

CON IL PATROCINIO DI



FONDAZIONE
FABRIZIO DE ANDRÉ
ONLUS



I seminari degli Amici della mente

**Capire e prevenire il disagio psicologico
attraverso le canzoni di Fabrizio De André**

L'ANSIA E IL DISTURBO DA ATTACCI DI PANICO

Dr. Gabriele Catania

Il rapporto tra ansia funzionale e ansia disfunzionale

L'ansia non è sempre uno svantaggio. C'è un'ansia funzionale che è quella che ci permette di affrontare con la necessaria concentrazione e attenzione i nostri problemi e un'ansia disfunzionale che invece ci complica la vita e che può creare una sofferenza psicologica tale da richiedere l'intervento di uno specialista.

- ◉ Le persone che soffrono di ansia patologica riferiscono di paure specifiche e ricorrenti che riconoscono come “atteggiamenti mentali irrazionali” ma che non riescono a controllare.
- ◉ Sono i sintomi specifici dell'ansia e la paura di questi sintomi a creare disabilità e a incidere negativamente sulla qualità della vita di questi pazienti.

Ansia e rendimento (1)

Esiste una relazione, studiata già nel 1908 da Yerkes e Dodson, tra l'ansia e il rendimento che può aiutare a farci comprendere gli effetti facilitanti e debilitanti dell'ansia normale. Nel caso in cui ci si stia impegnando a risolvere un compito che richiede una certa abilità, il rendimento migliora quando cominciano ad aumentare l'attenzione e la vigilanza; pertanto l'ansia inizialmente è un fattore facilitante della prestazione. Quando però i livelli di ansia superano questo livello ottimale la prestazione si riduce rapidamente.

Ansia e rendimento (2)

Un esempio calcistico può rendere più chiaro questo processo. Quando si dice che il calciatore “gioca meglio quando è psicologicamente carico” si descrive la fase positiva dell’ansia, quando invece si dice : “ha perso proprio la testa e non sta combinando nulla di buono” ci si riferisce al fatto che la troppa ansia ha prodotto un abbassamento del livello di prestazione.

Ansia e qualità della vita

I pazienti con disturbo d'ansia soffrono molto per gli effetti debilitanti della loro ansia eccessiva (ansia disfunzionale), in quanto pregiudica la loro abilità lavorativa e le loro relazioni interpersonali e limita le loro attività e opportunità.



Ansia e autodiscriminazione

La maggior parte delle persone che soffrono di disturbi d'ansia finiscono per peggiorare la loro condizione clinica perché hanno paura dell'ansia che provano. Oltre alla non conoscenza del problema che aumenta la loro paura, questa situazione è anche dovuta agli effetti del giudizio negativo che questi pazienti percepiscono nel modo con cui gli altri trattano la loro patologia. Si sentono **discriminati** per il fatto di avere un disagio psicologico e questo li porta a vivere il loro disturbo con un forte senso di vergogna. Finiscono così per **autodiscriminarsi**. Molto spesso sono queste le ragioni per le quali questi pazienti arrivano a chiedere aiuto dopo anni di sofferenza e dopo una serie di rinunce affettive, lavorative e sociali.

Gli aspetti clinici dell'ansia

Le persone con disturbo d'ansia sono **eccessivamente sensibili alla paura**:

- ◉ Hanno paura di avere un collasso fisico o mentale (nel **panico e nell'agorafobia**)
- ◉ Di ricevere un giudizio negativo (nella **fobia sociale**)
- ◉ Che accada qualcosa di male a loro o ai loro cari (**nell'ansia generalizzata**)
- ◉ Di arrecare danno a se stessi o agli altri (nel **disturbo ossessivo - compulsivo**)
- ◉ Di essere esposti a un danno, in realtà molto improbabile (nelle **fobie specifiche**)
- ◉ Temono il ricordo intrusivo di rivivere esperienze di pericolo (nel **disturbo post traumatico da stress**)

Il modello descrittivo del disturbo d'ansia di G. Andrews (1)



Questo modello mette in relazione alcuni elementi che possono spiegare in modo semplice cosa accade a chi soffre di un disturbo d'ansia.

Un primo elemento è costituito dai **fattori precipitanti**, ovvero gli eventi avversi della vita (lutti, perdita del lavoro, perdita del benessere economico o della propria sicurezza). Questi eventi vengono interpretati dal singolo soggetto attraverso il suo personale **sistema di valutazione** (il secondo elemento). Il modo attraverso il quale la persona valuta l'evento stressante determina il **livello di attivazione dell'ansia** (terzo elemento).

Il modello descrittivo del disturbo d'ansia di G. Andrews (2)



Il quarto elemento è costituito dalla **vulnerabilità individuale**. Possiamo dire che una persona che soffre di un disturbo d'ansia è come se avesse il sensore starato in basso del suo sistema di valutazione del pericolo e quindi il suo sistema di attivazione dell'ansia si innesca impropriamente. È come quando il sensore starato dell'antifurto di un'automobile si attiva per un semplice colpo di vento.

Ma come mai la persona che soffre d'ansia è troppo sensibile al pericolo?

Questo fatto è dovuto sia alla sua **vulnerabilità**, cioè ad alcune delle caratteristiche della sua personalità (ansia di tratto) che alla sua **capacità di fronteggiare le situazioni e i sintomi** (strategie di coping).

Il disturbo da attacchi panico (aspetti epidemiologici)

Tra i vari disturbi d'ansia, quello che ci permette di comprendere meglio il processo di costruzione della vulnerabilità individuale è il **disturbo da attacchi panico**.

Si stima che circa il 30-35% della popolazione generale abbia avuto esperienza di attacchi di panico, con una prevalenza che varia tra l'1,2 e il 2,4 %. Il che significa che in un anno circa un individuo su tre si ammala di disturbo di panico.

Il disturbo da attacchi panico (aspetti sintomatici)

Nella maggior parte dei casi l'attacco di panico si manifesta all'improvviso, come un fulmine a ciel sereno, mentre la persona sta svolgendo le sue normali attività quotidiane. I sintomi incipienti sono prevalentemente di tipo somatico:

- ⊙ Tachicardia
- ⊙ Sudorazione intensa
- ⊙ Fame d'aria (sensazione di non riuscire respirare)
- ⊙ Dolori al petto
- ⊙ Senso di svenimento
- ⊙ Tremori
- ⊙ Parestesie agli arti inferiori e/o superiori
- ⊙ Vampate di caldo o freddo
- ⊙ Vertigini o giramenti di testa
- ⊙ Nausea
- ⊙ Bocca secca
- ⊙ Tensione muscolare

Il disturbo da attacchi panico (sintomi psicologici)

Oltre ai sintomi fisici, durante l'attacco di panico si possono avvertire anche sintomi più propriamente psicologici:

- ⦿ Derealizzazione (l'impressione che l'ambiente circostante non sia familiare)
- ⦿ Depersonalizzazione (l'impressione di non riconoscere il proprio corpo o parti di esso)
- ⦿ La convinzione di essere sul punto di morire o di impazzire

Il disturbo da attacchi panico (aspetti comportamentali)

In genere, durante un attacco di panico, le persone reagiscono assumendo dei comportamenti tipici come:

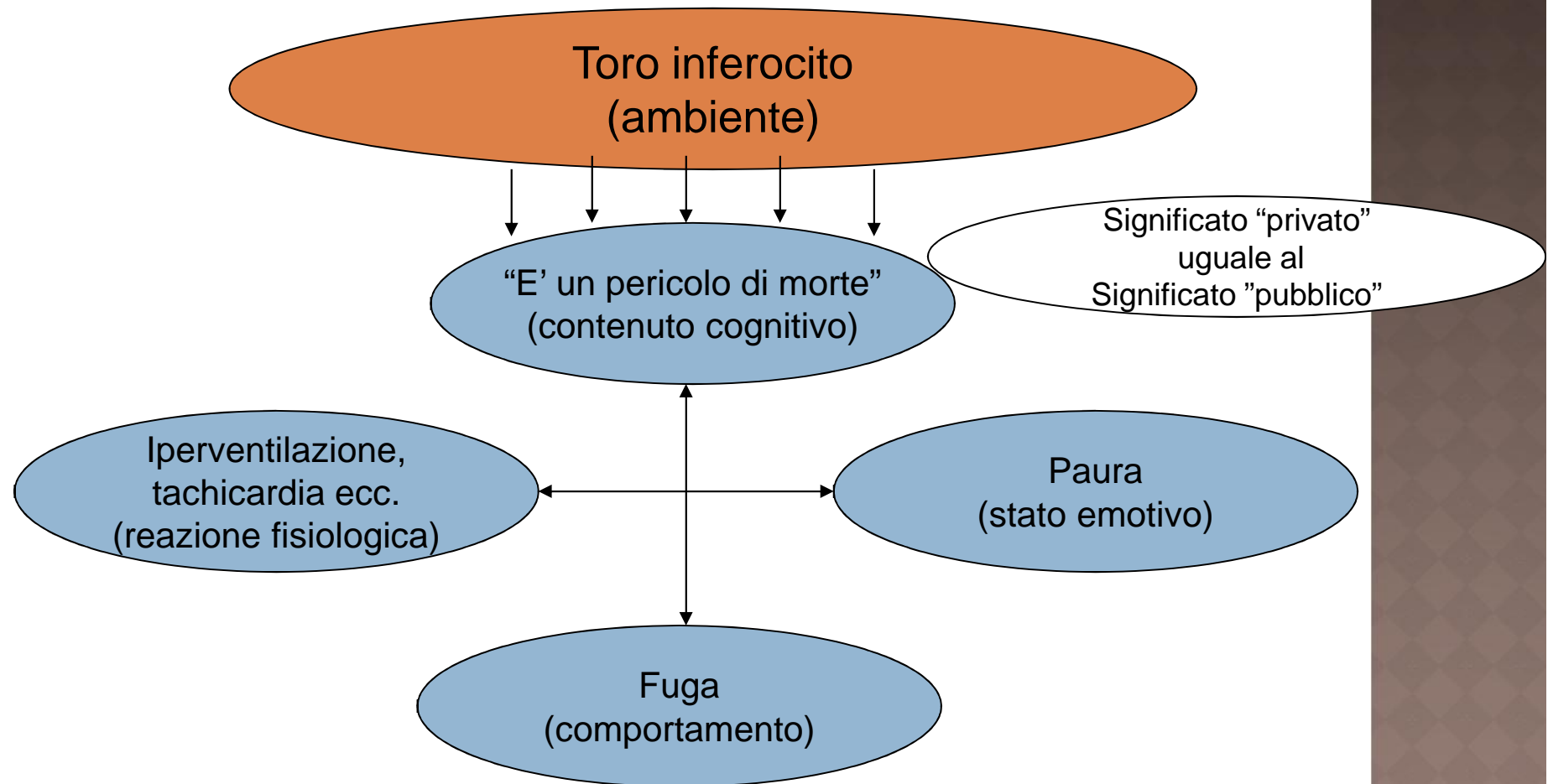
- cercare di allontanarsi dal luogo dove l'attacco è accaduto
- chiedere aiuto
- cercare di farsi portare in Pronto Soccorso
- richiedere la presenza rassicurante di persone affidabili
- cercare rifugio in luoghi ritenuti sicuri (come la propria casa)

Il disturbo da attacchi panico (atteggiamenti fobici e di dipendenza dalla rassicurazione)

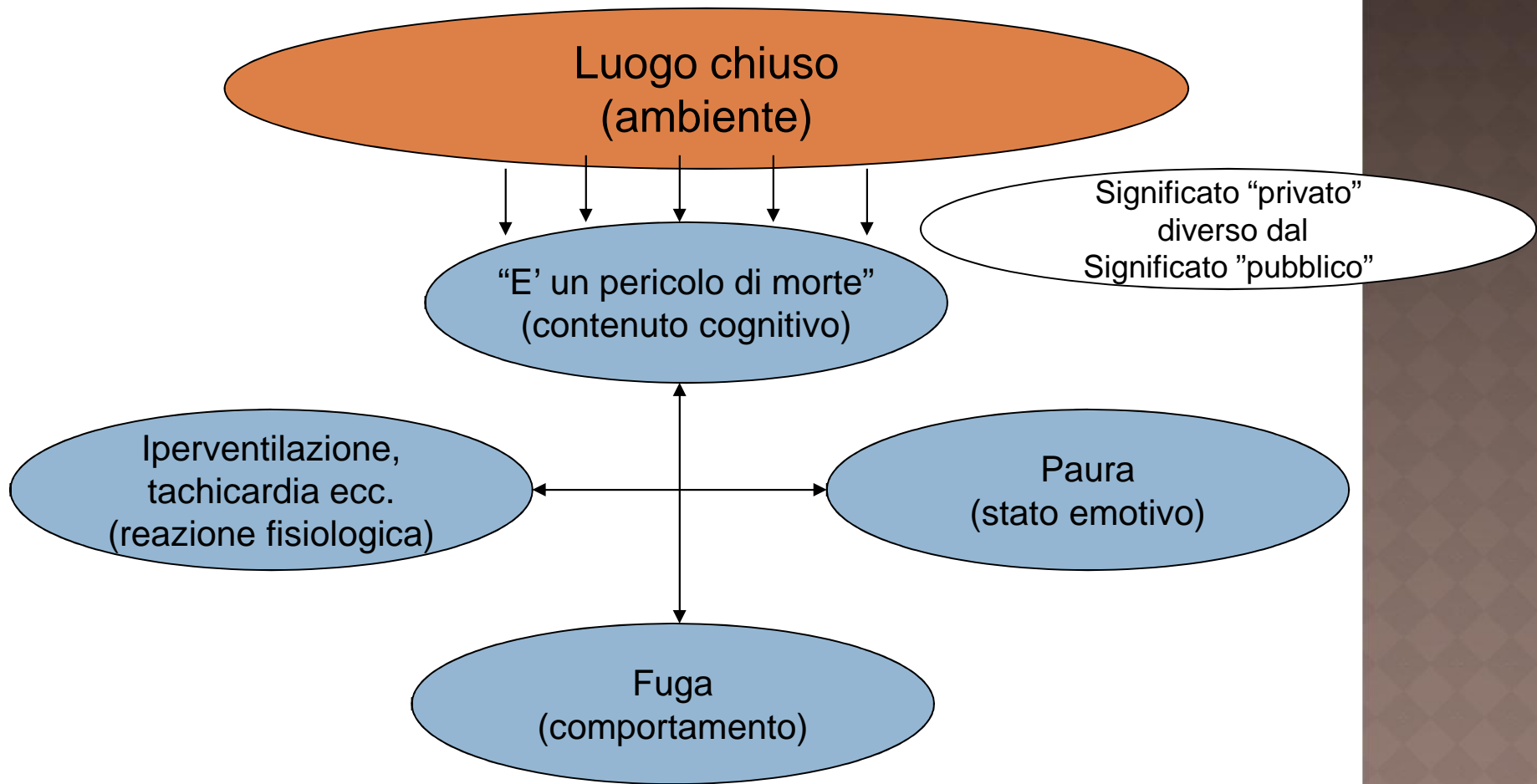
Dopo il primo episodio invece il paziente comincia a sviluppare altri atteggiamenti:

- ⊙ Un continuo stato di apprensione per la paura che l'attacco di panico possa ripresentarsi
- ⊙ Evitare prima i luoghi dove si sono avuti gli attacchi di panico e poi quelli dove si pensa che si possano avere
- ⊙ Dipendere dal bisogno di avere la vicinanza di altre persone come amici e parenti

LA REAZIONE “ATTACCO-FUGA” COME ESEMPIO NON PATOLOGICO DELL’ANSIA



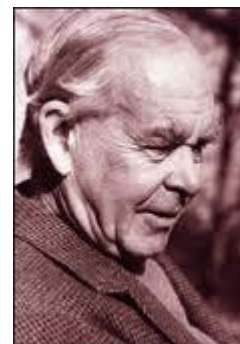
LA REAZIONE "ATTACCO-FUGA" COME ESEMPIO PATOLOGICO DELL'ANSIA



**LA SPIEGAZIONE CLINICA DEL DISTURBO DI PANICO
- LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO**

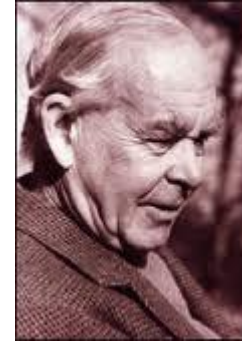


La spiegazione clinica del disturbo di panico. La teoria dell'attaccamento (la teoria)



Proprio per i suoi aspetti sintomatologici legati al bisogno di avere delle persone o dei luoghi “rassicuranti”, il disturbo da attacchi di panico e da agorafobia, si presta bene ad una spiegazione clinica che assume la prospettiva della teoria dell'attaccamento.

La spiegazione clinica del disturbo di panico. La teoria dell'attaccamento (la teoria)



La teoria dell'attaccamento proposta dallo psicoanalista John Bowlby nel 1969, si fonda sull'assunto che ogni individuo che si trova in una situazione di pericolo o di difficoltà tende a ricercare la vicinanza protettiva di un altro membro del suo gruppo sociale. Bowlby si è accorto come i cuccioli degli animali superiori manifestano questo bisogno in modo naturale e istintivo fin dai primi momenti della loro esistenza soprattutto nei confronti di uno specifico individuo del suo ambiente accuditivo. La scelta ricade sempre sull'individuo, solitamente la madre, dalla cui presenza, accudimento e tutela dipende la sua sopravvivenza. Così il piccolo stabilisce il suo primo rapporto affettivamente significativo allorché individua e riconosce la sua figura di attaccamento

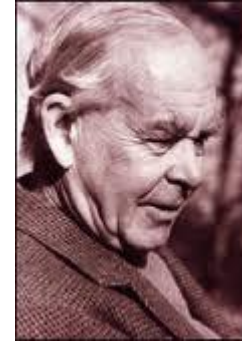
La spiegazione clinica del disturbo di panico. La teoria dell'attaccamento (i principi)



Secondo i principi della teoria dell'attaccamento il piccolo associa delle emozioni specifiche al tipo di risposta che riceve dalla figura di attaccamento secondo il seguente schema:

- ⦿ **Sicurezza** quando riesce a conseguire la prossimità protettiva
- ⦿ **Paura** se i suoi bisogni di prossimità vengono delusi
- ⦿ **Gioia** quando dopo una breve separazione si ricongiunge nuovamente alla figura di attaccamento
- ⦿ **Tristezza** se viene separato per troppo tempo dalla figura di attaccamento

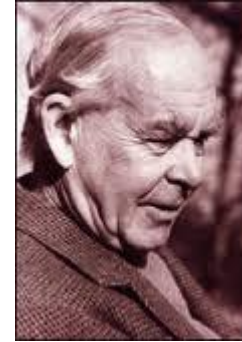
La spiegazione clinica del disturbo di panico. La teoria dell'attaccamento (la figura di attaccamento)



Secondo Bowlby (1982, 1989) il bambino sceglie la figura di attaccamento (FdA) riconoscendo tra gli adulti quello che più frequentemente e meglio:

- Lo consola quando è triste
- Lo rassicura quando è spaventato
- Lo nutre sul piano fisico e affettivo
- Lo accoglie sempre

La spiegazione clinica del disturbo di panico.
La teoria dell'attaccamento
(la rappresentazione interna del Sé)



L'importanza della figura di attaccamento nello sviluppo psico-emotivo dell'individuo è attualmente riconosciuta dalla stragrande maggioranza delle scuole di psicoterapia. In essa si riconosce il principio secondo cui ogni essere umano si costruisce un'idea di ciò che è, quella che viene definita la **“rappresentazione interna del Sé”**, attraverso la relazione con gli altri. Tra tutte le relazioni interpersonali le più importanti e determinanti per la costruzione della propria immagine di sé risultano essere quelle vissute nei primi anni di vita con le persone affettivamente significative.



La spiegazione clinica del disturbo di panico. La teoria dell'attaccamento (la Strange Situation)



Lo studio empirico della teoria dell'attaccamento è stato realizzato all'interno di una situazione sperimentale denominata *strange situation*, “la strana situazione”, descritta per la prima volta dalla psicologa canadese allieva di John Bowlby: Mary Ainsworth. Questa situazione sperimentale è riassumibile nel seguente schema:

La spiegazione clinica del disturbo di panico. La teoria dell'attaccamento (la situazione sperimentale)



- ◉ Un bambino di età compresa tra i 12 e i 18 mesi, viene accompagnato da una FdA (in genere la madre) in una stanza con una sedia e dei giocattoli, in cui entra anche una persona estranea. L'intero periodo di permanenza viene filmato; la FdA si siede sulla sedia e si osservano le interazioni del bambino con lei, con l'ambiente circostante e con la persona estranea
- ◉ La FdA si allontana dalla stanza e si studiano le reazioni del bambino alla separazione
- ◉ Dopo un breve periodo, al massimo tre minuti, la FdA ritorna nella stanza e si osservano le reazioni del bambino nel momento in cui si riunisce ad essa
- ◉ In un tempo massimo di mezzora, si ripetono brevi episodi di separazione e di riavvicinamento tra il bambino e la FdA

**La spiegazione clinica del disturbo di panico.
La teoria dell'attaccamento
(la relazione Bambino-Adulto)**



In base al comportamento del bambino nelle diverse situazioni osservate sono stati individuati diversi stili di attaccamento che negli studi successivi hanno portato a definire dei corrispondenti modelli di relazione Adulto-Bambino. In questi studi si è osservato che ad uno specifico stile di attaccamento del bambino corrispondeva un tipico modello d'approccio relazionale del genitore. Queste corrispondenze sono descritte nella tabella seguente:

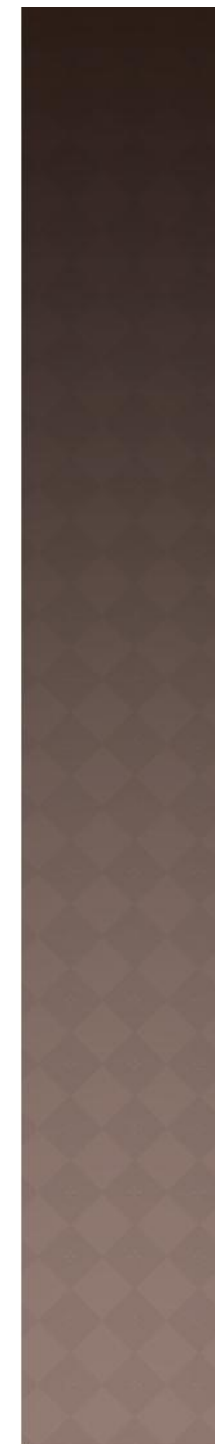
STILE DI ATTACCAMENTO	BAMBINO	GENITORI
SICURO	Protesta vivacemente per la separazione, si calma immediatamente al momento della riunione, accoglie l'abbraccio della FdA come fonte sicura e immediata di conforto, riprende ad esplorare l'ambiente.	Stabilmente disponibili a rispondere alle richieste di vicinanza; sensibili ai segnali di disagio e alla richiesta di cure e di aiuto; capaci di dare sicurezza.



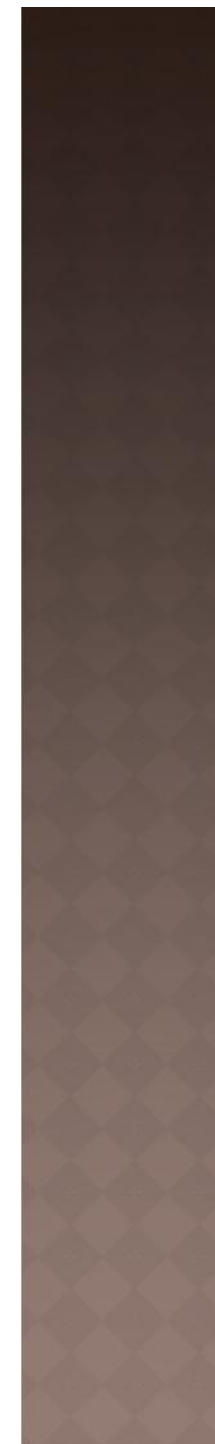
STILE DI ATTACCAMENTO	BAMBINO	GENITORI
ANSIOSO-EVITANTE	Evita il contatto o la prossimità con la FdA; abitualmente inibisce ogni espressione emotiva connessa al legame; è un bambino che “basta a se stesso”	Stabilmente indifferenti o ostili verso le esigenze del bambino.



STILE DI ATTACCAMENTO	BAMBINO	GENITORI
ANSIOSO-RESISTENTE O AMBIVALENTE	Formula richieste eccessive di vicinanza alla FdA; non accetta separazione da essa; non si lascia consolare o rassicurare quando si ricongiunge ad essa; è un bambino “attaccato alla gonna della madre”.	Intrusivi e imprevedibili nel rispondere alle esigenze del bambino.



STILE DI ATTACCAMENTO	BAMBINO	GENITORI
DISORIENTATO - DISORGANIZZATO	Mostra confusione e disorientamento nella ricerca dei rapporti interpersonali; alterna il bisogno di un'intensa relazione a momenti di isolamento; attiva contemporaneamente sia comportamenti di ricerca di prossimità con la FdA che comportamenti antitetici di allontanamento. È un bambino "indefinibile".	Gravemente confusi e disorientati, spesso maltrattano il bambino e non lo accudiscono



La spiegazione clinica del disturbo di panico.

La teoria dell'attaccamento (stile di attaccamento e specifici disturbi psichici)

L'attaccamento insicuro nell'infanzia non deve essere interpretato come una causa di psicopatologia ma come un fattore di rischio che può favorire una determinata patologia. L'osservazione clinica ha comunque permesso di individuare una serie di evidenze tra alcuni stili di attaccamento e alcuni specifici disturbi. Tali collegamenti sono riassunti nella seguente tabella:



La teoria dell'attaccamento (stile di attaccamento e specifici disturbi psichici)

STILE DI ATTACCAMENTO

ATTACCAMENTO ANSIOSO-EVITANTE

È il modello di relazione e di immagine di Sé frequentemente osservata in soggetti che soffrono dei DISTURBI DELL'AREA DEPRESSIVA, quali alcune Depressioni, personalità Schizoidi, alcune malattie psicosomatiche

ATTACCAMENTO ANSIOSO-RESISTENTE O AMBIVALENTE

È il modello di relazione e di immagine di Sé frequentemente osservata in soggetti con DISTURBI DI AREA FOBICA, quali Ansia/Fobie, disturbi Ossessivo-Compulsivi, alcuni tipi di Disturbi Alimentari

ATTACCAMENTO DISORIENTATO - DISORGANIZZATO

È il modello di relazione e di immagine di Sé frequentemente osservata in soggetti con DISTURBI DELL'AREA DISSOCIATIVA, quali Disturbi dissociativi, Disturbi di Personalità Borderline, alcuni Disturbi Alimentari

La spiegazione clinica del disturbo di panico. Stile di attaccamento e disturbo di panico



Secondo Mario A. Reda la vulnerabilità psicologica di una persona che soffre di disturbo da attacchi di panico e da agorafobia può essere ricondotta all'aver sviluppato un attaccamento di tipo ansioso e iperprotettivo. In questo senso il rapporto che presumibilmente si è stabilito con la figura di attaccamento è stato tale da trasformare le normali paure infantili in pericoli immanenti.

La spiegazione clinica del disturbo di panico. Stile di attaccamento e disturbo di panico



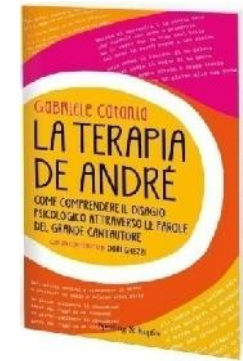
“Il genitore iperprotettivo e ipercontrollante invece di accompagnare il piccolo figlio o di stargli vicino nei luoghi naturalmente temuti, ne favorisce direttamente l’evitamento spesso per motivi personali, o indirettamente comunica ansie che, anche se trattenute, il bambino recepisce” (M.A.Redà 1986)

LA COMPRESIONE EMPATICA DEL DISTURBO DI PANICO

È difficile pensare che i problemi inerenti la psicopatologia possano essere realmente capiti se non si coglie l'aspetto l'emotivo della sofferenza psicologica; se non si è capaci di comprendere (nel senso di *prendere-con*) queste forme di disagio.

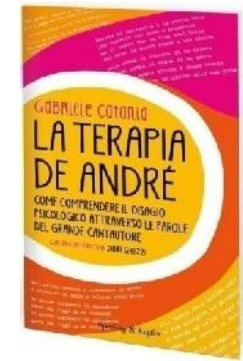
È l'empatia che ci permette di capire attraverso il canale emotivo ed è attraverso la musica, la poesia, la letteratura; l'espressione artistica in generale, che le emozioni fluiscono.

La comprensione empatica del disturbo di panico.



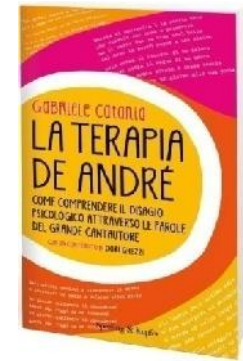
Ecco alcuni stralci significativi della storia di un gruppo di pazienti affetti da **disturbo di panico** tratti dal libro “*La terapia De André. Come comprendere il disagio psicologico attraverso le parole del grande cantautore*” (Gabriele Catania, Sperling & Kupfer, Milano, 2013).

La comprensione empatica del disturbo di panico.



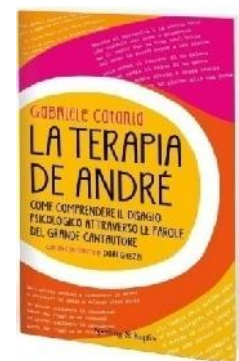
I brani si riferiscono ad un gruppo di pazienti in trattamento psicoterapeutico per il **disturbo da attacchi di panico e di agorafobia**. La terapia si protraeva da qualche mese e tra i pazienti si era già stabilita una relazione di reciproca comprensione e di vicendevole sostegno emotivo. Alcuni di loro avevano iniziato anche a frequentarsi fuori dal contesto terapeutico. Fu durante una seduta che l'intervento di una paziente mi fece pensare alla canzone di Fabrizio De Andrè "La ballata degli impiccati". Quella giovane signora dopo aver ascoltato la descrizione, fatta da un altro partecipante al gruppo, del senso di mancanza d'aria che aveva provato durante un attacco di panico, paragonò quell'esperienza a quella di un impiccato. Così mi chiesi quali relazioni potessero esserci tra gli impanicati e gli impiccati raccontati da De Andrè.

Guariamo dal panico solo se lo comprendiamo appieno.



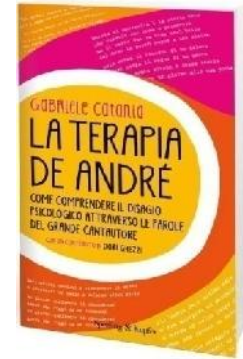
<< Io penso di sapere cosa ti ha fatto stare meglio. A noi manca chi ci può capire veramente, chi può comprendere fino in fondo il nostro malessere. Solo chi ci è passato può davvero conoscere la nostra sofferenza. [...] Il panico ti viene quando non ti senti compreso, ti sembra di essere solo, sperduto e impotente. Ma come disse Proust :‘Noi guariamo dalla sofferenza solo provandola appieno’>>

Il panico è un dono.



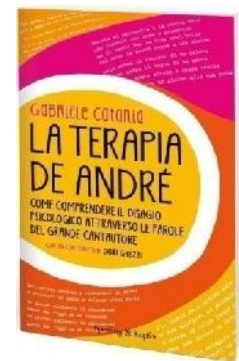
<< Marco ha detto che si è sentito meglio quando Francesca è stata male mentre lui raccontava del suo attacco di panico perché finalmente si è sentito compreso. Ha avuto la prova che qualcuno stava condividendo appieno la sua sofferenza. Mi chiedo se è possibile considerare anche questo un effetto positivo del panico. Un dono, come dice Giovanni Allevi>>.

La sofferenza non compresa.



Intervenire di nuovo Giacomo, che si era già scagliato contro quelli che colpevolizzano chi soffre di panico: <<Vi ricordate la storiella che ci ha raccontato qualche seduta fa il dottore? Due ragazzi perdono il tram per andare a scuola, uno perché aveva una caviglia slogata, l'altro perché aveva avuto un attacco di panico. Il primo viene consolato, il secondo viene sgridato come se non avesse voluto andare a scuola. È ingiusto. Non dobbiamo permettere a nessuno, neanche a noi stessi, di giudicarci male perché abbiamo un problema psicologico>>.

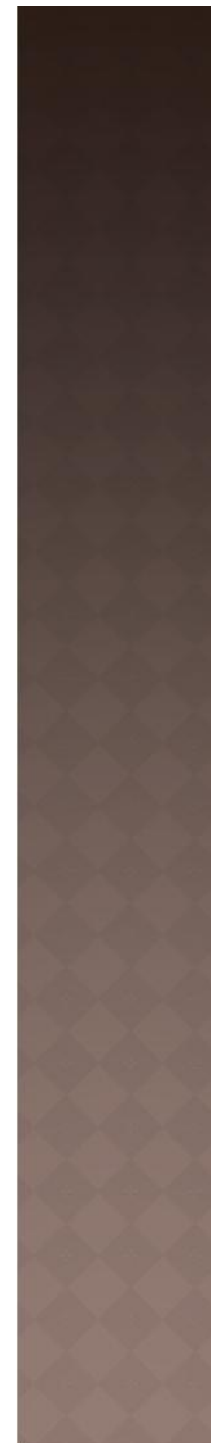
Il panico e “La ballata degli impiccati”.

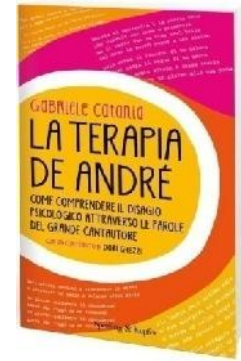


Cristina ripropose la similitudine tra i sintomi fisici degli impiccati e quelli degli ”impanicati”: <<Credo che le sensazioni siano le stesse: il senso di soffocamento, l’idea di morte imminente, il senso di impotenza>>. <<Sono d’accordo>>, aggiunse Giacomo , <<e nella canzone queste sensazioni sono ben descritte. Per esempio ‘l’aria divenne stretta’ coglie il senso della fame d’aria che tutti noi abbiamo sperimentato, mentre ‘tirando calci al vento’ esprime l’impotenza di cui parlava Cristina. Ma soprattutto ‘La ballata degli impiccati’ racconta la sofferenza incompresa, incompresa dalle persone che accettano quella morte con indifferenza, per effetto di un giudizio, la stessa cosa che succede a noi>>

Ascoltiamo questa canzone

La ballata degli Impiccati





“La ballata degli impiccati” e “La ballata degli impanicati”

Dalle riflessioni sulle analogie tra la storia clinica dei pazienti in cura per il disturbo da attacchi di panico e la canzone: ***La ballata degli impiccati*** scritta da Fabrizio De Andrè e Giuseppe Bentivoglio, è nata una rielaborazione di questo brano dal titolo: ***La ballata degli impanicati***. In esso si è cercato di sintetizzare i temi relativi all’esperienza clinica del panico a partire dai casi trattati in psicoterapia.

Questa canzone ha avuto il patrocinio morale della “Fondazione Fabrizio De Andrè onlus” ed è contenuta in un Compact Disc pubblicato in proprio dalla “Associazione Amici della mente onlus”. Lo scopo di questo progetto musicale è esclusivamente quello di promuovere la prevenzione del disagio psicologico.



Faber in mente

Ensemble Faber in Cluster



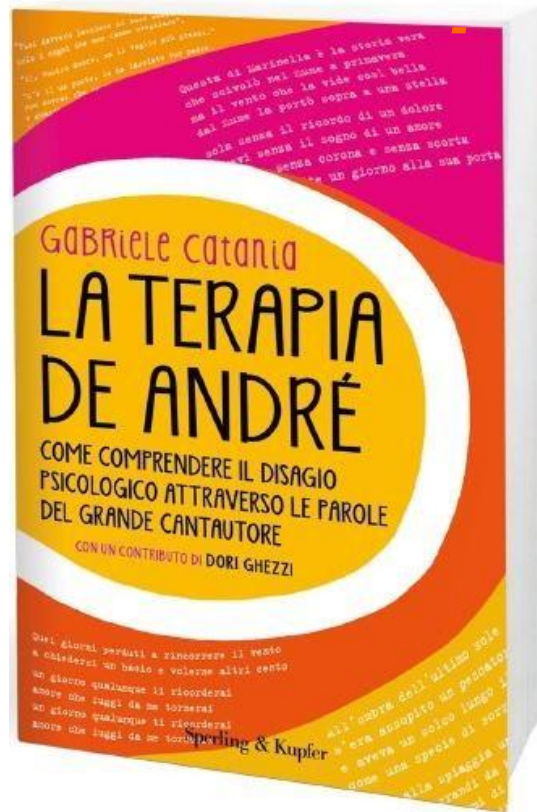
Ascoltiamo questa canzone

La ballata degli Impanicati



Fabrizio De Andrè ha espresso il desiderio che le sue canzoni fossero usate per favorire dei cambiamenti concreti. Questo libro ha cercato di contribuire alla realizzazione di questo suo desiderio utilizzando la sua opera per promuovere un progetto di prevenzione nell'ambito della salute mentale.

Ho trovato interessante scoprire come il pensiero di Fabrizio possa trovare un'utilità concreta in attività che hanno come scopo quello di aiutare le persone in difficoltà. Memore della sua <<ansia di giustizia sociale>> sono felice che parte dei suoi ideali e delle sue speranze vivano e alimentano progetti come questo, a favore di nuovi orizzonti.



- Dori Ghezzi