

TECNICHE DI RESPIRAZIONE E RILASSAMENTO NELLA TERAPIA DEI DISTURBI DI PANICO

dott. Roberto Ausilio, Psicologo

Premessa

Il DSM IV, all'interno dei Disturbi d'ansia, distingue tra Disturbi di Panico con Agorafobia e Disturbi di Panico senza Agorafobia. (A.P.A., 1994) . Gli attacchi di panico sono definiti nel DSM IV come periodi delimitati a insorgenza improvvisa, di intensa apprensione, paura, o terrore, spesso associati con sentimenti di morte imminente. Durante questi attacchi vi sono sintomi come respiro corto o sensazioni di soffocamento; palpitazioni, batticuore, o tachicardia; dispnea; e paura di impazzire o di perdere il controllo. Gli attacchi di panico possono essere imprevisi (e isolati), e allora l'insorgenza dell'attacco non risulta associata con un fattore ambientale di scatenamento, ma si manifesta piuttosto inaspettatamente; correlati alla situazione, e allora l'attacco di panico quasi invariabilmente si manifesta immediatamente dopo l'esposizione al o in previsione del fattore situazionale di scatenamento; sensibili alla situazione, e allora l'attacco di panico si manifesta più probabilmente dopo l'esposizione a un fattore situazionale di scatenamento, ma non risulta ad esso invariabilmente associato. Il Disturbo di Panico senza Agorafobia è diagnosticato in presenza di Attacchi di Panico inaspettati ricorrenti, seguiti da uno o più dei seguenti sintomi:

- a) preoccupazione persistente di avere altri attacchi
- b) preoccupazione a proposito delle implicazioni dell'attacco o delle sue conseguenze (per es., perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, "impazzire")
- c) significativa alterazione del comportamento correlata agli attacchi.

Il disturbo da panico può essere associato ad altri disturbi in comorbilità come ad esempio: depressione, ansia sociale, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo da somatizzazione, disturbo da ansia generalizzata, disturbo post traumatico da stress. Possono naturalmente essere presenti alcuni tratti di personalità più frequenti di altri o anche veri disturbi di personalità come quello Evitante, Dipendente, Borderline.

Concettualizzazione del disturbo

Nel periodo precedente al primo attacco di panico i pazienti hanno frequentemente sperimentato un livello di stress elevato, ma accompagnato da un atteggiamento di minimizzazione rispetto ai problemi contingenti. I soggetti spesso riferiscono problemi familiari, di lavoro, cambiamenti importanti nella qualità della vita o nella generale organizzazione familiare, frustrazioni o relazioni particolarmente impegnative, o altre situazioni "normalmente" caratterizzate da stress.

I pazienti con attacchi di panico minimizzano questi antecedenti sulla base di una probabile assunzione personale attinente alla propria insensibilità o immunizzazione a tali situazioni. Quella che è una caratteristica antecedente al primo attacco si ribalterà poi per divenire una attenzione allarmata su ogni sensazione somatica.

In generale si potrebbe parlare di una conoscenza insufficiente delle segnalazioni dell'organismo in stato di stress, nelle quali il soggetto pur presentando livelli di attivazione, ansia, tensione, iperventilazione elevati non riorganizza il proprio comportamento in base ad essi, ma tenta di distrarsi, minimizza il dato e sopravvaluta le proprie capacità di fronteggiare fisicamente la situazione. In tali circostanze si manifesta il primo episodio di panico. Questo evento ha due aspetti rilevanti: un primo aspetto attinente alla circostanza traumatica di sperimentare uno stato acuto di ansia costruito dal soggetto come completamente diverso dalle "normali" esperienze finora sperimentate

(aspetto traumatico); il secondo aspetto è relativo alla acquisizione di una nuova dimensione di conoscenza (avere gli attacchi di panico, i sintomi specifici, i sentimenti di urgenza).

Questi due elementi costituiscono gli ingredienti della sindrome psicologica del disturbo. Una volta sperimentato il primo episodio, il soggetto attiverà una particolare attenzione ai segni precoci e premonitori di un successivo attacco; in sostanza, il soggetto sarà nuovamente in stato di ansia dovuta ad una ipervigilanza, e in questo stato attiverà l'atteggiamento ansioso con i noti correlati fisiologici (tensione prolungata, iperventilazione, amplificazione delle sensazioni somatiche). Tra il secondo e i successivi attacchi di panico si sviluppa la sindrome completa caratterizzata da elevata anticipazione dell'ansia, ricerca attenta dei sintomi, iperventilazione, distorsioni cognitive (in particolare la catastrofizzazione e la selezione attenta). La natura della sindrome del disturbo da attacchi di panico è caratterizzata da un preciso circolo vizioso: l'anticipazione dell'ansia genera ansia - lo stato di ansia conduce alle sensazioni di panico imminente - i sintomi vengono interpretati in chiave catastrofica ed estrema - il soggetto ha un attacco di panico. In pratica ogni stimolo interno o esterno che è giudicato minaccioso produce lo stato d'ansia e i relativi sintomi somatici associati che se sono interpretati in maniera catastrofica producono un ulteriore aumento del livello di ansia intrappolando l'individuo in un circolo vizioso culminante nell'attacco di panico. (Sanavio, 1994)

Il trattamento dei Disturbi di Panico

I Disturbi di Panico possono essere trattati in vario modo:

Terapia farmacologica. I tre gruppi di farmaci più frequentemente in uso, sono gli antidepressivi triciclici, le benzodiazepine ad alto potere, e gli inibitori delle monoamino-ossidasi (MAOI). La scelta della sostanza più adeguata si basa sulla valutazione della salute, efficacia, e sui bisogni e le preferenze del paziente.

Trattamento Psicodinamico: è una forma di "terapia del colloquio", in cui terapeuta e paziente, lavorando insieme, cercano di scoprire i conflitti emotivi che possono soggiacere al problema del paziente. Parlando di questi conflitti e raggiungendo una migliore comprensione di questi, il paziente può trarre un beneficio nel venire fuori dal problema. Di solito il trattamento psicodinamico si concentra su eventi del passato rendendo il paziente consapevole delle ramificazioni di problemi sepolti nei meandri del tempo.

Terapia cognitivo-comportamentale: Si tratta di una combinazione tra una terapia cognitiva, che può modificare o eliminare le strategie di pensiero che contribuiscono ai sintomi del paziente, ed una terapia comportamentale, che mira ad aiutare il paziente a cambiare il suo comportamento.

Durante la fase più prettamente cognitiva della terapia, il terapeuta in genere conduce una ricerca piuttosto meticolosa sui pensieri e sentimenti che accompagnano l'attacco di panico. Tali eventi mentali vengono discussi nei termini del "modello cognitivo" degli attacchi di panico. Il modello cognitivo sostiene che i soggetti con DAP siano caratterizzati da alcune distorsioni nei loro processi di ragionamento, dei quali possono essere inconsapevoli, e ciò può dar corso a dei veri e propri "cicli" di paura. Modificando in tal modo gli schemi di pensiero, il paziente acquisisce un maggior controllo sul problema. Spesso il terapeuta fornisce al paziente alcune guide molto semplici ed elementari da seguire, quando sente che sta per sopravvivere un attacco di panico.

La componente comportamentale della terapia comprende un training sistematico di tecniche di rilassamento. Imparando a rilassarsi, il paziente può acquisire la capacità di ridurre l'ansia generalizzata e lo stress che generalmente rappresentano l'anticamera degli

attacchi di panico. La terapia comportamentale include spesso degli esercizi di respirazione attraverso i quali il paziente impara a controllare la propria respirazione evitando l'iperventilazione - una sequenza rapida di respiri che può aggravare in alcuni pazienti la reazione di panico. Un altro aspetto importante della terapia comportamentale è l'esposizione a sensazioni interne, chiamata esposizione interocettiva, durante la quale il terapeuta farà una valutazione individuale delle sensazioni interne associate al panico. A seconda della valutazione, il terapeuta potrà allora incoraggiare il paziente a riprodurre alcune delle sensazioni dell'attacco di panico, ad esempio esercitandosi ad accelerare il battito cardiaco, respirare rapidamente per provocare una vertigine o altri risentimenti respiratori, o correre per causare un capogiro. Possono essere usati anche esercizi per produrre sentimenti di irrealtà.

Un altro aspetto importante della terapia comportamentale è l'esposizione "dal vivo", in cui terapeuta e paziente analizzano se il paziente abbia evitato certi luoghi e circostanze, e quali schemi d'evitamento abbiano eventualmente causato i problemi del paziente. Essi si accordano per lavorare sui comportamenti di evitamento che stanno interferendo in modo più pesante sulla vita del paziente.

Schematizzando, il trattamento cognitivo-comportamentale è strutturato in modo da affrontare 4 obiettivi principali:

- esposizione graduale "in vivo";
- Ri-etichettamento delle sensazioni somatiche;
- rilassamento e respirazione addominale frazionata,
- ristrutturazione cognitiva delle assunzioni disfunzionali.

Esposizione in vivo

La tecnica della esposizione è notoriamente efficace nella riduzione dell'ansia associata a situazioni ben identificate come fobie specifiche, agorafobia, ansia sociale (Barlow D.H. et al., 1988, 1989; Clark, 1986, 1991; 1991; Clark D.M., Salkovskis P.M. 1985). La procedura di esposizione si pone l'obiettivo di permettere al paziente di percepire e valutare in modo "controllato" l'oggetto della propria paura. Questo metodo, se graduale, consente al paziente di riappropriarsi di quelle funzionalità sociali e quotidiane che ha perso a causa dei rilevanti "esitamenti" dovuti ai sintomi acuti dell'ansia ed alla sindrome di ansia anticipatoria. Se ben disegnata, la modalità di esposizione permette una rapida ripresa e confidenza di abilità che sono state sospese ed in qualche caso dimenticate.

Ri-etichettamento delle sensazioni somatiche

La discussione concreta sulla natura di diverse sensazioni favorisce una categorizzazione ed una più realistica adesione ad un modello dei sintomi di ansia come effetti della sindrome da stress. La possibilità di discutere con il paziente delle cause dei singoli sintomi, con eventuali esempi anche calibrati sulle comuni esperienze della vita quotidiana ha la funzione di normalizzare e "decatastrofizzare" la condizione soggettiva del paziente (Barlow D.H. et al., 1988, 1989; Clark, 1986; Clark D.M., Salkovskis P.M. 1991; Salkovskis P.M., Clark D., Gelder M.G., 1996; Beck A.T., Emery G., 1985).

Rilassamento e respirazione addominale

Le tecniche di rilassamento e di educazione respiratoria hanno la funzione duplice di essere sia uno strumento "sotto controllo" del paziente, il quale può contarci nelle situazioni quotidiane più diverse, sia un metodo per bloccare o inibire la tendenza ad iperventilare e quindi a produrre i sintomi caratteristici che il paziente interpreta come l'imminente attacco di panico (Bonn J.A., Readhead C.P. A., Timmons B.H. , 1984; Clark D.M., Salkovskis P.M., Chalkley A.J., 1985).

Ristrutturazione cognitiva

Il paziente deve essere preparato ed allenato a riconoscere i propri pensieri automatici e spontanei, i quali possono essere molto rapidi ed istantanei e possono non lasciare più traccia in memoria; l'allenamento nel percepire i propri pensieri ed i propri atteggiamenti è molto importante in quanto attraverso questa procedura il paziente si rende consapevole di come effettivamente modifica il proprio stato emotivo (Beck, Emery, 1985; Clark, 1986; Freeman et al, 1990). Da tale abilità deriva anche il successivo lavoro di revisione e modificazione delle assunzioni generali del paziente. Il lavoro di riconoscimento e ricostruzione degli schemi disfunzionali (solitamente, gli schemi più usuali e frequenti che vengono elaborati da questi pazienti fanno riferimento a tipologie come "vulnerabilità", "fragilità", "mancanza di autonomia", "oppressione", "incapacità di controllo personale", "insopportazione - scarsa tolleranza alla frustrazione", "perfezionismo", "elevati standards") è la chiave del lavoro a più lungo termine, ed in genere la parte più impegnativa del trattamento. Il paziente prende coscienza di come ha costruito certi settori della propria esperienza e delle spiegazioni e teorie personali che utilizza per darsi un significato. Attraverso il lavoro sulle assunzioni disfunzionali il paziente modifica i propri schemi a favore di spiegazioni alternative più realistiche, adattive e concrete. Un ruolo di rilievo è costituito dal lavoro con i familiari (o con un familiare) attraverso il quale è possibile non solo ottenere la collaborazione per eventuali coinvolgimenti diretti in procedure di esposizione dal vivo, come esposto più sopra, ma è utile anche avere una collaborazione nella gestione delle relazioni in casa.

I familiari vengono preparati a essere supporti validi, affidabili, e positivi mediante colloqui dedicati a loro, ma con la presenza del paziente. Un altro aspetto importante è quello delle procedure da attuare tra una seduta e l'altra, i cosiddetti "compiti per casa" o homeworks. E' utile insistere sulla necessità di attuare i compiti in quanto molto spesso il lavoro progettato ha un senso preciso ed il suo risultato è necessario per la continuità del trattamento. Gli specifici compiti sono progettati in collaborazione con il paziente e consistono frequentemente in diari di registrazione di elementi-bersaglio, o diari di automonitoraggio, o in schede di analisi delle cognizioni associate agli eventi contingenti.

RASSEGNA DEGLI STUDI GIA' SVOLTI E CONTRIBUTI EMPIRICI RILEVANTI Effettuando una ricerca sul motore Psycho Info, alla parola chiave "Panic" sono associati 1420 documenti la cui datazione è degli ultimi 3 anni (2002-2005), alle parole chiave "panic and respiration" sono associati 41 articoli dal 2002 al 2005 e, con la stessa circoscrizione temporale, alle parole "panic and respiration training" sono associati 5 articoli.

Riteniamo interessante prendere inizialmente in considerazione la ricerca "Dismantling Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Disorder: Questioning the Utility of Breathing Retraining" (Schmidt et Al. 2000). La ricerca parte dalla constatazione che i protocolli di trattamento cognitivo comportamentali (CBT) per i disturbi di panico (PD), sono composti da una serie di interventi che comprendono anche qualche forma di re-training respiratorio (BR). Obiettivo della ricerca era verificare, attraverso uno studio controllato dei risultati, la necessità del training respiratorio all'interno del CBT. Settantasette pazienti con diagnosi di PD furono casualmente assegnati ad un gruppo che riceveva il CBT con BR, oppure CBT senza BR, o ancora ad un gruppo di controllo (WL). L'ipotesi principale del lavoro era che il gruppo con BR avrebbe avuto una minore remissione dei sintomi rispetto ad altre condizioni di trattamento attivo, dato che il BR sembra essere un'opzione più attraente ma meno adattiva per alcuni pazienti. Questa ipotesi, che

riprende la dissertazione di Craske et Al. (1997), prende in considerazione alcuni comportamenti non adattivi (safety aid) come l'evitamento di un luogo dove si sia verificato un attacco, o anche il controllo della respirazione, come palliativi o addirittura comportamenti nocivi per la persona. In particolare si ipotizzava che i pazienti che avevano ricevuto CBT con BR avrebbero avuto migliori risultati del gruppo di controllo, ma miglioramenti minori di quanti avevano ricevuto CBT senza BR. Campione

I 77 pazienti furono selezionati in quanto corrispondenti ai seguenti criteri: a) diagnosi di disturbo di panico con o senza agorafobia secondo i criteri del DSM IV, b) nessun cambio nel tipo di cura nelle ultime 12 settimane, c) nessuna evidenza di intenti suicidi, d) nessuna evidenza di abuso di sostanze, e) nessuna evidenza di presente o passata schizofrenia, disturbo bipolare o disordini mentali organici. Il 69% del campione era costituito da donne con una media di anni 37,8 (SD=11,1).

Procedura

I pazienti furono scelti tra persone che si presentavano in un centro accademico specializzato in disturbi di ansia e che rispondevano ai criteri sopra elencati. La diagnosi si basava su di una intervista strutturata secondo il DSM IV. Dopo la diagnosi i pazienti furono assegnati ad uno dei tre gruppi: CBT + BR, CBT, WL. Trentadue soggetti assegnati al gruppo CBT ricevettero il trattamento di 12 sessioni per 12 settimane, con durata di circa 120 min. per sessione. Tale trattamento comprende: a) educazione e correzione delle informazioni relative all'eziologia e mantenimento dei disturbi di panico, b) tecniche di terapia cognitiva che aiutano il paziente a individuare e fronteggiare i fattori che contribuiscono all'insorgere del panico, c) esercizi di esposizione interocettiva allo scopo di ridurre la paura del paziente rispetto alle sensazioni fisiche connesse al panico, d) istruzioni per condurre dal vivo la progressiva esposizione a situazioni ansiogene. I risultati di questi pazienti furono misurati immediatamente dopo il trattamento, dopo 6 e dopo 12 mesi. Ventuno soggetti furono assegnati al gruppo CBT + BR, ricevendo identico trattamento dei primi con l'aggiunta di esercizi di respirazione diaframmatici e la consegna di praticarli a casa. Questo intervento, aggiunto alle sedute n. 4 e n. 5, ha aumentato la durata della sessione di 30 min. Ventiquattro soggetti furono assegnati al gruppo di controllo che non ricevette alcun trattamento per le prime 12 settimane.

I trattamenti furono effettuati tutti dallo stesso psicologo seguendo un protocollo standard strutturato.

Misure

Venne somministrata a tutti i pazienti sia in baseline che in follow-up una batteria di test per indagare le maggiori dimensioni psicologiche legate al panico. In particolare è stata utilizzata:

Multicenter Panic Anxiety Scale (MC-PAS) (Shear et al., 1997), una scala da intervista semistrutturata che include la frequenza del panico e l'intensità, l'ansia anticipatoria e l'impedimento nel lavoro e nei rapporti sociali Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale (SPRAS). (Sheehan 1983), una scala self report per l'intensità dei sintomi ansiosi Mobility Inventory (MI). (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, & Williams, 1985). Una scala per valutare la componente fobica, comprende due sottoscale: situazione affrontata da soli oppure accompagnati.

Sheehan Disability Scale (SDS). (Ballenger et al., 1988). Una misura self-report dell'impedimento costituito dal problema formata da quattro item. Beck Depression Inventory (BDI). (Beck & Steer, 1993). Una misura attendibile e ben validata dei livelli di depressione.

Risultati

Sono state valutate le differenze between group prima del trattamento e gli effetti dei trattamenti diversi, utilizzando modelli di regressione random-effects. Come secondo passo sono state analizzate le differenze between group con modelli di analisi della varianza sui valori individuali calcolati nella prima fase.

Le analisi preliminari non hanno mostrato differenze significative nell'associazione tra variabili demografiche ed assegnazione ai gruppi, e nessuna correlazione significativa tra il livello dei sintomi e l'assegnazione ai gruppi, dimostrando la bontà della randomizzazione iniziale. Dall'analisi successiva al trattamento e al follow up si evince l'utilità del protocollo CBT rispetto al gruppo di controllo WL. Il gruppo CBT non si differenzia dal gruppo WL solo in una variabile, mentre il gruppo CBT + BR non si differenzia dal gruppo WL in 4 variabili su 12. Rispetto alle misure di follow up, il gruppo CBT ha presentato miglioramenti in tutte le variabili eccetto una. Al follow-up di 12 mesi i dati mostrano che il 57% del gruppo CBT mostra una remissione contro il 37% del gruppo CBT + BR.

In conclusione il presente studio suggerisce che l'aggiunzione di una strategia di coping, in particolare del training respiratorio, non apporta alcun chiaro beneficio al pacchetto di trattamenti che include educazione, ristrutturazione cognitiva e tecniche di esposizione progressiva (sia dal vivo che interoceptive). Inoltre alcuni dati suggeriscono che l'aggiunta di tale training respiratorio può avere effetti contrari sui pazienti, provocando una remissione incompleta e maggiori rischi di ricaduta. L'utilizzo di training respiratorio può essere utile quando il paziente presenta difficoltà respiratorie, sebbene ci siano pochi dati che suggeriscono la presenza di iperventilazione durante gli attacchi di panico (Garssen, Buikhuisen, & van Dyke, 1996; Hibbert & Pilsbury, 1988). Una questione importante è quanto l'aggiunta di un training respiratorio sia controproducente ai fini del trattamento. I dati del presente studio sono meno chiari al riguardo, dato che i gruppi con i trattamenti attivi erano statisticamente simili nelle misure di outcome. I dati presenti suggeriscono, in accordo con la ricerca di Craske et Al. (1997), che avendo la possibilità di scegliere è preferibile utilizzare l'esposizione interoceptive rispetto al training respiratorio. Con un numero limitato di sedute il terapeuta otterrà migliori risultati utilizzando tecniche cognitive e di ristrutturazione rispetto all'insegnamento di strategie di coping. Resta da verificare l'utilità di altre tecniche simili, come il rilassamento muscolare progressivo. Gli autori suggeriscono di fare molta attenzione nell'utilizzo di tecniche di coping di questo genere in quanto esse possono rappresentare dei palliativi di primo soccorso ("safety aid substitution,"). L'utilizzo della respirazione può invece essere utile quando non diventa un palliativo, ad esempio nell'educazione dei pazienti rispetto al ruolo naturale dell'ipocapnia nelle reazioni di paura oppure manipolando la respirazione durante l'esposizione interoceptive agli stimoli ansiogeni. E' utile educare i pazienti rispetto alla fisiologia della respirazione per dissipare idee irrealistiche rispetto le reazioni all'ansia. Il presente studio non misura gli effetti dell'uso delle singole tecniche insegnate ai pazienti. Questo è un ovvio limite del presente lavoro che potrebbe essere superato misurando il livello di utilizzo delle tecniche di respirazione diaframmatica. Un ulteriore punto critico di tale studio riguarda la durata delle sessioni di respirazione: si tratta infatti di solo 1 ora sulle 24 ore totali del protocollo CBT. ALTRI

CONTRIBUTI

Il training respiratorio, come afferma l'articolo "Breathing Training for Treating Panic Disorder" (Meuret, Alicia Et. Al, 2003) è ampiamente utilizzato nella terapia dei disturbi di panico. Gli autori individuano nove studi che trattano i risultati di tale metodologia, ma

dall'analisi emerge che tali studi non sono sufficienti per affermare univocamente l'efficacia o meno di tali tecniche nella terapia. Questo articolo discute dei problemi metodologici e legati ai disegni di ricerca sul training respiratorio, e identifica i fattori che possono avere determinato i risultati delle terapie. L'idea che le irregolarità respiratorie siano fattori importanti nell'insorgenza del panico, implica che questi fattori dovrebbero essere monitorati durante il corso della terapia. Le tecniche di training respiratorio dovrebbero tener conto della frequenza respiratoria e dell'incremento ritmico del respiro (tidal volume) nella regolazione della presenza di gas nel sangue (pCO₂). Gli autori concludono che sono premature le conclusioni che scartano le tecniche di training respiratorio a favore di tecniche cognitive o altre forme di intervento.

Nell'articolo "Respiratory Feedback for Treating Panic Disorder" (Meuret, Alicia Et Al., 2004) si constata la presenza in pazienti con disturbi di panico, di respiro corto o di altre alterazioni respiratorie, e come questo sia stato utilizzato come evidenza sia per la teoria dell'iperventilazione che della teoria del falso allarme da soffocamento. Il training per modificare la respirazione costituisce un comune intervento in questo tipo di disturbi, ma la respirazione raramente è stata misurata oggettivamente nei pazienti durante il corso della terapia. Gli autori riportano un nuovo metodo di training respiratorio che utilizza il biofeedback per insegnare alle persone come modificare quattro distinti parametri respiratori: incremento della ventilazione (Frequenza respiratoria x volume di emissione), irregolarità inter-respiro in frequenza e profondità, e respirazione toracica. Come illustrato da un caso, il feedback della respirazione può facilitarne il controllo volontario e ridurre i sintomi. Il monitoraggio della respirazione può fornire rilevanti informazioni su diagnosi, prognosi e risultati della terapia.

Anche nell'articolo "Voluntary hyperventilation in the treatment of panic disorder" (Meuret, Alicia Et Al, 2005) l'iperventilazione ha molti collegamenti teorici ed empirici con l'ansia e il panico. I test di iperventilazione volontaria sono stati applicati sperimentalmente per comprendere i meccanismi psicologici e psicofisiologici dell'ansia, e terapeutamente nel trattamento dei disturbi di panico. Dalla prospettiva della teoria dell'iperventilazione nell'ansia, la iperventilazione volontaria è utile a livello diagnostico per il clinico e a livello educativo per il paziente. Dal punto di vista teorico della teoria cognitivo-comportamentale l'iperventilazione volontaria è un modo per esporre i pazienti con disturbi di panico alle sensazioni connesse con il panico e far emergere pensieri catastrofici che necessitano di una ristrutturazione. Gli autori esaminano gli studi che hanno utilizzato training respiratori tra cui l'iperventilazione. Essi distinguono il ruolo dell'iperventilazione nella diagnosi, nell'educazione sui sintomi, nelle strategie di training respiratorio e nella misurazione dei risultati. Gli autori propongono come standardizzare le procedure legate all'utilizzo dell'iperventilazione volontaria.

NUOVO PROGETTO DI RICERCA

La ricerca che intendiamo predisporre ha l'obiettivo di verificare l'efficacia del training respiratorio (BR) e del rilassamento muscolare progressivo (RMP) (Jacobson,) in un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo di panico. L'ipotesi della ricerca riguarda l'efficacia o meno del training di respirazione all'interno di un protocollo di trattamento cognitivo comportamentale. Inoltre vogliamo verificare l'efficacia di tale training respiratorio in aggiunta ad una tecnica di rilassamento come il rilassamento muscolare progressivo. In particolare ci aspettiamo di trovare delle differenze significative tra i risultati del gruppo sottoposto al protocollo CBT e gli altri due gruppi sperimentali, nel senso di una maggiore efficacia del primo rispetto ai secondi due.

Come lo studio di cui si è discusso, (Schmidt et Al. 2000) la ricerca parte dalla selezione di un campione di pazienti in base ai corrispondenti ai seguenti criteri: a) diagnosi di

disturbo di panico con o senza agorafobia secondo i criteri del DSM IV, b) nessun cambio nel tipo di cura nelle ultime 12 settimane, c) nessuna evidenza di intenti suicidi, d) nessuna evidenza di abuso di sostanze, e) nessuna evidenza di presente o passata schizofrenia, disturbo bipolare o disordini mentali organici.

Il campione di pazienti (N=80), che volontariamente si presentano ad un servizio specialistico, dopo la diagnosi di disturbo di panico secondo i criteri del DSM IV con l'intervista strutturata, vengono casualmente ed equamente (20 per gruppo) assegnati ad uno dei seguenti quattro gruppi. CBT, gruppo che riceve come trattamento il protocollo di terapia cognitivo comportamentale senza il training respiratorio

CBT + BR, gruppo che riceve come trattamento il protocollo di terapia cognitivo comportamentale a cui viene aggiunto il training respiratorio

BR + RMP, gruppo che non riceve il trattamento cognitivo comportamentale, ma esclusivamente il training respiratorio insieme all'insegnamento di una tecnica standard di rilassamento chiamata "rilassamento muscolare progressivo"

WL, gruppo di controllo che non riceve alcun trattamento per le prime 12 settimane

Ogni gruppo è soggetto ad un trattamento che ha durata di 12 settimane, con una seduta settimanale di due ore ciascuno, per un totale di 24 ore complessive.

Il gruppo CBT riceve un trattamento che comprende 4 moduli di 6 ore ciascuno: a) educazione e correzione delle informazioni relative all'eziologia e mantenimento dei disturbi di panico, b) tecniche di terapia cognitiva che aiutano il paziente a individuare e fronteggiare i fattori che contribuiscono all'insorgere del panico, c) esercizi di esposizione interocettiva allo scopo di ridurre la paura del paziente rispetto alle sensazioni fisiche connesse al panico, d) istruzioni per condurre dal vivo la progressiva esposizione a situazioni ansiogene. Il gruppo CBT + BR, rispetto allo studio precedente, prevede maggiore tempo per sedute di respirazione. Anziché una sola ora come nello studio precedente, vengono effettuate 4,8 ore di training respiratorio, così come 4,8 ore per ognuno dei 4 moduli del CBT (per un totale complessivo di 24 ore).

Il gruppo BR + RMP riceve un trattamento uguale di durata complessiva (24 ore) ma che contempla solo l'utilizzo di training respiratorio (12 ore) e protocolli di rilassamento muscolare progressivo (12 ore). Il training respiratorio viene effettuato con il metodo del biofeedback e monitorando quattro distinti parametri respiratori : incremento della ventilazione (Frequenza respiratoria x volume di emissione), irregolarità inter-respiro in frequenza e profondità, e respirazione toracica (Meuret, Alicia Et Al., 2004) Il gruppo WL è il gruppo di controllo che non riceve alcun trattamento per le prime 12 settimane.

Inoltre per tutti i partecipanti ai gruppi, al termine di ogni settimana di intervento, si valuta con un questionario self-report il livello di aderenza e il tempo impiegato per svolgere i compiti a casa (homeworks) distinti a seconda che si tratti di tecniche cognitive-comportamentali oppure respiratorie e di rilassamento.

Viene somministrata a tutti i pazienti sia in baseline che al termine del trattamento che in follow-up (6 e 12 mesi dopo il termine del trattamento) una batteria di test per indagare le maggiori dimensioni psicologiche legate al panico. In particolare utilizziamo:

Multicenter Panic Anxiety Scale (MC-PAS) (Shear et al., 1997), una scala da intervista semistrutturata che include la frequenza del panico e l'intensità, l'ansia anticipatoria e l'impedimento nel lavoro e nei rapporti sociali Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale (SPRAS). (Sheehan 1983), una scala self report per l'intensità dei sintomi ansiosi Mobility Inventory (MI). (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, & Williams, 1985). Una scala per valutare la componente fobica, comprende due sottoscale: se da soli oppure accompagnati

Sheehan Disability Scale (SDS). (Ballenger et al., 1988). Una misura self-report dell'impedimento costituito dal problema formata da quattro item. Beck Depression Inventory (BDI). (Beck & Steer, 1993). Una misura attendibile e ben valicata dei livelli di depressione.

A queste misurazioni aggiungiamo la misura per i gruppi CBT + BR e BR + RMP di quattro distinti parametri respiratori misurati all'inizio e alla fine del trattamento: incremento della ventilazione (Frequenza respiratoria x volume di emissione), irregolarità inter-respiro in frequenza e profondità, e respirazione toracica (Meuret, Alicia Et Al., 2004).

Analisi

Saranno valutate le differenze between group prima del trattamento e gli effetti dei trattamenti diversi, utilizzando modelli di regressione random-effects.

L'analisi dei dati sarà volta a verificare la presenza di differenze statisticamente significative tra i gruppi sperimentali e il gruppo di controllo. In particolare ci si aspetta di trovare, secondo lo studio precedentemente illustrato (Schmidt et Al. 2000), una maggiore efficacia del trattamento CBT rispetto sia a CBT + BR che rispetto a BR + RMP. L'analisi che effettueremo sarà l'Analisi della Varianza confrontando i dati pre e post il trattamento tra il gruppo di controllo e i gruppi sperimentali. Allo stesso modo verrà condotta un'analisi della varianza tra i dati post trattamento e quelli del follow up tra il gruppo di controllo e quelli sperimentali, per valutare se eventualmente c'è un perdurare dell'effetto dovuto ai trattamenti anche a distanza di tempo.

dott. Ausilio Roberto, Psicologo
Centro Mandàla
per appuntamenti:
cell. 328/4645207
www.centromandala.info