

Enrico Rolla

Attacchi di Panico

Come uscirne

**La potenza della Terapia
Cognitivo Comportamentale**



Testi: Enrico Rolla (www.iwatson.com – www.enricorollaeducation.com)
Copertina: Andrea Maino (www.altrooltre.com)
Impaginazione: Andrea Maino - Maja (www.tipografiamaja.it)
Illustrazioni: Chiara Bosia

Redazione: Istituto Watson Edizioni
Corso Vinzaglio 12 bis – 10121 Torino
Tel. 011 5611102 - Fax 011 5611102
e-mail: info@iwatson.com – progetti@iwatson.com
www.iwatson.com – www.enricorollaeducation.com
Redazione: Claudia Ruffino
Coordinamento Editoriale: Renato Tomba
Segreteria di Redazione: Sonya Sabbatino

Stampa:
CreateSpace
CreateSpace Independent Publishing Platform
www.createspace.com

Prima Edizione: settembre 2017
Istituto Watson Edizioni – Corso Vinzaglio, 12 bis – 10121 Torino

Tutti i diritti sono riservati, in Italia e all'estero, per tutti i Paesi. Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta, memorizzata o trasmessa con qualsiasi mezzo e in qualsiasi forma (fotomeccanica, fotocopia elettronica, chimica, su disco o altro, compresi cinema, radio, televisione) senza autorizzazione scritta da parte dell'Editore. In ogni caso di riproduzione abusiva si procederà d'ufficio a norma di legge.

INDICE

Prefazione

La Terapia a distanza:	
gli sviluppi della mia professione di terapeuta	pag. 7
Quali disturbi tratta la Terapia Cognitivo Comportamentale?	pag. 12

Capitolo 1: Superare le incertezze pag. 17

Perché proprio a me?	pag. 19
Il mio interesse per la terapia cognitivo comportamentale e gli attacchi di panico	pag. 22

Capitolo 2: Cosa è importante sapere pag. 31

Non siamo i soli	pag. 33
L'attacco di panico	pag. 36
La sede della paura	pag. 38
Alcune credenze	pag. 43
Effetto domino	pag. 45
Ma i farmaci aiutano?	pag. 48
Un aiuto dall'ipnosi	pag. 53

Capitolo 3: L'accettazione pag. 59

Non pensare che passi	pag. 61
Accettare non è rassegnarsi	pag. 63
Accettare è il primo passo	pag. 64
Non è questione di volontà	pag. 66
La confusione	pag. 69
L'accettazione e i familiari	pag. 70

Capitolo 4: L'aspettativa pag. 75

L'aspettativa e la suggestione influenzano i risultati	pag. 77
Aspettativa e motivazione: dalla forza di volontà all'acquisizione dell'autocontrollo	pag. 80
L'aspettativa e i sintomi fisici	pag. 82
L'aspettativa del peggio	pag. 89

Capitolo 5: La valutazione	pag. 93
Valutare l'attivazione degli stimoli fisici	pag. 95
Questionari di valutazione	pag. 98
Capitolo 6: Gli obiettivi (S.M.A.R.T.)	pag. 105
Specifico	pag. 111
Misurabile	pag. 111
Realistico	pag. 112
Che porti all'Azione	pag. 114
Definito nel tempo	pag. 116
Capitolo 7: I vantaggi	pag. 117
L'importanza della visualizzazione dei vantaggi	pag. 119
Quali possono essere i costi	pag. 122
Capitolo 8: Affrontare il Panico	pag. 125
Passare all'azione	pag. 127
Il rilassamento muscolare	pag. 128
<u>Esercizio: Il rilassamento muscolare</u>	pag. 130
La respirazione diaframmatica	pag. 132
<u>Esercizio: La respirazione diaframmatica</u>	pag. 135
Dal rilassamento all'auto-ipnosi: il posto sicuro	pag. 136
<u>Esercizio: Dal rilassamento all'auto-ipnosi: il posto sicuro</u>	pag. 138
Capitolo 9: Lo stato d'umore	pag. 141
Mantenere sotto controllo il proprio umore	pag. 143
Aspettare che l'onda passi	pag. 144
I migliori pensieri: quelli competitivi	pag. 145
Gli attivatori dell'attacco di panico	pag. 147
L'attacco di panico e gli stili di vita	pag. 150
<u>Esercizio: Il palloncino e i pensieri</u>	pag. 152
Capitolo 10: Gestire i sintomi fisici	pag. 157
Una potente tecnica: l'esposizione enterocettiva	pag. 159
Paura Primaria e Secondaria	pag. 163

La prevenzione delle ricadute	pag. 163
Cosa fare appena si attiva l'ansia	pag. 164
<u>Esercizio: Il termometro della paura</u>	pag. 170
Capitolo 11: Affrontare l'agorafobia	pag. 173
La potenza dell'immaginazione: Desensibilizzazione Sistemica e agorafobia	pag. 175
Strutturare la D.S. (Desensibilizzazione Sistemica)	pag. 179
Come costruire una gerarchia appropriata	pag. 181
Alcuni esempi di D.S.	pag. 187
<u>Esercizio: Il termometro della paura e la Desensibilizzazione</u>	pag. 190
Capitolo 12: I pensieri di fuga e di evitamento	pag. 193
Attenzione ai pensieri automatici	pag. 195
Le aspettative influenzano i risultati... continua	pag. 198
L'esposizione e i pensieri competitivi	pag. 200
Come prepararsi all'esposizione e darsi dei rinforzi	pag. 201
Gestire le sensazioni fisiche ed emotive che insorgono durante l'esposizione	pag. 203
<u>Esercizio: Il vostro avatar si prepara all'esposizione</u>	pag. 204
Capitolo 13: L'esposizione in vivo	pag. 207
Dall'immaginazione alla pratica	pag. 209
Darsi un tempo nel definire gli obiettivi	pag. 211
Definire un obiettivo per ogni gerarchia	pag. 212
Costruire per ogni obiettivo una gerarchia	pag. 214
Come comportarsi durante l'esposizione in vivo	pag. 217
La persona fidata e istruzioni per l'accompagnatore	pag. 222
Esempi di gerarchie per l'esposizione	pag. 224
<u>Esercizio: Il vostro avatar si espone</u>	pag. 229
Conclusioni	pag. 231

PREFAZIONE

La terapia a distanza: gli sviluppi della mia professione di terapeuta

All'inizio degli anni '80, agli esordi della mia professione, il mio lavoro di terapeuta consisteva principalmente nel seguire pazienti affetti da agorafobia; allora adottavo il trattamento tradizionale quello basato sul rapporto diretto terapeuta-paziente, che avevo imparato da psicologi cognitivo-comportamentali più esperti di me.

Per alcuni anni ho seguito questa tipologia di trattamento. Poi, a metà circa degli anni '80, venuto a conoscenza che i terapeuti comportamentali inglesi, come Isaac Marks al Bethlem-Maudsley Hospital di Londra utilizzavano il lavoro di gruppo per trattare i pazienti agorafobici, decisi di adottare questo nuovo approccio terapeutico.

Riunivo i miei pazienti che soffrivano di agorafobia in gruppi di quattro o cinque persone per svolgere incontri di due o tre ore, due volte alla settimana. Ma subito mi resi conto che lavorare in gruppo poteva creare delle difficoltà: non tutti i pazienti partivano dallo stesso livello, la progressione della terapia, infatti, per alcuni di loro risultava troppo rapida, per altri non era abbastanza efficace, per altri ancora procedeva

troppo lentamente. Dopo alcuni tentativi però riuscii a formare gruppi più omogenei, che procedevano nella stessa direzione e allo stesso ritmo. E così, negli anni successivi, senza peraltro abbandonare la terapia singola, ho continuato a lavorare con i gruppi, in cui era possibile far discutere insieme i miei pazienti dei programmi che stavano realizzando e dei risultati che stavano ottenendo. Questa attività di gruppo, nello svolgimento del programma terapeutico, risultava avere anche una funzione motivazionale: il confronto li portava a migliorarsi.

In quegli anni i casi di cui mi occupavo erano tutti di persone che soffrivano di forme molto gravi di agorafobia o di disturbi ossessivo compulsivi, avevano tutte difficoltà a lavorare o a studiare. Mi ricordo che spesso dovevo recarmi a casa loro per poter svolgere il programma terapeutico quando, appunto, non erano assolutamente in grado di uscire di casa, né da sole, né accompagnate.

Tra tutti i casi che ho trattato, ricordo in particolare Alberto, un uomo di 32 anni, agorafobico da circa cinque anni. Lo psichiatra presso cui era in cura, per superare la sua agorafobia, gli aveva consigliato un ricovero in clinica. Era stato ricoverato per due settimane in un centro per malattie mentali in cui gli avevano somministrato farmaci ansiolitici e antidepressivi, senza che tale trattamento fosse accompagnato da una qualche forma di terapia cognitivo comportamentale. Così, ritornato a casa, non solo continuava a essere agorafobico ma in più soffriva anche di uno stato di depressione invalidante. Non riusciva più a uscire né da solo, né accompagnato e neppure ad andare a lavorare nell'azienda dei suoi genitori.

Andai a casa sua per iniziare, gradualmente, un programma di intervento terapeutico. Mi resi subito conto che sarebbe stato impossibile pensare di ottenere dei risultati soddisfacenti vedendolo solo una o due ore alla settimana e, quindi, proposi un trattamento intensivo di alcune ore al giorno.

Fu un lavoro costante, intenso e faticoso, ma alla fine i risultati arrivarono.

Ed è in quegli anni che sviluppai la convinzione che i ricoveri in ospedale o in cliniche convenzionate non avevano come obiettivo finale

il trasferimento di competenze e abilità ai pazienti, bensì la cronicizzazione del loro malessere. Ascoltare i racconti dei miei pazienti sul fatto che non venivano trattati come persone da riabilitare, fornendo loro le competenze adatte, ma come malati da curare con i farmaci, come se soffrissero di una malattia organica, era, per me, fonte di sdegno e rabbia. Sdegno, perché non ho mai accettato, e non accetto tuttora, che si lucri sulla sofferenza degli esseri umani, e rabbia, perché, di fronte a questi metodi, mi sentivo, e mi sento, impotente.

Nel frattempo in me maturava sempre di più l'idea che, se volevo ottenere risultati significativi, fosse necessario effettuare trattamenti intensivi. A inizio anni '90 ci fu un momento non facile per me. Svolgevo allora l'attività di terapeuta per alcune ore al giorno ma, man mano che procedevo nel percorso, mi accorsi di cominciare a entrare in una fase critica: stare ore e ore al giorno a diretto contatto con le difficoltà e la sofferenza di pazienti particolarmente gravi, mi suscitava uno stato d'angoscia costante, ero in una fase di burn-out. Per quanto fossi consapevole che i trattamenti intensivi erano i più efficaci per i pazienti, non mi sentivo più di effettuarli, erano troppo logoranti per me. Mi sono preso una pausa, tornando a seguire i pazienti singolarmente, per una o due ore alla settimana, ma ben presto ho capito che non ero soddisfatto dei risultati che raggiungevo.

Ho deciso di creare un gruppo di terapeuti che operassero nel mio Istituto – l'Istituto Watson – e che mi potessero aiutare nei casi particolarmente impegnativi.

Nel frattempo i clienti aumentavano e, oltre che dal Piemonte, provenivano da altre regioni, tant'è che alcuni mi chiedevano, visto che non sempre era per loro agevole arrivare a Torino, se fosse possibile svolgere le sedute tramite telefono.

Ho iniziato così la terapia a distanza che, in quegli anni, aveva trovato applicazione in molti paesi del Nord Europa, ma non ancora in Italia. Ho strutturato il metodo nel modo più organico possibile: inviavo per posta i questionari da compilare, necessari per poter fare una valutazione del disturbo per cui venivano in terapia da me e per determinare il livello di disagio con cui si manifestava il disturbo nelle varie situazioni

della loro vita, oltre a un eventuale stato di depressione. Loro mi rispedivano i questionari e poi proseguivamo telefonicamente nel percorso terapeutico.

Spesso i pazienti mi chiedevano di registrare per loro gli esercizi e le tecniche specifiche per modificare i pensieri e gestire le emozioni che generavano ansia. Ho iniziato a preparare delle audio cassette personalizzate che inviavo a casa. Per i pazienti era molto utile, perché potevano costantemente esercitarsi ascoltando le registrazioni.

Alla fine degli anni '90, avevo strutturato il nostro Istituto in modo da poter offrire ai pazienti due tipologie di trattamento:

- trattamenti intensivi, singoli o di gruppo, che richiedevano circa 5 ore al giorno per un minimo di una settimana, rivolti a persone con disturbi particolarmente gravi;
- trattamenti singoli con una seduta di 2 - 4 ore alla settimana, per i pazienti meno gravi.

Dagli anni 2000, le nuove tecnologie di comunicazione mi hanno permesso di sviluppare la terapia online. Presso il nostro Istituto impieghiamo abitualmente Skype per seguire i nostri pazienti, fare programmi a distanza e per “accompagnarli” durante le *esposizioni in vivo*.

La terapia a distanza è molto valida, in quanto permette a tante persone che, per motivi vari non possono allontanarsi da casa, di poter usufruire di sedute psicoterapeutiche.

Ecco alcune tipologie di persone che possono avvalersene:

- Chi si trova in una condizione fisica che ne limiti la mobilità;
- Chi è in condizioni psicologiche tali da non potersi muovere da casa;
- Chi vive in aree lontane dal nostro centro o non abbia a disposizione professionisti qualificati nelle zone in cui abita;
- Chi viaggia molto per lavoro e non può garantire la sua presenza alle sedute con cadenza regolare;
- Chi, pur svolgendo abitualmente la terapia in studio, per qualche imprevisto, non possa effettuare la seduta programmata;
- Donne in stato di gravidanza o neo mamme che hanno difficoltà a frequentare le sedute in modo regolare.

Sia la terapia telefonica che quella online si basano sui medesimi

protocolli di trattamento che vengono utilizzati in studio e si attengono alla Terapia Cognitivo Comportamentale.

I nostri pazienti hanno sempre la possibilità di passare dalla terapia a distanza a quella in studio, qualora lo desiderassero, o viceversa.

L'esperienza che avevo fatto negli anni '90 preparando per i pazienti materiale educativo e registrando per loro delle audio cassette mi è stata molto utile per preparare, in anni recenti, i programmi di auto aiuto sugli attacchi di panico. Le nuove tecnologie mi hanno permesso di inviare ai pazienti file audio e video e di monitorare costantemente i loro progressi. Nel 2010 ho prodotto il corso online dal titolo "No Panico" che, nel 2017, ho riaggiornato tenendo conto delle indicazioni che mi hanno dato i pazienti.

Molti clienti si pongono, e mi pongono, domande sulla reale efficacia di una terapia condotta con metodi così poco tradizionali. Se da una parte tale dubbio è lecito, è però sufficiente una veloce ricerca su Internet per scoprire numerosi studi a sostegno dell'utilizzo della terapia online.

Molti studi, svolti da importanti enti di ricerca, hanno dimostrato l'efficacia della Terapia Cognitivo Comportamentale online. Il rinomato Karolinska Institut, in Svezia, nel 2010, ha rilevato che i pazienti che svolgevano sedute di Terapia Cognitivo Comportamentale online per gli attacchi di panico, mostravano miglioramenti uguali ai pazienti che effettuavano le sedute di terapia in sede, miglioramenti che rimanevano invariati, dal termine della terapia sino a sei mesi dopo, al follow up.

Ma a chi si rivolge e in cosa consiste la Terapia Cognitivo Comportamentale?

Anche se la Terapia Cognitivo Comportamentale (T.C.C.) è considerata la terapia più efficace nel trattare molti disturbi quali ansia, depressione e stress, non tutte le persone la conoscono. Durante la lettura del libro riuscirete a comprendere come sia possibile modificare i propri pensieri, le emozioni e i comportamenti impiegando protocolli terapeutici validati empiricamente che dovranno sempre essere individualizzati.

Il libro si propone di aiutare la persona che soffre di attacchi di panico e agorafobia a superare le sue paure e difficoltà, fornendo le in-

formazioni e le tecniche che la possono guidare ad acquisire le abilità necessarie per superare il proprio problema. Ritengo che la conoscenza sia un primo passo indispensabile per potersi orientare correttamente verso gli obiettivi che si vogliono raggiungere.

Il lettore verrà affiancato da un terapeuta “virtuale” che lo aiuterà nel percorso. Gli insegnerà esercizi e programmi di esposizione su come affrontare le sue paure. Il libro e il terapeuta “virtuale” avranno una funzione di supporto, per motivarlo nei momenti difficili.

Ritengo che per il paziente sia importante sapere quali disturbi vengono trattati con la T.C.C. e per avere le corrette informazioni è possibile consultare l’**APA** (American Psychological Association Div. 12).

La missione dall’APA è: “L’avanzamento della psicologia come scienza, come professione e come mezzo per promuovere la salute, l’educazione e il benessere umano”.

Questi dati possono essere utili al paziente che desidera indirizzare la sua scelta su un terapeuta cognitivo comportamentale.

Quali disturbi tratta la Terapia Cognitivo Comportamentale?

La risposta a questa domanda ci viene data in un articolo pubblicato sul sito dell’APA (<https://www.apa.org/helpcenter/anxiety.aspx>) di cui riporto, qui di seguito, il testo per intero.

Al di là delle preoccupazioni

Tutti, di tanto in tanto, si sentono nervosi o preoccupati. L’ansia è una normale reazione umana alle situazioni stressanti. Per chi soffre di un disturbo d’ansia, però, paure e preoccupazioni non sono temporanee, l’ansia provata persiste e può anche peggiorare con il passare del tempo.

I disturbi d’ansia possono interferire pesantemente con la capacità della persona di funzionare sul lavoro, a scuola e nelle situazioni sociali. L’ansia può anche interferire nelle relazioni con familiari e amici. Fortunatamente, esistono trattamenti validi.

In alcuni casi, i farmaci possono aiutare a gestire queste patologie. Tuttavia, le ricerche dimostrano che la terapia comportamentale, da sola o in abbinamento ai farmaci, è un trattamento estremamente efficace per la maggior parte delle persone affette da disturbi d'ansia.

Comprendere l'ansia

Secondo gli studi del National Institute of Mental Health, i disturbi d'ansia sono comuni sia negli adulti che nei bambini. Negli Stati Uniti circa il 18% degli adulti e il 25% degli adolescenti, tra i 13 e i 18 anni, sperimentano un problema di ansia. Circa il 4% degli adulti e il 6% dei teenagers presenta un livello di ansia classificato come “grave”.

Ecco i principali disturbi d'ansia:

Disturbo d'ansia generalizzata: è caratterizzato da preoccupazioni persistenti e sentimenti di ansia. Le persone affette da questo problema si preoccupano di molte cose, come la salute, i soldi, e possono avere, in generale, la sensazione che succederà qualcosa di negativo. I sintomi sono irrequietezza, tensione muscolare, difficoltà di concentrazione, problemi di sonno e l'impressione di essere “al limite”.

Disturbo di panico: comporta frequenti attacchi di panico con sintomi quali sudorazione, tremori, fiato corto o senso di soffocamento, tachicardia, sensazione di catastrofe imminente. Gli attacchi si presentano all'improvviso, come un fulmine a ciel sereno. Le persone che hanno sperimentato il panico, spesso sviluppano “la paura della paura”: paura del prossimo attacco, di riprovare tutte quelle sgradevoli sensazioni che rischiano di modificare o impedire le normali attività della vita quotidiana.

Fobia: paura intensa, invalidante e pervasiva nei confronti di alcuni oggetti o animali (ragni, serpenti, ecc.) o situazioni (prendere l'aereo, entrare al cinema, ecc.).

Disturbo d'ansia sociale, conosciuta anche come **fobia sociale:** le persone affette da questo disturbo temono le situazioni sociali in cui potrebbero provare imbarazzo o essere giudicate. Solitamente provano disagio in contesti di gruppo, sono in imbarazzo e soggezione di fronte agli altri e temono di essere rifiutati o di offendere qualcuno. Hanno

difficoltà nel fare amicizia, evitano luoghi di ritrovo, ruminano a lungo e si sentono insicuri, tanto da provare nausea e sudorazione quando si trovano in mezzo alla gente.

Disturbo ossessivo compulsivo: è caratterizzato da persistenti e incontrollabili sentimenti e pensieri (ossessioni) e rituali comportamentali (compulsioni). Alcuni esempi comuni sono lavarsi le mani per paura dei germi o controllare ripetutamente un lavoro svolto alla ricerca di eventuali errori.

Disturbo post traumatico da stress (PTSD): può insorgere dopo aver subito un grave trauma fisico o emotivo, come un disastro naturale, un grave incidente o un'aggressione. I sintomi comprendono immagini intrusive dell'evento traumatico, note come flashback, incubi e pensieri terrorizzanti che interferiscono con le attività quotidiane della persona per mesi o, addirittura, anni dopo l'esperienza traumatica.

Vedere uno psicologo per i disturbi d'ansia

Malgrado esistano diversi tipi di disturbi d'ansia, le ricerche suggeriscono che la maggior parte sono originati da meccanismi molto simili. Le persone con questo tipo di problemi tendono a sentirsi facilmente sopraffatti dalle emozioni e ad avere reazioni particolarmente negative verso sentimenti e situazioni sgradevoli.

Spesso, chi soffre di questi disturbi cerca di fronteggiare queste reazioni negative evitando esperienze che possano suscitare ansia. Sfortunatamente, l'azione di evitare si ritorce contro la persona, contribuendo ad aumentarne il disagio.

*Psicologi e psicologhe formati nella diagnosi e nel trattamento di queste patologie possono insegnare ai pazienti strategie di fronteggiamento (**coping**) molto più sane ed efficaci. La Terapia Cognitivo Comportamentale (T.C.C.) è altamente indicata nel risolvere i disturbi d'ansia e ottiene risultati verificati scientificamente. Attraverso la T.C.C., le persone imparano a identificare i fattori che contribuiscono a originare e mantenere l'ansia.*

La componente cognitiva insegna a comprendere come i pensieri svi-

luppati dalla persona contribuiscano a scatenare l'ansia. Imparando a modificare questi pensieri, è possibile ridurre l'eventuale insorgenza dei sintomi e la loro intensità.

Con la componente comportamentale si imparano tecniche per limitare i comportamenti indesiderati associati ai disturbi d'ansia. Nello specifico, le persone sono incoraggiate a riprendere, gradualmente, attività e situazioni che generano ansia (parlare in pubblico o stare in luogo chiuso) per constatare che gli effetti temuti (perdere il filo del discorso o avere un attacco di panico) sono improbabili.

Psicoterapia per disturbi d'ansia: cosa aspettarsi

*La psicoterapia è un processo collaborativo, in cui terapeuta e paziente lavorano insieme per identificare gli aspetti specifici dell'ansia e sviluppare abilità concrete e tecniche di **coping**.*

I pazienti avranno modo di praticare, nella vita quotidiana, le nuove abilità apprese e impareranno ad affrontare, con gradualità, le situazioni che possono generare in loro del disagio. Lo psicoterapeuta non spingerà la persona a confrontarsi con queste situazioni se non quando questa avrà acquisito le abilità necessarie per gestire la paura.

I disturbi d'ansia rispondono molto bene al trattamento cognitivo comportamentale. La maggioranza dei pazienti riferisce di aver avuto una riduzione, se non l'eliminazione, dei sintomi dopo pochi mesi di terapia e in molti notano miglioramenti già dopo poche sedute.

I terapeuti ricevono una preparazione altamente professionale e sono in grado di personalizzare ogni trattamento in base alle specifiche esigenze individuali.

The American Psychological Association ringrazia Shannon Sauer-Zavala, PhD, Lynn Bufka, PhD, and C. Vaile Wright, PhD, per il loro contributo.

Published October 2016

Tradotto e adattato da Stefania Durando

In Italia la formazione dei terapeuti cognitivo comportamentali è riconosciuta dall'AIAMC (Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva) a cui aderiscono tutte le Scuole che insegnano i protocolli *evidence based*, cioè, validati empiricamente.

L'AIAMC è la prima associazione italiana ad aver ricevuto nel 2016 l'accreditamento europeo dall'EABCT (European Association for Behavioural and Cognitive Therapies).

Capitolo 1

Superare le incertezze



I tuoi dubbi sono ostacoli:
superali

Superare le incertezze

Perché proprio a me?

Il paziente che viene nel mio studio per una prima visita perché soffre di attacchi di panico, con o senza problemi di agorafobia, ha sempre molti dubbi, incertezze e molte domande da pormi. In genere soffre di attacchi di panico già da alcuni anni e, a volte, è anche agorafobico. Ha già provato a utilizzare farmaci e a seguire alcune terapie, ma senza ottenere risultati. Spesso, informato sul fatto che la Terapia Cognitivo Comportamentale può portare giovamento alla sua situazione, si è già documentato sulla sua efficacia.

È la sua prima seduta. E io so che è possibile essergli di aiuto. Lo so per esperienza personale, ancor prima che professionale, perché fa parte della mia storia familiare: mio padre soffrì di attacchi di panico e di agorafobia e riuscì a uscirne.

Sono profondamente convinto che sia importante, all'inizio di un programma cognitivo comportamentale, partire motivati: la persona deve sapere che è possibile e, soprattutto, come è possibile superare gli attacchi di panico.

I dubbi che hanno i pazienti, il più delle volte, dipendono dai percorsi

terapeutici che hanno seguito in precedenza.

Il primo percorso affrontato, di solito, è quello farmacologico. Il paziente inizia ad assumere ansiolitici e, in alcuni casi, anche antidepressivi.

Un secondo percorso è quello di ricorrere a una terapia analitica non specifica per il disturbo d'attacco di panico, da cui difficilmente il paziente riesce a ottenere i risultati attesi. È abbastanza facile comprendere la sua insoddisfazione. In quel tipo di terapia si va a ritroso: si procede nell'analisi del passato del paziente, spesso a partire dalla fanciullezza, dai rapporti con i genitori; ma questo tipo di analisi richiede tempi lunghi di trattamento, mentre il disturbo continua a risultare operativo al presente, nella vita attuale del paziente. Di qui la delusione: “Penso – dice – di avere approfondito e chiarito alcuni momenti della mia vita, ma ho ancora lo stesso problema, non l'ho superato”.

Un altro percorso intrapreso, a volte, è quello che viene definito “cognitivo”. Ma in questo tipo di approccio, in Italia, non è facile orientarsi, in quanto l'offerta di modelli di terapia cosiddetta cognitiva è molto ampia e non sempre c'è chiarezza sulle modalità operative del trattamento terapeutico.

Dai miei pazienti ho sentito spesso dichiarazioni come questa: “Ho iniziato con un terapeuta che affermava di essere cognitivo comportamentale ma, dopo un po', mi sono reso conto che non era vero, parlavamo, ma non mi spiegava cosa fare per superare il panico. Non mi ha mai fatto fare gli esercizi di esposizione, che ho letto siano i più efficaci per il mio problema. Ero sempre uguale, non miglioravo”.

Ora, se dalla scoperta dei propri sintomi, è fondamentale *diventare consapevoli che dall'attacco di panico è possibile uscire*, è altrettanto importante sapere *quali sono i passi da attuare per farlo*.

Chi ha sofferto di attacchi di panico sa che si possono innescare alcuni sintomi fisici. In termini tecnici comportamentali i sintomi vengono meglio definiti come “risposte”. Possiamo quindi avere: risposte fisiche (tachicardia, ecc.), risposte emotive (paura, ecc.), risposte cognitive (pensieri, ecc.) e risposte comportamentali (fuga, ecc.) in reazione a vari stimoli che possono essere interni o esterni.

SINTOMI DELL'ATTACCO DI PANICO



Il 25% delle persone che ha avuto attacchi di panico può sviluppare il “disturbo di panico”, cioè la paura della paura di subire un altro attacco e può diventare agorafobica. Si inizia gradualmente a evitare tutta una serie di situazioni: uscire di casa, guidare la macchina, trovarsi in luoghi affollati, andare al supermercato, al cinema, salire in ascensore, viaggiare in treno o in aereo.

A questo punto può insorgere una depressione secondaria, perché la persona si sente isolata, incomincia a valutarsi negativamente e finisce per non vedere la possibilità di superare il problema.

Quando gli attacchi di panico diventano tanto intensi da trasformarsi in disturbo di panico, la persona vuole solo uscirne rapidamente e vuole avere degli strumenti efficaci per poterlo fare: vuole sapere cosa e come fare.

Il mio interesse per la terapia cognitivo comportamentale e gli attacchi di panico

Come ho già anticipato nella prefazione, ho iniziato a trattare i miei primi pazienti, che soffrivano di attacchi di panico e agorafobia, quando avevo circa trent'anni. Penso che la mia vocazione nel trattare questi disturbi sia da ricollegare alla mia storia familiare.

Mio padre aveva smesso di lavorare all'età di 45 anni, in seguito a un lieve infarto, poi aveva incominciato a soffrire di attacchi di panico e, successivamente, di agorafobia, anche se in quegli anni si parlava di "esaurimento nervoso" per indicare uno stato di disagio costante e continuo.

In realtà, mio padre iniziò ad avere gli attacchi di panico subito dopo la guerra. Era stato in un campo di prigionia in Germania e, quando era stato fatto prigioniero in Grecia, era stato trasportato insieme a molti altri su un carro bestiame, e il viaggio dalla Grecia alla Germania era stato molto lungo.

Mia madre ricorda che fin da quando lo aveva conosciuto, appena si trovava al buio o in posti chiusi, mio padre iniziava ad avere attacchi di panico. Anche durante il loro viaggio di nozze sul Lago Maggiore, in treno, appena affrontavano una galleria, mio padre incominciava ad agitarsi e aveva un attacco di panico. Poi, forse, la presenza di mia madre, una donna sempre positiva e tranquilla, gli aveva permesso di superare questi problemi: la presenza di mia madre lo calmava.

Quando, alcuni anni dopo, ebbe un infarto, incominciò quasi subito a non voler più uscire di casa. Il lavoro lo costringeva a utilizzare la macchina per spostarsi, ma per lui era diventato impossibile e, quindi, lasciò la sua attività. In quegli anni noi avevamo un negozio gestito da mia madre, e così mio padre iniziò a lavorarci insieme a lei che, però, non accettava l'idea che una persona potesse rimanere bloccata in casa ed era consapevole che, con il suo aiuto e con la sua determinazione, suo marito avrebbe potuto riprendere a uscire e superare il panico e l'agorafobia.

Vedevo mio padre che impallidiva, tremava e aveva sudori freddi a

ogni attacco di panico. In più, era sempre molto attento a cogliere ogni minimo incremento del battito cardiaco, si teneva spesso la mano sul polso per controllare un eventuale aumento delle pulsazioni.

Io ero solo un ragazzo e faticavo a capire come una persona non riuscisse ad affrontare e superare le proprie paure.

Poi, con l'aiuto del nostro medico di famiglia e di mia madre, passo dopo passo, mio padre riuscì a vincere le sue paure e a tornare autonomo, riprendendo anche a guidare la macchina.

So che non è facile comprendere quanto possa stare male una persona che soffre di attacchi di panico ed è con fatica che si accetta l'idea che non riesca a fare nulla per guarire dal suo malessere.

Spesso chi soffre di attacchi di panico si percepisce "diverso", mentre chi non ne ha mai sofferto pensa che a lui non potrà mai succedere, pensa di esserne immune. Non è così.

Nel mio libro *Ricomincia da te* parlo del mio primo caso, un paziente di nome Enrico che aveva sviluppato panico e agorafobia dopo un grave lutto: gli era morto il figlio. Avevo iniziato a trattarlo con un programma di *esposizione in immaginazione* alle situazioni ansiogene e, successivamente, con l'*esposizione in vivo*, abituardolo gradualmente ad affrontare le sue difficoltà in situazioni di vita reale.

Dapprima ho incominciato ad accompagnarlo in giro a piedi e poi in macchina, ma mi ero immediatamente reso conto di quanto fosse difficile e impegnativo, sia per il paziente che per il terapeuta, effettuare delle sedute di esposizione in vivo.

In quei momenti è facile che il paziente abbia degli attacchi di panico e voglia abbandonare il programma; per questo bisogna stare molto attenti ai segnali premonitori dell'ansia, per poter insegnare alla persona a individuarli e, successivamente, a calmarsi e a rilassarsi.

Dopo Enrico ho visto moltissimi altri pazienti che soffrivano di agorafobia.

Eravamo agli inizi degli anni '80 e mi arrivavano in studio persone che entravano in ansia a uscire di casa, a rischio, quindi, di perdere il lavoro. Ero consapevole che soltanto attraverso un lavoro prolungato e costante era possibile insegnare loro a superare quella difficoltà. Ho

anche capito che stare in studio a parlare poteva essere tranquillizzante e rassicurante per i pazienti, ma i risultati tardavano ad arrivare, anzi, in alcuni casi non arrivavano per niente.

In quegli anni non si era molto informati su quali fossero le migliori tecniche per trattare l'attacco di panico.

Le persone che ricevevo, infatti, oltre ad avere attacchi di panico, spesso soffrivano di agorafobia. A volte arrivavano persone che ormai vivevano in uno stato costante di ansia, ma non erano ancora agorafobici. Io pensavo che gli esercizi di respirazione e di rilassamento potessero essere sufficienti per aiutarli a superare quella situazione, in quanto ritenevo che questa non fosse così invalidante come l'agorafobia. Ho dovuto ricredermi quando ho visto che molte delle persone che giungevano nel mio studio soffrivano di questo disturbo e, soprattutto, penso di averlo capito meglio quando anch'io ho iniziato a soffrire di attacchi di panico. Diventa impossibile vivere serenamente e per quanto uno si sforzi di calmare la mente e di rilassarsi, i pensieri sono sempre catastrofici e generano uno stato di costante allerta e tensione.

Per riuscire a capire qualcosa di più sul trattamento degli attacchi di panico, andai a trovare Joseph Wolpe a Philadelphia, dove lui insegnava alla Temple University.

Avevo già conosciuto Joseph Wolpe, o Jo, come preferiva farsi chiamare, durante un congresso che avevo organizzato a Torino nel 1981. Wolpe era considerato uno dei fondatori della Terapia Comportamentale. Avevo letto tutti i suoi libri e li avevo sempre trovati pratici e utili, in quanto mi fornivano indicazioni per il trattamento dei miei pazienti e, soprattutto, erano stati una guida fondamentale per iniziare ad applicare la Terapia Comportamentale.

Nei suoi libri si parlava di come utilizzare la tecnica della D.S., ovvero della Desensibilizzazione Sistemica, una forma di esposizione in immaginazione per superare le fobie, una tecnica che ho utilizzato per anni, per preparare le persone agorafobiche ad affrontare le situazioni tanto temute: uscire di casa, guidare, andare al ristorante, etc.

Quando andai a trovare Jo all'Università, volevo sapere da lui se ci fosse un modo per verificare se una persona fosse o meno predisposta

all'attacco di panico.

Jo provò con me, facendomi respirare una miscela di gas di biossido di carbonio e ossigeno che mi diede subito un po' di capogiro, ma non avvertii alcun senso di disagio, che è invece quello che provai quando cominciai a soffrire anch'io di attacchi di panico. Solo allora compresi realmente il ruolo determinante che hanno i nostri pensieri, e cioè l'aspetto *cognitivo* del disturbo.

Il mio interesse nei confronti della Terapia Cognitivo Comportamentale aveva avuto inizio durante i corsi universitari, quando studiavo Psicologia presso l'Università di Padova. Qui l'approccio era sperimentale, molto congeniale al mio modo di pensare, perché io ho sempre ricercato nella terapia un orientamento di studi che fosse centrato sui risultati.

Probabilmente sono stato influenzato in questo mio modo di ragionare dagli studi svolti in precedenza, nel corso per il diploma conseguito all'ISEF – Istituto Superiore di Educazione Fisica – di Torino. L'attività sportiva, infatti, è centrata sulla programmazione: si verifica il livello di base del soggetto, cioè il suo livello di efficienza fisica, e su quello si costruisce un programma per portarlo a raggiungere degli obiettivi misurabili.

In quel periodo avevo già iniziato a lavorare nelle scuole con bambini autistici e con handicap, ed ero consapevole che, senza un metodo pratico, non sarei mai potuto essere di aiuto ai loro genitori e ai loro insegnanti.

Durante il percorso universitario ho sempre avuto difficoltà ad accettare l'impostazione psicanalitica che non mi forniva strumenti o tecniche utili ad affrontare le problematiche dei pazienti. Riuscivo a comprendere le basi teoriche che derivavano dalle teorie dell'apprendimento, ma ero anche interessato a capire in quale modo si sviluppavano i problemi e come potevano mantenersi nel tempo.

Probabilmente avrei smesso di studiare psicologia se non avessi conosciuto la Terapia Cognitivo Comportamentale e i suoi programmi di analisi e di modificazione del comportamento.

Avevo fatto mio l'assunto della "Behaviour Modification" che afferma: "È lecito intervenire quando il problema riguarda il benessere

dell'individuo o il benessere della società e degli altri”.

È ovvio che, se sto trattando un bambino autistico che si autoinfligge delle lesioni, il mio intervento sarà centrato sul ridurre questo comportamento disfunzionale. Analogamente, per una persona che soffre di attacchi di panico, sarà necessario aiutarla a gestire le proprie risposte emozionali, a ridurre l'intensità dei pensieri catastrofici e migliorare la qualità della sua vita.

Da quando iniziai, nel lontano 1979, a oggi, la Terapia Cognitivo Comportamentale ha dimostrato di essere efficace in moltissimi casi.

Può essere utile leggere le indicazioni fornite dall'*American Psychological Association Division 12 - APA*, che sul suo sito riporta:

“Lo scopo di questo sito è quello di fornire informazioni sui trattamenti efficaci per i disturbi psicologici. Il sito è destinato a un vasto pubblico, professionisti, ricercatori e studenti. Per ogni disturbo psicologico sono fornite le descrizioni del disturbo e il loro trattamento.

L'American Psychological Association ha identificato i trattamenti che hanno dimostrato maggiore evidenza scientifica. Questo sito si prefigge di aiutare i pazienti a determinare qual è per loro la migliore forma di trattamento”.

Tutte le volte in cui mi sono ritrovato a discutere con psicologi, psicoterapeuti e psichiatri sull'efficacia dei loro trattamenti, non sono mai riuscito a trovare un punto di contatto con loro, perché si limitavano a dichiarare: “La psicoterapia non può essere quantificata”.

Ma se la terapia non può essere quantificata, com'è possibile informare il paziente sui risultati che potrà ottenere, in quanto tempo potrà superare il suo problema e quali saranno i costi che dovrà affrontare?

Lo psichiatra continuerà a sostenere che i farmaci antidepressivi che impiega sono efficaci, anche se è stato dimostrato che ottengono gli stessi risultati dell'effetto placebo.

Il terapeuta d'impostazione analitica continuerà a sostenere che il punto fondamentale è l'individuazione delle cause. Su quest'ultimo

aspetto posso essere d'accordo, ma con la differenza che le cause individuate da un terapeuta cognitivo comportamentale derivano dall'apprendimento, così come è stato dimostrato in modo sperimentale.

Da troppo tempo sento i miei pazienti lamentarsi per aver iniziato un programma terapeutico, durato anni, senza aver ottenuto alcun risultato, al punto da domandarmi: “Ma perché non mi è mai stato detto da nessuno che con una terapia cognitivo comportamentale avrei risolto i miei problemi?”

L'unica ipotesi che mi sento di fare è che gli psicologi e i terapeuti che per anni hanno seguito un certo tipo di approccio, molto difficilmente riescono a cambiare opinione e ammettere che ciò che hanno fatto per anni non è stato utile. Purtroppo è più facile giustificare i propri insuccessi attribuendone al paziente la responsabilità per scarsa motivazione o eccessiva resistenza.

Già più di trent'anni fa si era a conoscenza che la Terapia Cognitivo Comportamentale poteva raggiungere ottimi risultati nel trattare i disturbi psicologici e oggi i dati sono ancor più rafforzati, vi è più informazione e, come abbiamo visto, sia l'APA che l'Organizzazione Mondiale della Sanità consigliano l'utilizzo delle tecniche cognitivo comportamentali per il trattamento di molti disturbi.

Nonostante ciò, ancora adesso, continuo a constatare come gli psicologi, pur essendo informati sull'efficacia dei trattamenti e avendo visitato i siti più prestigiosi, rimangono fossilizzati sull'idea che la terapia non possa essere verificabile e misurabile.

La cosa che mi dispiace di più è che, in questo modo, applicano ai pazienti dei trattamenti non efficaci. È come se andando da un cardiologo, avendo la necessità di un by-pass, ci si sentisse dire: “Lei è solo stressato, deve calmarsi”.

Il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, all'art. 27 cita:

Lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico quando constata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della cura stessa.

Se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.

E a questo proposito la mia domanda è: come fa uno psicologo a informare il paziente sugli interventi più adatti a lui, se non li conosce o ha dei pregiudizi su questi?

----- La storia di Lara -----

Mi ricordo il caso di Lara, una neolaureata in psicologia presso l'Università di Torino, che soffriva di attacchi di panico e iniziava a evitare di frequentare alcuni luoghi.

Quando arrivò da me, chiese di essere aiutata a superare gli attacchi di panico e l'agorafobia. Da due anni circa aveva intrapreso una terapia psicoanalitica in cui incontrava il terapeuta tre volte alla settimana, per sedute di circa due ore l'una.

Il padre non era più in grado di sostenere la spesa della terapia e, soprattutto, Lara non aveva ottenuto alcun risultato, anzi, negli anni, non avendo acquisito abilità nel gestire gli attacchi di panico, si era chiusa maggiormente in sé stessa e non riusciva a vedere la possibilità di esercitare la professione di psicologa e terapeuta.

Le era capitato di dover parlare a un pubblico di insegnanti e anche in quella situazione aveva avuto un attacco di panico e, solo con molta difficoltà, era riuscita a terminare il suo discorso.

Il suo terapeuta le aveva suggerito che, forse, sarebbe stato meglio

per lei cambiare lavoro e aveva aggiunto che, se il padre non voleva più aiutarla economicamente, era perché aveva delle “resistenze”. Le resistenze certamente il padre le aveva, in quanto aveva speso 300 euro alla settimana per anni e, ormai, non era più in grado di far fronte a quella spesa ingente senza, peraltro, aver mai visto dei risultati positivi.

Lara era sconcertata da questa situazione, ma voleva assolutamente risolvere il suo problema il più rapidamente possibile.

Iniziammo allora un trattamento intensivo della durata di una settimana, per alcune ore al giorno, in cui le insegnai tutte le tecniche che le avrebbero permesso di gestire l’attacco di panico e di esporsi alle situazioni ansiogene.

Lara era una ragazza determinata e, quindi, si applicò con costanza, continuando a svolgere a casa tutti gli esercizi che le erano stati consigliati, tanto da diventare un’ottima terapeuta cognitivo comportamentale. Ora lavora con successo e ha moltissimi pazienti.

Quando si riesce a superare il panico e l’agorafobia, come nel caso di Lara, e si imparano le tecniche di autocontrollo e a gestire i pensieri negativi, si sviluppa una maggiore “resilienza”. Il termine “resilienza” si applica in ingegneria, in informatica e in psicologia e la sua definizione corretta è: “Capacità di resistere alla rottura, di riprendere l’aspetto originale dopo una deformazione, di reagire a traumi e difficoltà” (Trecani).

Una persona, quindi, è “resiliente” quando reagisce positivamente di fronte alle difficoltà e ai traumi. Lara ha riorganizzato la sua esistenza e si è impegnata per ottenere il suo successo personale, ha imparato a prendersi cura di sé stessa e ad “amarsi”.

