

## PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE NEL TRATTAMENTO DEGLI ATTACCHI DI PANICO

La **psicoterapia cognitivo-comportamentale** (Cognitive Behavioral Therapy, **CBT**) è il trattamento psicologico di maggior efficacia per il disturbo di attacchi di panico, con o senza agorafobia, basato sulle evidenze scientifiche (*evidence-based*). È stato dimostrato che un trattamento cognitivo comportamentale efficace per il disturbo di panico richiede l'intervento di uno psicoterapeuta cognitivo comportamentale di almeno tre mesi e che la maggior parte dei soggetti (75%-95%) riesce ad ottenere significativi miglioramenti della sintomatologia, mantenendoli per almeno i due anni successivi alla conclusione del trattamento.

In cosa consiste la terapia cognitivo comportamentale per il trattamento del disturbo da attacchi di panico? Risponderemo a questa domanda; faremo inoltre riferimento alle nuove frontiere di trattamento, destinate a conquistare una posizione di rilievo nel panorama delle cure psicologiche.

### TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE (CBT) STANDARD NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DI ATTACCHI DI PANICO

Generalmente il trattamento include l'integrazione dei vari elementi, di seguito brevemente descritti:

- **Psico-educazione:** fase di informazione sulla natura e sulla fisiologia dell'attacco di panico.
- **Monitoraggio dei sintomi:** fase nella quale il soggetto è istruito a riconoscere correttamente i sintomi specifici del proprio attacco di panico (cosa succede nel corpo?), le situazioni eventuali a essi collegati (quando si manifestano?) e i comportamenti che si mettono in atto per fronteggiare la crisi (come si reagisce? quali sono le conseguenze?).
- **Tecniche somatiche:** volte alla riduzione dei livelli globali di ansia e di iperattivazione fisiologica; includono la tecnica della *respirazione diaframmatica*, gli *esercizi isometrici* e i *training di rilassamento* (Training Muscolare Progressivo di Jacobson e/o Training Autogeno di Shultz). Una nota a parte merita la tecnica del *Biofeedback*, che, attraverso la traduzione di alcuni parametri fisiologici specifici (es: frequenza cardiaca, conduttanza cutanea) in segnali computerizzati, insegna al soggetto il monitoraggio e la modifica delle proprie risposte

fisiologiche. Di dimostrata efficacia sono anche le *pratiche meditative*, volte a incrementare la consapevolezza di sé.

- **Tecniche cognitive:** basate principalmente sulla *ristrutturazione cognitiva* dei pensieri disfunzionali, volta alla modificazione di interpretazioni catastrofiche relative ai sintomi del panico e alla *correzione di falsi miti* sulle conseguenze dei sintomi stessi.
- **Tecniche comportamentali:** basate principalmente sulle **esposizione** agli stimoli interni percepiti (*esposizione enterocettiva*) come minacciosi (es: tachicardia, sensazione di soffocamento..) e alle situazioni temute e/o evitate (es: metropolitana, treno, piazze, chiese, pratica di attività fisica..), seguendo i principi della *gradualità* e della *desensibilizzazione sistematica* (attraverso l'esposizione ad una gerarchia di stimoli messi in ordine crescente di ansiogenicità). Le esposizioni possono avvenire *in vivo*, in *immaginazione*, tramite *supporti computerizzati* o scenari di *Realtà Virtuale*. Vengono, inoltre, identificati e modificati i *comportamenti protettivi*, per permettere il raggiungimento di un'autonomia globale e duratura, e potenziate le abilità di *problem solving e decision making*, indispensabili per il fronteggiamento dei momenti critici.
- **Prevenzione delle ricadute:** fase nella quale si prepara il soggetto a riconoscere e ad affrontare efficacemente eventuali *segnali di crisi* alla luce degli apprendimenti effettuati durante il percorso terapeutico.

L'integrazione di questi elementi terapeutici permette una corretta gestione degli attacchi di panico e consente all'individuo di **affrontare direttamente e in modo funzionale** le situazioni evitate a causa del panico. In questo modo la terapia cognitivo comportamentale permette di **eliminare le condotte di evitamento**, che riducono le possibilità di movimento e la libertà personale, **potenziando i comportamenti funzionali** oltre che favorendo un positivo **senso di autoefficacia** e un miglioramento del tono dell'umore. In sintesi la persona, che a causa del panico era costretta a rimanere chiusa in casa o a non potere fare determinate cose (es: non riuscire a usare ascensori, treni, spostarsi da solo..), riconquista gradualmente i propri spazi: ritorna ad uscire e frequentare gli altri liberamente, si sente in grado di affrontare le situazioni temute in autonomia, di gestire correttamente le reazioni del proprio corpo, in pratica può tornare a sorridere.

**Tuttavia, accedere a un'assistenza corretta, non è sempre facile:** spesso possono sussistere difficoltà economiche, disagi di ordine sociodemografico, relativi alla sintomatologia e ad eventuali disturbi in comorbidità (presenza contemporanea di altri disturbi di origine diversa, esempio la depressione) che rallentano da parte del soggetto stesso una ricerca attiva e consapevole di cure adeguate, disagi legati alle lunghe liste di attesa, stress per la paura dello stigma di un'eventuale diagnosi clinica, e, per concludere, difficoltà a raggiungere centri specializzati di cura per motivi di distanza spazio-temporale. Incrementare l'accessibilità delle terapie per la salute mentale, dunque, risulta di particolare rilevanza.

Gli interventi via computer sono finalizzati a ridurre questi ostacoli, facilitando l'accesso alle terapie cognitive comportamentali. Attualmente, infatti, esistono numerose ricerche che hanno dimostrato l'efficacia e la validità di protocolli di cura CBT per il disturbo di attacchi di panico via Internet.

Nell'ottica di permettere un accesso più capillare ai servizi di salute mentale, risulta ad oggi molto importante considerare modelli alternativi di diffusione di terapie di dimostrata efficacia *evidence-based*. Vediamo quali sono, ad oggi, gli emergenti e promettenti approcci di cura.

### **NUOVE FRONTIERE DELLA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE (CBT) PER LA CURA DEGLI ATTACCHI DI PANICO**

Attualmente il termine *Era dell'integrazione* fa riferimento alla capacità dei sistemi computerizzati di affiancare (o di sostituirsi) al trattamento cognitivo-comportamentale standard, condotto *faccia a faccia* nello studio del terapeuta, un intervento effettuato per mezzo di ausili computerizzati: computer muniti di connessione internet, palmari, sistemi telefonici o VoIP, video giochi, CD-ROMs, DVDs, cellulari o realtà virtuali. Recenti ricerche hanno evidenziato che centinaia di terapeuti, in congiunzione alla terapia *face-to-face*, utilizzano la dimensione internet, dal momento che la domanda di questo servizio è crescente. Il numero di counseling in internet è esploso negli ultimi anni e il trend è in continua crescita: già nel 2001 i siti web sono cresciuti a 250 con 400 terapeuti che offrono consulenze on-line. Raggiungere il servizio in tempo reale sembra sia la carta vincente di questo approccio.

Attualmente si identificano **4 principali categorie** che definiscono varie tipologie e metodi di intervento:

- **Interventi basati sul web:** prevalentemente a carattere educativo, comprendono le *guide di auto-aiuto*, interventi psicologici in cui il paziente svolge a domicilio il trattamento, lavorando in maniera più o meno indipendente, seguendo le istruzioni passo dopo passo, con l'eventuale intervento supportivo o facilitativo del terapeuta.

- **Consulenze online e Terapie:** le prime consistono in risposte, solitamente via e-mail, per la durata di una volta o di poche occasioni in un'ottica psicoeducativa su specifiche informazioni; la seconda, chiamata **E-Therapy**, riguarda invece la formazione di una relazione, continuativa e personale, tra il terapeuta ed il cliente, che si può creare per mezzo di e-mail, messaggistica istantanea (chat) o differita (forum), e telecomunicazioni in video conferenza per mezzo di Voice Over IP (VoIP – Voce tramite protocollo in internet). La E-therapy offre una gamma di servizi che spaziano da quello *psicoeducativo*, a quello più squisitamente psicoterapico, utilizza il potere e la convenienza di internet, che permette sia una comunicazione simultanea (sincrona), che una differita (asincrona) tra individui e professionisti.
- **Software terapeutici:** comprensivi della **Realtà Virtuale**, che permette al soggetto di calarsi in scenari computerizzati a 3 Dimensioni (3D) dove potersi esporre gradualmente alle situazioni temute e sviluppare le abilità adeguate di fronteggiamento dell'ansia.
- **Tipi di attività supplementari:** gruppi di supporto via chat, siti informativi, podcast e network.

Nell'attuale contesto italiano questi nuovi scenari non hanno la pretesa di sostituire a 360° la psicoterapia cognitivo comportamentale classica, che, soprattutto in alcune fasi specifiche di intervento (come la fase di diagnosi) necessita ancora di un approccio osservativo sul campo, basato sull'esame del clinico. Nell'arco degli ultimi venti anni, tuttavia, la ricerca scientifica internazionale in questo settore si è mostrata fervida, raggiungendo risultati promettenti: numerosi sono gli studi che confermano la “non inferiorità” di tale metodologia se paragonata a quella classica, sottolineando come, in condizioni di rigore applicativo, non esistano differenze significative, in termini di efficacia, tra i risultati degli interventi condotti face-to-face e quelli delle terapie condotte attraverso supporti computerizzati.

Basandosi sugli studi attuali, il disturbo psicologico trattato con maggiore efficacia via internet è il disturbo di panico, con protocolli sperimentali condotti e validati in diversi paesi come l'Australia, la Svezia e il Regno Unito.

## FARSI UN'IDEA: ALCUNI DATI DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Uno dei primi studi pilota sul trattamento di sintomi panico-fobici attraverso un sistema di auto-aiuto, *FearFighter* basato sui principi della CBT (Kenwright M, Marks IM et al., **2004**), consiste in una serie di esposizioni guidate dal sistema in internet, effettuato su due gruppi di soggetti: il primo gruppo, con accesso ad internet da casa, poteva eccedere a *FearFighter* in maniera illimitata per 12 settimane, non vedendo mai il terapeuta, il quale veniva consultato via telefono 1 volta alla settimana per 10 minuti, alle settimane n 1, 2, 4, 6, 8, 10 e 12; il secondo gruppo, senza accesso ad internet da casa, utilizzava il programma *FearFighter* in clinica alle settimane n 1, 2, 4, 6, 8, 10 e 12, con un supporto terapeutico *face-to-face* sia all'inizio che alla fine di ogni sessione, per un totale di 10 minuti per sessione. I risultati hanno registrato un significativo decremento della sintomatologia ed un più elevato livello di soddisfazione globale soggettiva nel primo gruppo rispetto al secondo.

Nel **2006** Klein e collaboratori hanno condotto uno studio su 55 soggetti con disturbo di attacchi di panico assegnati casualmente ad uno dei seguenti tre gruppi:

***Panic Online (PO)***: programma strutturato di 6 settimane comprensivo di 1 modulo introduttivo, 4 moduli di apprendimento (istruzioni per controllare il respiro, ristrutturazione cognitiva, esposizione enterocettiva e situazionale) ed 1 modulo di prevenzione delle ricadute, con l'interazione (via e-mail) di un terapeuta che rispondeva entro le 24 h segnando di volta in volta il tempo impiegato per l'intervento

***Manualized CBT workbook (MAN)***: un trattamento CBT autosomministrato di circa 6 settimane, attraverso la lettura del manuale *Mastery of your Anxiety and Panic 3rd Ed. MAP-3* (Barlow Craske 2000), che presenta gli stessi concetti proposti al gruppo PO anche se in un formato differente, con l'interazione (via telefono) di un terapeuta 1 volta alla settimana per monitorare i progressi

***Information Control (IC)***: Gruppo che non riceve nessuna CBT e che rimane in lista di attesa per 6 settimane, con il contatto settimanale di un terapeuta che chiede informazioni circa lo stato attuale dei sintomi e provvede ad un supporto minimo del paziente (es. Ascolto empatico).

In sintesi gli autori hanno confermato che le terapie CBT "attive" (PO e MAN) sono risultate più efficaci rispetto al IC in termini di misurazioni relative alla sintomatologia del panico, allo stile cognitivo, alle emozioni negative e al benessere fisico percepito soggettivamente, mantenendo o incrementando tali miglioramenti ad un follow-up di 3 mesi; hanno evinto, inoltre, che il più efficace tra i due interventi attivi è risultato essere il PO rispetto al MAN (subito dopo il trattamento

e a 3 mesi di distanza) soprattutto in termini di miglioramento della severità dei sintomi panicosi e agorafobici.

Ancora nel **2006** il National Institute for Clinical Excellence (NICE, Technology Appraisal 51. UK 2002) raccomanda l'implementazione nella pratica del Sistema Sanitario Nazionale di tre sistemi computerizzati basati sulla terapia cognitivo-comportamentale: “*Beating the Blues*” per la depressione moderata, “*FearFighter*” per il disturbo di panico e le fobie e “*OCFighter*” per il disturbo ossessivo compulsivo (Marks IM, 2007).

Una metanalisi del **2009** (Cujpers P, et al., 2009) sottolinea come le terapie CBT via computer siano ormai riconosciute tanto efficaci quanto quelle face-to-face per la cura dei disturbi d'ansia, con il vantaggio di risultare più veloci e accessibili, favorendo un minor costo in termini di tempo e denaro. Gli autori raccolgono 23 studi randomizzati, che hanno paragonato una e-CBT con un gruppi di controllo (psicoterapia Face-to-Face e rilassamento) riguardano i disturbi d'ansia (fobie n=10; panico n=9; PTSD n=3; OCD n=1) nei soggetti adulti di lingua inglese, escludendo quegli studi che hanno messo a confronto 2 e-CBT attive con un'altra CBT o hanno coinvolto soggetti con disturbi d'ansia subclinici, così come gli studi condotti su bambini e adolescenti.

Gli autori rilevano che non sussistono indicazioni in favore di una maggior efficacia della terapia face-to-face rispetto alla terapia via computer e che l'efficacia della e-CBT non differisce al variare dei disturbi d'ansia o dei sistemi computerizzati coinvolti.

## **Bibliografia**

- Barak A., Klein B, Proudfoot JG. *Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions*. Ann Behav Med. Sept; 38:4-17 (2009).
- Bergstrom J., Andersson G., Ljotsson B., Ruck C., et al., *Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial*. BMC Psychiatry 10:54 (2010).
- Carlbring and Gerhard Andersson *Therapy-Assisted, Internet based treatment for Panic Disorder: Can General Practitioners Achieve Comparable Outcomes Patient Outcomes to Psychologists?* J Med Internet Res. Apr-Jun; 10(2): e 14 (2008).

- Castelnovo G., Gaggioli A., Mantovani F., Riva G. *From Psychotherapy to e-Therapy: the integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings*. Cyberpsychol Behav. Aug; 6(4):375-82 (2003).
- Cavanagh K., Shapiro D.A. *Computer Treatment for Common Mental Health Problems*. J of Clinical Psychology Vol 60(3), 239-251 (2004).
- Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. *Is guided self-help as effective as face to face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative out come studies*. Psychological Medicine 40, 1943-1957 (2010).
- Cuijpers P, Marks IM, Van Straten A, Cavanagh K, Gega L, Andersson G. *Computer-aided Psychotherapy for Anxiety Disorders: A meta-Analytic Review*. Cognitive Behavioral Therapy 38(2):66-82 (2009).
- Hedman E., et al, *Internet-based cognitive-behavioural therapy for sévère health anxiety : randomised controlled trial*. The British Journal of Psychiatry 198:230-236 (2011).
- Kenwright M, Marks IM, Gega L, Mataix-Cols D. *Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: a pilot study*. British Journal of Psychiatry 184, 448-449 (2004).
- Klein B, Richards JC, Austin DW. *Efficacy of internet therapy for panic disorder*. Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry 37: 213-238 (2006).
- Marks IM, Cavanagh K. *Computer-Aided Psychological Treatments: Evolving Issues*. Annu Rev. Clin. Psychol. 5:121-41 (2009).
- Meyercrocker K., et al, *Virtual Reality exposure Therapy in Anxiety Disorders: a systematic review of process-and-outcome studies*. Depression and Anxiety 27:933-944 (2010).
- Munoz, R. F., *Using Evidence-based Internet Interventions to Reduce Health Disparities Worldwide*. J Med Internet Res. 12(5): e60 (2010).
- Price M. and Anderson P., *The role of presence in virtual reality exposure therapy*. J of Anxiety Disorders 21:742-751 (2007).
- Proudfoot J., Goldberg D., Mann A., Everitt B., Marks I., Gray J.A., *Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practise*. Psychological Medicine 33:217-227 (2003).
- Shandley K., et al., *Therapy-Assisted, Internet Based Treatment for Panic Disorder: Can General Practitioners Achieve Comparable Patients Outcomes to Psychologist?* J Med Internet Res. Apr-Jun; 10(2): e14 (2008).

- Titov N., Andrews G., Sachdev P., *Computer-delivered cognitive behavioural therapy: effective and getting ready for dissemination*. F1000, 2:49 (2010).
- Van Ballegooijen, Riper H, van Straten A, Kramer J, Coijn B, Cuijpers P, *The effects of an Internet based self-help course for reducing panic symptoms-Don't Panic Online: study protocol for a randomized controlled trial*. BioMed Central Trials 12:75 (2011).
- Wade A.G., *Use of the Internet to Assist in the Treatment of Depression and Anxiety: A Systematic Review*. J Clin Psychiatry 12:4 (2010).