

## **Gli attacchi di panico secondo la prospettiva CBT.**

Il disturbo di panico appartiene alla categoria diagnostica dei Disturbi d'Ansia ed è costituito da attacchi d'ansia improvvisi, di estrema intensità, tali risposte ansiose sono di volta in volta erroneamente interpretate come un segnale di patologia fisica o mentale (Andrews, 2003).

La prevalenza del disturbo di Panico (Politis, 2020) oscilla tra l'1,7% e il 4,7% tra adulti e adolescenti, mentre l'età d'insorgenza si aggira tra i 21,1 e i 34,9 anni (Lijster, 2017).

### ***Caratteristiche dell'attacco di panico***

L'attacco di panico viene descritto come un breve ma intensissimo periodo di paura in cui si avverte la sensazione di essere in procinto di morire, di poter perdere il controllo, di avere un infarto, un ictus o di impazzire.

I sintomi principalmente riscontrati sono:

- Tremori, tensioni muscolari;
- Palpitazioni e tachicardia accompagnate da "Fame d'aria e sensazione di soffocamento";
- Nodo in gola
- Dolore, oppressione o fastidio al petto;
- Nausea o dolori addominali;
- Sudorazione;
- Vertigini, sensazioni di instabilità e di svenimento;
- Brividi o vampate di calore;
- Parestesie (sensazioni di formicolio o di intorpidimento)
- Sensazione di confusione mentale, di irrealtà o di non essere più gli stessi (derealizzazione e depersonalizzazione).

Il DSM V (APA, 2013) per diagnosticare il disturbo, prevede la presenza di almeno 4 sintomi tra quelli elencati, al di sotto dei quali siamo alla presenza di "attacchi paucisintomatici".

L'attacco di panico ha un inizio improvviso, raggiunge l'apice solitamente nell'arco di dieci minuti e non dura in genere più di venti minuti.

È necessario tenere presente che un singolo attacco di panico non può essere subito inquadrato come un disturbo di panico (DAP), in quanto può presentarsi anche in altri quadri clinici, la comparsa di un singolo episodio non è sufficiente per la diagnosi di DAP.

### ***Quando l'attacco di panico si concretizza in un disturbo***

Gli attacchi di panico si concretizzano in un disturbo vero e proprio, quando si riscontra un aumento significativo di frequenza ed intensità, tale da compromettere la qualità di vita della persona. Il decorso del disturbo, se non trattato tempestivamente, generalmente comporta un aumento dell'ansia anticipatoria e delle condotte di evitamento, caratterizzate dal timore che possa verificarsi un altro attacco in circostanze analoghe e dall'evitamento delle situazioni temute.

### ***Neurofisiologia del panico***

Durante un attacco di panico spesso si sperimentano sintomi fisici accompagnati da pensieri di pericolo come: paura di impazzire, di avere un infarto o un tumore al cervello, di diventare ciechi o morire soffocati, che fanno supporre di avere qualche problematica di tipo organico. In realtà non esistono cause organiche alla base di questi sintomi, ma nonostante ciò si mettono in atto

una serie di tentativi per rintracciare spiegazioni biologiche che risultano fallimentari. È utile ricordare che i sintomi somatici del panico originano da un normale processo fisiologico. L'uomo è dotato di un sistema innato di difesa il SNA (sistema nervoso autonomo) che si attiva di fronte ad un segnale di pericolo per prepararsi a fronteggiarlo o a scappare: i muscoli vanno in tensione, il respiro accelera per portare più ossigeno al sangue, così come il battito cardiaco per favorire l'afflusso di sangue verso i muscoli e la sudorazione per raffreddarli. Molti studi di neurofisiologia del disturbo di panico, hanno evidenziato un funzionamento difettoso della "centralina d'allarme" del cervello, l'amigdala, che segnala la presenza di un pericolo anche quando non c'è, provocando un immotivato stato di allerta che corrisponde alle manifestazioni di attacchi di panico. L'attivazione dell'amigdala si diffonde ad altre aree del cervello come l'ipotalamo responsabile dei sintomi fisici (ad es. batticuore, vertigini, mancanza d'aria e tremori), la corteccia prefrontale responsabile delle interpretazioni catastrofiche (ad es. svengo, muoio, mi sta venendo un infarto etc...) e dell'evitamento. Mentre l'ansia anticipatoria, sarebbe legata al coinvolgimento del sistema limbico.

### ***Trattamento: la terapia cognitivo comportamentale***

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) è molto efficace per il trattamento del DAP perché è in grado di portare rapidi benefici in pazienti che non rispondono bene alla farmacoterapia. È stato anche osservato come la CBT può avere effetti positivi in una fase di prevenzione. Essendo un intervento evidence based, si avvale di una serie di tecniche e protocolli ben strutturati. Durante il percorso di Terapia Cognitivo Comportamentale per il trattamento del disturbo da attacchi di panico, una fase importante è quella che prevede l'esecuzione degli esperimenti comportamentali per l'induzione dei sintomi in seduta. Gli esperimenti comportamentali giocano un ruolo particolarmente importante nel trattamento del panico. Il risultato dell'esperimento viene osservato, monitorato e registrato, alla ricerca di prove a favore della spiegazione catastrofica e delle interpretazioni alternative delle sensazioni fisiche.

Tra le principali tecniche ritroviamo:

- *Psicoeducazione*: informazioni sulla malattia e le dinamiche capaci di mantenerla nel tempo, trattasi del "circolo vizioso del panico" volto ad evidenziare il ruolo delle sue interpretazioni nella genesi e nel mantenimento dei successivi attacchi di panico. Attraverso l'acquisizione della consapevolezza s'interrompe il circolo vizioso dell'ansia e si evita un peggioramento delle sensazioni fisiche spiacevoli.
- *Tecniche comportamentali*: si basano sull'esposizione diretta agli stimoli temuti. Queste esposizioni possono effettuare dal vivo o attraverso l'immaginazione e sono spesso associate a tecniche di rilassamento;
- *Il modello cognitivo*: afferma che non è la situazione in sé a spaventare, ma il modo in cui viene interpretata, il pensiero di poter avere un attacco di panico influenza le reazioni corporee, inducendo uno stato di ansia che, a sua volta, porterà alla comparsa di ulteriori sintomi fisici e i pensieri negativi innescheranno il circolo vizioso, andando a determinare gli effetti sul corpo.
- *Tecniche di esposizione*: esposizione a stimoli interni con lo scopo di indurre sensazioni particolarmente temute come tachicardia, sudorazione, nausea con l'obiettivo di modificare progressivamente la lettura di tali sensazioni. Gli esercizi di esposizione enterocettiva servono a suscitare proprio le sensazioni corporee simili a quelle che si manifestano spontaneamente in caso di ansia. Indurre volontariamente i propri sintomi vuole contraddire l'abitudine a sfuggirli ed evitarli perché considerati pericolosi. L'obiettivo è, quindi, quello di affrontare un episodio di tachicardia o vertigine e di superarlo senza ricorrere a mezzi di evitamento e fuga. Lo scopo finale consiste

nell'apprendere che tali episodi non sono pericolosi o mortali e che è possibile affrontarli e gestirli.

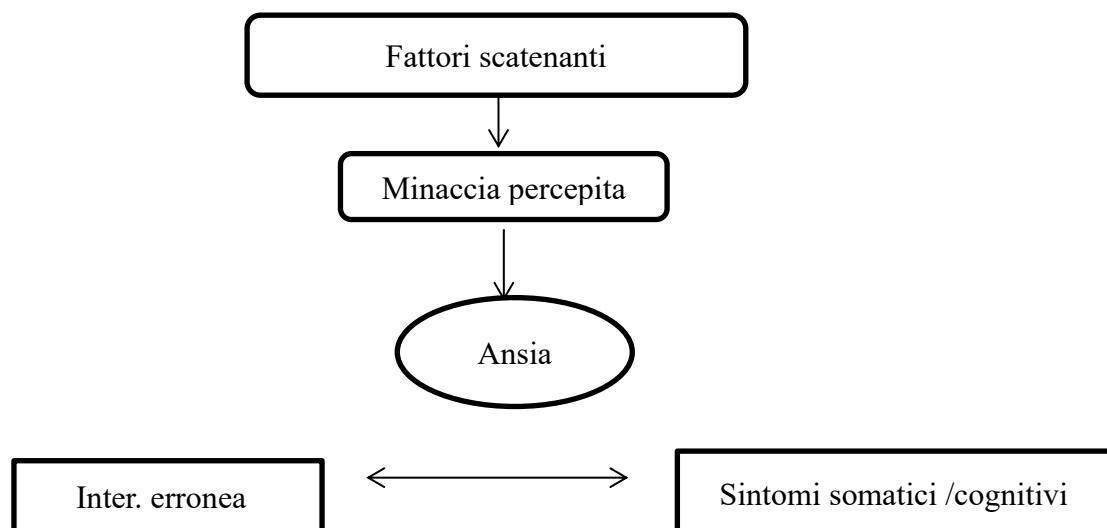
### ***I principali modelli psicopatologici***

Il *modello cognitivo* generale dell'ansia e delle fobie (Beck 1987) descrive la vulnerabilità personale come il nucleo centrale dei Disturbi D'ansia, vissuta come una condizione ansiosa che si associa alla convinzione di essere esposti a pericoli interni o esterni sui quali non si ha controllo. Dunque, il pensiero ansioso si baserebbe su schemi cognitivi dominati dalla tematica del pericolo. Quando è presente un disturbo d'ansia, l'individuo sottovaluta gli aspetti positivi delle proprie risorse personali e si concentra solo sulle proprie debolezze. Questo porta la persona a credere di non avere le risorse necessarie per fronteggiare una minaccia considerandosi così inadeguato e debole.

Goldstein e Chambless (1978) propongono un modello basato sulla teoria dell'apprendimento. Secondo questi autori l'individuo risulta molto attento alle sensazioni corporee sperimentate e le interpreta costantemente come segnali di un imminente attacco di panico.

Nel *modello cognitivo del panico* (Clark 1986) si sostiene che gli attacchi di panico si sviluppino quando il soggetto percepisce alcune sensazioni corporee come molto pericolose che vengono interpretate come segnali di un imminente pericolo per la salute. Sensazioni somatiche (palpitazioni, sudorazione, vampate di calore, soffocamento, capogiri) e mentali (difficoltà di concentrazione, pensieri confusi) sono erroneamente considerate segnali di un attacco cardiaco, di uno svenimento. Clark descrive il circolo vizioso del panico, in cui una determinata sequenza di eventi, in successione circolare porta all'attacco di panico e al suo mantenimento. Il circolo vizioso può essere innescato da pensieri, emozioni o sensazioni somatiche che danno luogo a un'interpretazione negativa disfunzionale. L'interpretazione errnea è caratterizzata da *pensieri automatici negativi* (PAN), come ad esempio 'sto per avere un infarto'

*Modello cognitivo di Clark 1986*



Adrian Wells ha proposto un *modello metacognitivo* dei Disturbi d'Ansia in cui si sostiene che la sofferenza emotiva sia determinata da uno stile di pensiero dannoso detto CAS (Cognitive Attentional Syndrome). Questa modalità è costituita da catene di pensiero sottoforma di preoccupazione e ruminazione, dalla focalizzazione dell'attenzione sulla minaccia e da strategie disfunzionali di coping che concorrerebbero ad alimentare i disturbi. Nel Disturbo di Panico vi sarebbero due credenze di natura metacognitiva che contribuiscono allo sviluppo del disturbo:

quelle positive attinenti all' utilità del controllo dei sintomi fisici e quelle negative, riguardanti gli aspetti di perdita del controllo, di pericolo e d' importanza attribuita ai pensieri e alle emozioni (ad esempio, 'Se non controllo i miei pensieri impazzirò'; 'Quest' ansia mi ucciderà').

