

STOP AGLI ATTACCHI DI PANICO

Superare le crisi d'ansia
e l'agorafobia con la terapia
cognitivo-comportamentale

Federico
Betti
Gabriele
Melli



Erickson

Avere avuto anche solo un attacco di panico può lasciare un segno indelebile.

Non c'è modo di far finta che non sia mai accaduto. La paura di avere futuri attacchi, che è l'essenza del Disturbo di Panico, può condizionarci pesantemente. Per fortuna esistono modi per riprendere in mano la propria vita e superare anche completamente il problema, gettarsi alle spalle in modo che cessi di influenzarci. Sarà sufficiente applicarsi, giorno per giorno, seguendo le indicazioni di questo libro.

Guarire dal Disturbo di Panico è infatti possibile.

Tutti possono farcela, in certi casi da soli, in altri con l'aiuto di uno psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. In ogni caso questo libro è il primo passo di un cammino che consente di far fronte una volta per tutte al disturbo.

Seguendo il percorso di autovalutazione e trattamento illustrato, si può imparare a superare le crisi d'ansia e l'agorafobia e recuperare sicurezza in se stessi, acquisire una sensazione di padronanza emotiva e, al contempo, tornare a godere del piacere di muoversi in autonomia e svolgere le attività personali e sociali desiderate, dal bersi un caffè a salire su un vagone della metropolitana, fino a prendere un volo intercontinentale.



€ 17,50



www.erickson.it

I LIBRI CHE AIUTANO

Indice

Introduzione 9

PRIMA PARTE

Conoscere il Disturbo di Panico

Capitolo primo

Che cos'è il Disturbo di Panico 15

Capitolo secondo

La cura del Disturbo di Panico 31

SECONDA PARTE

Psicoeducazione, autovalutazione e preparazione al trattamento

Capitolo terzo

Psicoeducazione 39

Capitolo quarto

Autovalutazione 51

Capitolo quinto

Analizzare il proprio Disturbo di Panico 65

TERZA PARTE

Affrontare il Disturbo di Panico

Capitolo sesto

Modificare pensieri catastrofici, credenze disfunzionali
e attenzione selettiva 85

Capitolo settimo

Abbandonare i comportamenti disfunzionali 107

Capitolo ottavo

Il ruolo dei familiari e la prevenzione delle ricadute 137

Introduzione

Se hai in mano questo libro, è probabile che tu soffra di attacchi di panico o che tu conosca qualcuno che ne soffre. Forse hai già avuto a che fare con medici o psicologi e ti sei dato da fare per cercare soluzioni ma ti senti scoraggiato, perplesso e confuso. Forse si sta insinuando in te l'idea che non ci sia nient'altro da fare per combattere questi fenomeni e ti stai rassegnando a convivere, ad accettare le enormi limitazioni alla tua vita che questi comportano.

Non può e non deve essere così!

Stop agli attacchi di panico nasce proprio per darti nuova fiducia.

Anche se hai già fatto uno o più tentativi terapeutici, ma con scarsi risultati, questi non sono indice della tua «inguaribilità», ma del fatto che non hai ancora provato ad avvalerti di quello che oggi si è rivelato l'approccio più efficace nei confronti di tali problematiche.

Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha infatti fatto notevoli progressi nel campo della psicologia clinica. In particolar modo si è affermata una nuova forma di trattamento, la psicoterapia cognitivo-comportamentale, che si è dimostrata particolarmente efficace per il Disturbo di Panico e l'Agorafobia, tra i problemi psicologici più diffusi.

Se sei già certo di soffrirne, o ne prendi coscienza leggendo la prima parte di questo libro, non esitare a parlarne con qualcuno che possa sostenerti, documentandosi insieme a te e aiutandoti nell'esecuzione dell'impegnativo programma che ti proponiamo in questo volume, sia che tu decida di seguirlo in autonomia, sia che tu chieda l'intervento di un professionista.

In ogni caso è importante che questo sia portato avanti con impegno, sistematicità e perseveranza, giorno per giorno, con un programma ben strutturato. Solo in questo modo sarai in grado di osservare piccoli miglioramenti settimana dopo settimana.

Il libro è strutturato in tre parti: la prima propone le conoscenze scientifiche più recenti sul Disturbo di Panico e spiega le basi teoriche su cui si fondano i moderni protocolli di trattamento; la seconda conduce il lettore attraverso un accurato percorso di autovalutazione dei propri sintomi, per costruire un profilo del disturbo sul quale poi si poggia il successivo programma di intervento; la terza è un vero e proprio manuale di auto-aiuto, basato sui principi della terapia cognitivo comportamentale, che ti illustrerà come affrontare il problema passo per passo, coinvolgendo anche eventuali familiari o altre persone significative.

È comprensibile che tu sia tentato di saltare subito alla seconda o addirittura alla terza parte, ma il nostro consiglio è di leggere con cura tutto fin dall'inizio. Il programma illustrato, come vedrai, può essere seguito in autonomia o con l'aiuto di un terapeuta esperto. In ogni caso, questo non è un libro da leggere da cima a fondo, come se fosse un romanzo, ma è più uno strumento di lavoro che potrà diventare un compagno molto affidabile nel tuo percorso di recupero dell'autonomia. Occorre prendersi tutto il tempo necessario per completare gli esercizi proposti, per ripeterli più e più volte, usando il testo come guida di riferimento, da riprendere in mano ogni volta che

è necessario, costruendo il proprio processo di cambiamento, per liberarsi una volta per tutte dalla paura di avere attacchi di panico e dalle conseguenti limitazioni, riconquistando la propria vita, la propria libertà di movimento, i propri spazi.

Buona lettura e... buon lavoro!

Che cos'è il Disturbo di Panico

L'attacco di panico

Chi soffre di un Disturbo di Panico, certamente ha avuto nella propria vita almeno un attacco di panico: la forma più acuta e intensa dell'ansia, una condizione di allarme estremo che si presenta in assenza di un pericolo reale e in modo inaspettato.

Con un'insorgenza molto rapida e improvvisa, definita spesso «a ciel sereno», questo è caratterizzato da una «costellazione» di intensi e incontrollabili sintomi sia fisici (sensazioni somatiche fastidiose e allarmanti) che cognitivi (pensieri negativi specifici). È una reazione di paura e terrore, in cui prevalgono gli aspetti corporei e fisiologici dell'ansia e in cui può manifestarsi una bizzarra sensazione di estraniamento dalla realtà e perfino da se stessi. L'esperienza soggettiva di chi lo vive è devastante, in certi casi traumatica, ed è caratterizzata dalla sensazione molto realistica di essere sul punto di morire o di impazzire, tanto che dopo il primo attacco è inevitabile preoccuparsi per molto tempo, se non a vita, di poterne sperimentare altri in futuro (la cosiddetta «ansia anticipatoria»).

Vediamo quali sono i possibili sintomi fisici (o somatici) di un attacco di panico:

- tremori;
- tensione muscolare;

- palpitazioni e tachicardia;
- «fame d'aria» e sensazione di soffocamento;
- nodo alla gola;
- dolore, oppressione o fastidio al petto;
- nausea o dolori addominali;
- sudorazione (palmare);
- vertigini, sensazione di instabilità, testa leggera o sensazione di svenimento;
- brividi o vampate di calore;
- parestesie (sensazioni di formicolio o di intorpidimento);
- sensazione di confusione mentale;
- sensazione di irrealtà o di non essere più gli stessi (derealizzazione e depersonalizzazione).

Naturalmente non tutti questi sintomi sono presenti contemporaneamente, ma il più delle volte uno o due di questi prevalgono, o almeno segnalano l'inizio dell'attacco, spaventando particolarmente la persona e innescando specifici sintomi cognitivi (pensiero di star avendo un attacco cardiaco, di soffocare, ecc.). Tuttavia, i sintomi fisici del panico originano da un normale e innocuo processo fisiologico.

Esattamente come tutte le altre creature animali, infatti, anche l'uomo è dotato di un sistema innato di difesa dal pericolo. Di fronte a una minaccia o a un segnale di pericolo vengono quindi avviati dei meccanismi per prepararsi a fronteggiarlo o a scappare: il sistema nervoso autonomo si attiva improvvisamente in modo intenso e i muscoli vanno in tensione, il respiro accelera per apportare più ossigeno al sangue, ma l'iperventilazione comporta sensazione di confusione, vertigine o irrealtà; anche il battito cardiaco aumenta notevolmente, per favorire l'afflusso di sangue verso i muscoli, così come la sudorazione, per raffreddare questi ultimi.

Gli aspetti fisici dell'attacco di panico spingono molto spesso le persone a rivolgersi al pronto soccorso o ai medici, ma

non esistono cause organiche alla base di questi. Tutti i tentativi di rintracciare spiegazioni biologiche dei sintomi risultano fallimentari e questo ha un doppio effetto: da una parte è rassicurante (ad esempio, «Per fortuna non ho una cardiopatia»), dall'altra fa salire ancora di più l'ansia («Allora cosa ho? Perché mi sento così male all'improvviso?»).

L'esperienza delle sensazioni fisiche durante l'attacco di panico è accompagnata spesso da pensieri di pericolo.

Si possono quindi riscontrare una o più delle paure di questo elenco:

- vomitare
- perdere i sensi
- avere un tumore al cervello, un attacco di cuore, un ictus
- morire soffocati
- fare azioni insensate
- diventare ciechi
- perdere il controllo di sé
- fare del male a qualcuno
- impazzire
- mettersi a urlare
- balbettare
- paralizzarsi.

La presenza di uno o più di questi pensieri è così centrale e strettamente associata ai sintomi fisici che è parte integrante della diagnosi e come vedremo sarà quindi oggetto del percorso di trattamento.

Tipi particolari di attacco di panico

Se quella appena descritta è la forma «classica» del fenomeno, è anche vero che ne esistono altre varianti, per certi versi ancor più disorientanti, che illustriamo di seguito.

Attacco (o crisi) d'ansia

In alcuni casi si manifesta solo la componente fisica, anche in modo intenso, ma quella cognitiva rimane silente. Queste persone non hanno quindi il terrore di morire o impazzire e anche gli altri sintomi come i tremori, l'alterazione della respirazione o l'ansia anticipatoria sono molto più lievi. Si parla quindi di attacchi di ansia, ma non di vero e proprio panico.

Attacco di panico paucisintomatico

Corrisponde in tutto e per tutto all'attacco precedentemente descritto, ma mostra un numero molto ridotto di sintomi fisici.

Attacco di panico notturno

Il «pavor nocturnus» è un attacco che si manifesta di notte durante il sonno. Questo è spesso sperimentato dai bambini i quali si svegliano in maniera improvvisa e in preda al panico, avendo successivamente molta difficoltà nel riaddormentarsi. La paura che può scaturire di sperimentare ulteriori attacchi di panico di questo tipo può causare problemi nell'addormentamento e, nei casi più gravi, anche impedire un corretto ciclo sonno-veglia, portando a un generale peggioramento della qualità del sonno e a un aumento del livello di stress.

Attacco di panico situazionale

Questo tipo di attacco di panico si scatena solo in quelle situazioni dalle quali sarebbe difficoltoso o imbarazzante allontanarsi o in cui non sarebbe possibile ricevere soccorso nel

caso in cui si verificasse un attacco. Spesso si accompagna a una condizione clinica chiamata «Agorafobia», di cui parleremo in maniera più approfondita successivamente.

Attacco di panico in gravidanza

Condizione in cui il primo attacco avviene in questo periodo di vita particolare che, come si può ben immaginare, in quanto momento di profondo cambiamento sia fisico che emotivo, può evocare paure e stress tali da scatenare un vero e proprio attacco.

Attacco di panico post-traumatico

In questo caso specifico, l'attacco scaturisce solo quando la persona entra in contatto con quelle situazioni, quelle immagini, quelle sensazioni o anche quei luoghi o quegli oggetti che richiamano alla memoria un evento traumatico del passato (ad esempio, camminando di notte per strada dopo aver assistito a una violenta aggressione).

Il Disturbo di Panico

La presenza di uno o più attacchi di panico non si traduce automaticamente in una diagnosi di Disturbo di Panico: in altri termini, si possono avere degli attacchi di panico senza soffrire necessariamente di un disturbo di questo tipo.

È senz'altro necessario avere avuto almeno un attacco nel corso della propria vita affinché venga diagnosticato il Disturbo di Panico, ma gli elementi aggiuntivi che determinano la diagnosi sono sostanzialmente due:

- provare forte ansia al pensiero di poter avere un altro attacco di panico;

- modificare i propri comportamenti o anche lo stile di vita generale per evitare che possa verificarsi un altro attacco.

L'elemento caratteristico e distintivo del Disturbo di Panico non è tanto l'attacco di panico in sé, che è un fenomeno molto frequente e non necessariamente patologico, ma il timore costante che questo si ripresenti e tutti i comportamenti atti a cercare di evitarlo, con un significativo deterioramento della qualità della vita.

Per la diagnosi clinica si usa come manuale di riferimento il DSM-5,¹ che richiede la presenza di almeno 4 dei sintomi prima descritti, sia fisici che cognitivi. Gli attacchi sono definiti come «inaspettati» cioè, almeno apparentemente, non si rintracciano cause scatenanti.

Inoltre, sempre per la diagnosi clinica, in seguito alla presenza degli attacchi deve esserci una persistente paura e preoccupazione di averne altri e si deve riscontrare una riduzione della qualità di vita.

La paura di avere un attacco di panico è dunque il cuore centrale del disturbo: questo fenomeno viene definito «ansia anticipatoria», ovvero uno stato di attivazione ansiosa al solo pensiero di potersi trovare in una condizione o situazione che si teme possa scatenare l'attacco.

È facile comprendere come sia quindi possibile soffrire per anni — o anche per sempre — di Disturbo di Panico anche avendo avuto un solo attacco nella vita, che può essere stato sufficiente a scatenare l'invalidante paura di poterne avere un

¹ AA.VV., *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC., 2013. Trad. it., *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014. Traduzione italiana della Quinta edizione di Francesco Saverio Bersani, Ester di Giacomo, Chiarina Marina Inganni, Nidia Morra, Massimo Simone, Martina Valentini.

altro e i conseguenti comportamenti volti a evitare a ogni costo che ciò possa verificarsi.

I comportamenti di evitamento e l'Agorafobia

Le persone che soffrono di Disturbo di Panico tendono a evitare due tipi di situazioni, talvolta contemporaneamente: quelle in cui c'è un'intensa attivazione fisiologica e quelle in cui potrebbe essere più difficile allontanarsi o ricevere aiuto. I comportamenti di evitamento verranno quindi declinati in modo diverso.

Coloro che temono principalmente l'attivazione fisiologica (e quindi sensazioni fisiche come l'accelerazione del battito cardiaco, il senso di mancanza di respiro, il giramento di testa, ecc.) tenderanno a regolarizzare i ritmi di vita, a sospendere l'attività sportiva e gli sforzi fisici, nonché l'uso di sostanze come alcol, fumo, caffè, droghe, e così via. Metteranno inoltre in atto una serie di comportamenti volti a assicurarsi del proprio stato di salute:

- controllare i battiti o la pressione
- controllare la respirazione
- tossire, toccarsi la gola
- controllare la vista.

Coloro che invece temono principalmente le situazioni nelle quali potrebbe verificarsi un attacco e non potrebbero ricevere rapida assistenza tenderanno all'evitamento di queste ultime. Non prenderanno più mezzi pubblici (treni, bus, aerei, navi, ecc.), non frequenteranno spazi troppo aperti o sperduti (boschi, grandi piazze, montagne, ecc.) oppure ristretti e senza via di fuga (cinema, aule, concerti, uffici postali, supermercati e centri commerciali, ecc.), non guideranno mezzi soprattutto in autostrada o in galleria, e così via. In alternativa, affronteranno tali situazioni solo se accompagnati da qualcuno (vedi paragrafo

successivo). La peggior conseguenza a lungo termine di tutto ciò è la riduzione dell'autonomia personale e la rinuncia ad attività quotidiane piacevoli o utili.

Lo scopo di questi comportamenti è intuitivamente quello di evitare situazioni considerate «a rischio attacco di panico» dalle quali la persona valuta che sia difficile trovare una via di fuga, oppure dove pensa di non poter ricevere soccorso in caso di bisogno.

Questo tipo di evitamento coincide con quella che viene definita «Agorafobia» (etimologicamente «paura della piazza», dal greco ἀγορά «piazza» e φόβια «paura»), definita come la paura di trovarsi in luoghi o situazioni dai quali può essere difficile (o imbarazzante) allontanarsi, o nei quali può non essere disponibile aiuto in caso di attacco di panico. Non a caso si può porre diagnosi di Disturbo di Panico con o senza Agorafobia, in base alla presenza o meno di quest'ultima e dei conseguenti evitamenti.

Solitamente chi ha un Disturbo di Panico considera questi comportamenti una strategia funzionale di gestione degli attacchi, sottovalutando il ruolo centrale che invece hanno nell'alimentare e mantenere il problema.

Comportamenti protettivi e richieste di rassicurazione

Altri comportamenti che concorrono ad alimentare il Disturbo di Panico sono quelli definiti «protettivi», ovvero finalizzati a mantenere una soggettiva percezione di sicurezza in caso di un attacco. Tra questi:

- uscire di casa solo se provvisti di farmaci ansiolitici, acqua, fazzoletti o caramelle;
- muoversi solo in zone in cui sono presenti strutture mediche;
- allontanarsi da casa solo se accompagnati da persone di fiducia;
- tenere sempre sotto controllo le uscite di sicurezza in un ambiente chiuso.

Non è raro, inoltre, che chi soffre di Disturbo di Panico ponga di continuo le stesse domande alle persone vicine per ricevere risposte rassicuranti circa l'eventuale rischio di insorgenza di un attacco in una determinata situazione. Il sollievo a breve termine che la rassicurazione può dare diviene insufficiente e controproducente a lungo termine, dando luogo, insieme ai comportamenti protettivi e agli evitamenti, a circoli viziosi invalidanti e cronicizzanti.

Disturbi che possono essere confusi con quello di panico

Sperimentare ansia acuta non è di per sé un sintomo di Disturbo di Panico. L'ansia è un'emozione che tutti nella vita proviamo e, da un punto di vista evolutivo, si è sviluppata affinché l'essere umano potesse evitare di entrare in contatto con situazioni potenzialmente minacciose per la sua incolumità. Provare ansia in contesti nuovi o davanti a stimoli ambigui e potenzialmente pericolosi non è quindi cosa strana o anormale; si tratta di una reazione adattiva per preservare la propria salute. Nel Disturbo di Panico la sensazione di terrore scaturisce in maniera spontanea e ricorrente, anche se non vi è alcun elemento percepito come minaccioso o profondamente stressante.

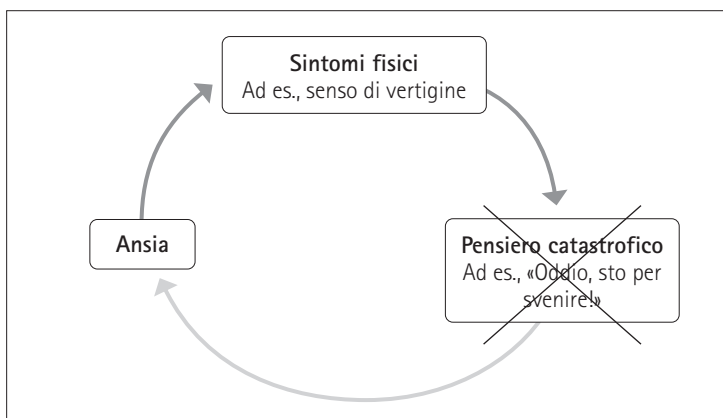
Vi sono inoltre molte condizioni cliniche in cui non viene fatta diagnosi di Disturbo di Panico pur essendo presenti sintomi di ansia estrema o veri e propri attacchi di panico. Ovvero quando questi sono ascrivibili a una condizione medica (iper-tiroidismo, disturbi convulsivi, patologie cardiache, ecc.), all'uso di sostanze (droghe o farmaci in grado di indurre sensazioni fisiche e mentali alterate che spaventano) o alla presenza di altri disturbi psicologici, come illustrato di seguito.

Modificare pensieri catastrofici, credenze disfunzionali e attenzione selettiva

Obiettivi terapeutici e preparazione al cambiamento

Per superare il Disturbo di Panico, come ormai dovrete aver compreso, dovremo concentrarci su due fondamentali obiettivi:

1. Interrompere il circolo vizioso più volte illustrato imparando a intercettare, interrompere e modificare la catena di pensieri automatici catastrofici che si attivano in relazione alla comparsa delle sensazioni fisiche associate all'ansia, che a loro volta vanno ad alimentare quest'ultima. Questo capitolo è interamente dedicato agli interventi a riguardo.



2. Modificare gradualmente le strategie disfunzionali di gestione dell'ansia, come l'evitamento delle situazioni a rischio, l'evitamento delle sensazioni corporee, i comportamenti protettivi e le richieste di rassicurazione. Al contempo, acquisire nuove strategie funzionali, quali quelle di respirazione diaframmatica e rilassamento corporeo, per riuscire a fronteggiare ogni situazione di vita con fiducia e serenità, senza lasciarsi condizionare costantemente dalla paura di avere attacchi di panico. Tutto ciò sarà oggetto dei prossimi capitoli.

Ci vorrà molto impegno da parte tua. Purtroppo non c'è modo di svegliarsi una mattina, come se niente fosse mai successo. Aver avuto anche un singolo attacco di panico nella vita lascia un segno indelebile. Ti garantiamo, però, che è possibile riprendere in mano la propria vita e superare anche completamente il disturbo, buttarselo dietro le spalle in modo che cessi del tutto la paura di avere futuri attacchi, che come abbiamo spiegato è l'essenza del problema. Sarà sufficiente applicarsi, giorno per giorno, ed eventualmente farsi aiutare da un bravo psicoterapeuta cognitivo-comportamentale ove da solo non riuscissi a seguire le indicazioni che ti daremo e a trarne i frutti entro qualche mese.

Discutere i più comuni pensieri catastrofici associati al panico

Nei capitoli precedenti dovresti aver imparato a identificare i principali pensieri catastrofici che affiorano alla tua mente quando si attiva il circolo vizioso del panico. Sono quelli che hai indicato nel tuo profilo personale, al termine del capitolo precedente.

Conoscere i propri pensieri automatici negativi è fondamentale per iniziare a metterli in discussione. Questi spesso si

ripetono, si somigliano e si riferiscono sempre agli stessi temi. In particolare, è molto probabile che le tue paure riguardino tre temi fondamentali ricorrenti tra coloro che soffrono di attacchi di panico:

- paura di avere un infarto, di svenire, di soffocare
- paura di impazzire o di perdere il controllo
- paura di essere mal giudicati mostrandosi ansiosi.

Se noti, queste paure si riferiscono alle tre dimensioni del test ASI-3, che dovresti aver compilato precedentemente. Ti invitiamo quindi a riguardare i risultati del test, perché la scala in cui hai ottenuto punteggi più alti è probabilmente indicativa delle preoccupazioni principali che hai sulle conseguenze dei sintomi dell'ansia, che influenzano fortemente la tendenza ad allarmarsi quando questi si presentano, attivando il solito circolo vizioso.

Forse solo una di queste paure è maggiormente presente nel tuo caso; più spesso due o tutte e tre si combinano insieme, ma possono anche variare e modificarsi nel tempo. Per affrontare il panico è fondamentale comprendere — per adesso almeno in teoria — come nessuna di queste paure, in realtà, abbia fondamento. Vediamole una ad una e concentrati in particolare su quella che è più rilevante nel tuo caso.

Paure di avere un infarto, di svenire, di soffocare

Sono forse le paure più rappresentate, soprattutto nei primi attacchi di panico: essendo le sensazioni di ansia molto forti e i sintomi fisici intensi, particolarmente spiacevoli e simili a quelli che preludono a malattie gravi in acuto (ictus, infarti, ecc.), è estremamente frequente avere questi pensieri catastrofici.

In realtà, non si muore per un'emozione, per quanto intensa possa essere; dunque, non si muore di ansia!

Tutti noi potenzialmente potremmo morire per un malore, come un infarto o un ictus, ma queste condizioni non si sviluppano a causa dell'ansia e, soprattutto, non è certo la paura di avere un problema di questo tipo a proteggerci in alcun modo.

È possibile che un infarto si verifichi nel sonno, quindi in uno stato di rilassamento, così come può scatenarsi a seguito di un'arrabbiatura, se si è predisposti in questo senso, probabilmente proprio quando non ci stiamo pensando. È vero che durante un attacco di panico il cuore batte all'impazzata, più forte e più in fretta rispetto alla norma, ma questo è un effetto dell'ansia, che non è assolutamente pericolosa, esattamente come potrebbe battere forte a seguito di un intenso sforzo fisico.

Occorre tenere presente, inoltre, che il battito cardiaco può temporaneamente accelerare o mostrare aritmie (ad esempio, extrasistole) in condizioni di riposo per motivi assolutamente non patologici. Il più comune è l'assunzione di caffeina, cioccolata fondente o altre sostanze eccitanti, così come l'utilizzo di decongestionanti nasali, pillole dimagranti e alcuni integratori alimentari energizzanti. Vi sono inoltre effetti cardiaci della digestione, in quanto lo stomaco pieno, soprattutto da seduti, può comprimere il cuore alterandone il ritmo, fenomeno comune soprattutto in chi ha la cosiddetta «ernia iatale». Vi sono anche delle condizioni particolari come la «sindrome gastrocardiaca», assolutamente innocua, per cui la distensione dello stomaco induce tachiaritmia, dolore al petto, sensazione di affanno, nausea. Tutti sintomi che possono facilmente indurre pensieri catastrofici riguardo a fenomeni cardiologici in atto, con conseguente incremento dell'ansia e attivazione del solito circolo vizioso.

Esistono infine alcune condizioni patologiche benigne che possono procurare dolori toracici, aritmie e tachicardia, magari associati a fatica a respirare e vertigini, come il prolasso della valvola mitralica o l'angina pectoris. Spesso le persone non

sanno di soffrirne e quindi interpretano facilmente in modo catastrofico i sintomi occasionali che queste comportano.

Spesso l'ansia genera capogiri e vertigini, gambe molli, senso di irrealtà, formicolio e altre sensazioni che attivano il pensiero negativo automatico di poter perdere i sensi, ancor più drammatico qualora si stia svolgendo qualcosa che richiede vigilanza, come la guida di un veicolo, o si sia in una situazione in cui svenire sarebbe particolarmente imbarazzante, come in mezzo a tante persone.

È importante ricordare che il meccanismo fisiologico che si attiva durante la crisi d'ansia è l'opposto di quello dello svenimento: il panico attiva la vigilanza, non la riduce. Poiché l'ansia esiste per predisporre l'organismo a proteggersi dai pericoli imminenti, questa determina un rapido aumento del ritmo respiratorio (iperventilazione) e cardiaco (tachicardia), con conseguente aumento dei livelli di ossigeno circolanti nel sangue. Quando si sviene, invece, è perché il livello di ossigeno che raggiunge il cervello è insufficiente e quindi è funzionale cadere in posizione orizzontale per facilitare la circolazione sanguigna e l'ossigenazione cerebrale. Non a caso quando una persona è svenuta non va sollevata da terra, ma anzi è utile alzargli le gambe per favorire ulteriormente l'afflusso di sangue alla testa.

In altre parole si può svenire, certo, ma non a causa dell'ansia. Anche se le sensazioni sono simili a quelle che precedono uno svenimento, l'esito è certamente diverso, perché l'organismo si trova nella condizione fisiologica opposta: vi è iper-ossigenazione anziché ipo-ossigenazione. Vedrete infatti più avanti come l'iperventilazione, che si ottiene respirando in modo rapido e affannoso in condizioni di riposo, producendo un eccesso di ossigenazione rispetto al fabbisogno, induce esattamente le sensazioni fisiche di cui sopra, che vengono scambiate per quelle che preludono a una perdita dei sensi.

È importante ricordare, inoltre, come le sensazioni di vertigine, capogiro e derealizzazione siano facilmente indotte, in qualunque persona, da numerose condizioni ambientali, come la prolungata esposizione a luci artificiali o schermi (PC, tablet, smartphone, ecc.), l'aria viziata con scarso ricambio tipica dei grandi centri commerciali e più in generale di ambienti chiusi e mal aerati, la deprivazione di sonno e la stanchezza, l'uso di alcol o sostanze, solo per fare alcuni esempi. Vi sono aspetti organici, quali ad esempio le carenze nutrizionali dovute a scarsa o errata alimentazione, l'anemia e la mancanza di ferro, il reflusso gastro-esofageo (molto comune soprattutto dopo pasti pesanti), la pressione bassa (ipotensione ortostatica), i disturbi vestibolari come la labirintite, le alterazioni ormonali associate al periodo pre-mestruale o alla menopausa, nonché l'artrosi o altri problemi a carico della cervicale, che possono indurre occasionali sensazioni di nausea, dispnea e vertigine.

Il nodo alla gola, il dolore toracico o la sensazione di oppressione al petto e di fatica a respirare sono altre sensazioni tipicamente interpretate in modo catastrofico, come segnali di un problema respiratorio. La respirazione, tuttavia, è un meccanismo naturale e automatico. A meno che non vi sia qualcosa che ostruisce le vie aeree, non vi è motivo per cui una persona dovrebbe smettere di respirare. Per avere una crisi respiratoria improvvisa dovremmo avere una malattia pneumologica accertata.

Ancora una volta vi sono innumerevoli motivazioni, assolutamente innocue, per cui possiamo provare tali sensazioni di apparente soffocamento, alcune già menzionate, come i processi digestivi in atto, altre connesse ad allergie, aria viziata (molto frequente in ambienti chiusi ad alta affluenza), maleseri stagionali (mal di gola, ecc.), problemi tiroidei, reazioni allergiche, asma e così via.

Paura di impazzire o di perdere il controllo

Capita di pensare di «impazzire» perché durante l'attacco di panico la forte attivazione ansiosa ci porta a percepire la realtà e il nostro corpo in modo diverso rispetto al solito. Come già illustrato, l'ansia è un meccanismo di preparazione all'attacco o alla fuga a fronte di un pericolo in agguato: dunque la nostra attenzione è concentrata solo su quest'ultimo e su altri potenziali segnali di minaccia, cosicché la realtà circostante passa in secondo piano e viene percepita diversamente. Questa sensazione viene erroneamente interpretata come segno di pazzia, ma non è assolutamente così, anche perché nessuno può impazzire all'improvviso.

La «pazzia» rappresenta un quadro psicopatologico molto grave: la psicosi, malattia psichiatrica che ha sintomi profondamente differenti da quelli dell'ansia. La «trappola» consiste nel fatto che la sensazione di impazzire viene confusa con l'impazzire realmente, evento sostanzialmente impossibile.

Quando diciamo «perdere il controllo» in realtà ci riferiamo al timore di poter fare cose assurde, senza logica e magari potenzialmente pericolose: perdere il controllo dell'auto, buttarsi da un balcone, fare del male a qualcuno.

In realtà, tante delle cose che facciamo durante un attacco di panico richiedono molto controllo, incompatibile quindi con la sua perdita. Per esempio, avvertire l'insorgere di un attacco di panico porta alla pianificazione di strategie di evitamento anche molto complesse; senza controllo, non sarebbe possibile farle.

Indubbiamente durante l'attacco di panico vi è una perdita di controllo dello stato emozionale e fisiologico, ma questa non può in alcun modo comportare l'incapacità di decidere cosa fare o non fare, di valutare le conseguenze delle proprie azioni, di ragionare lucidamente. Nessuno stato di ansia potrà mai spingerci a far cose che non vogliamo e che sappiamo essere

pericolose per noi o per gli altri o semplicemente inadeguate e imbarazzanti.

Paura di essere mal giudicati mostrandosi ansiosi

Questa paura è relativa all'idea che sia inaccettabile mostrarsi agitati o sentirsi male davanti a colleghi, amici, conoscenti oppure di fronte a persone estranee in un luogo pubblico; ciò perché si ritiene che gli altri ci giudicheranno strani, pazzi, deboli, insicuri, malati.

Occorre invece imparare ad accettare il fatto che le altre persone possano vederci ansiosi o nel panico: l'ansia non dura molto e soprattutto non ha niente di sbagliato, non dice niente di noi come persone, non riguarda certo solo i «deboli», ma qualunque essere umano.

Paradossalmente, anche scegliere di stare solo con alcune persone «di fiducia», che conoscono il problema, inquadra tutti gli altri come «pericolosi» e alimenta la percezione di insostenibilità della propria condizione.

Credo che non avresti motivo di vergognarti nel dire che sei un po' strano e non in forma perché hai un tremendo mal di testa. Prova a considerare i sintomi dell'ansia allo stesso modo. Non tentare di nasconderli per salvare la faccia, ma al contrario impara a parlarne tranquillamente, come la cosa più normale del mondo. Dire a chi ti circonda «Scusate, ho solo un momento d'ansia acuta, tra poco passa, non preoccupatevi!» ti aiuta a dare il giusto peso a ciò che sta succedendo, senza catastrofizzarne le potenziali conseguenze, e serve anche agli altri a conoscerti meglio e stimarti di più. Non stai dicendo che vedi la Madonna che ti parla, ma solo che hai una crisi d'ansia, e l'ansia non è fenomeno patologico né raro: quasi tutti prima o poi la sperimentano.

È bene che tu tenga a mente tutte queste cose, perché potranno aiutarti nei passaggi successivi, ovvero quando dovrai

provare a interrompere il circolo vizioso del panico modificando i pensieri catastrofici che affollano automaticamente la tua mente.

Identificare e modificare i propri pensieri automatici

Le distorsioni cognitive

La maggior parte dei pensieri automatici negativi è soggetta a delle «trappole cognitive», le cosiddette «distorsioni cognitive». Sono degli inganni della mente, degli errori di ragionamento, che ci portano a valutare ciò che sta accadendo in modo distorto, irrazionale e maladattivo.

Quelle che seguono sono le più comuni distorsioni che si riscontrano nel modo di pensare di chi soffre di attacchi di panico, che alimentano una rappresentazione errata della realtà e aumentano il conseguente disagio emotivo. Cerca di riconoscerle nei pensieri catastrofici specifici che ti riguardano e di provare a correggerle.

Esagerazione o sovrastima del rischio

Indica la tendenza a sovrastimare la probabilità che un evento negativo si verifichi («Nel prossimo attacco di panico sverrò sicuramente»; «I dolori al petto indicano che sto avendo un infarto»; «Se continuerò ad avere attacchi di panico avrò un crollo nervoso»).

Le domande utili che puoi porti per discutere questo genere di pensieri sono:

- Ciò che ho pensato è un fatto o solo un'ipotesi?
- Ho delle oggettive evidenze che ciò stia accadendo o lo presuppongo a causa delle mie paure?
- Quante volte ho realmente creduto che ciò stesse accadendo e poi non è accaduto?

Catastrofizzazione

Strettamente connessa alla sovrastima citata sopra, in quanto non solo si pensa che l'evento catastrofico (svenimento, infarto, perdita di controllo, ecc.) si verificherà, ma anche che questo porterà con sé delle conseguenze terribili. Alcuni esempi di pensieri catastrofizzanti sono: «Durante un attacco di panico impazzirò e non sarò più in grado di prendermi cura di mio figlio»; «Se continueranno gli attacchi, non sarò più in grado di fare niente e perderò il lavoro»; «Se svenissi durante un attacco di panico in un negozio, potrei battere la testa e spaccarmela, avrei bisogno di un intervento chirurgico»; «Se inizio a tremare durante un attacco, la gente che mi conosce penserà che sono pazzo, non potrei più guardarli negli occhi per la vergogna».

Le domande che puoi porti per contrastare questa tendenza a catastrofizzare sono:

- Se ciò accadesse, avrebbe davvero queste conseguenze negative?
- Ho già affrontato una situazione simile in passato?
- È davvero così importante ciò che le persone penserebbero se dovesse accadere ciò che temo?

Controllo a tutti i costi

In altre parole, il bisogno di dover mantenere il maggior controllo possibile sugli eventi esterni e il totale controllo sulle proprie emozioni: «Se non mostro di avere sempre il controllo, gli altri penseranno che sono debole»; «So che tutto sarà sotto controllo solo se non si verificherà un altro attacco di panico»; «Non posso affrontare situazioni dove non ho pieno controllo».

Per provare a discutere tali pensieri, chiediti:

- Molte cose non è possibile controllarle: posso distinguere quali lo sono e quali no?
- Tra chi mi è caro, tutti hanno sempre un perfetto controllo delle loro emozioni? O no? E se no, io penso cose negative di loro?