



Ezio Sanavio
Francesco Sanavio

Attacchi e disturbo di panico

100 domande

 hogrefe

100 domande

Collana diretta da Daniele Berto

Attacchi e disturbo di panico

Ezio Sanavio e Francesco Sanavio

100 domande

Attacchi e disturbo di panico

Ezio Sanavio e Francesco Sanavio

ISBN: 978-88-98542-43-7

Come utilizzare questo libro

Nelle pagine che seguono troverete le seguenti icone:

	glossario	rinvia a un termine o a un contenuto spiegato nel glossario alla fine del volume; la parola o l'espressione cui la voce si riferisce è ombreggiata nel testo, o riportata sotto l'icona
	freccia	suggerisce di leggere la risposta alla domanda con quel numero per avere una visione più completa dell'argomento
	link	suggerisce la consultazione del sito web indicato

© 2019, Hogrefe Editore, Firenze
Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze
www.hogrefe.it

Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino
Redazione: Alessandra Galeotti
Impaginazione: Stefania Laudisa
Copertina: Stefania Laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

Presentazione

Una delle manifestazioni cliniche maggiormente lamentate dalle persone che si rivolgono a un professionista della salute mentale è rappresentata dagli attacchi di panico. L'uso di questo termine è divenuto talmente comune da rappresentare quasi una "moda", sia nel senso statistico che nel senso più generale del termine.

L'ampia diffusione di questo termine (*panico*) ha però indotto una sorta di focalizzazione di molte manifestazioni dell'ansia e di una loro automatica inclusione nella categoria degli attacchi di panico creando una generalizzazione ed una confusione terminologica.

Attacchi di panico e disturbo di panico sono talvolta erroneamente considerati come condizioni sovrapponibili (se non addirittura una diversa denominazione di una stessa manifestazione clinica), così come, altrettanto erroneamente, non viene studiata a fondo la correlazione esistente tra agorafobia e disturbo di panico.

Se l'ansia, nella sua definizione classica, può essere ritenuta una paura senza oggetto, accompagnata dalla sensazione di una minaccia sconosciuta ed *imminente*, l'elemento costitutivo del panico è dato dall'insieme delle sensazioni che accompagnano non tanto una minaccia imminente, ma un'emergenza legata ad una minaccia presente. La persona non è quindi "vicina alla minaccia", è "dentro la minaccia" stessa. Gli autori di questo libro affrontano con estrema chiarezza ed altrettanta semplicità l'argomento alla luce di un approccio comportamentale e cognitivo.

Nella prima parte sono affrontati i concetti generali e l'inquadramento clinico dell'attacco di panico e del disturbo di panico.

La seconda parte risponde a domande legate all'assessment, alla valutazione e all'inquadramento dei sintomi. La terza parte è dedicata invece al trattamento.

Non mancano nel testo alcuni casi clinici avuti in trattamento da Ezio Sanavio, presentati con una particolare attenzione sia alle procedure di assessment sia alle modalità di trattamento individualizzato. Ezio Sanavio, assieme al figlio Francesco anch'egli psicologo, ha risposto a queste domande attingendo alla sua vastissima esperienza mettendo insieme la ricerca, la didattica e la clinica esercitate per oltre quarant'anni.

Il risultato è un libro snello, chiaro ma soprattutto, nello stile di questa collana, estremamente pratico.

Daniele Berto

Gli autori

Ezio Sanavio

Già professore ordinario di Psicologia clinica presso l'Università di Padova, è direttore di *Psicoterapia cognitiva e comportamentale* e fa parte del comitato scientifico e di consulenza di varie riviste italiane e internazionali.

Si occupa prevalentemente di ricerca nell'ambito della psicopatologia in età adulta e della psicoterapia ad orientamento cognitivo.

È autore di oltre cento articoli scientifici e alcuni volumi, tra cui *I comportamenti ossessivi e la loro terapia* (Giunti, 1978), *Le nevrosi apprese* (FrancoAngeli, 1984), *Psicoterapia cognitiva e comportamentale* (Carocci, 1991), *I test di personalità. Questionari ed inventari* (Il Mulino, 1999, con C. Sica), *Come vincere l'insonnia* (Giunti, 2005), *Psicologia clinica* (Il Mulino, 2010, con C. Cornoldi), *Le psicoterapie. Che cosa sono e come possono aiutarci* (Il Mulino, 2011), *Ossessioni. Perché ne siamo vittime e come uscirne* (Il Mulino, 2014) e, come curatore, *Medicina comportamentale. Saggi su un'esperienza milanese* (Angeli, 1994, con G.F. Goldwurm), *Behavior and cognitive therapy today* (Pergamon Press, 1998), *Le Scale CBA* (Cortina, 2002), *Manuale di psicopatologia e psicodiagnostica* (Il Mulino, 2016).

Ha sviluppato alcuni strumenti psicometrici: *Padua Inventory* (PI; NFER-Nelson, 1988) e, con altri, *CBA-2.0 - Cognitive Behavioural Assessment 2.0 - Scale Primarie* (O.S. Organizzazioni Speciali, 1985), *CBA-H - Cognitive Behavioural Assessment forma Hospital* (Giunti Psychometrics) e *CBA-Y - Cognitive Behavioural Assessment-Young* (Erickson, 2017). Assieme ad altri ha inoltre curato, per O.S. Organizzazioni Speciali, l'adattamento italiano di vari test internazionali, quali il *Beck Anxiety Inventory* (BAI; 2012), il *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; 2006), il *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III; 2008).

Francesco Sanavio

Psicologo, psicoterapeuta, specializzato in psicoterapia cognitiva e comportamentale, si è occupato di psicodiagnostica e psicoterapia presso l'Istituto Beck di Roma, il Bio Behavioral Institute di New York e il servizio di counseling e psicoterapia dell'Università di Padova. Ha lavorato come consulente per l'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria della ULSS 6 e per diverse società come docente per formazione aziendale sulle competenze trasversali. Attualmente, lavora presso l'Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale di Padova, presso il programma Vyta Life Club dell'Hotel Plaza di Abano Terme (PD), e in collaborazione con l'Università di Padova e altre istituzioni svolge attività di ricerca in ambito di sessualità, collera e aggressività.

INDICE

PARTE I

Gli attacchi di panico

Definizioni, descrizione, modelli teorici (1-13)	1
<i>BOX 1. UN ESEMPIO DI ATTACCO DI PANICO</i>	3
<i>BOX 2. ESEMPI DI ASSOCIAZIONI FRA SENSAZIONI CORPOREE E INTERPRETAZIONI</i>	
<i>CATASTROFICHE</i>	7
Sintomatologia (14-22)	13
<i>BOX 3. L'ANXIETY SENSITIVITY INDEX</i>	16
Dispnea e iperventilazione (23-27)	21
Sintomatologia che può essere scambiata per attacco di panico (28-30)	27
Epidemiologia (31-35)	29
Depersonalizzazione (36)	34
Basi biologiche (37-39)	34
<i>BOX 4. POST HOC, SED NON PROPTER HOC</i>	35
Aspetti culturali (40-41)	38

PARTE II

Il disturbo di panico: eziologia e diagnostica

Dall'attacco al disturbo di panico (42-47)	40
Diagnosi (48-49)	44
<i>BOX 5. ESEMPIO DI ASSESSMENT</i>	46
Epidemiologia e rischio di suicidio (50-53)	50
<i>BOX 6. DISTURBO DI PANICO E SUICIDIO</i>	52
Genetica del disturbo di panico (54-55)	53
<i>BOX 7. GENETICA DEL COMPORTEMENTO</i>	54
Psicodiagnostica (56-65)	57
<i>BOX 8. GLI STILI ATTRIBUZIONALI</i>	62
<i>BOX 9. ESERCIZI A CASA: PRATICA</i>	68

PARTE III

Il disturbo di panico: trattamento

Elementi generali e linee guida (66-69)	70
Terapie psicologiche consigliate (70-73)	74
Terapie psicologiche non consigliate (74-76)	77
<i>BOX 10. PERCHÉ IL RILASAMENTO PUÒ INDURRE ANSIA</i>	80
Fallimento terapeutico e comorbidità (77-79)	82
Terapia farmacologica, trattamento combinato e auto-aiuto (80-84)	85
<i>BOX 11. LA PRATICA A CASA PER IL PAZIENTE</i>	91

L'agorafobia (85-92)	95
<i>BOX 12. I LUOGHI DELL'AGORAFOBIA</i>	98
<i>BOX 13. UN CASO CLINICO DI AGORAFOBIA</i>	102
Esposizione enterocettiva e comportamenti di sicurezza (93-95)	103
Durante un attacco di panico (96-100)	107
<i>BOX 14. COME AIUTARE UNA PERSONA CON UN ATTACCO DI PANICO</i>	112
Bibliografia	114
Glossario	119
APPENDICE A	
Le linee guida statunitensi (American Psychiatric Association)	129
APPENDICE B	
Le linee guida britanniche (NICE)	131
APPENDICE C	
Un caso complesso: "Dottore mi deve curare dal panico, ma non voglio tornare a scavare nella mia infanzia"	134

PARTE I

Gli attacchi di panico

1. Panico: da dove proviene questo strano termine?

Il termine “panico” fa il suo ingresso ufficiale nella psicopatologia scientifica nel 1980 con il DSM-III. Da allora ha goduto di vasta (anche se non necessariamente giustificata) popolarità anche presso l'uomo della strada.

Nel buon uso letterario dei tempi antecedenti si ritrovavano locuzioni del tipo seguente: “La notizia del fallimento della banca Tal dei Tali ha scatenato il panico in borsa” oppure “Si trattava di un falso allarme, ma l'ordigno fu scambiato per una bomba e nello stadio si scatenò il panico”. Dunque una reazione di paura incontrollata che, proprio perché incontrollata, produce più danni del necessario. Il termine trasformava in sostantivo un aggettivo del parlare colto: legato al dio Pan. Timore e terrore panico era detto l'inspiegabile sgomento che uno poteva provare nel fitto di un bosco sconosciuto.

Ancora una volta, nel finire del secolo scorso, la psicopatologia rinnovava la venerazione per la mitologia greca classica.

Chi era il dio Pan? Un deuccio di serie B. Non aveva casa sull'Olimpo e non frequentava gli dei altolocati. Incerto il padre, infelice l'aspetto: corpo ferino, volto barbuto e corna, zoccoli a zampe caprine, attributi sessuali spropositati e impudicamente esibiti. Pare che a lui si ispirasse l'iconografia medievale quando volle raffigurare il demone.

Il dio Pan viveva in Arcadia e altre regioni agresti, si aggirava per selve e boschi, suonando e cantando, in compagnia di una

masnada di sfaticati perditempo come lui: satiri, fauni, a volte quell'ubriacone di Dioniso. Non facevano altro che correre dietro alle ninfe e dedicarsi ai piaceri del cibo, del vino e dei sensi. Ma le ninfe non apprezzavano le profferte amorose di Pan, anzi fuggivano rapide come il vento. A Pan non restava che consolarsi con qualche pastorello o con meno ritrose capre e pecore (del resto, era proprio Pan il nume protettore delle greggi!).

C'è una sola cosa che ha attinenza con la nostra storia. Pan adorava il riposino post-prandiale nelle afose estati arcadiche. Guai a disturbarlo! Se qualche sprovveduto viandante giungeva nelle vicinanze e disturbava la pennichella, Pan si adirava oltremodo ed emetteva urla terrificanti che inducevano terrore e facevano scappare di gran corsa lo sciagurato disturbatore. Ma il più delle volte non c'era bisogno di urla: i disturbatori umani percepivano a distanza la presenza del dio, erano investiti da acuto terrore (appunto, terror panico) e se la davano a gambe.

2. Cos'è un attacco di panico?



Un attacco di panico è un “attacco”, cioè qualcosa che ha un inizio, dura un certo tempo e poi finisce. Nel DSM-5 è definito come “comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiungono il picco in pochi minuti” (American Psychiatric Association, 2014). In questo lasso di tempo fanno comparsa una pluralità di “sintomi”; i criteri diagnostici attuali chiedono la presenza di almeno quattro tra quelli compresi nell'elenco seguente:

1. palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;
2. sudorazione;
3. tremori fini o a grandi scosse;
4. dispnea o sensazione di soffocamento;
5. sensazione di asfissia;
6. dolore o fastidio al petto;
7. nausea o disturbi addominali;
8. sensazioni di vertigine, instabilità, “testa leggera” o svenimento;
9. brividi o vampate di calore;
10. parestesie (sensazioni di torpore o 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.

È possibile la presenza di sintomi ulteriori: acufeni (*tinnitus aurium*), fitte di dolore, scotomi e altre alterazioni del campo visivo, ecc.

Come vedremo più avanti, una cosa è un attacco di panico (si veda il box 1), mentre altra cosa è un disturbo di panico.



44

BOX 1**Un esempio di attacco di panico**

Una studentessa universitaria come tutte le settimane sta tornando a casa dalla famiglia in treno. Si tratta di un tragitto di tre quarti d'ora di viaggio. L'attacco arriva inaspettato. Avverte vampate di calore sempre più forti, poi alternate a brividi di freddo, senso di soffocamento, tremori, esce in corridoio, abbassa il finestrino, ma l'aria fresca non le dà sollievo. La respirazione è accelerata, avverte dispnea, ansia, paura di un pericolo imminente. Avverte il desiderio di uscire, scendere dal treno. Non scende perché in una stazioncina sconosciuta non saprebbe che fare. Si dice che deve resistere fino a destinazione.

Arriva finalmente, e scende dal treno. Si dirige alla biglietteria e spiega che si sente male, fa cercare un medico. Gli altoparlanti trasmettono un avviso: “Se c'è un medico in stazione si rechi immediatamente...” Arriva un medico, poi un secondo. Le sentono il polso, le chiedono se soffre di pressione alta o bassa, le chiedono se potrebbe essere incinta, le chiedono se ha mai sofferto di questo, di quello e di quell'altro. Il più anziano sentenza “stress emotivo”, le dà un ansiolitico che ha nella propria valigetta, le fa una ricetta e le dice di assumere quel medesimo ansiolitico per quindici giorni. Lei intanto comincia a sentirsi meglio, telefona a casa, chiede alla sorella di venire a prenderla.



3. Come sono, per loro intrinseca natura, le sensazioni fisiche dell'attacco di panico?

Negli anni ottanta, alcuni studiosi parlarono di “attacchi non paurosi” (*non-fearful panic attack*) per descrivere episodi che avrebbero avuto tutti i criteri per essere classificati come attacchi di panico, se non fosse che l'interessato non si era spaventato affatto.

Gli attacchi non paurosi

Questi episodi emergevano nel corso di anamnesi cardiologiche o neurologiche effettuate per tutt'altri motivi, episodi cui gli interessati non avevano dato peso.

Poeti e romanzieri hanno descritto con palpitazioni, vampate, vertigini e svenimenti i trasporti amorosi degli innamorati; il cuore che sobbalza in petto è “interpretato” dall'innamorato come segno d'amore, e non di prossimo infarto miocardico. Medesimo discorso può essere fatto per le vampate dell'ira, dell'odio, della gelosia, dell'invidia, ecc.

Senza bisogno di ricorrere al genio di poeti e scrittori, si pensi ai giochi dei bambini: col girotondo, con le capriole, con l'altalena si divertono provocando in se stessi sensazioni di stordimento e di vertigine. Si pensi ad altre più energiche sensazioni che vengono attivamente cercate in un luna park, per esempio con l'ottovolante e con gli specchi deformanti. Si pensi agli sbalzi di temperatura, di frequenza e pressione cardiaca che si sperimentano in una sauna. Si pensi all'incertezza posturale e alla vista annebbiata che induce l'alcol. Si pensi alle innumerevoli e intense sensazioni fisiche che accompagnano e seguono l'esercizio fisico.

Ora, le persone non sono tutte uguali. Vi è chi non salirebbe su un ottovolante neppure sotto la minaccia di una pistola, ma vi è anche chi fa lunghe code e paga denaro per salirvi. Vi sono forti differenze sia fisiologiche sia psicologiche.

Detto in breve, le persone si spaventano non per le sensazioni che provano durante un attacco, ma perché sono (o sembrano) fuori contesto e l'interpretazione che viene data è di segnali di pericolo imminente e grave.

4. Esiste un modello teorico di riferimento per il panico?

Nel caso del disturbo di panico, negli ultimi trent'anni, i modelli eziopatogenetici che hanno dominato il mondo scientifico sono stati e sono ancor oggi dei modelli cognitivi: gli attacchi di panico sarebbero dovuti (principalmente) all'erronea interpretazione catastrofica di determinate sensazioni somatiche o mentali. Questi modelli ipotizzano che certi individui siano vulnerabili al panico perché hanno una tendenza stabile ad interpretare in modo errato sintomi fisici. Il principale riferimento è ancor oggi il cosiddetto "modello di Clark" (Clark, 1986). I primi attacchi, secondo tale modello, potrebbero essere di natura varia e casuale (come già aveva affermato lo psicologo russo naturalizzato americano Gregory Razran nella seconda metà del secolo scorso), tanto più drammaticamente significativo a seconda delle circostanze e delle interpretazioni che l'interessato produce. Ma per arrivare ad un disturbo di panico servono alcune condizioni e alcuni passaggi. Il continuo (eccessivo) monitoraggio dei segnali provenienti dal proprio corpo favorisce uno stato di apprensione per la minaccia (incombente soprattutto in date condizioni) che si verifichi un attacco (attenzione selettiva e ansia anticipatoria). L'innalzamento del livello d'ansia intrappola l'individuo in un circolo vizioso in cui i sintomi dell'attivazione confermano l'aspettativa di un attacco imminente, man mano che l'ansia cresce questa aspettativa appare più vicina. Si instaura così una spirale che si autoalimenta e si mantiene automaticamente. A dare sollievo a questo stato d'ansia intervengono comportamenti di sicurezza e di evitamento. Nucleo essenziale del modello è la presenza di "interpretazioni catastrofiche" delle sensazioni psicofisiologiche di attivazione, siano o no collegate ad ansia. Pur nella molteplicità delle determinanti di questo, come di qualsiasi disturbo, un ruolo cruciale è attribuito alla condivisione di questa o quella serie di credenze disfunzionali. Solo in parte esse sono a livello cosciente; alcune possono essere elaborate dalla nostra mente rapidamente e automaticamente, tanto da non pervenire al livello della consapevolezza.

 70 64 94

5. Le credenze disfunzionali sono di carattere “inconscio”?

Il termine “inconscio” ha acquistato popolarità e un sapore particolare attraverso gli scritti freudiani. Per Freud i territori dell’inconscio sono quelli dove sono stati ricacciati, ad opera della rimozione, contenuti inaccettabili a livello di coscienza. Qui non abbiamo a che fare con contenuti rimossi, tantomeno ci riferiamo alla storia infantile o allo sviluppo sessuale.

La teoria della mente oggi è spaventosamente più approfondita e elaborata rispetto a un secolo fa e sa bene che la massima parte del lavoro che fa la nostra mente è automatico e non va a intasare la consapevolezza. Nel nostro caso ci interessano i collegamenti associativi tra innocenti sensazioni corporee e erronee interpretazioni catastrofiche (esempi comuni sono presentati nel box 2).

Pensieri terrorizzanti

Non stiamo dicendo che il paziente “crede” veramente a queste relazioni. Per crederci veramente dovrebbe essere un po’ sprovveduto culturalmente (e se anche lo fosse, verrebbe correttamente informato dalla prima persona con cui parlasse e il problema si potrebbe chiudere lì). Stiamo dicendo che gli passano per la testa pensieri di quel genere terrorizzante, più spesso e più facilmente immagini e ricordi, magari solo un fotogramma di un film. Le immagini sono più dense di informazione e più coinvolgenti emotivamente.

Pensieri o immagini affiorano alla mente automaticamente, rapidamente, anche prima che l’interessato si possa dire: “Che diavolo sto pensando!”. E come passano per la mente attivano una risposta d’allarme. Quando l’interessato, nel mezzo secondo dopo, controlla che il suo corpo sia a posto, rischia di non trovarlo proprio proprio a posto, ma alterato per qualche verso. Qualcuno si dirà: “Sono un imbecille a spaventarmi tanto senza motivo!”, qualcun altro si dirà: “Ho fatto male a bere una bibita ghiacciata così sudato come sono!”. Costoro si dimenticheranno subito di un’esperienza così banale. Ma ci sarà qualcuno che si dirà: “Stai attento, qualcosa di brutto potrebbe stare per arrivarti!”; questo qualcuno è il nostro potenziale candidato per il panico.

Insomma, non stiamo parlando dell’inconscio freudiano, ma di pensieri rapidi, automatici, al limite della consapevolezza, accessibili con un po’ di pazienza e di auto-osservazione.

BOX 2

Esempi di associazioni fra sensazioni corporee e interpretazioni catastrofiche

Sensazione corporea	Interpretazione
bradicardia	il mio cuore sta per fermarsi
capogiri	sto per svenire
derealizzazione	sto per impazzire
dispnea	sto per soffocare
dolore al petto	sto avendo un infarto
irrequietezza motoria	perderò il controllo del mio corpo
parestesie	sto avendo un'emorragia cerebrale
reflusso gastroesofageo	sto per avere un infarto
tachicardia	il mio cuore sta per scoppiare
vertigini	sto per avere un ictus

6. Quanto può durare un attacco di panico?

È improbabile che un attacco di panico possa prolungarsi oltre i 20-30 minuti, ma all'interessato può parere eterno, perciò la durata riferita dal paziente va controllata (quando possibile) con eventuali conferme da parte di persone al momento presenti prima di essere considerata veritiera.

**20-30 minuti
al massimo**

Un eventuale prolungarsi dell'attacco è eccezionale e non va più attribuito all'attacco o al paziente, ma a concomitanti esterni che inducano incertezza, agitazione ed ansia ulteriore. I più comuni sono tre:

- apprensione ed agitazione dei familiari che esasperano e rialimentano di riflesso l'ansia del paziente;
- ricerca affannosa di un contatto medico che potrebbe venir frustrata da lungaggini e contrattempi;
- condotte inappropriate nella fase di assistenza.

I sintomi del panico non spaventano solo il paziente, ma generano allarme nei familiari e nelle persone presenti alla crisi. Talvolta, nelle strutture sanitarie è ritenuto opportuno isolare il paziente da familiari o accompagnatori, giacché una loro eccessiva apprensione può indurre nuova ansia nel paziente alimentando la crisi e ritardando la risoluzione spontanea dell'attacco.

7. Cosa si intende per “attacchi paucisintomatici”?



2

Come si è detto, il criterio definitorio di un attacco di panico è la comparsa di almeno quattro sintomi del **nostro elenco**. Cosa fare se fossero soltanto due o tre? Ecco fatto: *attacchi paucisintomatici*.

Non sarebbe buona regola fondere un prefisso latino con un termine greco, ma ci dev'essere qualche irresistibile piacere di intensità orgasmica nell'usare il termine “panico” quando si potrebbe usare quello più semplice di “crisi d'ansia”. Ma così è, pazienza!

In realtà, nella maggior parte dei pazienti studiati nei campioni che si incontrano nelle ricerche si hanno attacchi con otto-nove “sintomi”.

8. Gli attacchi di panico sono sempre inaspettati?

No, anzi si usa distinguere gli attacchi “inaspettati” da quelli “attesi o situazionali”. Sono inaspettati quelli per i quali l'indagine, da parte sia del paziente sia del clinico, della sequenza di eventi al momento dell'insorgere dell'attacco non trova elementi scatenanti evidenti. L'attacco potrebbe aver luogo, per esempio, durante il sonno, durante uno stato di tranquillità, durante l'abituale affaccendamento domestico o lavorativo. L'interessato li descrive come “fulmini a ciel sereno”.

9. Cosa si intende per attacchi “attesi” o “situazionali”?

Si parla invece di attacchi attesi o situazionali per quelli che sono previsti dall'interessato, per esempio perché già si sono verificati in situazioni simili. Si consideri, per esempio, una persona che ha paura dell'aereo e che, ciò nonostante, si imbarchi in un volo.

Si stima che, nel complesso, una metà delle persone che soffre di disturbo di panico presenti attacchi di entrambi i due tipi. È comune che i primi attacchi siano inaspettati e col tempo il paziente tende a creare collegamenti con determinate sensazioni, emozioni, situazioni, luoghi, in base a processi di condizionamento pavloviano o in base a convincimenti non necessariamente corretti.

10. Che cosa si intende per “paura della paura”?

Questa nozione è stata introdotta in un articolo memorabile di Goldstein e Chambless (1978, tr. it. 1984), che ha cambiato il modo di vedere panico e agorafobia. Secondo questi studiosi, la maggior parte dei soggetti che esperiscono attacchi di panico avrebbe paura non tanto delle conseguenze dell'attacco quanto di provare certe determinate sensazioni di attivazione. Se dunque in un primo tempo la persona può terrorizzarsi perché interpreta determinati sintomi somatici come preludio, ad es., di un attacco cardiaco, può in un secondo tempo rassicurarsi sul carattere innocuo dell'attacco ma continuare a vederlo come esperienza di sensazioni terribili che non è disposto assolutamente a sperimentare e che cerca di evitare in ogni modo. Questo meccanismo potrebbe spiegare perché le rassicurazioni, in questo caso del cardiologo, non sortiscano più di tanto effetto, ma perduri l'ansia anticipatoria e si mantengano evitamenti e comportamenti protettivi. Sono fenomeni che si osservano e spiegano in molti casi la genesi dell'agorafobia.

Chi ha studiato il costrutto “paura della paura” lo ha scomposto in due componenti. La prima sarebbe data dalla paura di quelle sensazioni fisiche che sono state associate con alta at-



Due componenti

16, 17,
BOX 3

tivazione e panico. Questa componente si sovrappone concettualmente a quella di sensibilità all'ansia, che ha avuto espressione nell'*Anxiety Sensitivity Index* (ASI) di Reiss e McNally (1985).

La seconda componente è data da un corteo di pensieri disattivi circa le conseguenze possibili dello sperimentare ansia e panico; questa seconda componente può essere a sua volta sdoppiata in preoccupazioni di ordine sociale (rendersi ridicoli, fare brutta figura, ecc.) e in preoccupazioni di morte o malattia.

11. Come si supera la “paura della paura”?

La paura si vince solo affrontandola, riaffrontandola e affrontandola ancora. Il primo passo è rendersi davvero conto che non c'è ragione di aver paura. Il secondo passo è quello decisivo, che disconferma vecchie memorie e vecchi apprendimenti per sperimentare e introdurre nuove esperienze. Nel pomposo linguaggio degli scienziati si chiama **esposizione situazionale**. Solo così si spezza il circolo della paura della paura.



12. Cos'è l'“esposizione situazionale”?

Esposizione assistita

Possiamo distinguere due tipologie principali. La prima è l'esposizione assistita, nella quale il terapeuta accompagna fisicamente e assiste il paziente nell'affrontare via via le principali situazioni temute. Il paziente teme un attacco e la presenza del terapeuta lo rassicura di poter gestire l'attacco in virtù delle indicazioni che il terapeuta potrà fornire. Immaginiamo che uno degli evitamenti del nostro paziente sia percorrere un breve tunnel alla guida della propria macchina. Il terapeuta si siede accanto al paziente e lo accompagna avanti e indietro quel tunnel. Lo “assiste” ricordandogli di controllare il livello di tensione muscolare di questo o quell'arto. Gli farà notare, per esempio, che mascella e fronte sono eccessivamente contratte, oppure che sta stringendo il volante con inutile tensione. Inviterà la persona a procedere a rilassare questa o quella regione del corpo, pur continuando a guidare lentamente oppure dopo essersi fermato alla prima piazzola di sosta. Per un altro pa-

ziente sarà invece utile controllare la respirazione e utilizzare la respirazione lenta diaframmatica acquisita in precedenza. La seconda tipologia è l'auto-esposizione, nella quale il paziente procede da solo ad affrontare tali situazioni, grazie all'esperienza maturata con l'assistenza del terapeuta. Sono tecniche collaudate e in uso da mezzo secolo, probabilmente in uso da secoli con altri nomi e ispirate dal semplice buon senso. Non dobbiamo attenderci che queste procedure operino per insight: un'esposizione, e di colpo tutto è risolto. Operano attraverso i normali processi di apprendimento, come nello sport e nell'apprendimento delle lingue: molte pazienti ripetizioni e via via la prestazione migliora; nel nostro caso specifico: molte pazienti ripetizioni e l'ansia decresce e alla lunga scompare. Sostanzialmente il paziente viene aiutato a sperimentare che è in grado di gestire l'ansia anticipatoria, riconoscere e gestire eventuali prodromi di un attacco, superare situazioni temute senza incorrere in un attacco di panico.

Esiste una miriade di piccole varianti, ad es., l'impiego dell'immaginazione in vece della situazione vera e propria (che viene detta ampollosamente "in vivo"), l'assistenza via telefono cellulare, l'assistenza tramite apparecchiature portatili di biofeedback.

Auto-esposizione



13. Ci sono “fattori di rischio” di ordine psicologico che determinano una maggior vulnerabilità di un individuo rispetto a un altro?

La questione della vulnerabilità è stata ben studiata sia a livello biologico sia a livello psicologico, tanto a livello generale (diatesi per disturbi mentali in genere o per disturbi d'ansia) che a livello specifico (diatesi di disturbo di panico). Mi limiterei alla seconda, cioè alla vulnerabilità psicologica di ordine più specifico. Essa si manifesta in un'attenzione selettiva per i “rumori del corpo”, per le sensazioni somatiche e per le loro variazioni, una maggiore capacità di discriminare le piccole fluttuazioni di molti dei nostri processi fisiologici, ad es. extrasistoli, variazioni di frequenza cardiaca e pressione arteriosa. Questa attenzione selettiva è connessa e, secondo alcuni, attribuibile a delle vere e proprie “distorsioni attenzionali”. L'identifica-



Ipervigilanza

zione delle sensazioni somatiche dipende dal focus attentivo (interno vs esterno) e le informazioni che arrivano dal mondo esterno e dal nostro mondo interno competono per l'attenzione. La credenza che le sensazioni fisiche siano pericolose determina ipervigilanza nei loro confronti. Questa ipervigilanza può essere temporanea e situazionale, ed è cosa utile. Ma può essere anche un tratto stabile e generalizzato. Questo è un fattore di rischio di evoluzione verso il disturbo di panico in caso di attacchi sporadici; è anche un predittore di possibili ricadute dopo remissione del disturbo.

Tipo d'interpretazione

Il secondo fattore di rischio è molto più rilevante e riguarda il tipo di interpretazione che viene data ai rumori del corpo e alle sensazioni di attivazione. Questo tipo di interpretazione è definita "catastrofica". L'individuo distorce in direzione "catastrofica" l'analisi del problema, per esempio pensa ad un ipotetico svenimento come un evento "catastrofico" e ne ricava la conclusione che va assolutamente evitato. Magari la persona non "crede" veramente cose tanto estreme e nel suo pensiero lucido appare molto realista e ragionevole, ma nei momenti d'ansia la mente si affolla di immagini catastrofiche: un'arteria al centro del cervello che getta sangue come una fontana, una barella che ci trasporta privi di coscienza, una sala operatoria, bisturi e sangue, una sedia a rotelle e noi tutti rattrappiti e contorti, ecc.

Questo "catastrofismo" ha almeno due facce. Da un lato porta a ingigantire i pericoli e questo lo fa per mezzo di distorsioni cognitive; le due più comuni sono:

- tendenza a sovrastimare la probabilità di un attacco di panico in una certa situazione;
- tendenza a sovrastimare il "costo" di un attacco (in termini di rischio per la salute, di imbarazzo sociale, ecc.).

L'altra faccia di questo catastrofismo riguarda il sentimento di fragilità della persona, che pensa a se stessa come ospite di un corpo particolarmente fragile o come titolare di una "mente" particolarmente fragile. L'intervento sulle distorsioni cognitive è stato studiato approfonditamente e oggi è un intervento breve nella disponibilità degli psicoterapeuti cognitivi. Discorso meno ottimistico va fatto per il senso di fragilità, attorno al quale si è affannata fin dai primordi la psicoterapia, ma dove siamo ancora lontani dall'aver trovato interventi che

siano sia brevi sia corposamente soddisfacenti.

L'insieme di questi fattori di vulnerabilità non modula solo il rischio, cioè la probabilità di sviluppare un disturbo di panico, ma anche la probabilità di ricadute dopo la remissione. Sono opportuni perciò dei follow-up dopo il termine del trattamento e altrettanto opportuno è l'intervento noto come "prevenzione delle ricadute", che non occupa più di una o due sedute e può essere parallelo ai follow-up.

14. Gli attacchi di panico possono capitare anche durante il sonno?

Una percentuale non trascurabile, che è stata variamente stimata tra il 15-45%, dei pazienti con disturbo di panico si sveglia durante il sonno colta da sensazione di panico, prevalentemente con sintomi respiratori. Sono in tutto simili agli attacchi diurni, hanno luogo durante le fasi non-REM, prevalentemente vicino al risveglio.

Naturalmente va indagato che non siano provocati da sogni o incubi. Come gli incubi notturni, possono provocare preoccupazione al momento di coricarsi, disaffezione per il sonno, problemi di disregolazione del sonno, abuso di ipnotici.

Si pensa che questi pazienti abbiano sviluppato una particolare sensibilità per le sensazioni di attivazione, in pratica una serie di condizionamenti, in maniera tale da operare anche nel sonno.

15. Due diverse persone possono avere attacchi molto diversi tra loro?

Sì, il numero di possibili combinazioni di quattro elementi a scelta da un elenco di tredici è un numero altissimo. L'esperienza mostra però molti pazienti che accusano più di quattro sintomi e all'interno dei tanti sintomi si possono cogliere dei raggruppamenti più comuni di altri. Vi è chi ha attacchi caratterizzati da sintomi cardiovascolari (tachicardia, dolore al petto) e si precipita al pronto soccorso pensando ad un infarto. Vi sono persone con sintomi pseudo-neurologici: sensazioni di incertezza sulle gambe, senso di vertigine o di svenimento,

Sintomi più comuni di altri



23

tremori, annebbiamento della vista, confusione mentale, sensazioni di formicolio o di torpore alla lingua o a qualche arto. Questi pensano all'insorgere di una paralisi, possono spaventarsi e correre in ospedale temendo un'emorragia, un ictus o altro insulto cerebrale. Altre persone hanno principalmente sintomi respiratori: sensazione di asfissia, dispnea. A loro può bastare spalancare le finestre, correre all'aperto, respirare aria fresca e difficilmente correranno al pronto soccorso. Facilmente si metteranno in testa di dover evitare gallerie, cunicoli, locali fumosi, luoghi chiusi e affollati. Altri possono avere attacchi caratterizzati da sintomi gastrointestinali: nausea, disturbi addominali, accanto forse a palpitazioni, sudorazione, vampate di calore. Altri sperimenteranno sensazioni di irrealtà, si sentiranno stranamente distaccati dal mondo circostante o da se stessi, penseranno di essere sul punto di impazzire, si giudicheranno fragili mentalmente e bisognosi di attenzioni e cure.

Dunque, possiamo incontrare sintomi molto diversi tra loro, ma tutti "interpretati" come forieri di pericoli gravissimi e imminenti, vissuti con la massima apprensione: "Mi sta succedendo qualcosa di molto grave, sto andando in pezzi, sono in grave pericolo (da un qualche punto di vista), potrei morire".

16. Quali possono essere le differenze fisiologiche e psicologiche interindividuali nelle persone che provano un attacco di panico?

Spesso ci dimentichiamo che le persone differiscono tra loro. Le persone differiscono per la sensibilità dell'udito e della vista, perché non dovrebbero differire per sensibilità enterocettiva? Le persone inoltre differiscono tra loro per reattività neurovegetativa: alcune possono essere più reattive di altre e così provare sensazioni più ampie o frequenti. Nulla di strano che le medesime sensazioni, per esempio quelle di un certo ottovolante, siano eccitanti per una persona e terribili per un'altra. Gli scienziati hanno studiato approfonditamente le differenze individuali collegate a un tipo particolare di sensazioni, quelle dell'ansia. È il **costrutto di *anxiety sensitivity***: sensibilità all'ansia.



10,17

17. Cosa si intende per “sensibilità all’ansia”?



Il nome può risultare ingannevole. Si tratta di una variabile cognitiva disposizionale che riflette la paura di sensazioni fisiche connesse all’ansia che provengono dalle convinzioni che le suddette sensazioni abbiano conseguenze negative somatiche, sociali o psicologiche (ad es., persone che interpretano le sensazioni fisiche associate con l’attivazione neurovegetativa come segni di una minaccia imminente). Una persona con bassa sensibilità all’ansia è quella che giudica dette sensazioni sgradevoli magari, ma innocue, mentre una persona con alta sensibilità associa tali sensazioni a immagini o pensieri catastrofici e pensa che il persistere di tali sensazioni sia in qualche modo deleterio per la salute fisica o mentale.

Il costrutto è reso operativo da uno specifico questionario denominato *Anxiety Sensitivity Index* sviluppato da Reiss e McNally (1985). Il questionario ha 16 item e può servire come misura di un fattore generale di tendenza ad amplificare un’ampia varietà di sensazioni ed eventi enterocettivi, che possono collegarsi non solo al panico, ma anche all’ansia per la salute e al dolore. Non va inteso come misura d’ansia, ma di una subcomponente specifica di interesse per il panico, l’ansia di malattia, la valutazione del dolore. Gli item riguardano preoccupazione e paura di conseguenze negative di sintomi fisici, sintomi psicologici e reazioni d’ansia osservabili dall’esterno (si veda il box 3).



18. Gli attacchi di panico sono un caso particolare di “risposta di attacco o fuga” (*fight or flight*)?

Alcuni testi riportano questa lettura ma non tutti sono di questa opinione. Fin dai primi studi degli anni sessanta, e in particolare da quelli iniziati da Donald Klein, molti ritengono che l’attacco di panico sia da considerare un’entità psicopatologica a sé stante e vada distinta dall’attacco d’ansia, dalla paura e dalla risposta di attacco e fuga.

Conviene riepilogare cos’è la “risposta di attacco o fuga” (*fight*





37, 80

BOX 3

L'Anxiety Sensitivity Index

L'*Anxiety Sensitivity Index* (ASI; Peterson e Reiss, 1992) è un questionario che misura la "paura della paura" (Reiss e McNally, 1985). Quantifica quindi il grado di timore di una persona verso le conseguenze negative degli stati d'ansia. Per cogliere la differenza tra ansia e sensibilità all'ansia si pensi all'ottovolante. Giostre come questa sono in grado di far sperimentare sensazioni somatiche intense ma che a seconda di normali differenze individuali possono essere vissute come piacevoli e divertenti o come spaventose e pericolose. Lo stesso si può osservare in chi si preoccupa per la salute. Alcune persone possono essere spaventate non dal dolore in sé, ovvero la sensazione somatica, ma dal significato che le attribuiscono di problema, disturbo, ecc. La sensibilità all'ansia è un costrutto che è stato associato in maniera specifica al disturbo di panico. Non bisogna sovrapporre il costrutto di sensibilità all'ansia con quello di ansia di tratto: uno denota la tendenza stabile a reagire con paura davanti a situazioni di stress, mentre l'altro evidenzia la tendenza stabile a reagire con paura in risposta alle proprie sensazioni di ansia somatica.

La sensibilità all'ansia appare associata a tutti i disturbi d'ansia a parte le fobie specifiche (Taylor, Koch e McNally, 1992), ma l'ASI riesce a discriminare i soggetti che soffrono di disturbo di panico e agorafobia rispetto ad altri disturbi d'ansia. Sia la terapia cognitiva e comportamentale che l'imipramina riducono la sensibilità all'ansia (McNally, 2002). L'ASI nasce quindi con l'intento di operazionalizzare e quantificare la paura della paura per misurare le differenze individuali nell'interpretazione catastrofica delle sensazioni del corpo. A livello cognitivo sono queste interpretazioni che portano a reagire con ulteriore ansia, innescando il circolo vizioso del panico.

L'ASI è un questionario di 16 item in scala Likert a cinque punti (da 0 = "molto poco", a 4 = "moltissimo") e una struttura originariamente composta da un unico fattore generale ma, in seguito ad ulteriori analisi, sono stati proposti diversi fattori di secondo livello. La struttura fattoriale più solida e utilizzata è quella con tre fattori di secondo livello (Taylor et al., 2007): *conseguenze fisiche* (PC), *conseguenze cognitive* (CC) e *conseguenze sociali* (SC). Questa prima versione è stata tradotta e validata nella popolazione italiana da Bernini (2008). Alcuni item del test sono: "Mi spavento quando mi sento come se dovessi

continua

segue

cadere”, “È importante per me controllare le mie emozioni”, “Se mi accorgo che il mio cuore batte forte penso che mi possa venire un attacco di cuore”, “Mi spavento se mi manca il respiro”, “Mi spavento quando non riesco a prestare attenzione a quello che sto facendo”, “Mi spaventa essere nervoso”.

Dopo alcune criticità sulla struttura fattoriale dell'ASI, è stato sviluppato l'ASI-3 (Taylor et al., 2007), validato nella popolazione italiana da Petrocchi, Tenore, Couyoumdjian e Gragnani (2014) su un campione di 783 adulti. Il campione era composto da 154 soggetti che si erano rivolti a dei centri clinici sparsi sul territorio nazionale per ricevere un trattamento psicologico, e ai quali era stato diagnosticato un disturbo d'ansia, oltre a 629 soggetti presi dalla popolazione generale. L'ASI-3 italiano è un questionario composto da 18 item e una struttura fattoriale che ricalca quella già discussa di Taylor (2007) con un fattore di primo livello e tre fattori di secondo livello.

Fava et al. (1994), da uno studio in cui hanno utilizzato l'ASI, suggeriscono che l'utilizzo di benzodiazepine per gestire il disturbo di panico possa incrementare la sensibilità all'ansia tramite un processo di sensibilizzazione. In tale ottica le benzodiazepine, riducendo le sensazioni di ansia somatica, avrebbero il ruolo di prevenire l'abitudine del paziente alle stesse.

or flight). La nostra specie discende da una lunga serie di scimmie antropomorfe, che a loro volta discendono da una lunga serie di mammiferi. Se esistiamo è anche perché la nostra linea evolutiva ha saputo selezionare buone strutture anatomiche e fisiologiche e buoni meccanismi per la sopravvivenza. Quando riconosce un pericolo, il sistema nervoso scatena una massiccia scarica simpatica che coinvolge tutti gli apparati del nostro organismo. Lo fa in tempi brevissimi e, in tal modo, si predispone alla lotta o alla fuga – ci vorrà tempo per sapere quale dei due. Il cuore accelera e aumenta la propria forza di contrazione, la pressione sanguigna aumenta nelle arterie, il fegato comincia a produrre glucosio per sostenere l'imminente sforzo muscolare, il processo digestivo diventa irrilevante, il sangue è sottratto alla digestione e convogliato verso i muscoli scheletrici. Analogamente la nostra attenzione è allontanata da ciò cui era prima rivolta e viene concentrata sulla fonte del pericolo.

Il meccanismo neurofisiologico della reazione di attacco e fuga

Tutti abbiamo esperienza di questa risposta del nostro organismo, per esempio in auto durante una frenata d'emergenza o nell'udire uno scoppio improvviso vicino a noi. È un riflesso primitivo che condividiamo con gran parte delle specie animali; è evidente la sua utilità per la sopravvivenza della specie, per esempio per scansarsi in tempo quando un albero ci cade addosso o scappare se intravediamo un orso. La rapidità di questo riflesso è resa possibile dalla brevità delle vie nervose che lo interessano, che passano direttamente per l'ipotalamo prima ancora di salire fino alla corteccia. In altre parole, prima reagiamo al pericolo, poi possiamo renderci conto di cosa sia quel pericolo.

Nel caso del panico, ovviamente, non siamo più davanti a un meccanismo adattivo. Molti ritengono che la neurobiologia del panico sia legata piuttosto al riflesso di soffocamento, ai chemocettori che reagiscono alla pressione parziale di CO₂, all'attività del *locus coeruleus* e a strutture filogeneticamente più antiche. Nell'attacco di panico, la risposta di attacco e fuga potrebbe descrivere parte della risposta neurovegetativa e occupare alcuni dei fotogrammi di tutto il film, lasciando da spiegare tutto quel che avviene dopo quei fotogrammi e cosa sia successo nelle puntate precedenti del film, e quindi perché questa certa persona sia colta da terrore e un'altra no.



19. Come mai tra i sintomi di panico troviamo manifestazioni che non hanno a che fare con la risposta di attacco e fuga o con risposte di paura e/o attivazione (orto)simpatica?

Tra i sintomi di panico troviamo manifestazioni come, ad es., sensazioni di svenimento (vertigine, instabilità, “testa leggera”) e di paralisi (parestesie, sensazioni di torpore o formicolio), che non hanno a che fare con la risposta di attacco e fuga o con risposte di paura e/o attivazione (orto)simpatica.

Nel linguaggio comune è in uso l'espressione “pietrificato dallo spavento” e un forte spavento può portare a svenimento. Il rapporto tra simpatico e parasimpatico è di reciproco bilanciamento e le cose sono, al solito, più complesse di quanto si vorrebbe. Esiste una forte ragione evolutiva perché tali sin-



tomi (vagali) siano evocati in presenza di un forte pericolo. Scappare ad un pericolo non significa necessariamente fuggire a gambe levate. Davanti ad un pericolo, per esempio la comparsa di un predatore, i mammiferi da cui discendiamo avevano sviluppato risposte alternative per porsi in salvo senza affidarsi alla velocità delle zampe. Immobilizzarsi (pietrificarsi) rende più silenziosi e meno visibili, favorisce il mimetismo, permette di rendersi invisibili al (primitivo) sistema visivo dei rettili. Inoltre, una volta che si è stati azzannati o feriti, perdere i sensi e svenire può essere più adattivo che correre e morire dissanguati.

20. Le sensazioni di svenimento, vertigine, “testa leggera” e simili possono avere una diversa origine rispetto al panico?

Certamente. La causa più comune è un banale episodio ipoglicemico. A distanza dai pasti, la concentrazione di zucchero nel sangue cala e può diventare insufficiente per alimentare il cervello, da cui una serie di sintomi come offuscamento della vista, incertezza sulle gambe, debolezza, ronzii alle orecchie, vertigini, sudori, tremori. I rimedi vanno da una caramella a un piccolo spuntino. È un rischio comune per persone che non fanno colazione o che fanno un unico pasto al giorno. In genere, dopo un paio di avvisaglie modificano spontaneamente le proprie abitudini alimentari. Dunque, è possibile ma improbabile equivocare con gli attacchi di panico.

Esiste però un altro collegamento d'un tipo più sottile e dannoso, che riguarda persone che già soffrono di attacchi di panico. In base ai normali meccanismi di condizionamento, queste possono associare, nella loro esperienza, sensazioni di ipoglicemia a prodromi di attacchi di panico. Razionalizzando le proprie esperienze, le persone possono sviluppare dei falsi allarmi e mettersi in attesa di un attacco di panico alla comparsa di innocue avvisaglie di ipoglicemia, che potrebbero fronteggiare con piccoli introiti di zuccheri.

Falsi allarmi