attacchi di panico (Rovetto, 2003). A tal proposito ho proposto alla paziente la tecnica della respirazione a quattro tempi. Prima di procedere le ho illustrato graficamente l’esercizio.



Stralcio clinico:

T.: “Ora faremo un esercizio di ri-addestramento al respiro in quattro tempi. Visualizzi nella sua mente un quadrato ed immagini di percorrerlo. Nell’iniziare a percorrere il primo lato inspiri, poi vada avanti e trattenga 3 secondi il respiro. Adesso espiri. Continui trattenendo il respiro altri 3 secondi e poi ricominci. Questa tecnica serve per contrastare l’iperventilazione che, come le ho spiegato, consiste nel respirare in maniera rapida producendo respiri corti come durante una normale corsa”.

Ristrutturazione cognitiva

Attraverso alcune domande standard sono stati discussi e modificati i pensieri disfunzionali. A partire dalla raccolta dei pensieri attraverso le schede di ABC con le relative domande di messa in discussione e da alcune tecniche, quali: la freccia discendente (per individuare il significato dei pensieri automatici e modificare le credenze intermedie) e la tecnica del doppio standard (in cui abbiamo usato gli altri come punto di riferimento) è stato possibile iniziare la ristrutturazione cognitiva e monitorare i pensieri automatici. Questo lavoro è stato utile per ricavare dati abbastanza attendibili e poco distorti sulla sua esperienza di panico a completamento della procedura di assessment.

Stralcio clinico “Tecnica della freccia discendente”:

P.: Penso di non poter uscire senza una bottiglia d’acqua



T.: Cosa potrebbe accadere in caso contrario?



P.: Potrebbe venirmi un attacco di panico e soffocherei senza acqua



T.: Cosa potrebbe accadere se questo fosse vero?



P.: Potrei svenire davanti a tutti



T.: Cosa significherebbe per lei “svenire” davanti a tutti?



P.: Significa che non sono in grado di cavarmela da sola



T.: Che significa per lei essere “non essere in grado di cavarsela da sola”?



P.: Significa non avere strumenti per gestire la situazione



T.: Quale potrebbe essere la sua credenza? Quella che lei valuta come vera in assoluto



P.: Che sono incapace e vulnerabile

Dopo che la paziente ha espresso pensieri del tipo: “non sono in grado di cavarmela da sola” ho cercato di capire se utilizzava per se stessa gli stessi criteri di valutazione che usava per gli altri utilizzando la tecnica del doppio standard.

Stralcio clinico del tecnica del doppio standard (usare gli altri come punto di riferimento) con decentramento:

T.: Ora, provi ad immaginare una sua amica nella sua stessa situazione e mi dica cosa le direbbe se le prospettasse le sue stesse problematiche, di pensare di non essere in grado di cavarsela da sola.

P.: Posso immaginare la mia amica S. Beh, le direi: non è affatto vero che non sai cavartela da sola. Sei in grado di organizzare benissimo la tua casa e di accudire i tuoi fratelli. Sei solo troppo severa con te stessa e non riesci a vedere quello che riesci a fare per te stessa e gli altri. L’ansia non ti limita la vita.

T.: Pensare a quello che ci accade come se fosse accaduto a qualcun altro, ci aiuta ad acquisire una distanza psicologica dalle nostre credenze. Se le vediamo

negli altri, ci accorgiamo subito di quanto siano disfunzionali. Adesso te la senti di applicare lo standard che hai utilizzato per S. anche per te?

P.: Sì, è vero, è differente pensarlo sugli altri, siamo più benevoli.

T.: Provi a dirlo a se stessa.

P.: Ok. Ci provo. F., sei molto severa con te stessa. L'ansia non ti limita la vita. Non è vero che non sai cavartela da sola, sai bene che puoi ma non ci credi. Sei in grado di fare tante cose, lavori, leggi, hai amiche, sei brava a fare tanti lavori creativi. Con un po' di impegno e fiducia, potrai cambiare opinione su te stessa.

T.: Perfetto, sente vera questa cosa?

P.: Sì, mi sembra che mi apra la mente...è come se vedessi tutto da una prospettiva diversa che non sono abituata a prendere in considerazione.

La paziente ha compilato ulteriori ABC per identificare altri PAN relativi a situazioni per lei problematiche, quali, per esempio, il timore di andare ad una cena, dal parrucchiere e di prendere l'ascensore. Le ho chiesto di focalizzare molto bene i pensieri associati alle sensazioni fisiche che provava nelle situazioni ansiogene (Appendice I). In questo modo è stato possibile esaminare quali distorsioni cognitive metteva in atto provando a formulare delle ipotesi alternative funzionali ai suoi pensieri (Appendice I -ABCDE).

Viene riportato un esempio di domande alternative utilizzato nel percorso terapeutico come guida nella messa in discussione dei PAN della paziente (Appendice I- RP 1,2,3)

1. *Qual è la prova?*

2. *C'è una spiegazione alternativa?*

3. *Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere?*

Potresti sopravvivere a ciò?

Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere?

Qual è l'esito più realistico?

4. *Quale effetto produce il credere al pensiero automatico?*

Quale potrebbe essere l'effetto del cambiare il mio pensiero?

5. *Che cosa dovrei fare riguardo a questo?*

6. *Che cosa direi a _____ (un amico/a) se lui/lei si trovasse nella stessa situazione?*

Ho, inoltre, esortato la paziente a compilare, nel corso delle settimane, dei diari di autoaffermazione positiva costruendo degli elenchi giornalieri che raccoglievano tutte le azioni o i pensieri positivi che avrebbe fatto durante il giorno e per i quali meritava stima. Questo lavoro ha permesso di modificare l'inclinazione ad elaborare le informazioni in maniera negativa, soprattutto quelle relative a se stessa.

Stare con i sintomi: insegnare la tolleranza a questi

In questa fase ho trasferito alla paziente un concetto importante e, cioè, che lei era in grado di tollerare le sensazioni fisiche sgradevoli come chiunque altro attraverso l'esercizio quotidiano. Ho chiesto alla paziente di tenere un diario su cui annotare le sue esperienze di disagio fisico non associate all'ansia, quali mal di testa, dolori muscolari, fatica, etc. Successivamente le ho chiesto di valutare il grado di disagio associato a ciascuno di questi sintomi e il relativo livello di ansia. Lo scopo del lavoro è stato aumentare gradualmente la tolleranza individuale e il senso di sicurezza personale invitandola a rimanere nel disagio e accettando le sensazioni fisiche che provava (Appendice II - Allegato 16).

Stralcio clinico:

T.: Spesso le sensazioni fisiche sgradevoli che sentiamo possono indurci ad entrare in uno stato di allerta amplificando le stesse in maniera esponenziale. In realtà è il nostro pensiero a determinare quello che proviamo. Se cambiamo il nostro modo di accogliere tali sensazioni fisiche, esse diventeranno gestibili. Non dobbiamo combatterle, ma solo accettarle e continuare a fare quello che stiamo facendo. L'ansia, come le ho spiegato, può aumentare raggiungendo un picco massimo ma poi scende in maniera fisiologica in quanto il nostro corpo non riesce a rimanere in uno stato di tensione massima per troppo tempo. Quando corriamo e non siamo allenati, ad un certo punto dobbiamo fermarci. Lo stesso avviene con l'attivazione ansiosa. Provi, quindi, ad accettare le sensazioni che sente rimanendoci dentro senza pensare al peggio. Non accadrà nulla. L'ansia è una parte normale della vita.

Esposizione graduata in vivo

In seguito ad una progressiva preparazione in seduta tramite tecniche di esposizione enterocettiva e di esposizione in immaginativo con cui ho, rispettivamente, indotto sintomi analoghi al panico e ho chiesto alla paziente di immaginare di essere al centro commerciale descrivendo cosa provava e poteva accadere, ho successivamente predisposto la paziente ad una prima moderata esposizione diretta ai suoi sintomi. A tale scopo sono state organizzate esposizioni graduate in vivo facendo rimanere F. in uno stato di attivazione ansiosa per almeno 90 minuti. Ho realizzato insieme a lei una scala delle situazioni difficili di intensità emotiva crescente da 0 a 100 relativa sia alle situazioni scatenanti sia alle risposte evocate da tali situazioni. Il punteggio 0 corrisponde a nessuna paura e 100 indica una paura estrema. La strutturazione gerarchica delle paure riportata nella scala SUD (Figura 1.) ha permesso, durante il trattamento di superare, passo dopo passo ed attraverso l'esposizione graduata in vivo, paure che sembravano insormontabili.

Stralcio di colloquio per la costruzione di una gerarchia:

T.: Adesso che il suo livello d'ansia si è abbassato, possiamo programmare di affrontare gli evitamenti che mette in atto nella vita reale. Possiamo, ad esempio, provare ad entrare gradualmente al supermercato che dice di evitare allo scopo di promuovere il processo di abituação alle emozioni negative che prova in quel momento.

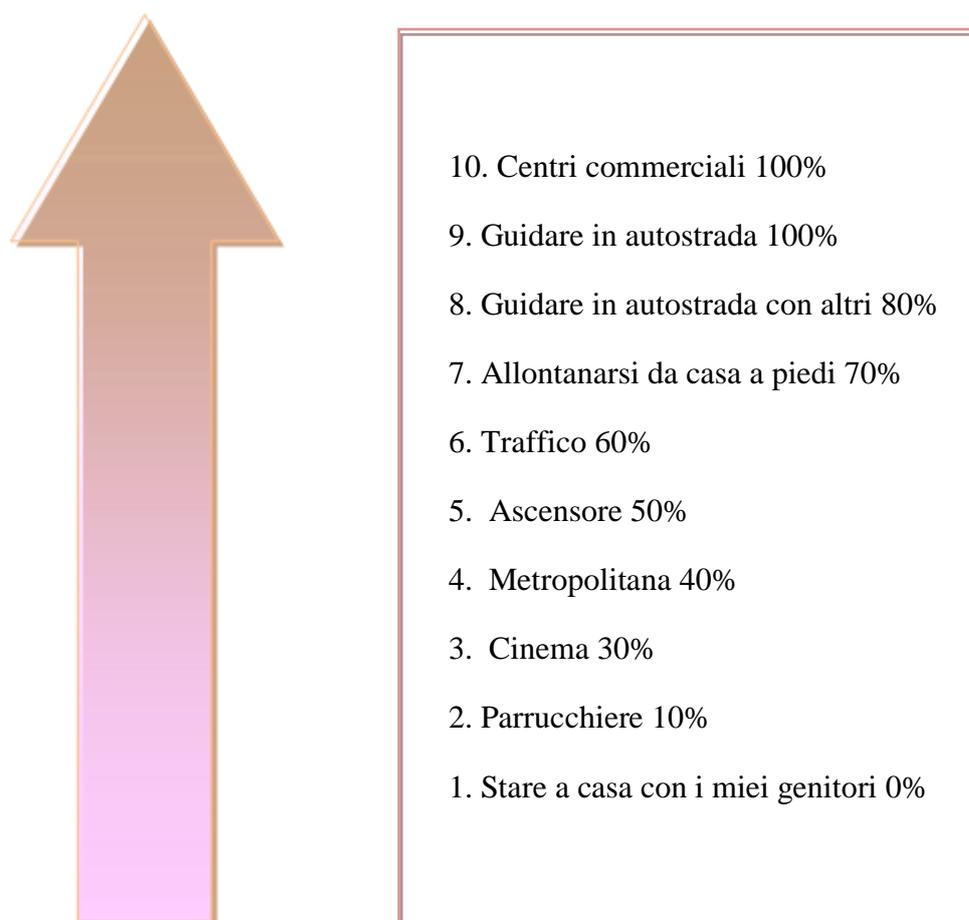
P.: Sì, credo però sia difficile, il pensiero mi spaventa e mi fa sentire ansiosa.

T.: Certo, quando una persona prova ad affrontare situazioni a lungo evitate è normale che si ponga in una condizione di allerta. Affrontare le sue paure farà aumentare la sua ansia che raggiungerà un picco massimo, ma poi, si ridurrà spontaneamente, permettendole di affrontare quelle situazioni senza avere più sintomi invalidanti e scoprendosi in grado di gestire i suoi stati emotivi. A questo scopo potremmo costruire una gerarchia che comprenda tutte le sue paure, da quella che teme di meno a quella che la terrorizza di più.

P.: Sì, ho già immaginato una graduatoria.

T.: Perfetto, proviamo a scriverla. (Figura 1.)

Figura 1. Scala SUD (unità soggettiva di disagio)



Dopo aver identificato una gerarchia, ho chiesto a F. di descrivermi le peggiori conseguenze che, secondo lei, potevano emergere da tale esposizione. Per monitorare il processo di abituação abbiamo misurato il grado d'ansia da 0 corrispondente ad un'“assenza d'ansia” a 100 corrispondente, invece, ad un'“ansia grave”. L'abituação alle emozioni negative è sopraggiunta quando la paziente si è stabilizzata su un livello d'ansia e di paura pari a 3. Quando lo stato d'ansia si è ridotto a 1, per valutare se F. fosse in grado di gestire le sue emozioni negative “in vivo”, abbiamo programmato l'esposizione diretta all'oggetto della paura, affrontando gli evitamenti della vita reale. Insieme abbiamo ideato di entrare gradualmente al supermercato aumentando progressivamente il tempo di permanenza all'interno dello stesso con lo scopo di dimostrarle di essere in grado di gestire la situazione, persino gli stati d'ansia elevati. La durata dell'esposizione

è stata determinante affinché tutti i sintomi cognitivi ed emotivi potessero estinguersi gradualmente permettendo a F. di disconfermare le sue previsioni catastrofiche. Durante gli esercizi di esposizione ho incrementato la capacità della paziente di accettare i sintomi fisici associati all'ansia desensibilizzandola dai suoi precedenti apprendimenti disfunzionali relativi agli esiti funesti.

Stralcio clinico di un'esposizione in vivo al centro commerciale:

T.: F. vorrei iniziare questa esposizione dicendole che sono molto fiera di lei, di come sta seguendo la terapia e del coraggio che sta mobilitando per affrontare finalmente le sue paure. Più volte abbiamo immaginato questo momento ripercorrendo tutti i passaggi nel dettaglio ed iniziando da esposizioni meno ansiogene. Con gli esperimenti comportamentali abbiamo riprodotto in seduta gli stessi sintomi che possono emergere durante un episodio di forte attivazione ansiosa. Attraverso le tecniche di stabilizzazione del respiro abbiamo imparato a regolarne l'alterazione e abbiamo appurato che l'ansia non porta alla morte e che possiamo tollerare i sintomi sicuramente fastidiosi ma non pericolosi continuando a fare quello che stiamo facendo senza bloccarci. Lei ha constatato che le conseguenze catastrofiche che immaginava non erano vere mettendo in discussione i pensieri automatici. Ora, quando è pronta entreremo nel centro. Come si sente in questo momento? Ci sono pensieri specifici che le passano per la mente?

F. Sono felice di essere qui ed è solo grazie a lei. Mi sento un po' agitata e penso che dentro potrebbe mancarmi l'aria.

T.: E' normale quello che pensa, so che non è facile per lei ma provi ad interpretare in maniera alternativa questo pensiero come abbiamo fatto in precedenza. Cosa le viene in mente?

F.: ..che il respiro è un processo automatico e continuerò a respirare anche se non metterò nessun impegno nel farlo...che dentro l'aria continuerà ad esserci...che non sono sola...

T.: Benissimo. Da 0 a 100 quanto è alta la sua ansia in questo momento?

F.: 20%

T.: Ok. Ora entreremo, faremo un giro all'interno parlando tranquillamente di cosa sta provando. Come lei sa bene la sua reazione emotiva raggiunge il picco e solitamente si normalizza in meno di venti minuti. L'esposizione dura al massimo 90 minuti con una diminuzione visibile dell'ansia dopo 30-60 minuti. Resteremo nella situazione ansiosa dai 30 ai 60 minuti per accertare la spontanea riduzione del livello ansioso. Io sarò con lei e le assicuro che non le accadrà nulla. E'pronta?

F.: Sì, devo farcela.

Nell'elaborare questo pensiero, ho chiesto a F. di definire il compito come segue: *“L'obiettivo di questi esercizi consiste nel farmi affrontare le situazioni da cui abitualmente sono sfuggita o che continuo ad evitare. Voglio appurare, inoltre, se le mie previsioni siano vere. La mia previsione è che, se mi sentissi ansiosa, potrei avere certamente un attacco di panico ed immagino che durante l'attacco perderò il controllo e non potrò uscire dal centro commerciale, sverrò, impazzirò o morirò. Questa è l'ipotesi catastrofica. Esiste, però, anche un'ipotesi meno catastrofica: potrò avere una reazione ansiosa o anche un attacco di panico, ma i miei pensieri e le mie emozioni non mi costringeranno ad evitare di entrare, o non mi porteranno alla perdita di controllo di me stessa nè alla morte”.*

Nel formulare l'ipotesi in questo modo, F. ha potuto ammettere che il panico potrebbe comparire, ma che le sue previsioni catastrofiche non sono verità assolute e possono essere confutate. Enfatizzando l'importanza dell'esposizione come valutazione diretta delle convinzioni ansiose, ho chiesto a F. di eliminare qualsiasi tipo di distrazione, perché questo l'avrebbe aiutata a capire che non sarebbe incorsa in crisi d'ansia, ma al contrario, avrebbe aumentato la sua autonomia. Le esposizioni sono state concordate per quattro giorni settimanali: inizialmente due esposizioni sono state svolte in mia presenza, mentre nelle altre due era accompagnata da un'amica. Gradualmente è riuscita in piena autonomia ad esporsi alle situazioni ansiogene con risultati brillanti. Gli obiettivi sono stati quelli di valutare quanto le sue previsioni su un eventuale pericolo, “morirò”, corrispondessero al vero, di ampliare la sua autonomia e di aiutarla a tollerare i sintomi legati all'*iperarousal* senza incorrere nella “*paura della paura*”. La paziente ha sperimentato un picco di ansia che è sceso gradualmente e che ha imparato man mano a gestire cambiando il modo di interpretarlo. Lei stessa

afferma: *“Questi esercizi sono stati fondamentali perché mi hanno aiutata ad affrontare le situazioni che ho sempre evitato o che vivevo male, perché accompagnate da uno stato di ansia intensa. Inoltre, ho avuto la prova che le mie previsioni catastrofiche non erano vere. Sebbene fosse in atto una reazione ansiosa non per forza significava che stesse per venirmi un infarto. Per questo motivo era necessario tollerare i miei pensieri e le mie emozioni senza tornare indietro e, senza evitare il centro commerciale da me giudicato pericoloso. Questa constatazione che nel tempo è diventata sempre più una certezza, mi ha aiutato a riacquisire la mia autonomia”.*

8. Prevenzione delle ricadute

Nella fase finale del trattamento, una volta raggiunti gli obiettivi prefissati, abbiamo effettuato un resoconto generale delle strategie acquisite dalla paziente durante tutto il percorso psicoterapeutico seguendo le varie fasi del trattamento. Il lavoro in questo ambito si è basato sulla valutazione di eventuali credenze disfunzionali residue e sull'esortare la paziente ad esercitarsi con gli homework in merito alle credenze negative relative all'incontrollabilità e al pericolo nelle situazioni ansiogene. Attraverso alcune simulate sono state anticipate eventuali ricadute per verificare la tangibile padronanza delle abilità acquisite da F. nel percorso terapeutico, nel caso in cui si fossero manifestate ipotetiche possibilità di recidive di comportamenti di evitamento.

Sempre in ottica di prevenzione delle ricadute, è stato approntato un percorso sui concetti e sulle strategie relative all'accettazione come la *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) protocollo finalizzato principalmente a promuovere accettazione, consapevolezza e a focalizzarsi sul “qui e ora”.

In tale ottica, ho trasmesso ad F. i principali concetti legati alla Mindfulness già utilizzati nel corso della terapia. Ho proseguito enfatizzando l'importanza del prestare attenzione al momento presente, senza giudicarne nessun aspetto e accettando ogni sensazione, così come si presenta. Le ho proposto alcuni esercizi di Mindfulness durante le sedute allo scopo di aumentare la consapevolezza dei pensieri e delle emozioni provate, di rispondere adeguatamente ai propri stati mentali senza inserire il cosiddetto “pilota automatico” costruendo gradualmente uno spazio interiore sicuro.

Stralcio di un esercizio meditativo Mindfulness svolto con F.:

(Attenzione crescente al respiro con leggera immaginazione, 5-10 minuti)

T.: “F. vorrei ricordarle quanto detto in precedenza sulla meditazione e, cioè, che non è una semplice pratica ma si tratta di un lavoro interiore, di un processo, di un apprendimento attivo, di un modo di essere e di stare con noi stessi consapevolmente osservando in modo non rigido dolori fisici, formicolio o pensieri ingombranti. Lo scopo di questa meditazione è quello di osservare il flusso di pensieri che ci attraversa la mente senza giudicarli e imparando a creare una relazione più saggia tra mente e corpo. La sofferenza viene generata dalle nostre valutazioni mentali. E’ importante, quindi, staccare il pilota automatico e stare nel momento presente sospendendo ogni forma di valutazione. La coltivazione della mindfulness è un atto radicale di salute, di compassione e amore verso se stessi ed include la volontà di autoesplorarsi per vivere il momento presente senza essere catturati dall’infinità di cose che facciamo. Impareremo a vivere lo stress, le crisi e tutte le piccole cose che possono contrariarci nella vita abbracciando l’intera catastrofe e, cioè, l’intera esperienza del vivere affinché le tempeste della vita ci insegnino a crescere e a guarire accettando la vita stessa come un fluire continuo e in costante via di trasformazione. In ogni momento della nostra vita possiamo chiederci: “Sono pienamente consapevole di ciò che sto facendo?” “Sono presente?” “La mia mente sta vagando?”. Ora vorrei che cominciasse questo esercizio posizionando bene i piedi sul pavimento. Resti seduta sulla sedia in modo che la schiena e la testa siano dritte ma non rigide rispetto alle spalle e metta le braccia in una posizione comoda lungo i lati. Questa postura la aiuta ad essere sveglia e attenta. Non c’è niente di difficile nel fare un esercizio Mindfulness: richiede solo la sua attenzione. Allora, cominciamo per prima cosa a porre attenzione al fatto che il suo corpo in questo momento sta attivamente sentendo l’ambiente. Noti che può sentire il suo corpo mentre siede sulla sedia e può sentire i suoi piedi sul pavimento. Noti anche che può sentire i vestiti sulla sua pelle e i suoi bracciali sul braccio sinistro. Ora, chiuda gentilmente i suoi occhi o focalizzi un punto di fronte a lei o sul muro, dove può fissare il suo sguardo. Mi piacerebbe che ponesse la sua attenzione alla punta del suo naso e cominciasse a notare la sensazione dell’aria che si muove dentro e fuori le sue narici...presti attenzione al suo respiro. Può notare che l’aria che entra attraverso le sue narici è

leggermente più fresca di quella che esce dalle sue narici...permetta a se stessa solo di seguire gentilmente il suo respiro, prestando attenzione all'aria che passa dentro e fuori...può anche notare che il suo petto si solleva e si abbassa. Sia consapevole dell'espansione e della contrazione, sia il suo respiro...Se viene distratta dai suoi pensieri, si prenda un momento per notare dove i suoi pensieri l'hanno portata, noti dove è andata la sua mente e, quindi, senza giudizio, la lasci andare e riporti la sua attenzione al suo respiro. Se si distrae, porti se stessa nuovamente al suo respiro.

Ora si prenda i prossimi minuti per focalizzarsi completamente sul respiro. Mi piacerebbe adesso che allontanasse gentilmente l'attenzione dal suo respiro e la portasse al suo udito. Si prenda un minuto o due per essere consapevole dei suoni che nota nella stanza. Adesso, sposti l'attenzione dai suoni, la focalizzi gentilmente sul suo corpo e su come si sente seduta sulla sedia. Noti la posizione dei suoi piedi... delle braccia... della testa. Resti qualche minuto con quest'immagine nella mente e continui a respirare in modo naturale. Immagini la stanza, io che siedo qui di fronte a lei, le sedie e i colori e quando è pronta, apra pure gli occhi”.

ACT (Acceptance and Commitment Therapy)

Dopo aver istruito la paziente sulle pratiche Mindfulness, ho ritenuto importante applicare anche i principi dell'ACT nell'ottica della prevenzione delle ricadute al fine di far emergere i valori che lei riteneva fondamentali nella sua vita e promuovere la flessibilità psicologica. Ho avviato con la paziente una riflessione condivisa per incoraggiarla a vivere coerentemente con questi valori e costruire una vita ricca di significato. Ho aiutato F. a differenziare i valori dagli obiettivi, spiegando come questi ultimi siano piccoli traguardi che si possono raggiungere e possono cambiare nel tempo, mentre i valori restano per sempre condizionando anche il raggiungimento degli stessi obiettivi. Mi sono soffermata sulla spiegazione delle espressioni proprie dell'ACT: defusione, sé come contesto, evitamento esperienziale, flessibilità psicologica, accettazione, vivere “qui ed ora”, consapevolezza dei propri valori, impegno. Per rendere F. consapevole del fatto che cercare di liberarsi delle emozioni negative in modo ostinato può solo perpetuare la sofferenza e la frustrazione, ho utilizzato anche alcune metafore proprie dell'ACT quale, ad esempio, la metafora delle sabbie mobili.

Stralcio del colloquio relativo alla metafora dell'ACT:

T.: “Immagini una persona che si trova nelle sabbie mobili. Se si muove troppo per liberarsi dalla sabbia sprofonda ancora di più: più si agita più sprofonda. Al contrario, invece, rimanendo ferma potrebbe evitare di farsi risucchiare. Allo stesso modo, quindi, se tentiamo di liberarci dalle emozioni negative e di combatterle agitandoci, queste diventeranno ancora più dannose. Se proviamo, invece, a stare fermi, ad accettare le nostre emozioni e ad accoglierle saranno meno insopportabili e meno negative. Tenendo presente i nostri valori, come bussola che ci guida nel raggiungimento dei nostri obiettivi, dobbiamo imparare ad accettare anche la sofferenza come parte integrante della vita. L'accettazione determinerà meno dolore.”

Inoltre, fin dalle prime sedute sono state utilizzate e riproposte nella fase di prevenzione delle ricadute diverse tecniche, quali: gli esercizi di consapevolezza del respiro *Mindfulness*, la tecnica di rilassamento muscolare progressivo (Appendice I – Allegati 5,7,8,11) e la tecnica della respirazione in quattro tempi, al fine di mantenere basso il livello di stress della paziente. Per consolidare l'apprendimento di questa modalità di respiro, ho chiesto a F. di esercitarsi a casa quando si sentiva ansiosa.

9. Esito

Nel suo complesso il trattamento ha avuto un esito positivo. F. ha raggiunto gli obiettivi terapeutici prefissati, principalmente non avere più attacchi di panico, imparare a gestire la sua ansia invalidante e sentirsi più forte ed adeguata. Il suo aspetto fisico iniziale era spento e fragile. Vestiva sempre di nero. Nella seconda fase della terapia l'aspetto della paziente è cambiato gradualmente, ho notato e condiviso con lei che sceglie colori più vivaci, si trucca con molta cura e ha perso qualche chilo. Anche il suo modo di mangiare è cambiato ed è diventato meno automatico e più consapevole. F. non ha più l'aspetto cupo e affranto dell'inizio, appare più solare e sicura di sé e in una delle ultime sedute, quando leggiamo insieme una scheda compilata da lei all'inizio (per riassumere il lavoro) mi dice di non ricordarsi quasi più di “sentirsi così debole” aggiungendo che la terapia l'ha completamente trasformata. Il livello di ansia risulta attualmente nella norma e la paziente appare complessivamente più consapevole

dei propri meccanismi di funzionamento cognitivo. Ha iniziato a fronteggiare in breve tempo delle situazioni che per lei sono sempre state fonte di ansia e disagio riducendo, di conseguenza, il livello di attivazione psicofisiologica. Dichiarò che, grazie alla terapia, ha completamente modificato il suo modo di relazionarsi con se stessa e con gli altri. Racconta, inoltre, di aver avuto un piccolo incidente con la macchina insieme ad un'amica qualche giorno prima e di essere rimasta del tutto sorpresa della sua reazione. F. è riuscita a regolare le sue emozioni utilizzando strategie interiori auto-calmanti e mettendo in atto la tecnica del respiro e l'accettazione di quello che stava accadendo senza giudizio ma trasformando i suoi pensieri catastrofici in pensieri realistici. In quel momento ha pensato che loro due stavano bene e bisognava agire senza dare spazio all'attivazione ansiosa. Pertanto, l'apprendimento di nuove modalità di gestione di sé ha permesso l'acquisizione graduale di uno stile cognitivo più funzionale e di una maggiore fiducia nelle proprie capacità personali con effetti notevoli anche sull'autostima. A conclusione della terapia sono stati somministrati nuovamente alla paziente alcuni strumenti testistici utilizzati in fase di assessment. I punteggi ottenuti al re-test hanno convalidato gli esiti positivi del percorso sostenuto evidenziando punteggi poco significativi dal punto di vista clinico, diversamente dai risultati iniziali ottenuti in fase di assessment. Ciò ha evidenziato il raggiungimento degli obiettivi stabiliti all'inizio della terapia.

Stralcio di una mail inviata dalla paziente a fine terapia:

*“Cara dottoressa,
come lei sa bene, per me è stato molto difficile intraprendere un percorso psicologico che immaginavo mi avesse, in un certo senso, “denudata” lasciando emergere tutte le mie emozioni più profonde e da sempre nascoste. Inizialmente non credevo che la psicoterapia potesse risolvere le mie paure all'epoca insostenibili. Prima di incontrarla mi sentivo sprofondare in un baratro e lei mi ha presa per mano guidandomi come il sole che illumina il buio. Attraverso la terapia ho scoperto di possedere una sicurezza inaspettata che oggi mi permette di fare tutto ciò che prima evitavo. La sua voce mi trasmette una forza che non riuscirò mai a descrivere a parole. Mai! Oggi credo in me stessa, sono in grado di regolare le mie emozioni e per questo non potrò mai ringraziarla abbastanza.*

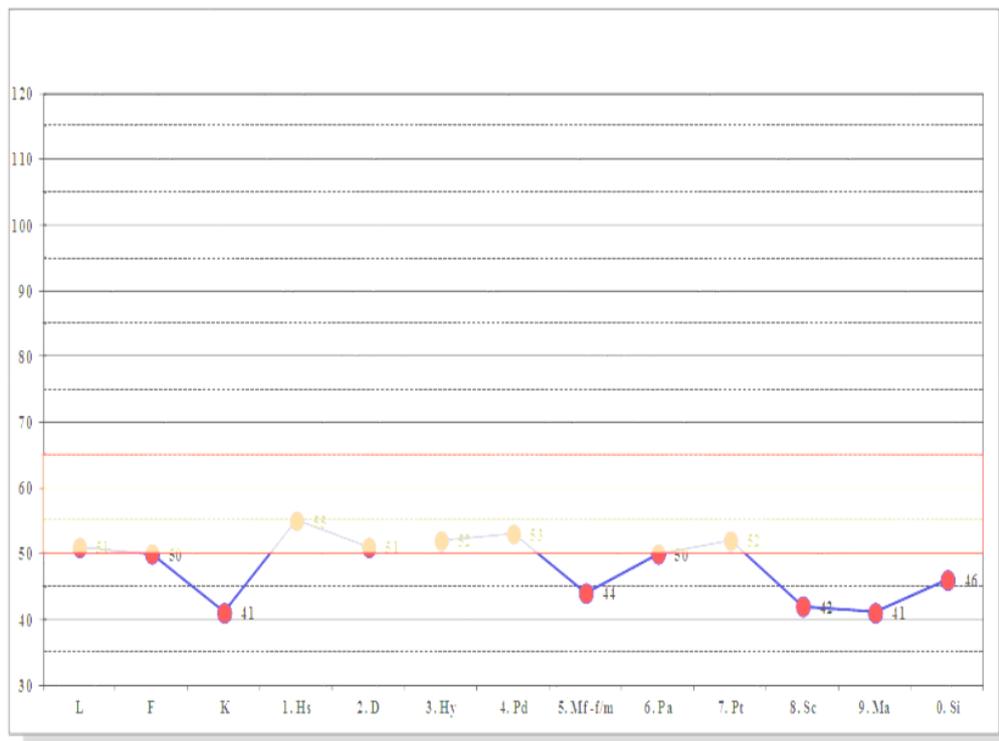
Non sono più la bambina incompresa e vulnerabile che veniva messa in castigo e si sentiva piccola ed impotente, oggi sono una donna forte e consapevole delle proprie potenzialità. Lei mi ha salvato la vita! La abbraccio forte”.

9.1 Esito re-test

MMPI-II

Il profilo emerso rileva, in generale, una significativa riduzione relativa alle problematiche emerse nella fase di assessment. In particolare si rileva un abbassamento di tutti i valori soglia, sia in relazione all'ansia e all'umore che alle problematiche di tipo somatico. Il test è compatibile con quanto emerge nei colloqui.

Grafico Scale di base MMPI-2



BAI: i risultati rilevano un punteggio pari a 7 che indica un'ansia minimale.

BDI II- F: il punteggio totale (compreso il fattore somatico/affettivo e il fattore cognitivo) è pari a 10/63 e si colloca nel range normale.

STAI-Y: i punteggi i collocano nel range medio-basso con ansia di stato pari a 31, e ansia di tratto pari a 33.

10. Follow up

Terminato il percorso terapeutico, ho proposto alla paziente di scrivere quanto è stato appreso durante il trattamento riguardo ai fattori di mantenimento ed alle strategie usate per superare il problema.

Nella sintesi del lavoro svolto le ho chiesto di descrivere chiaramente cosa fare se i sintomi fisici inattesi si fossero verificati nuovamente. Le ho riproposto un esempio del circolo vizioso e un resoconto dell'evitamento e dei comportamenti protettivi. Le ho chiesto di valutare su una scala da 0 a 100 quanto sarebbe stato penoso per lei, in futuro, avere attacchi di panico esortandola a non considerare queste possibili esperienze ansiogene come una ricaduta, bensì come occasioni per rinforzare i compiti della terapia. Le ho chiesto, inoltre, una dettagliata descrizione delle tecniche apprese per constatare quelle utilizzate maggiormente. Mi sono assicurata, inoltre, che la paziente avesse modificato le sue distorsioni cognitive sulle sensazioni fisiche spiacevoli ricordandole che l'ansia rappresenta una parte normale della vita. Ho spiegato alla paziente che l'eventuale ricaduta poteva essere minimizzata se in futuro avesse adottato una prospettiva salutare, compresa quella di tenere basso il livello di stress. A tal proposito le ho consegnato un fascicolo informativo sullo stress (Appendice I). Abbiamo redatto assieme un resoconto della terapia che conteneva una sorta di sommario relativo alle informazioni sul panico, alle distorsioni cognitive e ai nuovi processi appresi in questo percorso. Il follow-up ha permesso di monitorare nel tempo i miglioramenti effettuati dalla paziente mediante colloqui effettuati a due, sei e otto mesi e da cui è emerso un buon utilizzo delle strategie di mastery ed un efficace accesso a pensieri e comportamenti alternativi. I risultati raggiunti con la paziente sono rimasti stabili nel tempo. Grazie alla sua forte adesione al trattamento, unita alla motivazione ed alla consapevolezza dei circoli di

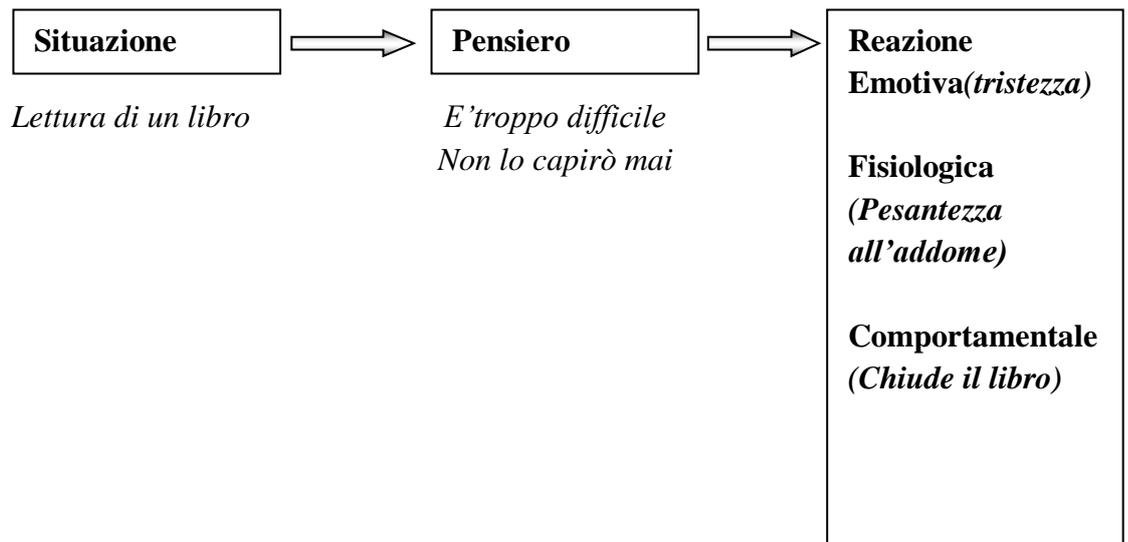
mantenimento dei problemi a livello cognitivo, la paziente ha imparato a contrastare l'evitamento attraverso l'utilizzo di strategie funzionali sperimentando, in maniera esponenziale, una maggiore autoefficacia. Dopo circa otto mesi, F. decide spontaneamente di fissare un appuntamento con me per aggiornarmi della sua condizione attuale. Ha un atteggiamento molto positivo, riferisce di essersi iscritta all'università alla facoltà di giurisprudenza e di aver gradualmente incrementato le sue relazioni sociali. Ha, inoltre, acquistato una quota dello studio legale di famiglia, ricoprendo un ruolo importante nella gestione dell'intera società. Ha interrotto la sua relazione con M. perché ha capito che lui rinforzava le sue credenze di inadeguatezza criticandola di continuo. Nel complesso, ha iniziato a condurre una vita sana ed equilibrata, in cui, rispetto al passato, ha modificato lo stile di vita praticando attività fisica in palestra due volte a settimana e seguendo un'alimentazione equilibrata. Il livello di ansia di F. è attualmente nella norma rispetto all'inizio e non si è più verificato nessun attacco di panico. L'autostima risulta notevolmente incrementata e la visione di se stessa, degli altri e della vita in generale appare radicalmente trasformata. Sporadicamente la paziente percepisce una lieve ansia in situazioni che prima viveva come ansiogene che, però, ha imparato ad affrontare e a gestire in modo nuovo e funzionale. I risultati, quindi, sono stati pienamente raggiunti.

APPENDICE I

Materiale fornito al paziente

IL MODELLO COGNITIVO

La terapia cognitiva si basa sul modello cognitivo che ipotizza che le emozioni, il comportamento e lo stato fisiologico delle persone siano influenzati dal loro modo di pensare. Pertanto, non è la situazione in se stessa a determinare ciò che la gente sente e percepisce ma, piuttosto, il modo in cui viene interpretata quella situazione. Tale interpretazione può essere negativamente influenzata da particolari forme errori di ragionamento che prendono il nome di “distorsioni cognitive”.



Le distorsioni cognitive alterano la nostra percezione della realtà non permettendoci di raggiungere gli obiettivi prefissati.

LA TERAPIA

Cognitivo significa sia “processi di pensiero” sia “conoscenza” o percezione.

Gli psicoterapeuti cognitivi pongono l’accento sui pensieri e le convinzioni legati ai nostri stati d’animo, comportamenti, esperienze fisiche ed eventi della nostra vita.

Una delle idee centrali è che la nostra *percezione* di un evento o la nostra *esperienza* influenzano enormemente le nostre risposte emotive, comportamentali e fisiologiche ad essa.

Un’ostrica crea una perla da un granello di sabbia. Il granello di sabbia è fastidioso per l’ostrica e, per sedare questo disagio, l’ostrica crea un rivestimento liscio e protettivo che racchiude il granello di sabbia e le dà sollievo. Il risultato è una bellissima perla. Per l’ostrica, una sostanza irritante diviene il germe per qualcosa di nuovo. Analogamente la terapia ti aiuterà a sviluppare qualcosa di gran valore a partire dal tuo attuale disagio.

Le abilità che imparerai ti aiuteranno a sentirti meglio e continueranno ad avere valore nella tua vita, anche molto tempo dopo che i tuoi problemi del presente avranno cessato di esistere.

Le emozioni e il comportamento delle persone sono influenzati dalla loro percezione degli eventi, cioè dal loro modo di pensare.

Non è la situazione in se stessa che determina ciò che la gente sente, ma piuttosto il *modo* in cui le persone interpretano una situazione.

A - Succede qualcosa di spiacevole

B - Ci pensi sopra in modo irrazionale

C - Provi un’emozione spiacevole

D - Metti in discussione i pensieri irrazionali

E - Cominci a pensare in modo razionale e a provare un’emozione adeguata.

Il processo di ristrutturazione cognitiva

Pensare vuol dire:

- ✓ Ragionare
- ✓ Risolvere problemi

Il paziente psicologico non è ammalato, sbaglia da un punto di vista cognitivo. I nostri sentimenti, le nostre emozioni, il nostro modo di percepire la realtà e noi stessi, il nostro comportamento e le nostre azioni, possono essere negativamente influenzati da particolari forme di errato ragionamento. Queste forme di “pensiero sbagliato” prendono il nome di distorsioni cognitive.

Le distorsioni possono essere:

Di segno *positivo* (vediamo la realtà più bella di quella che è).

Di segno *negativo* (vediamo la realtà meno bella di quella che è. E questo ad esempio non ci permette di raggiungere gli obiettivi che ci siamo prefissati).

Che cosa fare?

E' necessario correggere il proprio programma mentale, sbagliato, in modo da migliorare il proprio stato d'animo. Fatto l'autoesame, è necessario modificare quegli schemi d'azione che si rivelano controproducenti.

Ricorda: pensieri e credenze hanno un grande impatto sulle emozioni, sul comportamento e sullo stato d'animo. Occorre far attenzione alla propria “mitologia personale”, cioè al complesso dei discorsi che rivolgiamo a noi stessi e alla loro integrazione in sistemi di credenze pienamente sviluppati.

DISTORSIONI COGNITIVE DI BECK

PENSIERO "TUTTO O NULLA" (chiamato anche pensiero in bianco e nero, polarizzato o dicotomico)

Vediamo una situazione in soli due modi contrapposti, in due categorie, invece che in un continuum. Gli eventi vengono visti come tutti bianchi o tutti neri, buoni o cattivi. Si ha un'insistenza su scelte e valutazioni estreme. Ci possiamo sentire perfetti o completamente imperfetti. Non esiste una via di mezzo. Quando usiamo il pensiero "tutto o nulla" seguiamo binari prestabiliti e rigidi. Siamo nella logica del "o...o".

Esempi:

“Se non mi realizzo nel lavoro, la mia vita sarà un completo fallimento”

“Siete con me o contro di me?”

PENSIERO CATASTROFICO (chiamato anche predizione del futuro)

Prediciamo il futuro in maniera negativa senza considerare altri possibili esiti o sviluppi. Ci si aspetta in continuazione che avvenga un disastro. Siamo sempre all'erta perché ci aspettiamo che arrivi da un momento all'altro la temuta tragedia. "Che ne sarà di noi?". Pensando in questo modo al futuro, si creano intense reazioni di ansia.

Esempi:

“Se all'ora di pranzo non è tornata a casa è perché sicuramente ha avuto un incidente”

“Sarò così agitato che non sarò in grado di agire adeguatamente”

SQUALIFICARE O SVALUTARE IL POSITIVO

Irragionevolmente ci diciamo che le nostre esperienze, azioni o qualità positive non contano, non hanno valore o, nello stesso modo rifiutiamo o svalutiamo il nostro fisico o parti di esso, non attribuendogli alcun valore.

Esempi:

“Lei dice che sono bravissima, ma sono solo fortunata”

“Ho eseguito bene questo compito, ma tutti ne sarebbero capaci”

RAGIONAMENTO EMOTIVO

Pensiamo che qualcosa sia vera solo per il fatto che "sentiamo" (in realtà crediamo) fortemente che è così, ignorando, svalutando o minimizzando tutto ciò che prova il contrario.

Esempi:

“Mi sento stupido e insignificante”. Il fatto di sentire "qualcosa" non significa affatto che sia vero.

“Lo sentivo che alla fine mi avrebbe abbandonato”

ETICHETTAMENTO

Tendiamo ad attribuire a noi stessi e agli altri etichette globali, rigide senza considerare che l'evidenza potrebbe condurre più ragionevolmente a conclusioni meno drastiche o disastrose.

Diamo, infatti, giudizi definitivi ad un evento o a una persona basandoci su una o poche caratteristiche che li riguardano.

Esempio:

“Paola è stata una perdente dal primo giorno che l'ho conosciuta”

ESAGERAZIONE / MINIMIZZAZIONE

Quando valutiamo noi stessi, un'altra persona o una situazione, esageriamo irragionevolmente il negativo e/o minimizziamo il positivo.

Esempio:

“Se ottengo una valutazione mediocre, questo prova quanto io sia inadeguato”

FILTRO MENTALE (chiamato anche astrazione selettiva)

Prestiamo un'attenzione ingiustificata ad un unico dettaglio negativo invece di considerare e valutare appropriatamente tutto l'insieme.

Esempio:

“Tutti mi hanno fatto i complimenti per le scarpe nuove, ma a Marzia non sono piaciute. Quel solo giudizio negativo cancella tutti gli altri, rendendomi insoddisfatta”

LETTURA DEL PENSIERO

Crediamo di sapere quello che gli altri pensano e provano, o il motivo per cui agiscono in un certo modo evitando di considerare, più probabili, possibilità. In particolare diventiamo abili a prevedere quello che una persona pensa di noi (palla di vetro).

Esempi:

“Anche se lei mi sorride, io so che non le piaccio”

“Non mi ha salutato perchè non mi ritiene un suo amico”

IPERGENERALIZZAZIONE

Tendiamo ad arrivare a conclusioni di carattere generale in maniera affrettata, allontanandoci dalla situazione concreta e attuale.

Esempi:

“Mi tratta sempre male”

“Non mi ascolta mai”

PERSONALIZZAZIONE

Crediamo che gli altri si comportino negativamente a causa nostra, senza prendere in considerazione spiegazioni più plausibili per il loro comportamento.

Esempi:

“Papà beve perché sono cattivo”

“Mi tratta male perchè non valgo nulla”

AFFERMAZIONI "DOVREI" E "DEVO" (chiamati anche imperativi)

Abbiamo un'idea fissa, precisa, rigida di come noi o gli altri dovremmo comportarci e diamo una valutazione eccessivamente negativa alle possibilità che queste aspettative non vengano soddisfatte. L'errore sta nel considerare un'esigenza assoluta ciò che nella maggior parte dei casi sarebbe obiettivamente solo preferibile. Chi infrange tali regole provoca in noi una collera intollerabile; se siamo noi stessi a farlo, ci colpevolizziamo.

Esempio:

“E' terribile che io abbia fatto un errore. Devo sempre essere irreprensibile”

VISIONE TUNNEL

Vediamo solo gli aspetti negativi di una situazione. Ad esempio, le persone con visione tunnel vedono soltanto ciò che collima con il loro atteggiamento o stato mentale. Altri aspetti importanti sono cancellati, censurati o minimizzati.

Esempi:

“Non abbiamo fatto altro che litigare per tutto il viaggio” (in realtà quando valutiamo obiettivamente il tempo del litigio ci rendiamo conto che era durato non più di 5 minuti). “Nessuno mi ha mai amato”

RAGIONAMENTO EMOTIVO

Partiamo dal presupposto che le nostre emozioni negative rispecchiano esattamente lo stato delle cose.

Esempio: "Lo sentivo che le cose sarebbero andate così!". Il fatto di sentire qualcosa, non significa affatto che ciò sia vero.

IMPERATIVI

Dirsi continuamente che le cose dovrebbero andare o essere come ci si aspetta o si spera che siano. I "dovrei" o "non dovrei" rivolti a se stessi portano ad un senso di colpa o a sicura frustrazione.

Esempio: Una giovane donna salta per un giorno la dieta. Il senso di colpa è tale che decide di interrompere completamente la dieta.

ETICHETTE

E' una forma estrema di ragionamento "tutto o nulla". Invece di dire "ho fatto un errore", tendiamo ad attribuirci una etichetta negativa.

Esempio: "Sono un perdente! Sono un fallimento!".

PERSONALIZZAZIONE

Ci sentiamo personalmente responsabili di eventi che non dipendono interamente da noi e questo porta a provare sensi di colpa, vergogna e inadeguatezza.

Esempio: "Mio marito mi ha lasciato perchè non valgo nulla".

ALTRE DISTORSIONI COGNITIVE

FALLACIA DEL CAMBIAMENTO

Pensiamo che gli altri possano cambiare per conformarsi al nostro modo di essere e di pensare. Ci aspettiamo, quindi, che siano gli altri a cambiare rispondendo ai nostri bisogni e desideri. Esempio: "Luigi mi ama, per cui sicuramente cambierà".

AVERE SEMPRE RAGIONE

Pretendiamo di avere sempre ragione e non accettiamo di poter essere messi in discussione. Questo comportamento, se spinto al massimo, può causare gravi problemi e danni. Esempio: "Ti dico che è così e basta".

FALLACIA DELLA RICOMPENSA E DELLA GRATITUDINE

Agiamo spesso pensando unicamente al risultato delle nostre azioni, aspettandoci ricompense e gratitudine senza focalizzarci sul piacere che possiamo trarre dalle cose che facciamo. Esempio: "Dopo tutto quello che ho fatto per lui, non ho avuto molto in cambio".

PREGIUDIZIO SUL CONTROLLO

Crediamo di essere controllati dagli altri o sentiamo di essere completamente in balia del destino (controllo esterno); oppure ci percepiamo come onnipotenti (controllo interno). Esempi: "A me non accadrà mai".

COLPEVOLIZZAZIONE

Tendiamo ad attribuire agli altri la responsabilità totale dei nostri problemi e dei nostri insuccessi. Esempio: "E' colpa tua se mi sento sola".

PREGIUDIZIO SULL'ACCORDO

Possiamo provare rancore verso gli altri perché non dimostrano un atteggiamento collaborativo o non manifestano il loro pieno accordo ai nostri criteri di giudizio. Esempio: "Non è giusto che tu dedichi molto tempo per cose che io ritengo futili e improduttive".

PSICOEDUCAZIONE ALL'ANSIA

Questo fascicolo ha lo scopo di aiutarti a conoscere meglio la tua ansia e a distinguere l'ansia funzionale da quella disfunzionale.

L'ansia è un'emozione che ha rivestito **un ruolo adattivo nella condizione umana** di tutti i tempi e ha la funzione di rendere la mente immediatamente attiva e responsiva per reagire ad eventuali pericoli o per affrontare sfide sociali come esami o prove importanti.

Eliminarla completamente risulta impossibile e non sarebbe, peraltro, neanche auspicabile.

Tuttavia, se risulta troppo elevata è fondamentale normalizzarla attraverso il trattamento psicologico specifico per i disturbi d'ansia.

Un episodio ansioso è caratterizzato da una percezione soggettiva di allarme, paura e terrore.

Vediamo nello specifico cosa succede dentro di noi.

Stress e attacchi di panico

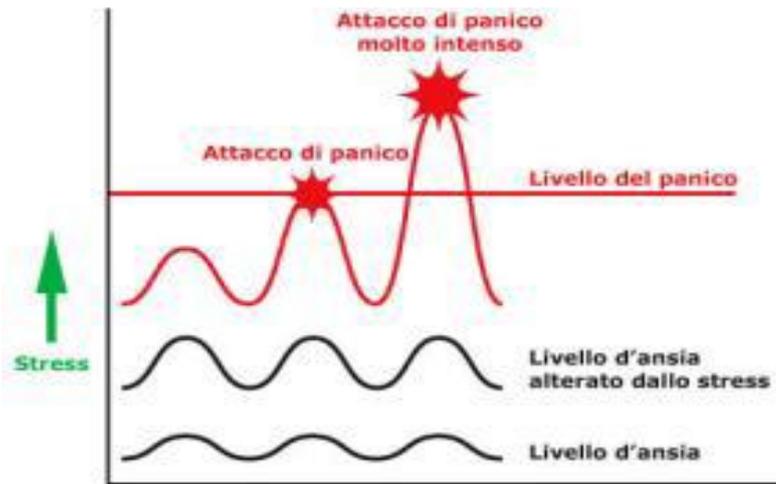
La società odierna ci impone un tipo di vita abbastanza frenetico e richiedente sottoponendoci ogni giorno a continue pressioni che innalzano il nostro livello di stress.

Tutto questo ha un impatto sul nostro stile di vita e predispone il nostro organismo ad una maggiore vulnerabilità all'ansia.

L'alimentazione squilibrata, l'assunzione di sostanze eccitanti come droghe, nicotina, alcool e caffeina, eventi traumatici e, soprattutto, la qualità del sonno spesso disturbata, incidono in modo significativo sui sintomi ansiosi.

Tutti noi nasciamo con un livello di ansia basale che si innalza quando aumenta il livello dello stress fino a raggiungere una soglia, oltre la quale, può verificarsi un attacco di panico.

In questo grafico in basso puoi **osservare come l'innalzamento dello stress contribuisca a innalzare il livello di ansia percepito, fino ad oltrepassare la normale soglia.**



L'attacco di panico è un breve episodio circoscritto di ansia intollerabile che dura dai 5 ai 20 minuti al massimo ad insorgenza improvvisa, caratterizzato da intensa paura e associato ad un senso di catastrofe imminente e a spiccate manifestazioni neurovegetative. Possono concomitare esperienze dissociative.

Trasmissione familiare dei disturbi d'ansia

E' stato scientificamente dimostrato che esiste una trasmissione familiare dei disturbi d'ansia che crea vulnerabilità genetica e una maggiore predisposizione ai sintomi ansiosi.

La ricerca empirica ha, inoltre, dimostrato che **le donne**, rispetto agli uomini, sono maggiormente predisposte allo sviluppo di tali disturbi perché sentono di più le emozioni negative.

Questo non vuol dire che si ereditano specifici disturbi d'ansia, bensì una vulnerabilità generale che rende alcuni individui più predisposti all'ansia. La diversa soglia di tollerabilità all'ansia e alla paura ha un substrato genético-costituzionale.

Fattori che determinano l'ansia patologica

Come accennato all'inizio, vediamo adesso quali sono i fattori che differenziano un'ansia normale, adattiva, da una disadattiva. Prima di tutto è importante sottolineare che l'ansia è presente sia tra soggetti che soffrono di una specifica sindrome psichiatrica, sia in quelli del tutto sani, ed è un fenomeno primordiale adattivo, legato alla sopravvivenza della specie.

L'ansia può passare da uno stato normale ad uno patologico/anormale quando:

1. **Valuti in modo minaccioso** determinate situazioni che in realtà non lo sono.
2. Quando **compromette alcuni aspetti della tua vita** (ad esempio: prendere l'autobus, allontanarti da casa, stare in luoghi aperti, stare in luoghi chiusi, stare in luoghi pubblici e affollati come un centro commerciale, attraversare gallerie, essere al cinema, guidare l'automobile, prendere l'ascensore).
3. Quando **persiste nel tempo** anche in assenza di stimoli minacciosi e senza nessuna prova che possa verificarsi l'evento che temi.
4. Quando esiste un'**ipersensibilità a cogliere i segnali interni e/o esterni** e a considerarli come pericolosi.
5. Quando si verificano i cosiddetti "**falsi allarmi**", ovvero interpreti in modo catastrofico ed errato situazioni che, in realtà, sono neutre e la tua mente inizia a produrre pensieri di questo tipo: "Sto per svenire" – "Farò una pessima figura" – "Sto per sentirmi male" – "Non ce la farò" – "Morirò" – "Sta per venirmi un infarto" – "Nessuno mi aiuterà" - "Mi sentirò male e tutti mi guarderanno" etc.

La tendenza ad usare le proprie emozioni come fonte di informazione e valutazione, costituisce un meccanismo fondamentale nei disturbi d'ansia: "*Se mi sento ansioso, allora deve esserci un pericolo*".

E', infatti, ciò che ripeti a te stesso, il modo di interpretare la tua stessa ansia a rappresentare il vero problema.

Presta molta attenzione, dunque, a cosa pensi quando diventi ansioso e alle sensazioni fisiche che provi. Queste ultime potrebbero essere dovute ad altri fattori (stanchezza, troppa caffeina, stress, aver mangiato troppo, aver dormito poco, ecc).

Come si manifesta

L'ansia si manifesta con:

- **sintomi fisiologici** (aumento del battito cardiaco, vertigini, sudorazione, nausea, debolezza, formicolio, sensazione di soffocamento, tensione muscolare, respiro affannoso)

- **sintomi cognitivi** (paura di perdere il controllo, paura di morire, paura di impazzire, paura del giudizio negativo altrui, confusione, scarsa concentrazione, pensieri e immagini spaventose, difficoltà di ragionamento)
- **sintomi comportamentali** (la fuga, l'evitamento di determinate situazioni, la ricerca di rassicurazioni, l'agitazione, la difficoltà a parlare e l'iperventilazione)
- **sintomi emotivi** (nervosismo, irritazione, frustrazione, impazienza)

Ricorda che quando sei in iperventilazione (cioè respiri in modo più veloce e affannoso e con più intensità del necessario) il tuo cervello riceve più ossigeno come durante una normale corsa. Le vertigini e la sensazione di stordimento sono provocate dalla velocità del tuo respiro.

Attraverso le tecniche di stabilizzazione del respiro, imparerai a regolarne il ritmo.

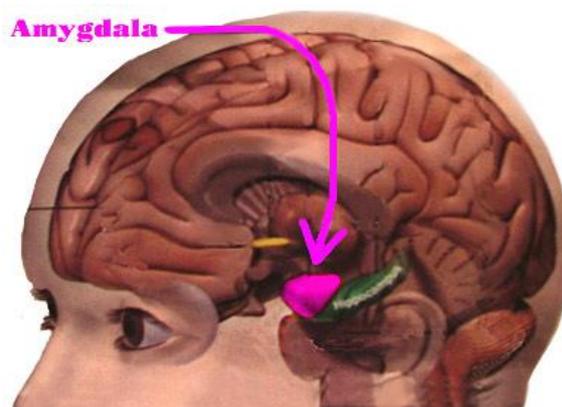
Cosa succede nel cervello quando ti senti ansioso

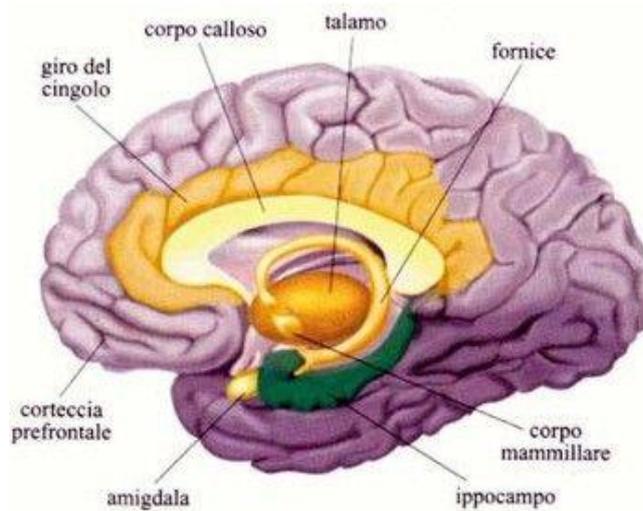
Nel nostro cervello esiste una struttura a forma di mandorla che si chiama amigdala.

L'amigdala è una delle parti più antiche del cervello e fa parte di un complesso sistema chiamato "limbico" che si occupa della gestione delle emozioni.

L'ansia e la paura sono regolate proprio da questa struttura che rappresenta, infatti, una sorta di "centralina" e funziona come un sistema di emergenza avvisandoci di tutti i pericoli di fronte ai quali potremmo trovarci.

Questa struttura favorisce, pertanto, la comparsa di reazioni d'allarme rapide che possono presentarsi in modo autonomo e indipendente dai ragionamenti consapevoli.





Quando l'amigdala si attiva, elabora l'informazione e, cioè, i tuoi pensieri e le tue sensazioni, in due modi:

- il primo modo è **automatico e veloce**, ma purtroppo, poco accurato
- il secondo, **più lento ma più dettagliato**, ha la funzione di perfezionare la risposta automatica che arriva dalla prima via e a valutare se è corretta

Questa seconda via, più lenta e più accurata, ti fa comprendere che le tue valutazioni iniziali riguardo a una sensazione fisica o a un evento, spesso, sono sbagliate.

Ad esempio, se ti capita di camminare in una strada buia di notte, un minimo soffio di vento può scatenare dentro di te una risposta d'ansia e farti pensare che qualcuno vuole aggredirti e, quindi, che esiste un pericolo.

Questo pensiero automatico e veloce potrebbe farti scambiare un falso allarme (il soffio di vento) per un pericolo reale.

Quando ti spaventi la tua mente si offusca, non riesce a valutare la situazione con lucidità e realismo.

In quel momento si è attivata l'amigdala e questo significa che hai percepito un pericolo reale o immaginario.

Ma se apprenderai come gestire questo iniziale momento di paura, comprenderai che le tue valutazioni iniziali riguardo a una sensazione fisica o a un evento, spesso, sono sbagliate.

Il soffio di vento non necessariamente nasconde un aggressore, ma la paura in quel momento è funzionale e serve ad avvertirti, eventualmente, di scappare o lottare.

La seconda modalità corregge la prima risposta automatica generando pensieri più razionali.

L'obiettivo, dunque, della terapia sarà quello di rafforzare questa seconda modalità di elaborazione delle informazioni di minaccia e valutare con razionalità gli eventuali falsi allarmi e, nello specifico:

- evitare le risposte automatiche saltando troppo velocemente alle conclusioni
- creare pensieri alternativi più razionali e meno catastrofici
- regolare le emozioni sviluppando più controllo di te stesso

Potrai apprendere, quindi, ad avviare dei processi di ragionamento efficaci e a gestire le emozioni spiacevoli.

Il meccanismo attacco/fuga

Per comprendere il significato biologico e psicologico dell'ansia, dobbiamo fare un passo indietro.

Da tempi immemorabili, l'evoluzione ci ha dotato di un meccanismo fondamentale per la sopravvivenza: la reazione al pericolo.

Questa può consistere nell'attacco o nella fuga.

Nessun animale potrebbe sopravvivere se non riconoscesse i pericoli e non reagisse di conseguenza.

Immagina un mondo in cui tutti i mammiferi, in presenza di predatori, non muovano un passo lasciandosi attaccare senza alcuna risposta. Un mondo, insomma, in cui gli esseri umani non reagiscano in alcun modo di fronte al pericolo.

L'ansia è il risultato della nostra reazione fisiologica al pericolo.

La previsione di pericoli potenziali ha ricoperto un considerevole ruolo adattivo per l'uomo del passato, costretto a vivere in ambienti ricchi di pericoli. Paure, oggi, considerate sproporzionate alla minaccia reale, come le fobie di ragni, topi o serpenti, o ancora il timore suscitato nel bambino dall'estraneo, possono essere interpretate come modelli comportamentali residui, favorevoli per l'adattamento e per il benessere dell'uomo pretecnologico. La paura legata a queste situazioni sarebbe parte integrante del nostro patrimonio filogenetico.

L'ansia è, pertanto, un meccanismo innato naturale di fronte a determinati pericoli attuali o potenziali, ma che può essere modificato dall'apprendimento esponendo ripetutamente il soggetto a stimoli spiacevoli.

Di fronte a un pericolo, il cuore batte più in fretta, la pressione si alza, gli scambi di ossigeno aumentano, il respiro si fa più intenso e rapido, i muscoli diventano più tesi e scattanti, l'attenzione viene completamente assorbita da ogni minimo segnale, lo stato di allerta diventa massimo.

Il corpo e la mente sono pronti a reagire con la massima velocità possibile alla minaccia.

Questo meccanismo determinato geneticamente dalla paura collegato ad essa.

La concentrazione, la vigilanza e la forza fisica che sperimentiamo quando si attiva il meccanismo attacco/fuga, possono aiutarci ad affrontare meglio alcune situazioni molto impegnative.

I problemi sorgono quando il livello di attivazione è eccessiva, sproporzionato alla situazione reale oppure troppo frequente.

In sintesi, è sufficiente che noi interpretiamo una certa situazione come pericolosa perché si attivi il meccanismo attacco/fuga.

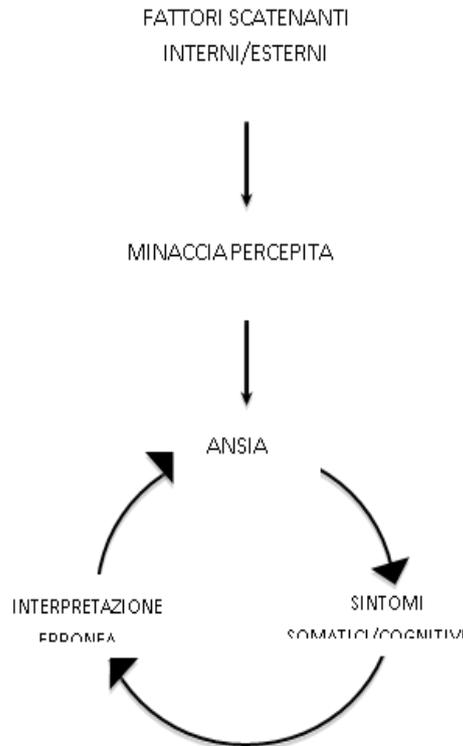
Imparare a controllare questa attivazione inadeguata ridimensiona i sintomi ansiosi.

I sintomi come pericolo

Cosa succede quando consideriamo pericolosi i sintomi dell'ansia?

Cosa succede quando sentiamo il cuore battere in fretta, il respiro affannoso, la tensione, le vertigini, oppure percepiamo il nostro stato mentale ansioso? Accade precisamente che i sintomi dell'ansia possano diventare a loro volta motivo di ulteriore ansia.

E' sufficiente pensare che stia accadendo qualcosa di terribile, che si stia per impazzire o perdere il controllo, che si stia per fare qualcosa di imbarazzante per far crescere ancora di più l'ansia, il meccanismo attacco/fuga si intensifica e così aumentano i sintomi in un terribile circolo vizioso.



Vediamo cosa succede attraverso questo schema. Ogni stimolo esterno o interno che percepisci come minaccioso, produce ansia. Quest'ansia si associa ai sintomi fisici (tensione muscolare, aumento del battito cardiaco, vertigini, sudorazione, nausea, debolezza, sensazione di soffocamento) e, se sono interpretati in modo erroneo e catastrofico, producono un ulteriore aumento del livello d'ansia intrappolandoti in un circolo vizioso.

La caratteristica di questo circolo vizioso è che genera una specie di motore autonomo e indipendente capace di creare un vortice d'ansia che si alimenta da solo. Questo meccanismo cognitivo vizioso, alla fine, culmina in un attacco di panico.

Se interpreti l'affanno come un segno di soffocamento, inizierai a respirare intensamente e frequentemente e a controllare in qualche modo il respiro. Questo faciliterà l'emergere di sintomi di iperventilazione e cioè: capogiri, stordimento, aumento della mancanza del respiro, dissociazione.

Questi comportamenti protettivi aggravano il problema.

Diventa, quindi, indispensabile fermare questo vortice.

Attraverso la terapia cognitivo-comportamentale imparerai a:

- Modificare il tuo stile di pensiero

- Conoscere le tue risorse personali per affrontare le situazioni temute
- Analizzare razionalmente i tuoi pensieri
- Affrontare in modo diverso le tue paure
- Rilassarti

Ricorda che una lieve eccitazione in certe circostanze è assolutamente normale, anzi, è anche funzionale alla performance se devi affrontare una prova importante o intraprendere una nuova esperienza in quanto ti rende più lucido e attivo.

I sintomi sono sgradevoli ma non pericolosi, si può imparare ad affrontarli e a tollerarli senza evitarli.

Un famoso navigatore italiano ha detto una volta di aver preso la decisione di attraversare l'Oceano Atlantico in solitario soltanto dopo essersi reso conto di avere paura.

L'ansia, quindi, ti predispone all'azione.

Modello cognitivo dell'ansia

Vediamo adesso il modello cognitivo dell'ansia.

Un determinato evento, una sensazione, un pensiero, un'immagine o una situazione, vengono valutati inizialmente in modo rapido e involontario e assumono una valenza positiva, negativa o neutra.

In caso di valenza negativa e cioè, se percepisci un possibile pericolo, si attiva dentro di te la modalità primitiva di minaccia.

Dopo l'attivazione della minaccia, si verifica una **rivalutazione elaborativa secondaria** e, cioè, un momento in cui o valuti con razionalità e in modo **costruttivo** le tue abilità per affrontare quella minaccia o il reale pericolo della stessa, oppure inneschi dentro di te un ciclo di pensieri legati alla percepita mancanza di risorse e a preoccupazioni per cercare di risolvere il problema che aumentano lo stato ansioso.

Questo è il motivo per cui le persone reagiscono in modo diverso all'ansia.

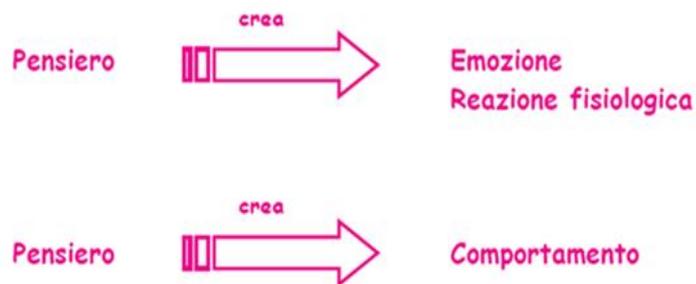
Le differenze, infatti, dipendono da come viene valutata la minaccia e da come si giudicano le risorse personali per affrontare il pericolo.

Un aspetto chiave della rivalutazione secondaria è la valutazione della propria abilità di affrontare la minaccia percepita.

Quando pensi di essere vulnerabile, di non potercela fare e quando metti in atto costantemente comportamenti alla ricerca di sicurezza (ad esempio portare con te sempre una bottiglia d'acqua o scegliere il corridoio meno affollato) il tuo set di vulnerabilità cognitiva, viene automaticamente rinforzato.

La terapia cognitivo-comportamentale mira allo sviluppo del pensiero in modalità costruttiva, a correggere le valutazioni erranee di minaccia e a rinforzare le proprie risorse personali per ottenere la riduzione dell'ansia.

Il modello cognitivo afferma che **non è la situazione in sé a spaventarti, ma il MODO in cui tu interpreti quella determinata situazione.**



Non sono, quindi, gli eventi a provocare quello che sentiamo, ma il modo in cui li vediamo e li gestiamo.

Il pensiero, infatti, influenza continuamente le nostre reazioni corporee.

Il pensiero del proprio cibo preferito può far venire l'acquolina in bocca, la visione di un film dell'orrore può accelerare il battito cardiaco, il pensiero di poter avere un attacco di panico induce uno stato di allerta in grado di facilitare la comparsa di ulteriori reazioni ansiose.

I pensieri negativi che intrappolano la mente come un circolo vizioso, andranno a determinare gli effetti sul nostro corpo.

Attraverso la terapia cognitivo-comportamentale puoi imparare a correggere le tue interpretazioni erranee del pericolo, a mettere in atto le risorse personali per fronteggiarlo e ad usare efficacemente le nuove strategie apprese.

Meditazione seduta: suoni, respiro, sensazioni, pensieri, emozioni

Prendetevi qualche minuto per sedervi sulla sedia, cercando una posizione rilassata, bilanciata e dignitosa. Chiudete gli occhi se questo vi fa sentire a vostro agio. Sentite il peso del vostro corpo-dove tocca la sedia o il cuscino, dove i piedi o le gambe entrano in contatto col pavimento. I punti di contatto del corpo con se stesso, forse le mani appoggiate sulle gambe o le braccia contro i fianchi. Forse riuscite a sentire dove i vostri abiti toccano la pelle. Ora portate la vostra attenzione ai suoni e alle sensazioni dell'ascolto. Potete osservare i suoni sia interni che esterni al corpo, vicini o lontani. Notate la trama e il tono dei suoni. Osservate come la mente etichetta o cerca di dare significato al suono. Soffermatevi quanto meglio potete sulla pura esperienza dell'ascolto piuttosto che su pensieri o idee. Quando arrivano dei pensieri, tornate ancora e ancora all'esperienza del suono. E se vi ritrovate trascinati lontano dalla consapevolezza dell'ascolto, notate semplicemente quel che accade e riportate gentilmente l'attenzione all'esperienza dell'ascolto. Ora lasciate che i suoni si dissolvano sullo sfondo della consapevolezza, lasciando che l'attenzione si fermi naturalmente sul respiro. L'inspirazione, la breve pausa e l'espirazione. Consapevoli delle sensazioni percepite nell'addome mentre il respiro entra o esce dal corpo. Osservate come il corpo sappia esattamente ciò che deve fare. Notate semplicemente come il corpo respira, la leggera distensione quando l'addome si solleva a ogni inspirazione, e il dolce ritirarsi a ogni espirazione. Come meglio potete, restate presenti a ogni respiro, mentre entra e mentre esce dal corpo. Ogni volta che osservate la mente allontanarsi, lasciate andare gentilmente e ricominciate ancora, facendo in modo che l'attenzione ritorni sul respiro. Ora, quando vi sentite pronti, lasciate che il respiro vada sullo sfondo della vostra esperienza, spostando l'attenzione alle sensazioni del corpo. Notate le differenti sensazioni che possono essere presenti in questo momento: sensazioni tattili, di pressione, formicolio, pulsazione, prurito o qualunque altra ci sia. Dedicate qualche minuto a esplorare queste sensazioni. Se avvertite sensazioni particolarmente intense o spiacevoli, portate la consapevolezza in queste zone e cercate di rimanere con queste sensazioni, respirando dentro queste zone, esplorando con gentilezza e curiosità la forma specifica di tali sensazioni. Come le avvertite realmente? Si modificano o restano uguali? C'è un modo per fare esperienza di questo disagio senza resistergli o combatterlo? Notate qualunque reazione sopraggiunga e riconoscetela per quello che è con gentilezza. Se avvertite tensione, rilassate queste zone quanto meglio potete. Verificate se potete semplicemente accoglierle così come si presentano. Ora lasciate che il focus della vostra attenzione si sposti dalle sensazioni alla consapevolezza dei pensieri. Provate a osservare gli innumerevoli pensieri che si presentano alla mente. Guardate ognuno semplicemente come compare e come scompare. Se notate di essere catturati o persi in un pensiero, osservatelo soltanto e riportate gentilmente l'attenzione alla consapevolezza del pensiero. Andate avanti in questo modo,

ricominciando di nuovo ogni volta che vi sentite catturati da un pensiero. Se notate che la vostra mente tende a perdersi continuamente in qualche pensiero potete sempre riconnettervi con il qui e ora riportando la consapevolezza ai movimenti del respiro. Proseguite in questa pratica osservando i pensieri così come compaiono e si dissolvono ancora per qualche momento. Ora spostate gentilmente l'attenzione dai pensieri alla consapevolezza di ogni emozione o sensazione che possa presentarsi. Magari tristezza, frustrazione, irritazione. Qualunque cosa notiate. Qual è l'emozione o la sensazione? Vedete se potete concedervi di accogliere e aprirvi a questa sensazione. Come la sentite questa emozione? In quale parte del corpo? Forse ci sono particolari sensazioni che accompagnano questa emozione? Forse sentite un formicolio o una tensione da qualche parte. Guardate semplicemente ciò che potete notare. Riconoscendo quello che c'è e lasciando che sia proprio così. In questi pochi momenti conclusivi, vedete se riuscite a restare consapevoli del vostro corpo nel suo insieme: il respiro che entra ed esce dal corpo, le altre sensazioni presenti nel corpo, qualunque pensiero compaia. Questa è una poesia di Rumi intitolata "La locanda"

"La locanda"

"E' come una locanda l'essere umano.

Ogni mattina, qualcuno che arriva.

Gioia, tristezza, squallore,

rapidi e fuggevoli si presentano alla coscienza,
visitatori inattesi.

Accoglili di buon grado!

Anche se una folla di afflizioni
irrompe impetuosa nella tua casa
spazzando via ogni arredo,
onora ogni ospite.

Forse ti sta ripulendo
per prepararti a un piacere nuovo.

Pensieri cupi, vergogna, risentimenti:
apri loro la tua porta ridendo,
invitali a entrare.

Ringrazia chiunque si presenti,
perchè è una guida
che ti è stata mandata da lontano.

Quando la meditazione si avvia alla conclusione, lasciamo gentilmente che la nostra consapevolezza si estenda alla presenza degli altri nella stanza. Magari prendendoci un momento per apprezzare l'impegno e lo sforzo richiesti per questa pratica, ringraziando noi stessi e tutti gli altri presenti nella stanza. Prendetevi il vostro tempo, conservando questo senso di consapevolezza, spaziosità, apprezzamento. Aprite gli occhi lentamente mantenendo ancora questa consapevolezza, lasciando che l'attenzione si estenda al resto della stanza.

MANGIARE MOMENT TO MOMENT

Mangiare un pasto con CONSAPEVOLEZZA significa focalizzare la tua attenzione completamente sul procedimento del mangiare.

Vivi momento per momento e concentrati sul qui ed ora.

Comincia a guardare il cibo, nota i colori e le forme differenti, guarda realmente quello che è davanti a te, ogni aspetto del cibo deve essere notato, dal rosso vivo del pomodoro allo yogurt liscio come la seta. Devi diventare consapevole del modo in cui allunghi la mano per prendere il cucchiaino e la forchetta, il cibo non deve andare a finire automaticamente nella tua bocca.

Il tuo intero corpo è coinvolto nel mettere dentro il cibo, poni attenzione quando sollevi gli utensili per mangiare, mentre tagli la carne, e nota come ti senti quando apri e chiudi la bocca. Mangiare moment to moment significa essere attento a come mastichi, alla temperatura del cibo, al sapore, all'odore, alla consistenza e a come ingoi, significa riconoscere cosa senti, come per esempio il cibo caldissimo o cotto al vapore, il rumore di una gomma da masticare, il suono prodotto dal bere rumorosamente con una cannuccia.

Mangiare moment to moment non solo ti fa mangiare in modo più piacevole e meno veloce, ma è anche utile per ridurre il mangiare in eccesso. Un modo per rallentare il procedimento di mangiare è cambiare il modo che tu hai utilizzato finora. Prova a mangiare un pasto con un paio di bastoncini cinesi al posto delle posate, ciò ti costringerà a prendere porzioni più piccole, a mangiare più lentamente, e ad osservare il tuo cibo più attentamente. Mangiare è un'attività svolta così automaticamente che spesso le persone mentre mangiano leggono il giornale, parlano, inviano mail, guardano la TV, ascoltano musica, scrivono sms ecc., questo danneggia duramente l'abilità di essere consapevole mentre si mangia e di scegliere il cibo saggiamente.

L'urgenza di fare più cose contemporaneamente ci mostra quanto sia sconosciuto il concetto di porre l'attenzione attivamente sul qui ed ora durante un pasto. Mangiare con consapevolezza significa sedersi in un posto e concentrarsi su tutta l'esperienza del mangiare. Se riesci a dividere la tua attenzione tra il lavoro e il mangiare potrai fare meno errori di distrazione, il tuo cervello e il tuo stomaco sono pronti a capire che il cibo entra nel tuo corpo e ti inviano dei messaggi chiari per dirti che sei pieno (se solo tu li ascoltassi attentamente). Stabilisci gli orari in cui mangiare: in cui fare colazione, spuntino, pranzo, merenda, cena; scegli un luogo specifico dove mangiare (sempre lo stesso) come per es. il tavolo nella tua cucina o la sala del pranzo al lavoro. Siediti tranquillamente in quel posto, e non farti distrarre, non alzarti, metti tutto il cibo che vuoi mangiare sul tavolo prima di iniziare, se squilla il telefono non rispondere, poni tutta la tua attenzione interamente nel mangiare. Agisci con assoluta attenzione piuttosto che accendere il pilota automatico comportamentale senza consapevolezza. Dedica te stesso interamente all'esperienza, qualsiasi cosa tu faccia. Rompi la routine di mangiare in modo sbagliato.

Training di rilassamento muscolare progressivo di Jacobson

Supino, con le braccia lungo i fianchi e le gambe leggermente divaricate, inizia a prendere contatto con le sensazioni presenti nel tuo corpo in questo momento.

Puoi cominciare, ad esempio, ad osservare quelle che derivano dal contatto di alcune parti del corpo con la superficie su cui sei sdraiato. Quindi, la nuca, le spalle, la schiena... fino a raggiungere i talloni.

Oltre a queste, osserva se ci sono altre sensazioni: di che tipo sono? che intensità hanno?

Porta ora la tua attenzione al torace. Per aumentare la tensione in questa zona, prendi un respiro profondo riempiendo completamente i polmoni. Trattieni l'aria, comprimila verso le pareti del torace.

Osserva per qualche istante le sensazioni. E lascia andare. Lascia che questi muscoli si distendano completamente. Ora la tua attenzione si rivolge alle mani e agli avambracci. Stringi per qualche istante i pugni. Osserva le sensazioni di tensione che ne derivano, dove si trovano. E ora distendi, apprezzando le sensazioni della decontrazione in ogni singolo muscolo delle dita, delle mani, degli avambracci. Sposta l'attenzione verso la parte superiore del braccio. Spingi i gomiti verso il basso. Mantieni questa posizione per qualche istante. Osserva le sensazioni nei muscoli coinvolti. E lascia andare, lascia che i muscoli si distendano completamente, che le braccia tornino lungo i fianchi. Osserva le sensazioni di distensione presenti nelle braccia in questo momento.

Ora porta tua attenzione ai piedi e ai polpacci. Spingi le punte dei piedi in avanti, lontano dal viso. Osserva per qualche istante le sensazioni di tensione che emergono e in quali muscoli.

Distendi, lascia che i piedi tornino ad una posizione naturale, apprezzando le sensazioni della decontrazione. Sempre con l'attenzione ai piedi, porta le punte verso il viso e osserva che tipo di sensazioni appaiono e dove, in quali muscoli. Mantieni la posizione per qualche istante. E lascia andare, lascia che questi muscoli si distendano completamente. Osserva quali sensazioni si accompagnano alla distensione. Sposta l'attenzione alle cosce. Contrai i muscoli delle cosce per qualche istante.

Osserva le sensazioni di tensione in questa parte del corpo. Nota se, oltre a questi, stai contraendo anche altri muscoli. E rilascia, apprezzando le sensazioni della decontrazione. Ora rivolgi la tua attenzione ai glutei. Aumenta la sensazione di tensione in questa zona, contraendo i muscoli. Mantieni la contrazione per qualche istante e osserva le sensazioni di tensione, osserva se queste eventualmente sono estese ad altri muscoli che non stiamo trattando. E ora lascia andare, lascia che i glutei si distendano completamente. Sposta l'attenzione all'addome.

Contra i muscoli addominali senza interrompere la respirazione. Osserva le sensazioni di tensione per qualche istante. E ora lascia andare, lascia che gli addominali si distendano completamente. Ora la tua attenzione viene rivolta alla schiena e più precisamente al punto vita. Solleva leggermente il punto vita.

Osserva le sensazioni di tensione che emergono e dove. E ora distendi, apprezzando le sensazioni della decontrazione. E adesso le scapole. Avvicina le scapole l'una all'altra. Osserva per alcuni istanti le sensazioni che compaiono restando in questa posizione. E lascia andare, lascia che le scapole si distendano completamente.

Rivolgi ora la tua attenzione alle spalle. Porta le spalle verso le orecchie, facendole scivolare sul materassino. Mantieni per qualche istante osservando tutte le sensazioni muscolari che compaiono. E ora distendi, apprezzando le sensazioni della decontrazione. Osserva le sensazioni che si accompagnano alla distensione in questa parte del tuo corpo.

Ora la tua attenzione si sposta al collo e alla nuca. Solleva la testa, portando il mento verso il petto. Resta per qualche istante in questa posizione osservando le sensazioni che ne derivano. E lascia andare, lascia che il collo si distenda completamente.

Sposta l'attenzione al viso e, in particolare, alle labbra. Distendi gli angoli della bocca, come se sorridessi, tenendo uniti i denti. Osserva per qualche istante le sensazioni che emergono. E rilascia, apprezzando le sensazioni della decontrazione

Ora porta le labbra in fuori, come per dare un bacio. Osserva le sensazioni di tensione mentre mantieni questa posizione. E lascia andare, lascia che le labbra si distendano completamente. Rivolgi ora la tua attenzione agli occhi. Stringi gli occhi per qualche istante e, nel frattempo, osserva le sensazioni che compaiono. E ora lascia andare, apprezzando le sensazioni che derivano dalla decontrazione.

E adesso le sopracciglia. Avvicina le sopracciglia l'una all'altra verso la radice del naso, aggrottandole. Rimani qualche istante in questa posizione per osservare le sensazioni. E ora lascia andare, apprezzando le sensazioni della decontrazione che proverai in questa zona e intorno agli occhi.

Adesso, solleva le sopracciglia per corrugare la fronte. Osserva le sensazioni di tensione. E lascia andare, lascia che la fronte si distenda completamente. Apprezza in tutto il viso le sensazioni della decontrazione che arrivano dai tuoi muscoli. Ora, noterai che tutti i muscoli del tuo corpo sono completamente distesi. Per aumentare questa sensazione di distensione, io conterò da 10 a uno e, ad ogni passaggio, sentirai il tuo corpo sempre più rilassato. 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

Osserva quali sensazioni sono presenti ora nel tuo corpo. Sono le stesse dell'inizio del training, o sono cambiate? Magari stai provando una sensazione di grande leggerezza, come se il tuo corpo fosse una piuma. Oppure, di grande pesantezza. Certamente, questo stato di distensione si accompagna a delle sensazioni piacevoli. Resta con queste sensazioni per tutto il tempo che desideri.

Quando vorrai interrompere il rilassamento, ricomincerai a contare da 1 a 10 portando man mano energia nei muscoli. E quando arriverai a 10, sarai completamente vigile e, allo stesso tempo, completamente rilassato.

PROTOCOLLO DEL RILASSAMENTO

<i>Data</i> _____	<i>Ora</i> _____	<i>Luogo</i> _____	<i>Posizione</i> _____
-------------------	------------------	--------------------	------------------------

Durata del rilassamento (in minuti)

Tensione: Si No se Si indicare l'intensità:

0 10 _____

Stato fisico generale prima dell'inizio del rilassamento (ad es.: sonno, stanchezza, digestione, ecc.)

Livello di ansia presente prima del rilassamento:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(relax)										(ansia)

Capacità di discriminazione della tensione durante l'esercizio (commento)

Livello di rilassamento ottenuto alla fine dell'esercizio (commenti)

Qual è stata la parte o le parti dove avvertiva tensione durante il rilassamento? O comunque la parte più difficile da rilassare (commenti) _____

Capacità di concentrazione durante il rilassamento (commenti)

Strategia utilizzata per rilassarsi (commenti)

Ulteriori commenti:

CHE COS'E' LO STRESS?

Lo STRESS ha un significato diverso per ogni persona. Per alcuni può essere una minaccia per la propria vita; per altri, una volta conosciute le cause e gli effetti, può aggiungere emozioni e sfide alla propria vita. Lo stress è definito come una mancata corrispondenza tra le richieste che ci vengono fatte e le risorse e il modo in cui cerchiamo di affrontarle. Può avere effetti sia positivi sia negativi. Lo stress può essere positivo quando ci motiva a fare le cose che per noi sono importanti. Allo stesso modo, può essere negativo quando ci sentiamo sotto pressione e traumatizzati per le eccessive richieste che ci vengono fatte.

Tutti abbiamo delle richieste a cui rispondere – vengono dal lavoro o dall'essere disoccupati, ci sono le scadenze, i problemi finanziari, le malattie e così via. Dobbiamo anche fare i conti con grandi cambiamenti di vita come traslochi, cambiamenti lavorativi, matrimonio o la morte di persone care.

Il modo in cui affrontiamo queste richieste dipende dal modo in cui pensiamo, dalla nostra personalità e dalle precedenti esperienze.

EFFETTI DELLO STRESS

A volte possiamo riconoscere gli effetti a breve termine dello stress, ma non essere attenti a quanto invece posso essere pericolosi gli effetti a lungo termine. Oltre ai sintomi fisici come dolori alle spalle o allo stomaco, ci sono una serie di segnali emotivi come la frustrazione, l'ansia, la perdita di interesse o il divenire troppo sensibili.

Anche i nostri comportamenti possono cambiare e possiamo mangiare molto, bere molto, possiamo diventare facilmente irritabili o isolarci. Tutte queste cose possono esser segnali di stress.

SINTOMI DELLO STRESS



DEPRESSIONE



IRRITABILITÀ



IPOGLICEMIA



FUNZIONI MENTALI
E DI COGNIZIONE
DEBOLI



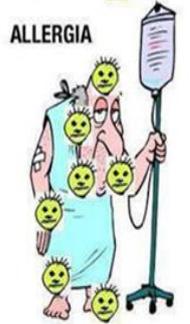
ALLERGIA



- DOLORI ARTICOLARI E MUSCOLARI
- DEBOLEZZA MUSCOLARE



PROBLEMI DIGESTIVI



DIFESE IMMUNITARIE
BASSE



VERTIGINI



FATICA



CEFALEA



ANSIA

EFFETTI A BREVE TERMINE

La mente va in allarme – pronta ad agire o reagire

- pupille dilatate
- bocca secca
- tensione al collo e alle spalle
- respiro accelerato
- aumento del battito cardiaco
- aumento della pressione arteriosa
- sudorazione alle mani
- sentirsi male o avere le farfalle allo stomaco
- bisogno di andare spesso a urinare
- costipazione o diarrea

EFFETTI A LUNGO TERMINE

- mal di testa
- vertigini
- visione offuscata
- ulcere
- iperventilazione
- asma
- palpitazioni
- aumento della pressione sanguigna
- aumento della sudorazione
- iperglicemia
- indigestione nervosa
- disturbi del sonno
- difficoltà a deglutire
- problemi al collo e alla schiena
- disordini intestinali
- rushes e allergie
- problemi sessuali

LO STRESS E IL CUORE

Il legame tra lo stress e i problemi di cuore è complesso e non completamente chiaro. Se ti senti stressato le tue ghiandole produrranno più ormoni. Laddove sono utili in piccole quantità, quando sono troppi e prodotti di continuo, possono essere dannosi per le arterie e possono portare all'ipertensione arteriosa. Inoltre, quando la vita diventa pressante, la gente è portata a fumare più sigarette, assumere più caffeina, bere più alcol ed essere meno attiva fisicamente. Tutto ciò contribuisce nell'insorgenza dei problemi di cuore.

COPING

Le persone che meglio affrontano lo stress sembrano avere in comune alcune caratteristiche:

- senso di controllo sulla propria vita
- una rete familiare e di amici per ricevere supporto sociale

- tratti di personalità come la flessibilità e la speranza

Dunque, cosa puoi fare

1. Sfoga lo stress – l'attività fisica aiuta a produrre gli ormoni naturali della felicità, o antidepressivi, chiamati endorfine. Queste ti danno quel senso di benessere che provi dopo l'esercizio.
2. Sii più attivo ogni giorno – cammina a passo veloce, vai in bici, corri, nuota o fai un'attività che preferisci per almeno 30 minuti. Puoi anche suddividere i 30 minuti in più sessioni durante la giornata.
3. Parla con qualcuno di cui ti fidi – spesso sottovalutiamo il valore di parlare con un amico
4. Impara ad accettare ciò che non puoi cambiare
5. Dormi un giusto numero di ore in modo che possano ricaricarsi le tue batterie
6. Fai una cosa per volta
7. Sii d'accordo con qualcuno. La vita non è sempre una battaglia
8. Organizza meglio il tuo tempo. Fai una lista di priorità e premiati per ogni compito che porti a termine
9. Pianifica in anticipo e impara a dire di no
10. Pratica un hobby. Il lavoro e la famiglia non devono prendere tutto il tuo tempo
11. Mangia in maniera variata. Mangia molta frutta e verdura ogni giorno e riduci i grassi
12. Impara a rilassarti. Prova ad andare al cinema, ascoltare la musica o a leggere

SOLO TU PUOI CAMBIARE IL MODO IN CUI REAGISCI ALLO STRESS.

SCACCIA-STRESS NATURALI

UMORISMO

Comportamenti e pensieri seriosi possono essere causa di stress, mentre quelli divertenti riducono la pressione e abbassano la tensione. Ridere inoltre aiuta ad avere un punto di vista migliore sui problemi e ci fa sentire più spensierati.

IL PIACERE

Ogni volta che ti trovi a combattere con una difficoltà, metti in preventivo di regalarti un momento piacevole subito dopo. Le possibilità sono infinite – un pasto con un amico, fare shopping, un bagno rilassante, ascoltare musica. Avere qualcosa di bello a cui guardare ti aiuterà ad affrontare meglio le situazioni difficili.

ZONA CONFORTEVOLE

Trova un posto in cui puoi ti senti a tuo agio, supportata, forte e in pace con te stessa (Comfort Zone). Può essere una persona (il partner, un amico, un collega), un posto (la spiaggia o un parco) un rituale (un lungo bagno caldo o una passeggiata)

Prenditi il tempo di visitare la tua zona confortevole.

LA SCATOLA DELLE PREOCCUPAZIONI

Perdiamo un sacco di tempo prezioso a rimuginare sulle cose. Un modo efficace di fermare questo inutile arrovellamento è avere una “scatola delle preoccupazioni” che potrai aprire solo in un determinato momento della giornata per un periodo di tempo limitato. Scrivi su un foglio a che cosa stai pensando e mettilo via fino a quando arriverà il momento di rimuginare. Molto spesso, molti dei pensieri che ci infastidivano ieri sono scomparsi da soli ancor prima che arrivasse il “momento della preoccupazione”.

LASCIAR ANDARE

Spesso cerchiamo di trattenerne le cose che ci affliggono, estremamente convinti che in questo modo le stiamo controllando. L'abilità di lasciar andare è una potente arma nella battaglia contro lo stress. Puoi parlarne con un amico, scrivere, fare un disegno, urlare, piangere. Non importa quello che farai. La cosa importante è di aver chiaro il problema, guardarlo dalla giusta prospettiva e ridimensionarlo.

MASSAGGI

Il massaggio allevierà dolori e ti aiuterà a rilassare il corpo. Ci sono molte

tecniche disponibili, incluse l'aromaterapia e la riflessologia.

TECNICHE DI RESPIRAZIONE

Il respiro è essenziale per la vita e il modo di respirare riflette il nostro stato mentale e le nostre emozioni. Respiriamo dalle 16000 alle 20000 volte al giorno, perciò è un potente strumento per ottenere il controllo sul nostro modo di reagire alle situazioni. La tecnica descritta di seguito può essere molto utile e abbiamo bisogno di praticarla per provare benefici sia fisici sia emozionali. Provaci e nota le differenze nell'affrontare le situazioni potenzialmente stressanti. Ci vorranno circa 10 settimane di pratica prima di vedere chiaramente la differenza.

RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA

Siediti in una posizione comoda, entrambi i piedi ben piantati a terra. Chiudi gli occhi, metti la mano sinistra sull'addome e la mano destra sul petto.

Respira normalmente, fai caso a quale mano si muove mentre respiri. Conta piano fino a 4 mentre inspiri attraverso il naso. Fai una pausa contando fino a 2. Poi espira attraverso la bocca contando mentalmente fino a 6.

Quando respiri in questo modo prova ad estendere il movimento anche alla mano in basso. Fai in modo che il tuo addome spinga in fuori la tua mano quando inspiri e lascia che la mano ricada quando espiri. Dopo un po' di tempo che continui a respirare piano con questo ritmo, porta le mani lungo il corpo e lascia che l'addome continui a muoversi liberamente su e giù seguendo il respiro. Infine apri lentamente gli occhi e rimani seduto tranquillamente per qualche minuto ancora.

PER UN CUORE FELICE

- GODITI LA VITA. RILASSATI ED ESCI CON GLI AMICI
- FAI ATTIVITA' FISICA OGNI GIORNO
- MANGIA PIU' FRUTTA E VERDURA E RIDUCI GRASSI E FRITTI
- SE FUMI CERCA DI SMETTERE
- BEVI MENO ALCOLICI
- CONTROLLA LA PRESSIONE ARTERIOSA E I LIVELLI DI COLESTEROLO

FIABA SULLA PAURA

Un giorno d'autunno il bosco fu percorso da tuoni, lampi e fulmini. Si era scatenato un temporale così violento come da anni nessuno ricordava. A un tratto il cielo era diventato nero, scuro come il carbone, e il bosco era caduto nel buio prima ancora che il sole tramontasse.

Una famiglia di coniglietti che era andata a spasso per il bosco era rientrata precipitosamente nella tana, mamma, papà e una nidiata di undici figli.

I cuccioli erano quasi morti dallo spavento e dalla paura; una cosa del genere non l'avevano mai vista nella loro vita, e per questa ragione non pensavano nemmeno che potesse esistere.

I genitori dovettero faticare moltissimo a calmarli e dovettero spiegare che quello era un evento che succedeva normalmente nel bosco, anche se non tutti i giorni. Però, nonostante tutte le rassicurazioni, i cuccioli un bei po' di paura l'avevano ancora tutti quanti. Quello che ne aveva più di tutti era Undi, il più piccolo.

Il suo problema era che la paura del temporale si era aggiunta a tutte le altre che aveva già dentro e che erano tante che a volte lui stesso si meravigliava di come in un corpo piccolo come il suo ce ne potessero stare un numero così grande.

E così il coniglietto se ne stava acquattato in un angolo della tana e tremava ogni volta che il vento portava dentro il rumore di un nuovo tuono, ma a furia di stare in un angolo a occhi chiusi, alla fine si addormentò e cominciò a sognare.

Gli sembrò di andare lungo un canale che non finiva mai e che correva in una campagna solitaria. Il canale era popolato da tanti strani esseri che lui non aveva mai visto; non avrebbe saputo dire se erano animali o piante o qualcosa d'altro. Si vedeva però che erano vivi e che bisbigliavano tra loro, e la loro voce assomigliava a quella del vento nella brughiera in certe serate d'autunno.

A un tratto Undi fu colto dal desiderio di sapere chi fossero questi strani esseri, si fermò, raccolse tutto il suo coraggio e chiese a uno: "Dimmi, chi sei? Come ti chiami?"

"Che strano," rispose l'altro "tutti i cuccioli mi conoscono, come mai tu non mi hai riconosciuta? Io sono la paura del buio, guarda come sono nera!"

"E tu?"

"Io sono la paura del temporale, senti che parlo come un tuono!"

"E quell'altra laggiù?"

"Quella è la paura del terremoto, vedi come fa traballare tutto!"

"Ma allora voi tutte chi siete?"

"Sei proprio un cucciolo con poca fantasia! Noi siamo tutte le paure che i cuccioli incontrano sul loro cammino. Siamo quelle che li aiutano a crescere e viviamo tutte in questo canale che scorre, scorre, giorno dopo giorno, come la vita dei piccoli e dei grandi."

"Ma quante siete in questo canale?"

"Ah, questo non lo sappiamo neppure noi, siamo tante, proprio tante; pensa che anche fra di noi non ci conosciamo tutte."

“Ma quando si cammina lungo il canale vi si incontra tutte?”

“No, ci sono certi che ne incontrano alcune, altri ne incontrano altre; però qualcuno, come me, viene incontrata da quasi tutti”, rispose la paura del buio.

“Ma esiste una paura che sia più grande delle altre?”

“Eh, sì,” risposero tante voci in coro “esiste: è la Paura della Paura. Chiunque la può incontrare sul proprio cammino, anche i grandi, non solo i cuccioli. “

“E dov’è questa paura?” chiese spaventato Undi per prepararsi a scappare se l’avesse incontrata.

“Non lo sappiamo. È sicuramente lungo questo canale, ma nessuno di noi sa dove. La si può incontrare all’improvviso, quando uno non se lo aspetta, oppure la si può non incontrare mai; ma dove la si trovi nessuno lo sa.”

“Ma allora voi siete delle cose cattive; bisognerebbe uccidervi perché fate soffrire tutti” disse il cucciolo arrabbiato.

Gli sembrava proprio che fosse una grande ingiustizia che ci dovessero essere tante paure e che dovessero fare così male come facevano a lui ogni volta che se le sentiva dentro. Ma evidentemente le Paure non erano dello stesso parere, perché si sentì una voce che si levò dal canale e disse; “E’ qui che ti sbagli, Undi” (e il coniglietto si accorse che non era solo lui a conoscere le paure, anche loro lo conoscevano, se sapevano addirittura il suo nome);

“Noi siamo necessarie per poter crescere. Se tu non vuoi cadere nella trappola di un cacciatore nel bosco, è meglio che impari a conoscerla e ad averne paura. Sarà lei che ti aiuterà a evitare la trappola quando la incontrerai. Anche noi paure serviamo a uno scopo, come tutto quello che avviene nel tuo bosco.”

“Ma a che cosa servite?” chiese incredulo Undi. “A fare esperienza e, quindi, a vivere. Ognuna di noi ha un suo significato e se si impara a conoscerlo si impara anche a vivere.”

“Chissà se potrò arrivare a conoscere il significato delle mie paure” pensò allora il cucciolo. Forse era il modo giusto per liberarsene, una volta per tutte, e così chiese: “Posso sapere il vostro significato?”

Ci fu una risata: “Sarebbe comodo per te; così non dovresti faticare! Eh, no, caro Undi, sei tu che devi scoprirlo mentre cammini lungo il canale. Però un aiuto te lo possiamo dare: puoi interrogare tre paure per sapere parte del loro significato. Le altre le dovrai scoprire tu”.

Il cucciolo pensò a tutte le sue paure, ma erano talmente tante che non sapeva da dove cominciare. Finalmente si decise.

“Tu, che sei la paura del buio, mi dici a che cosa servi?”

“Servo a liberarti dalle cose che ti spaventano dentro di te. Il buio è lo schermo su cui proiettiamo il film dei fantasmi che ci disturbano dentro. Man mano che un cucciolo cresce e che i fantasmi diminuiscono, anche la paura del buio di solito diminuisce e poi passa, perché ognuno impara a vedere con gli occhi della mente che fanno luce anche nel buio più profondo.” E con un guizzo la prima paura scomparve nel canale.

“E la paura d’essere abbandonato?”

“Eccomi,” rispose una voce lontana che poco a poco si avvicinò “eccomi qua. Io esisto dal momento in cui un cucciolo nasce. Agli inizi è un piccolo essere che ha proprio bisogno di tutto, che deve essere accudito dai genitori, che anzi morirebbe se ne venisse separato, non potendo sopportare un cambiamento così brusco come quello di passare dal corpo protetto della madre o dal tepore di un uovo al freddo, al vento e alla pioggia. Però, man mano che passa il tempo, tutti i cuccioli imparano, a poco a poco, a conquistare la sicurezza che quando erano piccoli i genitori davano loro, altrimenti corrono il rischio di restare sempre indifesi e bisognosi di protezione. Il segreto più semplice ed efficace è questo: se un cucciolo si porta nella mente un papà e una mamma che lo proteggono, si sente lo stesso sicuro, anche se per un pochino se ne deve separare.”

E anche la paura d’essere abbandonato guizzò via lungo il canale e scomparve lontano.

Ora a Undi restava un ‘ultima possibilità: ci pensò e ripensò, ma gli era difficile decidersi, poi la curiosità prevalse: “Potrei sapere il nome di almeno una parte di voi?”. Forse il fatto di conoscere l’esistenza di tante paure, anche di quelle che lui non aveva incontrato, l’avrebbe aiutato a vincere le sue, pensava: “Sì, di alcune lo puoi sapere, ma non di tutte, perché siamo troppe. Ascoltaci.”

E così, a poco a poco, dal canale si levarono una dopo l’altra tante voci che si inseguivano come quelle del vento sull’erba di primavera:

“Io sono la paura di perdere gli amici. “

“E io che i genitori si dividano.”

“E io che la mamma scappi di casa.”

“E io della droga.”

“Di essere rapito.”

“Di andare sotto le macchine.”

“Del terremoto.”

“Della fine del mondo.”

“Di essere povero.”

“Di essere bocciato.”

“Di non parlare più.”

“Dell’ospedale.”

“Che ci sia sempre la notte.”

“Dei brutti sogni.”

“Di restare solo.”

“Di essere arrestato.”

“Di essere accoltellato.”

“Di non essere amato.”

“Che gli altri non mi vogliano.”

“Che aumentino le tasse.”

“Di perdere i sensi.”

“Di non pensare più.”

“Di non poter più ridere.”

“Di morire di fame.”

“Di essere licenziato.”

“Di fare sempre la pipì a letto.”

“Che i miei genitori non mi vogliano più bene.”

“Dei ladri.”

“Di morire di sete.”

“Che si spezzi il cuore.”

“Di vivere.”

E a poco a poco le voci si allontanarono tanto che il coniglietto non le sentì più. Un pochino però si sentiva sollevato perché aveva scoperto che esistevano anche delle paure che lui non conosceva e che non aveva mai incontrato. E così continuò a camminare lungo il canale, finché gli sembrò di inciampare su una grossa pietra e si svegliò. In realtà, muovendosi nel sonno, aveva sbattuto la testa contro la parete della tana, e si era svegliato.

Fu allora che il coniglietto si rese conto che il suo viaggio era avvenuto in sogno. Si stirò un pochino, sbadigliò, si guardò in giro e si ritrovò tutto solo dentro la tana, ma questa volta non si spaventò tanto. Il vento non portava più il rumore dei tuoni e i suoi genitori e i fratellini erano usciti.

Undi decise di uscire anche lui e scoprì che il temporale era passato e la luce del sole era tornata a brillare sul bosco e su tutte le gocce di pioggia ferme sulle foglie.

Anche gli altri animali uscivano a godersi lo spettacolo. Tra poco cuccioli e anziani si sarebbero riuniti nello Spiazzo delle Sette Querce per raccontare le storie e ora anche lui aveva il suo sogno da regalare agli altri cuccioli perché anche loro imparassero il suo segreto.

Qualche paura era rimasta là, dentro al sogno, e il coniglietto ormai non la sentiva più. Le altre sapeva che le avrebbe potute incontrare e affrontare, giorno dopo giorno, proprio come era avvenuto nel suo sogno lungo il canale. Ma, soprattutto, di una cosa si rese conto stupito: che le paure non gli facevano più la stessa paura di prima.

Evidentemente, anche se non se n'era accorto, nel cammino lungo il canale aveva incontrato e superato la **“Paura della Paura”**.

ESERCIZI MINDFULNESS

PRESTARE ATTENZIONE AL RESPIRO

(5-10 MINUTI)

Terapeuta

Vorrei che cominciassi questo esercizio mettendo i piedi a terra e sedendoti sulla sedia in modo che la schiena sia dritta ma non rigida. Assicurati che la tua testa sia dritta rispetto alle tue spalle e metti le braccia in una posizione comoda lungo i lati (*dimostrare al paziente modellandone la postura*).

Questa postura ti aiuta a stare sveglio e focalizzato. Non c'è niente di particolarmente difficile nel fare un esercizio mindfulness – richiede solo la tua attenzione.

Allora, cominciamo per prima cosa notando o ponendo attenzione al fatto che il tuo corpo sta attivamente sentendo l'ambiente. Nota che puoi sentirti mentre siedi sulla sedia e puoi sentire i tuoi piedi sul pavimento. Nota anche che puoi sentire i vestiti sulla tua pelle e forse anche i tuoi gioielli. Nota, anche, che potresti sentire la piega delle tue ginocchia o dei tuoi gomiti. Ora, chiudi gentilmente i tuoi occhi o focalizza un punto di fronte a te, tipo nel pavimento o sul muro, dove puoi fissare il tuo sguardo. Nota quando chiudi gli occhi come si aprono le tue orecchie. Prenditi un paio di minuti per porre attenzione a tutti i suoni che senti.

(Prendi un po' di tempo ed elenca i diversi suoni presenti nella stanza, il soffio del riscaldamento, per esempio, o il suono della tua voce.)

Prenditi questo tempo per seguire il suono (*concedi qualche minuto per focalizzarsi sul suono*).

Ora rilascia gentilmente la tua attenzione dal suono. Mi piacerebbe che ponessi la tua attenzione alla punta del tuo naso e cominciassi a notare la sensazione dell'aria che si muove dentro e fuori le tue narici...poni attenzione al tuo respiro.

Potrai notare che l'aria che entra attraverso le tue narici è leggermente più fresca di quella che esce dalle tue narici...permetti a te stesso solo di seguire gentilmente

il tuo respiro, prestando attenzione all'aria gentile che passa dentro e fuori...puoi anche notare che il tuo petto si solleva e si abbassa. Sii consapevole dell'espansione e della contrazione, sii il tuo respiro...

Se vieni distratto dai tuoi pensieri, prenditi un momento per notare dove i tuoi pensieri ti hanno preso, nota dove è andata la tua mente e quindi, senza giudizio, lasciala andare e riporta la tua attenzione al tuo respiro. Se ti distrai cento volte, porta te stesso nuovamente al tuo respiro cento volte. Ora prendi i prossimi minuti per focalizzarti completamente sul respiro (*concedi alcuni minuti per il respiro focalizzato*).

Ora, mi piacerebbe che rilasciassi gentilmente l'attenzione dal tuo respiro e la portassi nuovamente al tuo udito. Prenditi un minuto o due per essere consapevole dei suoni che noti nella stanza (*concedi alcuni momenti per ascoltare*).

Ora, rilascia l'attenzione dai suoni, focalizzala gentilmente sul tuo corpo e su come si sente seduto sulla sedia.

Nota la posizione dei tuoi piedi...e delle braccia...e della testa. Raffigurati come sembra la stanza, io che siedo qui, le sedie e i colori, e quando sei pronto, riunisciti alla stanza aprendo i tuoi occhi.

Biblioterapia

Lettere suggerite

- ✚ *Ansia e attacchi di panico. Montano, Borzi.*
- ✚ *Ansia e attacchi di panico. Terza edizione. Spagnulo, Falcone, Giannantonio (2009). Ecomind.*
- ✚ *Vivere momento per momento. Kabat-Zinn Jon. Corbaccio, 2005.*
- ✚ *Full castrastrophe living. Jon Kabat- Zinn, PH. D. (2013) Bantam books Trade Paperback Edition.*
- ✚ *Mindfulness. Guida alla meditazione consapevole. Una terapia per tutti. Montano, A. (2007). Ecomind.*
- ✚ *File Mahoney. File Istituto Beck*
- ✚ *File per pazienti. File Istituto Beck*
- ✚ *Ellis. File Istituto Beck.*
- ✚ *Paure. File Istituto Beck*

APPENDICE II

Homework del paziente

IL REGISTRO DEL PENSIERO: ABC 1

A. SITUAZIONE	B. PENSIERI	C. CONSEGUENZE
Chi? Cosa? Dove? Quando?	Cosa ti è passato per la mente? Altri pensieri o immagini? Sottolinea il pensiero dominante	Cosa hai provato? Come ti sei sentito? Cosa hai fatto? Valuta ogni stato d'animo (0 -100 %)
<i>Vado al centro commerciale</i>	<i>-Impiegherò troppo tempo per uscire</i> <i>-Mi verrà un attacco</i> <i>-Morirò lì dentro</i> <i>-Non potrò chiamare mia madre</i>	Ansia, agitazione, insicurezza. 100% FISIOLOGICHE sudore, battito accelerato, vertigini, gambe molli, nausea COMPORTAMENTALI Evito di entrare

IL REGISTRO DEL PENSIERO: ABC 2

A. SITUAZIONE	B. PENSIERI	C. CONSEGUENZE
Chi? Cosa? Dove? Quando?	Cosa ti è passato per la mente? Altri pensieri o immagini? Sottolinea il pensiero dominante	Cosa hai provato? Come ti sei sentita? Cosa hai fatto? Valuta ogni stato d'animo (0 -100 %)
<i>Alcuni amici mi hanno invitata ad una festa</i>	<i>-Rovinerò la serata a tutti</i> <i>-Mi verrà un attacco</i> <i>-Le gambe cederanno</i>	EMOTIVE Ansia, agitazione, imbarazzo, insicurezza, nervosismo. 90% FISIOLOGICHE battito accelerato, sudorazione, vertigini. COMPORTAMENTALI Non andrò.

ABCDE 3

Data	Situazione	Pensieri automatici	Emozioni	Risposta adattiva/ alternativa	Esito
	<i>Devo andare dal parrucchiere</i>	<i>Se mi sentissi male, non potrei scappare 70%</i>	<i>Agitazione, ansia 60%</i>	<i>Ci sono molte persone dal parrucchiere, non sono sola e posso comunque andare via quando voglio 50%</i>	<i>Maggiore fiducia in me stessa, speranza di migliorare, di riuscire ad essere più obiettiva, desiderio di farcela</i>

ABCDE 4

Data	Situazione	Pensieri automatici	Emozioni	Risposta adattiva/ alternativa	Esito
	<i>Devo portare dei medicinali a mia nonna e dovrei prendere l'ascensore</i>	<i>-Non respirerò -Nessuno mi salverà -Non avrò la voce per chiedere aiuto se dovesse bloccarsi</i>	<i>Agitazione, ansia, paura 100%</i>	<i>Non ho nessuna prova del fatto che non respirerò. In ascensore l'aria c'è. Inoltre, non c'è bisogno di urlare per chiedere aiuto, esiste un tasto d'emergenza nell'ipotesi lontana di restare bloccata Ansia 60%</i>	<i>Parlare a me stessa in questo modo mi fa sentire meno ansiosa e sento vero ciò che ripeto a me stessa</i>

RP 1

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: **“Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?”** e appena puoi scrivi il pensiero o l’immagine mentale nella colonna del “Pensiero automatico”

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i
	<p>Quale evento reale o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo ha portato all’emozione spiacevole?</p> <p>Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?</p>	<p>Quali pensieri e/o immagini ti sono passati per la mente?</p> <p>In che misura ci hai creduto sul momento?</p>	<p>Quali emozioni (tristezza, ansia, rabbia, ecc) hai provato in quel momento?</p> <p>Quanto e’ stata intensa l’emozione (0-100%)?</p>
	<p><i>Sono a casa di un’amica e fa molto caldo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sverrò (pensiero catastrofico) 100%</i> • <i>Morirò (pensiero catastrofico) 90%</i> • <i>Nessuno mi aiuterà (pensiero catastrofico)60%</i> 	<p><i>Ansia 100%</i> <i>Paura 100%</i></p>

Schema di domande per aiutare a comporre una risposta alternativa:

SVERRO'

1) Qual è la prova che il pensiero automatico è vero? *Nessuna*

Che non è vero? *In altre situazioni pensavo la stessa cosa, ma poi non sono svenuta e poi l'ansia non porta allo svenimento*

2) C'è una spiegazione alternativa per quello che penso? *La mia ansia mi porta a pensare esiti catastrofici*

3) Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere? *Potrei svenire*

Potrei sopravvivere a questo? *Sì*

Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere? *Che non mi succede nulla, fa solo caldo*

Qual è l'esito più realistico? *Mi sento ansiosa e ho caldo*

4) Qual è l'effetto del mio credere al pensiero automatico? *Ansia ed inquietudine*

Se io cambiassi il mio pensiero, cosa cambierebbe? *Riuscirei ad alleviare questa ansia*

5) Che cosa dovrei fare al riguardo? *Cambiare gradualmente il mio pensiero*

6) Se un amico/a fosse nella mia stessa situazione e avesse questo pensiero, cosa gli/le direi? *Immagino come tu possa sentirti in questo momento, ma l'ansia è un'emozione normale e non bisogna combatterla ma semplicemente accettarla. Durante un attacco di panico non si sviene, non si impazzisce e non si muore. Il tuo pensiero è troppo estremo perché hai paura. Prova a vederlo da un'altra prospettiva così ti sentirai più calma e non penserai a brutte cose.*

RP 2

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: **“Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?”** e appena puoi scrivi il pensiero o l’immagine mentale nella colonna del “Pensiero automatico”

Data/ ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i
	<p>Quale evento reale o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo ha portato all’emozione spiacevole?</p> <p>Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?</p>	<p>Quali pensieri e/o immagini ti sono passati per la mente?</p> <p>In che misura ci hai creduto sul momento?</p>	<p>Quali emozioni (tristezza, ansia, rabbia, ecc) hai provato in quel momento?</p> <p>Quanto e’ stata intensa l’emozione (0-100%)?</p>
	<p><i>Incontro il mio ex fidanzato che non vedevo da tempo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Penserà che sono malata (palla di vetro) 100%</i> • <i>Mi verrà un attacco (pensiero catastrofico) 90%</i> 	<p><i>Ansia 100%</i> <i>Paura 100%</i></p>

Schema di domande per aiutare a comporre una risposta alternativa:

PENSERA' CHE SONO MALATA

1) Qual è la prova che il pensiero automatico è vero? *Nessuna*

Che non è vero? *In altre situazioni pensavo la stessa cosa, ma nessuno ha pensato che fossi malata*

2) C'è una spiegazione alternativa per quello che penso? *Potrebbe pensare che sto attraversando un momento difficile*

3) Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere? *Parlare in maniera affannosa*

Potrei sopravvivere a questo? *Sì*

Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere? *Che non mi succede nulla*

Qual è l'esito più realistico? *Sono emozionata e mi batte il cuore*

4) Qual è l'effetto del mio credere al pensiero automatico? *Indurmi sintomi fisici*

Se io cambiassi il mio pensiero, cosa cambierebbe? *Riuscirei ad alleviare quest'ansia*

5) Che cosa dovrei fare al riguardo? *Parlare con lui e smettere di pensare al cuore e al respiro*

6) Se un amico/a fosse nella mia stessa situazione e avesse questo pensiero, cosa gli/le direi? *Immagino come tu possa sentirti in questo momento, ma stai confondendo un'emozione normale con sintomi fisici che non provano di essere malata. Guarda la cosa da un'altra prospettiva, concentrati sul tuo incontro e la tua ansia si abbasserà.*

RP 3

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: **“Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?”** e appena puoi scrivi il pensiero o l’immagine mentale nella colonna del “Pensiero automatico”

Data/ ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i
	<p>Quale evento reale o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo ha portato all’emozione spiacevole?</p> <p>Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?</p>	<p>Quali pensieri e/o immagini ti sono passati per la mente?</p> <p>In che misura ci hai creduto sul momento?</p>	<p>Quali emozioni (tristezza, ansia, rabbia, ecc) hai provato in quel momento?</p> <p>Quanto e’ stata intensa l’emozione (0-100%)?</p>
	<p><i>Devo andare a cena con amici</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Non ce la farò (pensiero catastrofico) 100%</i> • <i>Mi verrà un infarto (pensiero catastrofico) 90%</i> • <i>Mia madre non potrà aiutarmi (pensiero catastrofico 90%)</i> 	<p><i>Ansia 100%</i> <i>Paura 100%</i></p>

Schema di domande per aiutare a comporre una risposta alternativa:

NON CE LA FARO'

1) Qual è la prova che il pensiero automatico è vero? *Nessuna*

Che non è vero? *In alcune situazioni sono tornata a casa*

2) C'è una spiegazione alternativa per quello che penso? *Sì, le cose possono andare diversamente*

3) Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere? *Farmi portare a casa e sarebbe un fallimento*

Potrei sopravvivere a questo? *Sì*

Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere? *Non avere ansia*

Qual è l'esito più realistico? *Che riesco a restare a cena e a gestire l'ansia*

4) Qual è l'effetto del mio credere al pensiero automatico? *Agitazione e ansia*

Se io cambiassi il mio pensiero, cosa cambierebbe? *Riuscirei a vivere la mia vita*

5) Che cosa dovrei fare al riguardo? *Provare a cambiare gradualmente il mio pensiero*

6) Se un amico/a fosse nella mia stessa situazione e avesse questo pensiero, cosa gli/le direi? *Immagino come tu possa sentirti in questo momento, ma l'ansia è un'emozione normale e non bisogna combatterla ma semplicemente accettarla. Sono certa che non ti accadrà nulla insieme ai tuoi amici e, se ti sentirai ansiosa, non sarai sicuramente sola.*

Introduzione dei pensieri apprensivi....

Immagina per un momento di percorrere una strada deserta o una strada di paese, da solo, e sta facendo notte. Improvvisamente senti un rumore dietro di te. Immediatamente ti irrigidisci, e il tuo cuore inizia a battere velocemente. Perché questo aumento improvviso di adrenalina? Senza dubbio, interpreti il rumore come una minaccia, come qualche cosa di pericoloso: “Potrebbe esserci qualcuno dietro le mie spalle che potrebbe farmi del male?” Ti guardi intorno e non c’è nessuno. Rapidamente dici a te stesso: “Non c’è nessuno qui, deve essere stato il vento, uno scoiattolo, oppure la mia immaginazione”. Questo è il pensiero secondario, la rivalutazione della situazione, che ti si insinua nella mente. Se in seguito ti chiedessi qualche cosa sulla tua passeggiata, ricorderesti l’enorme paura momentanea e il successivo realizzare “che non c’era nulla e nessuno”. Il primo pensiero apprensivo che ha innescato la paura “C’è qualcuno dietro le mie spalle che vuole aggredirmi” è stato dimenticato, sostituito dalla tua risposta razionale alla situazione.

Intervista clinica per aiutare ad identificare i primi pensieri apprensivi

Descrivi brevemente una situazione che hai vissuto recentemente e che ti ha provocato ansia.

Ero in ufficio e c'erano molte persone in sala d'attesa. Ho iniziato a sentire il cuore che batteva forte di punto in bianco. Ho pensato che da lì a poco sarei svenuta. Allora ho interrotto quello che stavo facendo e ho chiamato mia madre per essere rassicurata.

Hai indicato che in questa situazione ti sei sentito molto ansioso. Per te, qual era la cosa peggiore che poteva accadere in quella situazione? Qual era il peggior esito possibile? Prova a pensare alle conseguenze peggiori, senza considerare la reale possibilità con cui queste si sarebbero potute verificare.

La cosa peggiore che poteva accadere era svenire davanti a tutti dimostrando di essere debole o malata. Forse mi avrebbero portato in ospedale e avrei perso il lavoro.

C'è qualcosa di specifico rispetto alla situazione o a come ti sei sentito che ti preoccupa? Cosa non è giusto per te? Cosa è diverso dal tuo normale essere?

Non sono mai stata così. Mi sento debole e diversa. Penso di non riuscire più ad uscire da questo vortice d'ansia che mi intrappola, ha rubato la mia mente.

Come potrebbe cambiare la situazione in modo da darti meno preoccupazioni, da farti sentire meno a disagio?

Vorrei essere capace di gestire questi momenti e non avere più attacchi di panico. Questo cambierebbe tutto e mi sentirei più autonoma e meno terrorizzata.

Cosa potresti dire a te stesso per alleviare l'ansia, per rassicurarti che ogni cosa andrà bene?

Sei nel posto giusto. La terapia ti aiuterà a cambiare, a comprendere cosa non va e ad alleviare la tua sofferenza.

Checklist delle Sensazioni Fisiche Diffuse

Nome: _____ Data: _____

Istruzioni: Di sotto troverai una lista di sensazioni fisiche che puoi provare durante momenti di forte ansia o durante un attacco di panico. Per favore indica l'intensità della sensazione fisica durante un tipico episodio di ansia o di attacco di panico. La checklist dovrebbe essere completata durante l'episodio ansioso o comunque appena possibile. Per favore annota anche le reazioni del corpo o le sensazioni che noti prima e durante l'episodio ansioso.

Sensazioni Fisiche	Assente	Leggero	Moderato	Severo	Molto severo
Tensione Muscolare				x	
Dolore Muscolare		x			
Debolezza				x	
Scosse muscolari, spasmi	x				
Intorpidimento delle mani, dei piedi			x		
Formicolio alle mani e/o ai piedi					x
Nausea			x		
Crampi allo stomaco			x		
Cattiva digestione	x				
Sensazione di urgenza ad urinare				x	
Diarrea	x				
Accumulo di muco nel naso o nella gola	x				
Secchezza della bocca					x
Difficoltà a respirare o respiro corto					x

Sensazioni Fisiche	Assente	Leggero	Moderato	Severo	Molto severo
Sensazione di costrizione alla gola (come se dovessi soffocare)				x	
Stringimento al petto				x	
Dolore al petto				x	
Battito accelerato, palpitazioni					x
Tremore, traballamento				x	
Sensazione di irrequietezza, agitazione					x
Sensazioni di irrealità					x
Scosse muscolari	x				
Vertigini					x
Sensazione di stordimento					x
Sensazione di svenimento					x
Instabilità, perdita di equilibrio				x	
Vampate di calore o brividi				x	
Sudorazione eccessiva					x
Altre sensazioni (specificare)					

Checklist della risposta comportamentale all'ansia

Nome: _____ Data: _____

Istruzioni: Qui di seguito troverai un elenco di vari modi in cui le persone tendono a rispondere all'ansia. Per favore indica quanto spesso utilizzi ognuna di queste risposte quando sei ansioso, quanto effettivamente la strategia riduce o elimina la sensazione ansiosa, o al contrario quanto la aumenta, se ritieni che la strategia porti non intenzionalmente a un aumento o alla persistenza dell'ansia.

Descrizione della scala

Quanto spesso utilizzi questa risposta quando ti senti ansioso?

0 = mai 50 = metà delle volte 100 = sempre

Quando utilizzi questa risposta, quanto effettivamente è efficace nel ridurre la tua ansia?

0 = per nulla 50 = moderatamente efficace nel ridurre l'ansia 100 = elimina completamente la mia ansia

Basandoti sulla tua esperienza, fino a che punto ritieni che questa risposta contribuisca al persistere della tua ansia?

0 = non contribuisce per nulla

50 = fornisce un importante contributo

100 = è un fattore molto importante nella persistenza della mia ansia

Risposta emotiva e comportamentale	Quanto spesso (Scala 0-100)	Efficacia nella riduzione dell'ansia (Scala 0-100)	Aumentata persistenza dell'ansia (Scala 0-100)
1. Cercare di rilassarsi fisicamente (ad es. rilassamento muscolare, respirazione controllata, ecc...)	50	0	50
2. Evitare situazioni che innescano ansia	100	100	100
3. Allontanarsi dalle situazioni ogni volta che si sente ansia	100	50	100
4. Assumere farmaci sotto prescrizione medica	50	0	50

5. Cercare rassicurazione, supporto dal coniuge, dai familiari o dagli amici	100	50	100
6. Impegnarsi in un rituale compulsivo (ad es. verificare, lavare, contare)	0	0	0
7. Distrarsi con altre attività	50	50	50
8. Sopprimere i propri sentimenti	0	0	0
9. Fare uso di alcool, marijuana o altre droghe	0	0	0
10. Essere molto emotivi, piangere	50	50	50
11. Avere uno sfogo di rabbia	100	50	50
12. Diventare fisicamente aggressivo	0	0	0
13. Parlare o agire più rapidamente in modo affrettato	50	0	0
14. Stare in silenzio, allontanarsi dagli altri	100	50	50
15. Cercare un aiuto medico/professionale (ad es., chiamare il terapeuta, andare al pronto soccorso, ecc..).	100	50	50
16. Utilizzare internet per chattare con gli amici o ottenere informazioni	0	0	0
17. Ridurre il livello di attività fisica	100	100	100
18. Riposare, fare un sonnellino	0	0	0
19. Provare a trovare una soluzione al problema che causa l'ansia	50	0	50
20. Pregare, meditare allo scopo di ridurre la sensazione ansiosa	0	0	0
21. Fumare una sigaretta	0	0	0
Risposta emotiva e comportamentale	Quanto spesso (Scala 0-100)	Efficacia nella riduzione dell'ansia (Scala 0-100)	Aumentata persistenza dell'ansia (Scala 0-100)
22. Bere una tazza di caffè	0	0	0
23. Giocare d'azzardo	0	0	0

24. Impegnarsi in un'attività piacevole	50	0	0
25. Mangiare cibo di conforto (ad es., cioccolata, gelati, cibo confezionato preferito, ecc.)	50	50	50
26. Cercare un posto che faccia sentire al sicuro, non ansioso	100	100	100
27. Ascoltare musica rilassante	100	100	50
28. Guardare televisione o video (DVD)	0	0	0
29. Fare qualche cosa di rilassante (ad.es., fare un bagno caldo o una doccia, farsi fare un massaggio, ecc.)	0	0	0
30. Cercare una persona che faccia sentire al sicuro, non ansioso	100	100	100
31. Non fare nulla, lasciare che l'ansia "si estingua da sola"	0	0	0
32. Impegnarsi in attività fisica (ad es., fare ginnastica, andare a correre)	0	0	0
33. Leggere materiale religioso, spirituale o meditativo (ad es., Bibbia, poesie, libri di ispirazione)	0	0	0
34. Andare a fare shopping (comprare qualcosa)	0	0	0

Checklist delle Risposte cognitive all'Ansia

Nome: _____ Data: _____

Istruzioni: Di seguito troverai un elenco di modi con cui le persone provano a controllare la loro ansia e i loro pensieri preoccupanti. Indica quanto spesso utilizzi ognuna di queste risposte quando sei ansioso, e quanto queste strategie sono efficaci nel ridurre o eliminare i pensieri ansiosi.

Descrizione della Scala:

Quanto spesso utilizzi queste strategie quando sei ansioso?

0 = mai

50 = metà delle volte

100 = sempre

Quando utilizzi queste strategie cognitive, in che misura riducono o eliminano effettivamente i pensieri ansiosi?

0 = nulla

50 = moderatamente efficace nella riduzione dell'ansia

100 = elimina completamente la mia ansia

Strategie cognitive di controllo al pensiero ansioso	Quanto spesso è usata la strategia? (Scala 0-100)	Quanto è efficace nel ridurre i pensieri ansiosi? (Scala da 0-100)
1. Cercare deliberatamente di non pensare a ciò che mi sta provocando ansia o preoccupazione	100	0
2. Mi dico che tutto andrà bene e che finirà bene	0	0
3. Provare a razionalizzare l'ansia; cercare spiegazioni a conferma che le mie preoccupazioni ansiose sono irrealistiche	100	50
4. Provare a distrarmi pensando a qualcos'altro	50	0
5. Provare a sostituire il pensiero ansioso con uno più positivo o confortante	0	0

6. Fare osservazioni negative o critiche verso me stesso circa l'essere ansioso	50	0
7. Dire semplicemente a me stesso che devo "smettere di pensare"	50	0
8. Avere pensieri confortanti o pregare	0	0
9. Ruminare sul pensiero ansioso o preoccupante	100	0
10. Quando inizio a sentire l'ansia provo a reprimere la sensazione così da non diventare nervoso o scosso	100	0

Affermazioni generali utilizzate da F. come homework

1. Starò bene. Le mie sensazioni non sono sempre razionali. Sarò rilassato, calmo e tutto andrà bene.
2. L'ansia non è pericolosa – è solo scomoda. Sto bene, devo solo continuare con ciò che sto facendo o trovare qualcosa di più attivo da fare.
3. In questo momento provo dei sentimenti che non mi piacciono. Sono realmente solo dei fantasmi, però, perché stanno scomparendo. Starò bene.
4. In questo momento provo delle sensazioni che non mi piacciono. Finirà presto e starò bene. Per ora, ho intenzione di concentrarmi sul fare qualcosa di diverso intorno a me.
5. Quell'immagine nella mia testa non è un'immagine sana o razionale. Invece, ho intenzione di concentrarmi su qualcosa di sano come _____
6. Sono riuscito a fermare i miei pensieri negativi prima, e riuscirò a farlo di nuovo. Sto diventando sempre più bravo ad arrestare questi pensieri automatici negativi, e questo mi rende felice.
7. Sento un pò di ansia adesso, e allora? Non è come se fosse la prima volta. Ho intenzione di prendere qualche bel respiro profondo e andare avanti. Questo mi aiuterà a continuare a migliorare.

Affermazioni utilizzate nelle situazioni stressanti

1. Questo l'ho già fatto prima, e quindi posso farlo di nuovo.
2. Quando tutto ciò sarà finito, sarò contento di quello che ho fatto.
3. Questo può sembrarmi difficile ora, ma nel tempo diventerà più facile e sempre più facile.
4. Penso di avere maggiore controllo su questi pensieri e sentimenti di quello che immaginavo prima. Con calma, mi allontanerò dai miei vecchi pensieri e sentimenti e mi sposterò in una direzione migliore.

Affermazioni utilizzate in momenti difficili

1. Posso essere ansioso e tuttavia concentrarmi sul compito che sto svolgendo. Concentrandomi sul compito, la mia ansia scenderà.
2. L'ansia è una vecchia modalità di risposta del mio corpo. Sto andando con calma e bene per cambiare questa vecchia abitudine. Mi sento in pace, nonostante la mia ansia, e questa pace è destinata a crescere e crescere. Più crescerà la mia pace e la mia sicurezza, più l'ansia e il panico si ridurranno.
3. Inizialmente, la mia ansia era forte e spaventosa, ma col passare del tempo non ha più su di me l'influenza di una volta. Sto andando avanti lentamente e piacevolmente.
4. Non ho bisogno di combattere i miei sentimenti. Mi rendo conto che questi sentimenti non resteranno a lungo. Ho appena accettato i miei nuovi sentimenti di pace, appagamento, sicurezza e fiducia.
5. Tutte queste cose che stanno accadendo sembrano schiacciarmi. Ho preso questo tempo perché ho intenzione di parlare lentamente a me stesso, lontano dal centro del mio problema, e continuare con quello che devo fare. In questo modo, la mia ansia piano piano si ritirerà fino a scomparire.

Appendice III
Stralci di dialogo clinico con la paziente
Storia di vita

Stralcio della storia di vita

0 - 5 anni

Di seguito riporto degli stralci molto importanti della storia di vita della paziente in cui inizio ad utilizzare alcune tecniche, quali: la freccia discendente e il doppio standard.

F.: Ero una bambina molto molto vivace, molto viziata, primogenita, prima nipote femmina, la cocca di papà e della nonna... ogni cosa che chiedevo mi veniva dato e se ciò non avveniva, piangevo, ero capace di piangere per ore fin quando non ottenevo quello che volevo....dopo diciassette mesi nacque mia sorella.. vagamente ricordo il suo arrivo in casa nostra...

T.: Ricorda che emozioni ha provato in seguito a questa nascita?

F.: No, non ricordo alcuna emozione...sfogliando le foto ne ricordo una del suo battesimo, dove io le do un bacio sulla fronte e lei che piange... quella foto mi è rimasta impressa nella mente...

T.: Perché questa foto le è rimasta impressa nella mente? Che emozioni elicitava in lei?

F.: Perchè da piccola mi veniva più naturale darle un bacio o darle una dimostrazione d'affetto...adesso mi sentirei in imbarazzo, forse è per questo che mi è rimasto impresso. Mamma mi racconta che quando lei era nella culla a dormire, in camera da letto, io andavo lì e la graffiavo, la facevo piangere....lo facevo quando avvertivo che l'attenzione si era spostata su di lei...

*T.: Cosa significava per lei non avere tutte le attenzioni? (**Freccia discendente**)*

F.: Passare in secondo piano, non essere più al centro di tutto ...non essere compresa... ma credo che forse questa cosa non sia mai avvenuta perché nonostante l'arrivo di mia sorella, la mia famiglia non ha mai smesso di considerarmi ...ma più da parte di mia nonna non ho mai avvertito un minimo distacco, non ho mai sentito che l'arrivo di mia sorella avesse fatto passare me in secondo piano con lei, mai!

T.: Cosa significa per lei non essere al centro di tutto?

F.: Forse non essere amata abbastanza...

T.: Se questo fosse vero, quale significato personale avrebbe per lei?

*F.: Credo che per me questo significhi essere inferiore...inadeguata [**Credenza di base**]*

T.: Immagino che quel momento sia stato molto difficile per lei. Ricorda altro relativo a quegli anni?

F.: C'è una cosa che ricordo benissimo, quando facevo i capricci.

T.: Cosa voleva comunicare a sua madre quando faceva i capricci?

F.: Per me fare i capricci significava ottenere ciò che volevo... quindi facendo i capricci mia madre doveva capire che volevo essere accontentata. Essere accontentata forse mi faceva sentire più amata...Spesso mamma mi metteva in punizione e chiudeva la porta a chiave per non farmi uscire ed io piangevo, dalle scale chiamavo la nonna, la nonna saliva, veniva a prendermi e mi portava da lei, così ero felice e mi sentivo meno incompresa.

T.: Cosa pensava di sua madre quando la metteva in punizione? Ricorda quali pensieri automatici le passavano per la mente in quel momento?

F.: Pensavo che fosse una mamma cattiva, urlavo, piangevo disperatamente, davo i calci nella porta d'ingresso perchè volevo uscire, fino a non avere più le forze nemmeno di piangere...

T.: A quale genitore si sentiva più legata in questo periodo e perché?

F.: Forse a mio padre, ma da sempre, perché mio padre è sempre stata la persona che più mi ha viziata... se mamma si arrabbiava con me o mi dava uno schiaffo, mio padre subentrava e mi difendeva

T.: Cosa significava per lei essere difesa da suo padre in quel momento?

F.: Avere qualcuno dalla mia parte in quel momento, per me era importante, per far capire a mamma che lei stava sbagliando (per come la pensavo io)

T.: Ricorda se quello che faceva era per attirare, in qualche modo, l'attenzione di sua madre?

F.: Probabilmente sì, ma non posso esserne certa

T.: Come si sentiva, all'epoca, quando era in compagnia di sua sorella?

F.: Col tempo mia sorella cresceva, quindi iniziavamo ad avere un approccio diverso...ricordo che giocavamo insieme, io volevo giocare sempre coi suoi giochi, nonostante li avessi uguali a lei...mi sentivo la sorella maggiore! Ma non sempre era così, non sempre le stava bene... crescendo ha iniziato ad avere il suo carattere! Ricordo che mio padre ci comprò la casetta della chicco, era bellissima, insieme alla casetta comprò anche lo scivolo...da quel giorno tutti i bambini del mio cortile venivano a giocare con noi... ci divertivamo tantissimo, poi iniziai ad andare a scuola, ma non ricordo granchè, ricordo che andavo dalle suore, ricordo suor Caterina e suor Nicoletta ...

T.: E' stato difficile per lei separarsi da sua madre quando ha iniziato ad andare all'asilo?

F.: Non ricordo una grossa difficoltà. Solo una volta forse è successo, ma la suora mi ha subito calmata. Riesco a ricordare i colori dell'aula, le sedie piccoline, i banchi piccolini, arancioni e gialli... ricordo che c'era un grande cortile, immenso...

T.: Come si sentiva quando era a scuola? Le piaceva quel cortile?

F.: Tutto sommato bene... sì, mi divertivo con le mie amichette ma ricordo che c'era una grande statua della Madonna in questo cortile, io avevo paura di avvicinarmi (ancora oggi ho paura delle statue dei santi, Madonne e Gesù)..

T.: Cosa le fanno venire in mente le statue?

F.: Mi mettono paura... il fatto che siano finte, immobili, lo sguardo fermo... adesso non ho più paura delle statue, però ci sono momenti in cui ricordo quando ero sola in quella stanza e mi sentivo impotente... Per il resto ho ricordi piacevoli...giochi, lavoretti, compleanni in famiglia ed ogni anno mia madre mi cuciva un vestito diverso a Carnevale. Mi piacevano tanti quei vestiti!

Stralcio della storia di vita

5 - 10 anni

F.: Il passaggio dall'asilo alle elementari non fu traumatico, i miei genitori mi avevano preparata a cambiare scuola...ricordo suor C., la mia insegnante nonché la madre superiora sin dall'inizio non correva buon sangue tra di noi perché non mi piaceva quel distacco tra insegnante e alunna che lei creava

T.: Cosa intende per distacco?

F.: Era fredda, non era mai affettuosa e sempre giudicante, io ero seduta vicino ad altre bambine, era un banco formato da sole femminucce e dall'altra parte dell'aula c'erano i maschietti compreso mio cugino. Con lui non avevo un grande rapporto, lui è sempre stata una persona troppo piena di se' e mi prendeva in giro con i suoi amici perché ero grassa

T.: Come si sentiva quando era con lui?

F.: Mi sentivo triste... debole...stavo male, gli dicevo di smetterla ma lui non ascoltava

*T.: Immagino che sia stato molto difficile per lei vivere quei momenti in cui era normale sentirsi tristi e deboli. Cosa significa per lei sentirsi debole? (**Freccia discendente**)*

F.: Non essere in grado o non essere intelligente quanto gli altri...in questo caso non intelligente quanto lui! Lui veniva sempre lodato ed io mi sentivo piccola.

T.: Cosa significa per lei “non essere in grado”?

F.: Significa che non sono abbastanza brava [sono inadeguata] **Credenza di base**

T.: C'è una spiegazione alternativa rispetto al fatto di non essere abbastanza brava o non all'altezza?

F.: Non ho mai pensato a questo...ma forse riflettendoci credo che lui fosse solo cattivo e saputello tanto da farmi sentire così.

T.: Esatto. Molte persone competenti e valide non si sentono all'altezza in determinate circostanze, ma questo non vuol dire che sono incapaci o non abbastanza brave. Non sentirsi all'altezza non vuol dire non valere, anzi, permette alle persone di approfondire, sperimentarsi e migliorare. Le viene in mente qualcuno che si sia sentito non all'altezza e debole in una determinata situazione? **(Doppio Standard)**

F.: Sì, una mia amica!

T.: Lei è incapace o debole?

F.: Assolutamente no, per nulla! E' una persona molto forte

T.: Quindi potremmo considerare l'idea che qualunque persona al suo posto si sarebbe sentita come lei e avrebbe dubitato di se stessa perché insultata ogni giorno davanti a tutti, ma senza per questo essere esattamente come veniva dipinta?

F.: Sì, non ci avevo mai pensato...è vero...

T.: Come ricorda la sua relazione con gli altri compagni in classe?

F.: Le mie amichette di classe erano tutte brave bimbe, col grembiolino sempre ben pulito, bottoni ben cuciti, capelli sistemati, il fiocco rosa alla gola...erano tutte bambole, "non mi toccare perchè mi rompo"...ordinate, magre e ben pettinate, io avevo sempre le mani sporche, non ero magra ed ero spesso spettinata perché giocavo con i maschi e non andavo bene a scuola, molti bambini mi prendevano in giro. Io ero la bimba disobbediente, ero quella che al mattino andava a scuola tutta profumata, con il grembiolino perfetto e i capelli sistemati e che durante la giornata cambiava completamente: capelli arruffati, bottoni mangiucchiati, tasche rotte.

T.: Come la facevano sentire i suoi compagni?

F.: Un maschiaccio! Io non andavo molto d'accordo con loro, le bambine erano molto maliziose, davanti alla suora erano carine e alle spalle la pugnalavano. Mi sentivo molto diversa da loro perchè non ero falsa, loro invece erano capaci di stare zitte e, poi, nell'ora di ricreazione parlavano male di lei.. io non riuscivo a

fingere con la suora, se la suora mi imponeva di fare una cosa e io non avevo voglia, lo dicevo apertamente... ero ribelle e non riuscivo a fingere... Mi facevano sentire una bambina proveniente da una famiglia di basso ceto sociale... mi sentivo così! Mi escludevano guardandomi con disprezzo insomma. Non tutte però mi facevano sentire così.

T.: Era umana... i bambini devono essere così, devono giocare, esplorare e non avere il grembiule sempre in ordine a fine giornata

F.: Ora riesco a capirlo, ma all'epoca mi sentivo pessima

T.: Ricorda un episodio in particolare che l'ha fatta soffrire?

F.: Spesso la suora mi puniva perché secondo lei non ero stata perfetta all'interrogazione. Alle 15.30 suonava la campanella, tutti andavano via ed io rimanevo sulla soglia della porta. La suora, a quel punto, mi prendeva per mano e mi portava in una sala dove si riunivano tutte le suore C'era una tavola stretta e lunga e nell'angolo c'era una grande statua della Madonna ... mi faceva sedere lì', mi metteva un libro davanti, mi ordinava di studiare la lezione del giorno lasciandomi da sola...io restavo lì', non sentivo altri suoni intorno a me ed ero davanti a quella statua...non riuscivo nemmeno a respirare, a muovermi...

T.: Immagino quanto sia stato pesante per lei tutto questo. In quale altra situazione della sua vita si è sentita in questo modo?

F.: In questo periodo mi sento come allora...è orribile!

Piange. Ci fermiamo. Normalizzo le sue emozioni tornando su un piano più superficiale.

T.: Se la sente di continuare da dove avevamo interrotto?

F.: Sì

T.: Mi porti sulla scena. Come si sentiva?

F.: Erano le 15:30, mi trovavo in quella stanza fredda e silenziosa...avevo paura, mi sentivo impotente, persa... non riuscivo a respirare, a muovermi, ero sola, non potevo chiamare mia madre, lei mi avrebbe portata via... io volevo fortemente ritornare a casa e non era giusto! Cercavo di spostare lo sguardo sul soffitto, fuori dalla finestra, alle mie spalle ma poi mi trovavo di nuovo davanti la statua, cercavo di farmi forza, cercavo di distogliere lo sguardo...leggevo...però era più forte di me, la guardavo e la mia paura saliva sempre di più.

T.: Cosa la spaventava? Cerchi di ricordare.

F.: La sua immagine mi spaventava... magari che potesse prendere vita da un momento all'altro e rimproverarmi...

T.: Come si sentiva?

F.: Mi sentivo giudicata, indifesa...e così piccola...

T.: In quale altra situazione si è sentita così?

F.: Quando la suora mi metteva in castigo fuori la porta ed io giravo per i corridoi, aspettavo che passasse il tempo per rientrare... qualche volta è capitato che mentre ero in punizione, saliva mia sorella per le scale col resto della classe, lei scuoteva la testa e mi diceva: sei di nuovo in punizione? Ed io mi sentivo scomparire. A volte capitava che passava e non mi diceva niente, come se non mi conoscesse, poi quando tornava a casa mi diceva: mi fai fare sempre brutte figure davanti ai miei compagni di classe...ed io non rispondevo...

T.: Cosa provava quando non rispondeva?

F.: Mi sentivo morire dentro e provavo molta vergogna.

T.: Le viene in mente un episodio in cui si è sentita meno inadeguata?

F.: Sicuramente quando la suora una mattina decise di cambiare la posizione dei banchi, di conseguenza ogni bambino cambiava posto... vicino a me si è seduto Leonardo e il banchetto singolo vicino alla cattedra è scomparso. Da quel momento fui la bambina più felice del mondo perchè non mi sentivo più la pecorella nera della classe e rimasi lì' fino alla fine delle elementari

T.: Cosa significava per lei questa decisione in quel momento?

F.: Significava che ero normale come tutti gli altri, non mi sentivo più come un animaletto da domare! Da quel momento diventai più aperta e il mio rapporto con la suora andava gradualmente migliorando. Le mie prestazioni scolastiche migliorarono. Lei mi fece capire che era dura con me per il mio bene, finalmente parlava con me spiegandomi che il suo compito era quello di istruirmi ed educarmi. Quando presi la febbre chiamò a casa mia per sapere come stavo... quella telefonata mi rese davvero felice. Poi alla fine dei cinque anni si trasferì a Roma, piansi...capii che avrei voluto andarla a trovare ogni tanto e, forse, non avevo mai considerato che le volessi bene e che lei provasse lo stesso per me.

