

“L’Ansia, Attacchi di panico” e La terapia Cognitivo Comportamentale

Stefania Stocchino
Psicologa,
Scuola di Specialità Cognitiva-Comportamentale
Infermiera Ospedale San Giovanni Battista di Torino.

“Viviamo nella paura ed è così che non viviamo” Gotayama Buddha.

Il segreto è che non ci sono segreti
e che l’unica forma di certezza che si può avere
È l’essere sicuri della propria insicurezza

Situazioni di disagio lavorativo hanno sviluppato in alcuni Infermieri sintomi ansiosi con attacchi di panico, rendendo la persona più vulnerabile a manifestare un disturbo di ansia generalizzata o un disturbo di attacco di panico. Nel presente articolo parlerò dell’ansia, quando comincia a diventare un “Tilt” mentale e quali sono i possibili interventi di tipo cognitivo comportamentale.

Che Cos’è l’Ansia

I disturbi d’ansia più frequenti (secondo il Manuale Statistico e Diagnostico Dei Disturbi Mentali, DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) includono disturbo d’attacco di panico con o senza agorafobia (PDA e PD, rispettivamente), fobia sociale, fobia specifica, disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), disturbo d’ansia generalizzato (DAG) e disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

L’ansia è una risposta fisiologica del nostro corpo a situazioni diverse quali: un colloquio, l’esame all’università, parlare in pubblico, l’attesa di un risultato, rivedere un vecchio amico e altri momenti.

L’ansia ci accompagna tutti i giorni nella nostra quotidianità: quante mamme sono ansiose per i propri figli ? Quanti alunni sono ansiosi durante l’interrogazione? Quanti lavoratori sono ansiosi durante la valutazione dal loro capo? Non tutti hanno la stessa risposta. Eventi diversi determinano in ciascuna persona emozioni e pensieri differenti.

L’ansia è un costrutto ipotetico, cioè ciascuna persona non è in grado di vederla ma è in grado di sentirla attraverso i sintomi: a livello fisiologico (battito cardiaco, respiro accelerato, aumento della pressione, aumento della sudorazione...), a livello comportamentale (fuga o evitamento dalla situazione) ed a livello cognitivo verbale (paura di morire o di impazzire, paura di perdere il controllo,..).

L'ansia fisiologicamente è presente nel nostro organismo in quanto ha una funzione adattiva e di conservazione della specie. Ad esempio immaginiamo di entrare in casa e di sentire un rumore all'interno di una stanza: è un rumore intenso.

Vediamo la risposta del nostro cervello:

Il rumore corrisponde a pericolo. L'informazione giunge al talamo e poi all'amigdala¹, cui seguono risposte di attacco o fuga. In questo momento, si producono alcune importanti modificazioni fisiologiche:

- Il respiro accelera
- Il cuore aumenta la frequenza del ritmo cardiaco
- La sudorazione aumenta per regolare la temperatura del corpo
- La pressione sanguigna aumenta
- Il fegato, per fornire energia al corpo, libera zucchero nel sangue
- Lo stomaco si contrae. Il sangue deve irrorare altre aree
- Le gambe e braccia ottengono dal sangue più energia

Il rumore percepito, all'interno della stanza della propria casa, viene valutato dalla corteccia pre frontale che decide se il rumore sia solo una finestra che si è aperta bruscamente per colpa del vento o un ladro che ci viene incontro. Queste informazioni ritornano all'amigdala, permettendoci di adottare il comportamento più adeguato alla situazione. In alcuni casi, come quello delle fobie o attacchi di panico, le informazioni non vengono più decodificate correttamente dalla corteccia prefrontale che, non controllando più l'amigdala, lascia che quest'ultima reagisca in modo automatico e dia una risposta di paura anche in assenza di stimoli pericolosi per la nostra sopravvivenza.

Le tecniche di neuro immagine ci permettono di comprendere cosa succede al nostro cervello quando si provano emozioni, come paura o gioia o quando si pensa.

Ad esempio sono stati osservati in soggetti con trauma o con disturbo post traumatico da stress processi mentali anomali nonostante nell'ambiente non fosse presente una minaccia o anche un semplice ricordo della situazione.

Ai reduci della seconda guerra, che soffrivano del DPTS, al solo ricordo dell'evento traumatico aumentava il flusso di sangue nella parte sinistra dell'amigdala e al tempo stesso, aumentava la frequenza cardiaca e il tono muscolare.

Se si induce un aumento del battito cardiaco in una persona che ha già avuto una crisi di panico o d'ansia generalizzata, si può osservare l'attivazione dell'amigdala.

Un importante aspetto condotto dalla terapia consiste nella rieducazione dell'amigdala al fine di evitare che si attivi quando la pressione o il battito cardiaco aumentano per situazioni diverse da quelle legate alla paura reale.

1. l'amigdala: centro emozionale del cervello, l'amigdala ha il ruolo centrale di attivare le reazioni di paura. Le informazioni che l'attraversano hanno uno stato emozionale

Quando il livello di ansia è tra il 40%- 60% la nostra mente lavora in modo ottimale. È importante avere questi livelli di ansia nel nostro organismo in quanto ci permettono di affrontare e riconoscere i pericoli.

Quando i livelli ansia di sono superiori al 60% fino ad arrivare a 100% stiamo affrontando una crisi di panico (o ansia generalizzata) e le nostre prestazioni non sono più ottimali. In questo caso cominciamo a parlare di Ansia patologica (in quanto ci crea disagio e non riusciamo più ad essere spontanei e avere il controllo della situazione).

Cosa crea Ansia o l'Attacco di Panico?

È il modo in cui ciascuna persona interpreta o legge l'evento attraverso i propri pensieri. Le persone che soffrono di ansia o stress sono soggetti vulnerabili a manifestare crisi di panico o disturbi di ansia generalizzata. Pensieri negativi del tipo: "non c'è la farò mai".. "Non riuscirò a resistere"... "Mi sta guardando, adesso sbaglio"... "Ho paura di svenire..." "Ho paura di perdere il controllo..." "Ho paura di impazzire" "Paura di essere giudicato..." sono pensieri che creano tensione.

Il primo attacco di panico (paura estrema, reazione innescata dalla percezione dei nostri sensi o da immagini mentali di tipo realistico o fantastico) viene all'improvviso, in modo inaspettato (mentre si guarda la TV, al cinema o al ristorante..), senza una chiara situazione scatenante. Preoccupazione al pensiero di un nuovo attacco, preoccupazioni sulle conseguenze degli attacchi influenzano il proprio comportamento, portando il soggetto all'evitare tutte le situazioni (viaggiare, usare trasporti pubblici, stare da solo, stare in mezzo alla folla, fare shopping in posti affollati, guidare...) che potrebbero creare paura: inizia così il proprio circolo vizioso e più si evita, più la nostra paura aumenta nell'affrontare quella situazione; si tratta dell'invalidante "Paura della Paura" che conduce la persona ad "adattarsi" alla situazione attraverso limitazioni e rinunce, volte a proteggerla dall'eventualità dell'attacco di panico, portandola ad aver problemi significativi nel lavoro, in famiglia e nel contesto sociale.

Quando si comincia a parlare di disturbo di ansia generalizzato (DAG)?

La caratteristica principale del disturbo di ansia generalizzato è una eccessiva preoccupazione, che si verifica ogni giorno in relazione a diversi settori di vita (e.s., lavoro, soldi, famiglia, salute). La preoccupazione deve essere vissuta come *difficile da controllare* e deve essere associata ad almeno 3 dei 6 sintomi tipici che includono insonnia, affaticamento, difficoltà a concentrarsi, irritabilità, tensione muscolare e sonno disturbato. Per avere la diagnosi di DAG, la preoccupazione non deve essere esclusivamente centrata su una caratteristica di un altro disturbo (e.s., preoccuparsi di avere un attacco di panico, se l'individuo soffre disturbi di panico) e deve condurre ad un disagio significativo o ad un calo di prestazione.

Quali sono gli interventi della terapia cognitivo comportamentale?

L'**Organizzazione Mondiale** della Sanità (OMS) presenta un programma terapeutico, che spiega le abilità per superare i disturbi d'ansia. Il programma

terapeutico dell'OMS rispecchia l'intervento della terapia cognitivo comportamentale. La buona relazione terapeutica è importante per trasmettere e padroneggiare le tecniche, considerate scientificamente tra quelli più efficaci.

Sinteticamente illustro alcune fasi:

Fase 1.

Identificare i disturbi d'ansia.

E' la fase più importante. Chi soffre di ansia deve identificare i sintomi e le situazioni di disagio

Fase 2.

Identificare le situazioni o i luoghi che temi o che eviti.

Chi ha avuto un attacco di panico al cinema, di solito evita di ritornarci. Chi soffre di fobia sociale evita di parlare in pubblico, chi soffre della paura del giudizio, evita di essere al centro dell'attenzione. Chi è agorafobica, evita posti affollati.

Fase 3.

Conoscere il proprio ritmo respiratorio.

Senso di svenimento, tachicardia, mancanza d'aria sono i sintomi dell'ansia legati ad una iperventilazione. È opportuno conoscere come si respira in una situazioni di disagio

Fase 4.

Respirare lentamente e profondamente per controllare l'ansia.

Utilizzare la respirazione addominale. Inspirando lentamente per tre secondi, gonfiando la pancia e poi espirando per altri tre secondi molto lentamente. È una respirazione diaframmatica. Occorre esercitarsi più volte al giorno.

Fase 5.

Riconoscere il proprio pensiero negativo irrealistico.

Sono pensieri che creano tensione, ansia come “ sono una stupida è meglio che non parlo” Paura di far brutta figura. “ Oh Dio cosa dico, cosa faccio” Paura di perdere il controllo, paura di impazzire, paura di aver un infarto. Per renderci conto dei propri pensieri è necessario annotarli.

Fase 6.

Identificare i pensieri e credenze negative (assunzioni e convinzioni disfunzionali).

Ad esempio:

- Se prendo la macchina. Mi verrà un attacco di panico.
- Quando sento che il cuore batte velocemente, ho paura di avere un infarto.
- Se vengo criticato, allora vuol dire che non vado bene, c'è qualcosa di sbagliato in me.

- Se sto male, ho paura di perdere il controllo, di morire.
- Se sto male e svengo, ho paura di sembrare sciocco alle altre persone.
- Essere ansiosi è segno di debolezza.

Fase 7.

Come cambiare il modo di pensare?

Occorre farsi delle domande che confermano o contestano le proprie credenze disfunzionali. È difficile ma possibile. Occorre esercizio e pratica per cambiare il proprio modo di pensare.

Una di queste domande può essere:

1. Questo pensiero ha preso in considerazione sia i lati positivi che negativi?
2. Ho delle prove a favore del mio pensiero?
3. Questo pensiero è per me fonte di serenità e benessere?
4. L'origine del proprio pensiero è legato ad esperienze personali o esperienze educative?

Fase 8.

Costruire i pensieri competitivi.

per lavorare sui pensieri competitivi occorre riconoscere il proprio dialogo interno e l'autostima

Fase 9.

Esposizione alle situazioni evitate.

- Cominciare ad esporsi dalla situazione più semplice
- Ripetersi i pensieri competitivi
- Mettere in atto la respirazione addominale
- Stai sempre nella situazione finché i tuoi livelli d'ansia si abbassano, se abbandoni la situazione prima, quando l'ansia è ancora alta, proverai sollievo, ma la prossima volta che ti troverai nella stessa situazione l'ansia sarà ancora più alta.

Fase 10.

Registra i progressi.

È importante annotare costantemente i progressi per poter vedere come le tecniche imparate sono di aiuto. Si può dare una valutazione da 0 (non ansia) a 10 (massima ansia).

L'ansia si può combattere, occorre aver coraggio guardare la paura in faccia e affrontarla. La paura affrontata diventa coraggio, la paura evitata diventa panico.

Per qualsiasi informazione o consultazione scrivete alla seguente email:
stefania.stocchino@libero.it

Bibliografia

Giorgio Nardone “ Non c'è notte che non veda il giorno” TEA Milano 2003

Enrico Rolla “Piacersi non piacere” SEI Torino, 2006

Enrico Rolla “Così non mi piaccio” Gribaudi, Milano 2005

Giberti – Rossi “ Manuale di Psichiatria”. Piccin e Vallardi 1996

Masson Manuale Psicodiagnostico. Milano Giuffrè

Murray M. T. “Stress, ansia e insonnia” . Como: Red 1996