

COLECTIA AJUTA-TE SINGUR – Nr. 1

Dr. RADU VRASTI

AJUTA-TE SINGUR IN CAZ DE ATAC DE PANICA:

“VERONICA”

www.vrasti.org

2014

Cuvant inainte

Aceasta carte deschide seria cartillor “ajuta-te singur”. Ele sunt destinate persoanelor avand problemele care fac obiectul fiecarei carti in parte. Astfel de carti sunt de natura sa imbunatateasca capacitatea fiecaruia de a identifica si depasi problema respectiva, de a deveni mai competent si de a accede la o calitate superioara a vietii. Aceste carti nu elimina necesitatea consultarii unui specialist atunci cand aceasta problema este severa si nu poate fi depasita de unul singur. Dar chiar si asa, o astfel de carte aduce un beneficiu aditional oricari consilieri/terapii facute de un specialist.

Am scris aceasta carte cu gandul la pacientii cu atacuri de panica, care cauta de cele mai multe ori cu disperare un ajutor calificat, proiectand reponsabilitatea altora, si cu gandul la profesionisti care cauta de multe ori sa “profite” de aceasta pentru a tine pacientul legat de ei si astfel sa permanentizeze beneficii materiale care sunt lipsite de etica. Deci cartea se adreseaza deopotrivă pacientilor si profesionistilor cu indemul de a se “ajuta singuri” sa descopere rolul lor adevarat in aceasta relatie. In aceste sens, ea doreste demistificarea relatiei intre un profesionist si pacientul lui cu atacuri de panica, democratizarea acestei relatii astfel incat sa o faca realmente reciproca, adica sa o plaseze pe un drum cu doua sensuri pe care sa circula mai ales cu consideratie si respect.

Cartea este scrisa prin ochii unei persoane cu atacuri de panica astfel ea devine mai prietenoasa si accesibila. Autorul invita pe utilizatori sa o citeasca on-line, sa o tipareasca, sa o dea la altii, cartea este intr-un fel proprietatea celui care o citeste si vrea sa o aibe. Totusi exista o singura dorinta ca atunci cand este folosita ca intreg, doar parti din ea sau cand este citata, sa se indice autorul si sursa: Dr. Radu Vrasti, www.vrasti.org. Nostim a fost ca nici o editura din Romania nu a fost interesata sa publice aceasta carte, lucru care mi-a aratat adevarata cale de a o aduce la lumina.

Orice intrebare, nelamurire sau solicitare de informatii aditionale va fi bine primita, la fel ca orice solicitare de terapie fata-in-fata sau pe internet.

Dr. Radu Vrasti, PhD
Iunie 2014
Kitchener, Ontario

VERONICA:

Ma numesc Veronica, am 34 ani, sunt contabilă la o firmă de asigurări, am un baiat de 8 ani, Viorel, sunt divorțată de 4 ani și locuiesc împreună cu baiatul meu într-un apartament cu trei camere.

Acum am să vă povestesc istoria problemelor mele de anxietate, mai precis istoria atacurilor mele de panică.

Totul a început în urmă cu 7 ani, într-o noapte, după ce am fost la o petrecere unde cred că am baut prea mult. Am ajuns acasă după miezul nopții, eram ametită și mi-era un pic greață, dar m-am culcat repede cu speranța că o să-mi treacă. Mi-e îmi place să mai beau câte un pic de alcool, în special vin alb, dar nu prea mult. La petrecerea aceea m-am simțit bine și am cam exagerat. Spre dimineață, cam pe la ora 5, încă nu era lumină, m-am sculat brusc, ametită, cu palpitații, tremor în tot corpul și cu batai rapide de inimă. Aveam o frică teribilă că o să mor, că o să fac un atac de inimă și nu știam ce să fac, parca eram confuză. Am vrut să mă ridic dar m-am simțit și mai rău așa că am rămas în pat cu perna ridicată, împietrită de frică. Sotul meu dormea lângă mine și nu și-a dat seama de ce se întâmplă cum mine, așa că l-am trezit și l-am rugat să-mi ia pulsul. I-am spus că am impresia că o să mor, că nu mă pot controla și l-am rugat să mă ducă la urgență. Până am ajuns la urgență, să fi trecut vreo 10 minute, starea mea nu s-a ameliorat, eram acoperită de transpirație, tremuram și nu mă puteam controla de loc. Dacă stateam în picioare aveam senzația că mă prăbusec în gol, iar ce vedeam în jur era ciudat, ca și cum te-ai uita printr-o lentilă care deformează forma obiectelor. Dar ce era mai rău erau bataile de inimă, tesiunea din mine și frică, frică că o să mor. M-au luat în primire surorile și apoi doctorul de gardă care m-a consultat repede, m-a întrebat dacă am mai avut asemenea stări și apoi a venit cineva cu un aparat montat pe un carucior și mi-a făcut o electrocardiogramă. Doctorul a citit înregistrarea electrocardiografică și apoi mi-a spus că să nu mă sperii că el nu vede nimic anormal pe această înregistrare decât o “tahicardie sinusală și foarte rare extrasistole”, adică în limbaj popular, nu vede decât o

frecvența cardiacă marită și foarte rare batai suplimentare ale inimii. Mi-a dat un calmant și m-a pus să stau în salonul acela, culcata, încă vreo două ore, conectată la un aparat care monitoriza activitatea inimii. În acest răstimp m-am liniștit, inima îmi batea normal, nu mai aveam transpirații, tremurături sau frică, mă gândeam că nu mi se poate întâmpla nimic grav atâta timp cât sunt în serviciul de urgență. La urmă, doctorul a venit din nou, mi-a indicat să mă duc la un cardiolog și mi-a explicat că o probă de efort și alte analize suplimentare sunt necesare pentru ca să am un diagnostic precis.

M-am întors acasă obosită, dar un pic liniștită de vorbele doctorului, însă în mintea mea se cuibărise o îndoială: dar dacă doctorul acela a greșit? Dacă am ceva grav și doctorul de la urgență a ignorat? Această îndoială era ca un gând circular care venea și pleca din mintea mea, mai presus de controlul meu. Era duminică și am stat mai mult pe o canapea cautând să-mi abat gândurile negre. Oricum eram foarte atentă la felul cum bate inima mea, parca încercam să o simt. Și așa a trecut acel weekend.

Luni m-am dus la serviciu, le-am povestit colegelor mele ce mi s-a întâmplat și fiecare din ele și-a dat cu părerea, unele că nu am nimic, altele că trebuie să mă caut, unele care cunosc un caz similar, altele care s-au oferit să-mi recomande un doctor. Toate aceste comentarii nu au făcut decât să mă sperie mai mult. Când am ieșit de la serviciu, m-am dus direct la medicul meu de familie să mă consulte. Pe măsura ce mă apropiam de cabinetul lui inima îmi batea mai tare și simteam fiori reci pe piele. Doctorul m-a ascultat, m-a consultat, a repetat electrocardiograma și în final mi-a spus că nu găsește nimic anormal. El știa că eu sunt o bautoare mare de cafea și am probleme cu somnul, adică adorm greu și sunt sensibilă la orice zgomot. Mi-a recomandat să iau Distonocalm și să beau în a doua parte a zilei un ceai calmant de plante. Așa că nu m-am mai dus la specialistul cardiolog. M-am simțit un pic mai liniștită gândindu-mă că medicul meu de familie este un om așa de înțelegător, bun și accesibil.

Peste vreo 10 zile am avut din nou aceleași simptome. Ele au apărut brusc când eram la sala de fitness. După o zi aglomerată la serviciu, colegile au hotărât să meargă la sala să facă zumba pentru relaxare și au insistat să merg și eu, în ciuda protestelor mele. Am dansat mult pe muzică rapidă și aproape de sfârșitul orei am simțit deodată că ametesc, inima a început să bata tare, ceva mă strângea de gât și nu mă lăsa să am aer suficient, corpul îmi tremura, un fel de tremor mai mult interior și mă cuprins o

frica cuplita că o să mor, că nu e nimeni calificat să mă ajute, că mă fac de ras în fața celorlalți, că le-am stricat ziua, etc. Colegele de sală m-au culcat pe o saltea, m-au stropit cu apă și m-au întrebat dacă să mă duc la spital. Am refuzat, am telefonat sotului și m-a dus acasă. Treptat mi-am revenit și primul gând a fost să nu mai neglijez și să mă duc la cardiolog.

A fost destul de greu să aleg un cardiolog, am întrebat în stângă și în dreapta ca să află de un cardiolog bun și în final m-am dus la un centru special de cardiologie din orașul nostru. Medicul m-a consultat cu atenție, m-a ascultat la inimă și mi-a făcut o ecografie la inimă. M-a trimis la alt cabinet unde am făcut proba de efort, adică o electrocardiogramă după un efort standard la o bicicletă ergometrică și a doua zi mi-am făcut alte analize recomandate. Cam la două zile după aceea, m-am văzut din nou cu medicul cardiolog în așteptarea verdictului. Eram emoționată, cu o senzație de strângere la gât care nu mă lăsa să am destul aer, așa că oftam adânc din când în când. Medicul m-a privit cu un zâmbet și mi-a comunicat că nu am nimic la inimă și că, probabil, simptomele apar din cauza unei “labilități neurovegetative”, adică a unei reactivități particulare a inimii din cauza că beau multă cafea și am stress la lucru. Mi-a recomandat niste medicamente inofensive, să reduc cafeaua, să caut să mai slabesc vreo 3 kg, să merg pe jos 30 minute în fiecare zi și să vin la control după 3 luni.

Nu știu de ce dar medicul acesta nu m-a convins. Era evident că este un profesionist competent și cu multă experiență, are un bun renume la noi în oraș și în împrejurimi, dar în mintea mea stăruia un dubiu: dacă medical acesta greșește? Aflasem de la TV despre destule cazuri de malpraxis, firma noastră de asigurări este implicată în asigurarea medicilor pentru cazurile de malpraxis, așa că nu mă putea convinge nimeni că medicii nu pot greși. La toate problemele mele cu presiunea de la serviciu, teama de restructurare, problemele gospodărești de care nu mă scutea nimeni, îngrijirea lui Viorel, care pe atunci avea doar 4 ani și trebuia dus și adus de la grădinița particulară unde stătea în timpul că eu eram la serviciu, se mă adăugase și grija față de sănătatea mea și frica de a nu mă îmbolnăvi grav și a deveni incapabilă să-mi duc sarcinile de mamă și soție mai departe. Pentru mine sarcinile acestea sunt o problemă de datorie și de mandrie.

Viața a curs așa și așa, și după vreo două luni am patit-o din nou. Nu făceam nimic deosebit când deodată, ca un fulger pe cer senin, m-a apucat o frică de moarte cu

palpitatii si lipsa de aer, ameteli si tremor. In ciuda fricii, nu am spus la nimeni, am luat zahar cu apa si o pastila de Distonocalm, am stat nemiscata pe un fotoliu, pentru ca am citit ca nu trebuie sa faci efort cand ai o problema la inima, si simptomele au trecut incet, incet, dar au lasat in urma teama ca ceva totusi este. Asa ca atunci cand mi-a venit bine, m-am dus la alt cardiolog. Nu am spus la nimeni ce fac, m-am dus la spital intr-o dimineata, cunosteam o asistenta medicala care mi-a facilitat contactul cu un cardiolog care m-a vazut in spital si caruia i-am platit consultatia. Acesta mi-a ascultat cu atentie temerile legate de existenta unei boli ascunse de inima, m-a examinat, mi-a facut iarasi ecografie si electrocardiograma si la urma m-a trimis la un endocrinolog considerand ca toate problemele mele cu palpitatiile si frica sunt expresia unei tulburari endocrine. Lucrurile nu mergeau bine de loc, increderea in corpul si sanatatea mea scadea cu fiecare vizita la doctor. Acestea incepusera sa devina pe nesimtite o preocupare, devenisem mai atenta la discutii despre sanatate sau provocam in mod special astfel de discutii. Intre timp devenisem iritabila, era ca un fel de nerabdare in corpul si mintea mea.

M-am dus la endocrinolog. Era o femeie care m-a chestionat foarte amanuntit despre toate problemele mele actuale sau din trecut, mi-a spus ca suspecteaza tiroida ca si cauza a problemelor mele si m-a trimis sa-mi fac niste analize foarte laborioase ale hormonilor din sange si urina si o analiza speciala a functiei tiroidiene cu izotopi. Toate acestea au durat aproape o luna, dupa care m-am intors la ea. Rezultatele nu au fost concludente pentru o tulburare tiroidiana sau de alt fel, dar lucru acesta nu a convins-o pe doctorita si nici pe mine, asa ca am fost trimisa la un ginecolog sa ma vada. Adevarul este ca am cateodata tulburari de ciclu menstrual, dar nu pot sa spun ca acestea reprezinta o problema. Totusi am vazut si un ginecolog care mi-a spus ca nu este nimic notabil si m-a trimis inapoi la endocrinologa in a carei observatie am ramas mai mult timp si care mi-a vorbit de boli psihosomatice si de rolul unor schimbari benefice in stilul meu de viata.

Toata aceasta tevatara pe la medici si preocuparea fata de propria sanatate m-au facut sa nu mai pot face fata tuturor problemelor de acasa. Asa ca am vorbit de mai multe ori cu sotul meu si pana la urma am conchis ca cel mai bine este sa chemam pe soacra mea la noi, pentru o perioada, sa aiba grija de cel mic si sa ma mai degreveze pe mine de problemele gospodaresti.

In tot acest rastimp am mai avut vreo 2-3 crize de palpitatii, lipsa de aer si senzatie de moarte iminenta pe care le-am depasit in felul meu, sa nu spun la nimeni ca sa nu ma fac de ras si sa nu par slaba, dar numai eu stiu cat de greu a fost sa nu strig dupa ajutor. Norocul meu a fost ca s-au intamplat acasa. Si asa am invatat ca lucrurile sunt mai usor de indurat cand sunt acasa la mine decat daca aceste crize ma apuca altundeva. Asta m-a convins sa fiu atenta si precauta cand sunt in afara casei, cat de departe sunt de casa si sa evit deplasari mai lungi daca nu sunt insotita de sot sau de soacra mea. La aceasta s-a mai adugat si teama ca o sa ma fac de rusine in public, ca nu o sa ma pot stapani, ca o sa-mi pierd controlul si atunci cine stie ce o sa fac sau cum o sa arat. Daca o sa ma scap pe mine cand sunt lesinata?

Nu a trecut mult si am avut o noua criza. De data asta parca a fost mai rau ca niciodata. M-am dus la Mall sa trag o raita prin magazine si cand am intrat in holul mare, care era plin de lume, m-am cam intimidat si m-am impiedicat. Pentru o fractiune de secunda mi-am pierdut echilibrul si tot atunci parca mi-a sarit inima din loc si a luat-o la goana batand cu putere, foarte repede si de neoprit. O stare de frica teribila m-a cuprins de parca imi pierdusem mintile si lumea din jur a inceput sa para ireala, stranie, necunoscuta si atunci am avut senzatia ca am inebunit si ca nu mai pot sa ma controlez. De fapt nici nu-mi puneam problema controlului pentru ca eram purtata de aceste senzatii fata de care nu aveam nici o influenta. Nu aveam aer si corpul imi trepida si se acoperise de transpiratie rece. Gata, era ca si cum as fi fost in pragul mortii. M-am sprijinit de un perete si cateva femei au observat ca nu mi-e bine si m-au dus in spatele unui magazin sa stau culcata si au chemat salvarea. Nu am avut putere sa ma impotrivesc si asa am ajuns la urgenta. Dupa doua ore de stat acolo mi-au dat drumul acasa cu recomandarea de a ma duce la medicul de familie. Acest episod m-a facut ca in saptamanile urmatoare sa mai dau o tura pe la cardiolog, endocrinolog, ginecolog si in final la medical meu de familie cu aceleasi rezultate ca mai inainte, adica fara sa am un diagnostic care sa ma satisfaca.

Intre timp o stare de tensiune s-a instalat in familie. Desi ma intelegeam bine cu sotul, au aparut unele discutii mai fierbinti care se terminau mereu cu: esti nebuna...du-te si te cauta... Ma simteam umilita si neinteleasa. El a fost primul care mi-a sugerat ca "crizele" mele sunt de natura psihica, dar cine sa-l creada, pentru ca acestea erau totdeauna spuse la nervi. La asta se mai adauga si prezenta soacrei care se uita la

mine totdeauna reprobator ca și cum m-aș prefăce bolnavă ca să mă sustrag de la treburile gospodărești. A apărut apoi frica de a nu apărea aceste crize, un fel de frică de a avea frică. Nu mai puteam merge la Mall singură pentru că doar primul pas în holul acela mare îmi producea o senzație de batai de inimă la baza gâtului și frică de a nu avea o nouă criză de pierdere a controlului și de senzație de moarte iminentă. La fel, evitam pe cât posibil să mă mai duc la zumba sau în alte locuri care îmi aminteau de crizele care le făcusem acolo.

Pentru că nu eram multumită de rezultatele tratamentelor medicale, am început să mă documentez despre terapiile alternative și astfel m-am dus o perioadă la homeopat, iar apoi la un specialist în medicină naturistă. Dacă la început rezultatele au fost multumitoare, simțindu-mă mai încrezătoare, nu după mult timp crizele mele au apărut din nou, chiar dacă nu de amploarea celor de mai înainte. Devenisem sensibilă, cel mai mult în locurile care erau departe de casa, în locurile în care consideram că nu există posibilitate de a primi un ajutor în caz că mi se întâmplă ceva și, mai nou, în locuri înguste sau pline de lume, precum în autobuze sau tramvaie aglomerate. La fel, nu mă simteam în largul meu dacă eram singură în lift. În toate aceste locuri mă simteam pierdută, cu un fel de lipsă a controlului pe care nu pot să o elaborez în mai multe cuvinte. De fapt anticipam tot felul de pericole la care aș putea fi expusă în aceste locuri și eram foarte atentă la orice întâmplare nefericită care se petrecea în acele locuri și care să-mi justifice fricile mele.

Singurul om care s-a purtat cu blândete și înțelegere a fost medicul meu de familie, care cu tact și răbdare m-a făcut să accept treptat, treptat, că nu am nimic organic și că toată problema mea este de natură psihică și se cheamă “atac de panică”. El m-a făcut să înving toate rezistențele mele și să înțeleg că oricât de bun ar fi medicul sau terapeutul tău, suferința pacientului nu poate fi înlocuită de nimeni. El mi-a recomandat să mă duc la un medic psihiatru. La început nici nu am vrut să aud, pentru că aceasta însemna să fiu de acord cu etichetele pe care fostul meu sot, de care divorțasem de câteva luni, mi le puneă din ce mai des în ultimele luni de convietuire.

Astfel am ajuns să-l cunosc pe medicul meu psihiatru, îmi place să-i spun medicul meu pentru că el mi-a dat sentimentul că este cu mine în toate ipostazele suferinței mele. Îmi place să știu că am pe cineva cu care pot să vorbesc fără să-mi fie

rusine de ce simt și gândesc, fără să cred că aceasta mă va pune într-o situație de inferioritate. Dar nu a fost așa de la început, a trebuit să avem mai multe întâlniri până când s-a instaurat această relație dintre noi. Ce a contat foarte mult a fost că, spre deosebire de ceilalți medici, timpul acordat consultației nu a fost niciodată mai mic de 50 minute.

Primele două întâlniri, la distanță de o săptămână, au fost dedicate evaluării simptomelor, punerii diagnosticului și alegerii tratamentului medicamentos. Astfel am aflat că diagnosticul meu este de tulburare de panică cu agorafobie. Următoarele două întâlniri, la distanță de două săptămâni una de alta au fost destinate evaluării evoluției clinice și a rezultatului terapiei medicamentoase. După ultima vizită, medicul meu psihiatru mi-a propus să facem o psihoterapie specifică tulburării de panică pentru consolidarea rezultatului obținut. El mi-a prezentat faptul indubitabil că asocierea terapiei medicamentoase cu terapia psihologică este superioară fiecăreia în parte și că studiile internaționale au demonstrat că prin această asociere se obțin rezultatele cele mai robuste pe timp îndelungat.

În această carte, pe care o scriu împreună cu psihiatrul meu, este vorba de felul cum am înțeles că suferința mea este de origine psihică și se numește atac de panică, de felul cum se recunoaște și tratează, care sunt așteptările reciproce între pacient și medic/terapist și ce am învățat pentru ca să fiu competentă să anticipez și să depășesc cu bine atacurile de panică. Este vorba de diferite tehnici sau deprinderi care se constituie într-un set de cunoaștințe care sunt indispensabile pentru ca o persoană ca mine, care suferă de atacuri de panică, să lupte cu succes împotriva lor și să aibă parte de o viață liniștită care să-i permită să se bucure de ea.

Draga prietene, cartea aceasta te va învăța cum să te ajuti singură în caz de atac de panică, dar nu va înlocui niciodată rolul medicului psihiatru și/sau psihologului. Ea deschide de fapt ușa care duce la o înțelegere reciprocă și colaborare fructuoasă.

Cele scrise în această carte sunt valabile atât pentru femei cât și pentru bărbați care suferă de tulburarea de panică.



I. CE ESTE ANXIETATEA ȘI CE SUNT TULBURĂRILE ANXIOASE

Veronica: Primul lucru care l-am învățat de la Dr. R.V. a fost ce este anxietatea și care sunt tulburările anxioase. Astfel am putut să mă regăsesc în anumite descrieri sau să-i regăsesc pe alții pe care-i cunosc cu tulburări anxioase în diferite alte descrieri. A fost important să cunosc aceste descrieri pentru că astfel am putut să pun împreună trăiri și simptome care altfel erau destul de disparate în mintea mea și am putut să aflăm care este prototipul cu care se compară povestea unui pacient atunci când i se pune un diagnostic.

1. Ce se înțelege prin cuvântul anxietate: Conform Dictionarului explicativ al limbii române (DEX), anxietatea este o stare de neliniște exagerată, de așteptare încordată, de teamă nedeterminată, o frământare și grijă excesivă.

2. Diferența dintre anxietate și frică: În anxietate, neliniștea sau grija excesivă este relativ la ceva vag, distant sau chiar imposibil de indicat. De exemplu, cineva poate fi anxios cu privire la posibilitatea de a-și pierde controlul sau că ceva rău se va întâmpla, dar nu poate defini cu precizie ce se va întâmpla. Frica este o teamă direcționată către un obiect sau situație specifică, exterioară, precum frica de păianjeni, de serpi, frica de înălțime, frica de a vedea sânge, etc. În cazul anxietății, teama este direcționată mai mult spre interior, spre propria persoană. Frica este o reacție emoțională la o amenințare reală, pe când anxietatea este doar anticiparea unei amenințări. Frica îl face pe om să ia măsuri imediate, de a fugi sau de a lupta, pe când anxietatea îl face pe om doar să fie vigilent și să se pregătească pentru o acțiune sau să evite pericolul.

3. De câte feluri poate fi anxietatea: Anxietatea poate să se declanșeze situațional, iar răspunsul anxios este disproporționat de mare și nerealistic față de situația declanșatoare, de exemplu frica de a vorbi în public, frica de un examen, etc. Însă de cele mai multe ori, anxietatea este generată de ceva vag, distant, greu de identificat și atunci se numește anxietate liber flotantă. Se poate întâmpla ca anxietatea să fie declanșată la

anticiparea unei situații, ca în cazul temerii sau îngrijorării excesive față de ceea ce s-ar putea întâmpla curând.

Anxietatea poate avea diferite grade de intensitate, de la o anxietate minoră tradusă doar prin neliniște, îngrijorare, până la intensitate severă, așa cum se întâmplă într-un atac de panică. Ea poate fi și permanentă ca în cazul tulburării anxioase generalizate sau episodică ca în tulburarea de panică.

4. Anxietatea este însoțită de modificări fiziologice (de ritm cardiac, respirație, etc), psihologice (iritabilitate, manie, tensiune psihică, etc.) și comportamentale (comportament de evitare, retragere socială, etc.). Faptul că anxietatea este însoțită totdeauna de modificări fiziologice o face “credibilă”, ea există pentru că individul o simte, o trăiește la nivelul corpului, de aceea nu are cum să o nege.

5. Anxietatea cea de toate zilele: Anxietatea ca și frica, este o emoție pe care o experimentează toți oamenii în viața de toate zilele. Ea apare ca o reacție la diferiți stimuli, interni sau externi, și se poate spune că este normal ca oamenii să trăiască diferite grade de anxietate în funcție de reactivitatea individuală și de situația cu care se confruntă. Rolul anxietății din viața de toate zilele este același ca al oricărei alte emoții: să dea un semnal care să conducă la identificarea unei amenințări, la focalizarea atenției pe o situație sau obiect care poate fi amenințător, la resuscitarea resurselor energetice și psihologice ale individului care să-l conducă la o acțiune cu caracter adaptativ, funcțional, ceea ce se traduce prin rezolvarea problemei, evitarea situației sau căutarea ajutorului. Iată de ce oamenii care experimentează anxietate trebuie înțeleși în această perspectivă și nu blamați. Studii științifice riguroase au arătat că oamenii care experimentează anxietate au o viață mai lungă decât cei care nu experimentează anxietate, cu condiția ca să se elimine din această ecuație anxietatea patologică.

6. Privire evolutionistă asupra anxietății: Studiul comportamentelor animalelor arată că mai multe specii de animale prezintă reacții situaționale care pot fi asimilate anxietății pentru că sunt însoțite de modificări fiziologice și comportamentale asemănătoare omului anxios, precum frecvența cardiacă crescută, respirație rapidă,

neliniste, vigilența crescută, comportament de evitare sau fugă, etc. Așa cum au demonstrat oamenii de știință care se ocupă cu evoluția comportamentului animalelor și adaptarea lor la mediu, anxietatea este o emoție care pregătește animalele pentru a detecta și a face față amenințărilor care ar fi amenințat supraviețuirea speciei. La fel ca și la om, anxietatea și frica fac parte din sistemul de detecție a semnalelor amenințătoare din mediul inconjurător. Pe măsura ce animalele sunt mai complexe, această reacție de alarmă este mai nuanțată, mergând de la reacția de retragere, reacția de speriere sau de reacția “luptă-sau-fugi”, la modalități mai nuanțate, care la om au fost selectate genetic de-a lungul evoluției și care cuprind categorisirea și ierarhizarea pericolelor, anticiparea lor și modelarea răspunsului. Rafinarea răspunsului anxios la om s-a făcut cu prețul posibilității apariției unor manifestări care prin amplitudinea lor pot deveni maladaptative, patologice.

7. Anxietatea ca tulburare psihică: Anxietatea este patologică, adică devine o problemă de sănătate atunci când (i) intensitatea ei depășește nivelul convențional, normal, (ii) durata ei este disproporționat de mare față de situația care a produs-o, și (iii) interferează cu viața zilnică a subiectului, respectiv se constituie într-o problemă pentru viața familială, profesională și socială a acestuia. Există mai multe feluri de tulburări anxioase, fiecare din ele constituindu-se în entități clinice separate, respectiv au simptome și criterii de diagnostic specifice, evoluție clinică caracteristică, tratament particular și o răspândire diferită în populația generală. Studiile despre răspândirea tulburărilor anxioase au arătat că peste 25% din populația generală prezintă o tulburare anxioasă în decursul vieții.

7.1. Tulburarea de panică este caracterizată de apariția bruscă, neașteptată, a unei frici intense asemuie unei spaimă excesive, acompaniata de alte simptome, mai mult sau mai puțin caracteristice, dar fără o cauză evidentă. Este ceea ce se numește “atacul de panică”, atac care apare ca un fulger pe un cer senin. Acest episod durează de la câteva minute până la maximum 2 ore, după care starea emoțională a subiectului și simptomele care o însoțeau revin la normal. Simptomele caracteristice care însoțesc atacul de panică sunt: lipsa de aer, senzație de sufocare, bătăi rapide de inimă (palpitații), tremurături, transpirații, greață sau alte tulburări digestive, amețea, neliniște, dezorientare, fiori reci,

frica de moarte, frica de a inebuni sau de a pierde controlul. Cu toate ca apare pe “din senin”, atacului de panica i se pot descrie situatii sau locuri care i-au favorizat aparitia. Aceste situatii sunt apoi cu obstinatie evitate de subiect, pentru ca una din caracteristicile esentiale ale tulburarii de panica este frica lui de a avea un alt atac de panica, frica care-l conduce la un comportament de evitare a conditiilor/situatiilor care l-ar putea pune la risc. Aici este vorba de a-i fi frica de frica atacului de panica, frica inspaimantatoare de a pierde controlul, de moarte iminenta prin atac de inima sau atac cerebral, frica de a se face de ras, frica de a trai ceva ireal si straniu, de a nu inebuni.

In general se poate spune ca atacul de panica poate fi de trei feluri: (i) atacul de panica care apare total neasteptat si nelegat de nici o cauza evidenta; (ii) atacul de panica care apare imediat dupa expunerea subiectului la o situatie de care pare a fi legat si (iii) atacul de panica care este doar predispus de anumite situatii, externe sau interne subiectului, precum atacul de panica care apare intr-o incapare prea calda sau cel generat de o stare de slabiciune sau de ameteala sau cand subiectul este incapaere aglomerata cu prea putin oxigen, situatii care initiaza stare de panica prin faptul ca subiectul se simte sufocat. simptom asemanator cu cel din atacul de panica.

In general tulburarea de panica apare la varsta tanara si netratata continua in diverse intensitati multi ani, poate chiar toata viata subiectului. Frecventa atacurilor de panica variaza de la individ la individ, insa pentru a fi luate in considerare si tratate ca atare, un individ trebuie sa fi avut cel putin doua atacuri de panica in istoria recenta. Tulburarea de panica se insoteste frecvent cu alte tulburari anxioase (in special cu agorafobia) sau cu tulburarile ale dispozitiei (depresia, tulburarea bipolară). Aceasta intricare a doua tulburari distincte se numeste co-morbiditate. Prezenta comorbiditatii ridica probleme serioase de diagnostic, tratament si evolutie clinica si acestea sunt de competenta unui specialist in sanatate mentala.

Prevalenta pe an a tulburarii de panica, adica proportia indivizilor cu aceasta boala raportata la populatia generala, este in jur de 2,5% conform studiilor facute in Statele Unite si de 1,8% dupa studii facute in Europa. Cand se calculeaza prevalenta tulburarii de panica separate, pe sexe, femeile prezinta o prevalenta de doua ori mai mare decat barbatii. Aproximativ 1-2% din populatie are tulburare de panica “pura”, in timp ce 4-5% din populatie are tulburare de panica co-morbida cu alte tulburari, asa cum s-a

mentionat mai sus. Destul de frecvent se poate constata existenta tulburarilor anxioase in familia de origine a subiectului in cauza, mai ales la rudele de gradul intai.

7.2. Agorafobia. Cuvantul vine din greceste si inseaman frica de spatii deschise. In sensul in care profesionistii il folosesc, agorafobia inseaman frica de a avea atacuri de panica. In mod explicit, o persoana cu agorafobie va spuna ca ii este frica de situatiile sau locurile in care daca are nevoie nu poate sa scape sau daca are o problema de sanatate nu poate primi ajutor. Astfel, o persoana cu agorafobie va evita spatiile deschise, precum magazinele mari, sali de teatru sau cinematoraf, trenuri sau alte mijloace de transport in comun, tunele sau poduri cu deschidere mare, aglomerarile de trafic, locuri izolate, etc.sau chiar de a ramane singura acasa. Este vorba nu numai de frica de a nu putea beneficia de un ajutor ci si de frica ca alti oameni vor afla ca are aceasta frica. Cel mai adesea asemenea persoane isi construiesc o “zona de siguranta”, adica un perimetru in care cred ca sunt inafara pericolului sau isi desemneaza “persoane de siguranta”, adica persoane cu care pot strabate zone de risc fara frica de a fi in pericol (sotul/sotia, un prieten, etc.). Nu de putine ori, persoanele cu agorafobie anticipeaza frica de anumite spatii sau situatii si acest fel de ganduri creaza anxietate fara ca subiectul sa fie plasat intr-o astfel de situatie. In felul acesta, anxietatea tinde sa devina permanenta, atat in locuinta persoanei, cat si inafara ei.

Agorafobia se insoteste cel mai des cu atacurile de panica, simptomele uneia intricandu-se cu ale celeilalte iar evolutia lor clinica fiind una si aceeasi. Prevalenta agorafobiei in populatia generala este usor mai mare decat prevalenta tulburarii de panica, in jur de 2-5%, iar prevalenta agorafobiei cu atacuri de panica este de 20 ori mai mare decat prevalenta acestei afectiuni fara atacuri de panica. Datele diferitelor studii epidemiologice sunt destul de neclare din cauza ca granitile dintre aceste doua afectiuni sunt greu de trasat.

7.3. Fobia sociala este una din cele mai raspandite tulburari anxioase. Prevalenta ei intr-un an in populatia generala este in jur de 6% si de peste 12% pentru perioada intregii vieti. Ea implica teama excesiva insotita de sentimente de jena sau rusinea de a fi privit, examinat, cercetat, judecat sau evaluat atunci cand persoana este in fata altora

pentru a performa o activitate sau chiar atunci când este anonim și doar se află în trecere printr-un loc public. Frica aceasta este legată de credința că oamenii îl vor judeca nemilos și îl vor găsi slab, ridicol, stupid, sau doar anxios, situație care îi se pare de nesuportat. Această frică este de cele mai multe ori tematizată și astfel există fobia de a vorbi în public, fobia de a mânca în public, de a fi privit atunci când lucrează, fobia de a utiliza toalete publice, fobia de a scrie documente în fața altora, fobia de a se duce la un examen, fobia de a nu roși în public. De cele mai multe ori un individ cu fobie socială are mai multe teme fobice din cele expuse mai sus. Astfel de experiențe de fobie socială sunt destul de răspândite în populația generală, însă ele îndeplinesc criteriile pentru a fi considerate o suferință doar dacă intensitatea lor interferează cu funcționarea socială a individului, respectiv conduce la comportamente de evitare sau izolare socială care îl împiedică să desfășoare o activitate.

7.4. Fobiile specifice sunt reprezentate de teama excesivă și comportamentul de evitare față de o situație specifică sau un obiect particular. Această frică nu generează un atac de panică și nici sentimente de jena sau rușine ca în fobia socială. Ca și în cazul altor tulburări anxioase, această teamă specifică devine o problemă medicală dacă ea este excesivă și influențează negativ viața subiectului. Exemple de fobii specifice sunt: fobia de insecte, fobia de a merge cu liftul sau cu avionul, fobia de a merge la dentist, fobia de serpi și alte reptile, fobia de fulgere, fobia de cancer, etc.

7.5. Tulburarea anxioasă generalizată are ca trasatură esențială sentimentul de grijă excesivă față de unele situații sau persoane, grijă care cotopește individual fără voința lui și care reprezintă o preocupare zilnică, neîncetată, ce interferează cu alte activități și conduce la credințe și acțiuni neportivite sau exagerate. Este vorba de o grijă față de pericole și daune care sunt incerte dar care conduc la o ruminare continuă. De exemplu grijă excesivă față de propriul copil care generează acțiuni supraprotective față de acesta, anticiparea unor lucruri rele dar foarte puțin probabile care îi rapesc mult timp și sunt în cea mai mare parte în afara propriului control. În afara de grijă excesivă, indivizii cu tulburare anxioasă generalizată mai pot prezenta următoarele simptome: sentiment de încordare, neliniște, iritabilitate, oboseală, dificultăți de concentrare, tensiune musculară, insomnii. Sub o altă interpretare, acești indivizi prezintă o toleranță scăzută față de

incertitudine, frica de a nu putea controla evenimente viitoare, frica de a nu fi rejețati sau abandonati de cei dragi sau importanți, de unde necesitatea de a căuta mereu semne de aprobare sau evidente care să întărească nevoia de securitate personală. Tot acest tablou clinic interferează semnificativ cu activitatea și calitatea vieții unui individ, reprezentând o afecțiune puternic invalidantă și relații perturbate cu alții. În populația generală prevalența pe un an a tulburării anxioase generalizate este între 2 și 4% din populația generală, în funcție de autorii care au studiat această problemă. Ei reprezintă majoritatea persoanelor anxioase care se prezintă la medicul de familie și tulburarea se însoțește frecvent de depresie și/sau consum de alcool.

7.6. Tulburările anxioase date de boli organice sunt tulburări anxioase pasagere care au la originea lor boli organice care au simptome care pot aminti subiectului de anxietate. În acest caz simptomele de anxietate au aceeași evoluție ca și a bolii de bază. Astfel, simptomele anxioase, dar mai ales simptomele de atac de panică, pot fi generate de condiții medicale care provoacă simptome similare celor anxioase, știut fiind că anxietatea, ca trăire subiectivă, este totdeauna însoțită de simptome corporale. Dintre aceste condiții medicale menționăm pe cele care produc: (i) dificultăți de respirație cu senzație de lipsă de aer (astmul bronșic, bronșita obstructivă, emfizemul, insuficiența aortică, stenoza mitrală, pneumoconioza, anemia, etc.), (ii) dureri în piept (angina pectorală, insuficiența coronariană, etc.), (iii) probleme de concentrare (depresia, insomnia, sindromul de oboseală cronică), (iv) amețeli (sindromul veretiginos, fibromialgia, alergii diverse, hipotensiune ortostatică, sindrom de ischemie tranzitorie cerebrală), (v) oboseală (fibromialgia, depresia, anemia, diabetul, hepatita cronică, hipoglicemia, hipertiroidia, hipotiroidia, mononucleoza, alcoolismul, etc.), (vi) hipervigilență (hipertiroidie, sindromul de stress), (vii) iritabilitate (depresie, diabet, hipertiroidie, menopauza, sindromul premenstrual, epilepsia, alcoolismul, etc.), (viii) insomnii (depresia, hipertiroidia, fibromialgia, alcoolismul, sindromul de oboseală cronică, sindromul premenstrual), (ix) transpirații (hipertiroidismul, hipoglicemia, pancreatita, menopauza, etc.). Medicul psihiatru este cel care îndrăzmește să facă diferențierea între o tulburare anxioasă de origine psihică și una de origine organică.

7.7. Tulburările anxioase consecutive folosirii de medicamente sau alte

substanțe: Trăsătura esențială a acestor tulburări, în majoritatea cazurilor sub formă de anxietate liber flotantă sau de atacuri de panică, este că apar consecutiv administrării de medicamente sau alte substanțe. Aceste simptome anxioase apar atât în timpul cât se iau aceste substanțe, cât și o perioadă după oprirea administrării lor. După această perioadă, simptomele de anxietate dispar, dară pot reapărea din nou dacă subiectul reia consumul acestor medicamente sau substanțe. Aceste medicamente pot fi medicamente antihipertensive, medicamente antiastmatice, contraceptive orale și alte preparate hormonale, decongestionante nasale sau substanțe precum alcoolul, cafeina, cannabisul, amfetaminele, cocaina sau opioizii.



II. CARE SUNT CRITERIILE DE DIAGNOSTIC

Veronica: al doilea lucru care l-am aflat a fost ca exista criterii dupa care se pune un diagnostic, criterii care fac ca un diagnostic sa fie confident, adica sa poate fi pus in acelasi fel de diferiti medici in diferite momente in timp. Cu alte cuvinte, acest diagnostic este independent de subiectivitatea cuiva sau de circumstantele in care a fost pus..

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC ALE UNUI ATAC DE PANICA

- A. Repetate atacuri de panica neasteptate. Un atac de panica este o aparitie brusca de frica intensa sau neliniste intensa care ajunge la apogeu in cateva minute, timp in care pot aparea patru sau mai multe simptome din urmatoarele:

Nota: aceste simptome pot apare pe o stare de calm sau pe o stare anxioasa.

1. Palpitatii, batai rapide de inima sau puls accelerat.
2. Transpiratii
3. Tramuraturi
4. Senzatie de lipsa de aer sau de sufocare
5. Senzatie de gatuire
6. Durere sau apasare in piept
7. Greaata sau alte tulburari abdominale
8. Ameteli, slabiciune, tulburari de echilibru, senzatie de lesin
9. Fieri reci sau valuri de caldura
10. Furnicaturi si amorteli
11. Senzatii ca ce este in jur este nereal sau de detasare de propriul corp
12. Frica de a pierde controlul sau de a nu inebuni
13. Frica de moarte

Nota: mai pot aparea tiuituri in urechi, dureri la ceafa, dureri de cap, plans necontrolabil.

- B. Cel putin unul din aceste atacuri au fost urmate in ultima luna de urmatoarele:
1. Ingrijorare persistenta despre aparitia unui alt atac sau a consecintelor lui (de exemplu: pierderea controlului, frica de a avea un atac de inima, de a inebuni);
 2. Schimbarea semnificativa in comportament in legatura cu atacul de panica (de exemplu: comportament de a evita un nou atac precum evitarea de situatii sau activitati neobisnuite).
- C. Acesta tulburare nu pot fi atribuita luarii de substante (medicamente sau droguri) sau altor conditii medicale precum hipertiroidism sau tulburari cardiace sau pulmonare;
- D. Aceasta tulburare nu poate fi atribuita altor tulburari mentale precum frica legata de situatii sociale, frica ca raspuns la situatii sau obiecte specifice, frica ca raspuns la obsesii, la evenimente traumatice sau separare de persoane semnificative.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC ALE TULBURĂRII DE PANICĂ (CU SAU FĂRĂ AGORAFOBIE)

- A. Prezenta ambelor criterii de mai jos: [at least (1) and (2)]
 - 1. Repetate și neașteptate atacuri de panică;
 - 2. Cel puțin unul din atacurile de panică a fost urmat de cel puțin o lună de:
 - a. îngrijorare persistentă de a avea alte atacuri de panică;
 - b. îngrijorare cu privire la implicațiile și consecințele acestor atacuri (de ex. pierderea controlului, atac de inimă, “frică de a înnebuni”);
 - c. schimbare semnificativă a comportamentului față de posibilitatea unui atac;
- B. Prezenta sau absența agorafobiei;
- C. Atacurile de panică nu sunt datorate în mod direct efectelor luării unor substanțe (de ex. medicamente sau droguri) sau a unei boli generale (de ex. hipertiroidism).
- D. Atacurile de panică nu sunt explicate de altă tulburare mentală precum fobia socială, fobie specifică, tulburare obsesiv-compulsivă, tulburare post-traumatică de stres sau anxietate de separare.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC ALE AGORAFOBIEI

- A. Anxietate sau frică marcată față de două sau mai multe din situațiile de mai jos:
 - 1. Folosirea transportului public (de ex. autobuze, tramvaie, trenuri, avioane, vapoare).
 - 2. Să fie în spații deschise (de ex. parcuri, poduri, pietre).
 - 3. Să fie în locuri închise (de ex. magazine, teatre, cinematografe).
 - 4. Să stea la coadă sau în locuri aglomerate.
 - 5. Să rămână singură acasă.
- B. Persoanei îi este frică sau evită aceste situații pentru că se gândește că nu poate primi ajutor, că nu poate scăpa în caz că are simptome de panică sau alte simptome sau probleme care sunt jenante în public (frică că nu-și poate controla sfînterele, frică de a arăta slab și bolnav, etc.) .
- C. Situațiile agorafobice aproape totdeauna provoacă frică sau anxietate.
- D. Situațiile agorafobice sunt evitate în mod activ, solicită compania cuiva sau sunt îndurate cu multă frică sau anxietate.
- E. Frică sau anxietatea este disproporționat de mare față de pericolul pus de situațiile agorafobice și de contextual în care apar.
- F. Frică, anxietatea sau evitarea sunt persistente și durează mai mult de 6 luni.
- G. Frică, anxietatea sau evitarea provoacă suferințe semnificative subiectului și interferează cu funcționarea lui socială, ocupațională și familială.
- H. Frică, anxietatea sau evitarea nu sunt datorate bolilor organice sau altor tulburări psihice.

III. CUM TE POTI AUTOEVALUA

Instructiuni generale: Aplica fiecare din instrumentele de mai jos in fiecare saptamana si inregistreaza scorurile obtinute pe foaia generala de scor. Scorul obtinut reprezinta gradul de severitate a simptomelor si felul cum acestea influenteaza viata ta. Furnizeaza raspunsurile cele mai oneste si nu te uita la scorul obtinut cu o saptamana inainte pentru a nu te lasa influentat de acesta. Doar dupa ce ai inregistrat scorul actual poti face o comparatie asupra evolutiei scorurilor de-a lungul timpului. Prin aceasta evaluarea saptamanala poti constata evolutia clinica longitudinala si progresul obtinut.

Inventarul de anxietate a lui Burns (*The Burns Anxiety Inventory*)

Instructiuni: Mai jos este o lista cu simptome pe care oameni le au uneori. Alege un numar care descrie cel mai bine cat de mult acest simptom te-a deranjat in ultima saptamana.

Nr. item	Simptom	Niciodata	Uneori	Deseori	Totdeauna
CATEGORIA I: DISPOZITIE ANXIEOASA					
1	Anxietate, nervozitate, ingrijorare sau frica	0	1	2	3
2	Senzatia ca lucrurile din jur sunt stranii sau ireale	0	1	2	3
3	Senzatia ca parti din corp sunt detasate	0	1	2	3
4	Aparitia neasteptata a senzatiei de panica	0	1	2	3
5	Frica sau senzatia ca ceva rau te asteapta	0	1	2	3
6	Senzatia de a fi tensionat, stressat, nervos	0	1	2	3
CATEGORIA II: GANDURI ANXIOASE					
7	Dificultati de concentrare	0	1	2	3
8	Gandurile merg repede sau sar de la un lucru la altul	0	1	2	3
9	Imagini infricosatoare sau cosmaruri	0	1	2	3
10	Senzatia ca esti pe cale sa-ti pierzi controlul	0	1	2	3
11	Frica de a inebuni sau a-ti pierde mintile	0	1	2	3

12	Frica de a-ti pierde constiinta sau de a lesina	0	1	2	3
13	Frica de a te imbolnavi, de a avea un atac de inima sau de a muri	0	1	2	3
14	Grija de a nu aparea ciudat sau neadecvat in public	0	1	2	3
15	Frica de a fi singur, izolat sau abandonat	0	1	2	3
16	Frica de critica si dezaprobare	0	1	2	3
17	Frica ce ceva teribil este pe cale sa se intample	0	1	2	3
<i>CATEGORIA III. SIMPTOME FIZICE</i>					
18	Batai rapide sau neregulate ale inimii (palpitatii)	0	1	2	3
19	Dureri, presiune sau increstare in piept	0	1	2	3
20	Intepaturi sau furnicaturi in degetele de la maini sau picioare	0	1	2	3
21	Nervi sau tulburari la stomac	0	1	2	3
22	Constipatie sau diaree	0	1	2	3
23	Neliniste si incapacitate de a sta locului	0	1	2	3
24	Tensiune musculara	0	1	2	3
25	Transpiratii (care nu sunt date de caldura)	0	1	2	3
26	Nod in gat	0	1	2	3
27	Tremuraturi si bataieli	0	1	2	3
28	Slabiciune in picioare	0	1	2	3
29	Senzatie de zapaceala, confuzie, ameteala	0	1	2	3
30	Lipsa de aer, dificultati de respiratie	0	1	2	3
31	Dureri de cap sau de ceafa sau spate	0	1	2	3
32	Valuri de caldura sau de frig	0	1	2	3
33	Senzatie de oboseala, slabiciune, expuizare	0	1	2	3

Foaie de scor pentru Inventarul de anxietate a lui Burns

Itemul	Scorul								
	Sapt.1	Sapt.2	Sapt.3	Sapt.4	Sapt.5	Sapt.6	Sapt.7	Sapt.8	Sapt.9
Dispoziție anxioasă									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
Gânduri anxioase									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
Simptome fizice									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									

Scala de Severitate a Tulburării de Panică (*The Panic Disorder Severity Scale-PDSS*)

Introducere:

PDSS este un interviu clinic de evaluare care decelează trăsăturile esențiale ale tulburării de panică. Fiecare item evaluează frecvența atacurilor de panică, severitatea simptomelor, anxietatea anticipatorie, comportamentul de evitare și ecoul asupra funcționării individului.

Instrucțiuni generale:

Scopul scalei este de a se obține o notă de severitate globală a tulburării de panică cu sau fără agorafobie. Evaluarea este făcută în general pentru săptămâna trecută. Fiecare item este cotate de la 0-4, 0=absent sau deloc; 1=simptome ușoare sau ocazionale cu foarte mică interferență asupra funcționării; 2=simptome moderate, ceva interferență a funcționării; 3= simptome severe, frecvente, cu interferență notabilă dar controlabilă a funcționării; 4=simptome extreme, constante ducând la dizabilitatea/incapacitatea subiectului.

1. FRECVENȚA ATACULUI DE PANICĂ, INCLUSIV A CELUI CU SIMPTOME LIMITATE

Întrebări: În săptămâna care a trecut cât de mult atacuri de panică ai avut, din acele care au mai mult de 4 simptome? Cât de multe din cele cu simptome mai puțin/limitate?. În medie, ai avut cel puțin un atac cu simptome mai puțin pe zi?

0 = nici o panică sau episoade cu simptome mai puțin;

1 = ușor, mai puțin de un atac complet de panică pe săptămână și nu mai mult de un atac cu simptome mai puțin pe zi (cu simptome limitate);

2 = moderat, unul sau două atacuri complete de panică și/sau multiple atacuri de panică cu simptome limitate pe zi;

3 – sever, mai mult de 2 atacuri complete de panică pe săptămână dar nu mai mult de unul pe zi, în medie;

4 = extrem, atacurile complete de panică se petrec mai mult de unul pe zi.

2. CAT DE SUPARATOR A FOST ATACUL DE PANICA, INCLUDE SI EPISOADELE CU SIMPTOME LIMITATE

(Acest item evalueaza gradul de severitate si discomfort pe care l-ai experientat in timpul atacului de panica. Atacul cu simptome limitate trebuie evaluat numai daca cauzeaza mai multe suferari decat atacul tipic. Fa distinctia intre suferinta/suferinta din timpul panicii si frica ca un atac de panica ar putea sa apara)

Intrebari: In ultima saptamana, cand ai avut un atac de panica (intreg sau cu simptome limitate) cat de mult te-a suferat? Cat de mult ai fost afectat/suferit in timpul atacului? Ai fost capabil sa continui ce faceai cand te-a lovit atacul de panica? Ti-ai pierdut concentrarea? Ai putut sa ramai acolo unde erai sau a trebuit sa pleci?

0 = Niciun atac de panica sau episod cu simptome limitate, capabil sa-ti continui/mentine activitatea;

1 = Suferinta usoara dar esti capabil sa-ti continui activitatea cu usoara interferenta sau deloc;

2 = Suferinta moderata dar esti capabil de a o depasi, capabil de a continua activitatea si/sau sa-ti mentii concentrarea dar o faci cu oarecare dificultate;

3 = Suferinta marcata, severa si interferenta cu functionarea, pierdea concentrarii si/sau se opreste activitatea dar esti capabil sa ramai acolo unde erai sau in situatia unde erai;

4 = Suferinta extrema si dizabilitanta, trebuie sa-ti opresti activitatea, sa parasesti locul sau situatia, esti incapabil sa te concentrezi.

3. SEVERITATEA ANXIETATII ANTICIPATORII (frica sau ingrijorarea de a face un atac de panica)

(Anxietatea anticipatorie trebuie sa fie legata mai mult de ce inseamna un atac de panica decat de faptul de a avea unul, astfel ca poate exista frica de a avea un atac de panica fara ca sa existe prea multa suferinta in timpul atacului.

Aminteste-ti ca uneori un om nu este ingrijorat de cand va aparea urmatorul atac de panica ci de ce inseamna pentru el, pentru sanatatea si viata lui un astfel de atac-frica de moarte, de a-si pierde mintile, etc.)

Intrebari: In ultima saptamana cat de mult ai fost ingrijorat sau infricosat in medie de eventualitatea unui nou atac de panica si de ce inseamna el pentru viata si sanatatea ta? Te interb despre atunci cand nu esti sub atacul de panica. Cat de intesa este frica sau ingrijorarea ta? Cat de des? Aceasta interfera cu viata ta? Cat de mult?

0 = Nici o grija pentru un atac de panica

1 = Usoara, ocazionala frica sau grija despre un atac de panica

2 = Moderata, adesea ingrijorare sau teama dar ai si perioade fara. Exista o modificare notabila a stilului de viata dar anxietatea este inca stapanita si functionarea nu este afectata

3 = Severă, frica și teama preocupantă despre panică, interferează substanțial cu capacitatea de concentrare și/sau abilitatea ta de a funcționa efectiv

4 = Extremă, anxietate și îngrijorarea aproape constantă, ești incapabil de a face activități importante de frică sau îngrijorarea de a face un atac de panică

4. EVITAREA/AGORAFOBIA

Întrebări: În ultima săptămână au fost locuri/situații de care ți-a fost frică, pe care le-ai evitat din cauza că te-ai gândit că dacă ai un atac de panică este greu să găsești ajutor sau să pleci de acolo? Situații precum să fi într-un mijloc de transport în comun, să conduci un automobil, să fi într-un tunel sau pe un pod, să mergi la cinema sau într-un mall sau magazin mare sau să fi într-un loc aglomerat? Altundeva? Ți-e frică să fi singur acasă sau singur în alte locuri? Cât de des ai trăit astfel de frici în astfel de situații? Cât de mare a fost frica? Ai evitat astfel de situații? Dacă ai pe cineva lângă tine te simți mai bine? Există lucruri pe care le poți face când este cineva lângă tine și pe care nu le poți face când ești singur? Cât de mult frica și evitarea afectează viața ta? A trebuit să-ți schimbi felul de viață ca să poți stăpâni astfel de frici?

0 = Nici o frică sau evitare

1 = Ușoară sau ocazională frică și/sau evitare dar în mod obișnuit te confrunți cu situația sau o înduri. Nu există sau există foarte puțină modificare a felului de viață

2 = Moderată și notabilă frică și/sau evitare dar încă de stăpânit, evi situațiile care-ți provoacă frica dar poți să le înfrunți alături de o altă persoană. Există unele modificări ale felului de viață dar funcționarea globală nu este afectată

3 = Severă și extensivă evitare, modificare semnificativă a felului de viață cerută de acomodarea cu frica ceea ce face dificilă îndeplinirea activităților uzuale

4 = Frică/evitare extremă și dizabilitantă. Modificare extensivă a felului de viață pentru că sarcini importante nu pot fi duse la îndeplinire

5. FRICA ȘI EVITARE SENZATIILOR LEGATE DE PANICĂ

Întrebări: Uneori oamenii cu tulburări de panică trăiesc senzații fizice care le rămân în minte și le cauzează frică de a le mai trăi odată. În ultima săptămână ai evitat să faci ceva din cauza că ai gândit că poate să-ți producă acele senzații fizice ale panicii? De exemplu, ca să nu ai batai rapide ale inimii ai evitat să faci sport, să te plimbi, să lucrezi în grădina? Sau ai evitat să mergi la evenimente excitante, la filme dramatice sau să te certi cu cineva? Sau să faci sex sau să ai orgasm? Ți-a fost frică sau ai evitat senzații precum să-ți fie cald sau să ai furnicături? Senzații de a fi ametit sau să ai nevoie de aer? Ai evitat sau ți-a fost frică de unele mâncăruri sau bauturi sau alte substanțe precum cafeaua sau alcoolul pentru că să nu-ți provoace astfel de senzații? Cât de mult frica și evitarea de acest fel ți-a afectat viața ta? Ai avut nevoie să-ți schimbi felul de viață ca să te acomodezi cu frica ta?

0 = Nici o frică sau evitare a situațiilor sau activităților ce provoacă senzații fizice asemănătoare panicii

1 = Ușoară, ocazională frică/evitare dar poți înfrunța sau îndura cu puțină suferință acele activități care produc senzații fizice asemănătoare panicii. Există puțin modificări ale stilului tău de viață

2 = Moderată dar notabilă evitare dar ești încă capabil să o stăpânești, există oarecare modificare a felului de viață dar funcționarea globală nu este afectată

3 = Severă și extensivă evitare ce cauzează modificări substanțiale modificări ale felului tău de viață sau interferență cu funcționarea

4 = Evitare extremă, generală și dizabilantă. Modificare marcată a stilului de viață și importante sarcini sau activități nu pot fi făcute

6. AFECTARE/INTERFERENȚĂ ÎN FUNCȚIONAREA LA LOCUL DE MUNCĂ DATORITĂ TULBURĂRII DE PANICĂ

Întrebări: În ultima săptămână, lund în considerare toate simptomele, atacurile de panică, episoadele cu simptome limitate, anxietate anticipatorie sau simptomele de frică, cât de mult tulburarea ta de panică interferează cu abilitatea ta de a munci (de la învățat sau de a face activități casnice)? Simptomele tale au afectat calitatea muncii tale? Ai fost capabil să faci lucrurile tot așa de bine și de repede ca și înainte? Ai găsit că sunt lucruri pe care nu le poți face din cauza anxietății sau lucruri pe care nu le poți face deloc? Ai cerut ajutor pentru a face aceste lucruri? Au văzut alți oameni că randamentul tău s-a schimbat? Ai primit avertismente de la locul de muncă? Ai avut comentarii de la colegi sau de la familie despre munca ta?

0 = Nici o afectare

1 = Ușoară interferență, percepi că munca este mai grea dar poate să o faci încă bine

2 = Moderată, simptomele produc o interferență evidentă și regulată dar problema este încă stăpânită. Randamentul muncii tale a avut de suferit dar alții ar spune că este încă bine

3 = Severă, semnificativă interferență în performanța ocupatională pe care și alți au observat-o, lipsești de la serviciu sau ești incapabil în unele zile să lucrezi

4 = Extremă, ai simptome dizabilante, ești incapabil să lucrezi sau să mergi la școală sau să faci activități casnice

7. AFECTARE/INTERFERENȚĂ ÎN FUNCȚIONAREA SOCIALĂ DATORITĂ TULBURĂRII DE PANICĂ

Întrebări: În ultima săptămână, luând în considerare toate simptomele împreună, cât de mult au interferat cu viața socială? Petreci mai puțin timp cu familia sau cu alte rude decât înainte? Petreci mai puțin timp cu prietenii? Ai pierdut oportunități de a te socializa din cauza tulburării de panică? Ai simțit restricții în timp și loc în

a te socializa din cauza tulburării de panică? Simptomele de panică afectează relațiile tale cu familia sau prietenii?

0 = Nici o afectare

1 = Afectare ușoară, simți o afectare a calității relațiilor dar funcționarea este încă bună

2 = Afectare moderată, interferența este încă controlabilă. Există ceva reducere a frecvenței relațiilor sociale și/sau în calitatea interacțiunilor interpersonale dar ești încă capabil să te angajezi în activități sociale uzuale

3 = Afectare severă cauzând o deteriorare a performanței sociale. Există o scădere marcată a activităților sociale și/sau dificultăți mari în interacțiunea cu alții, te forțezi să interacționezi cu alții dar nu te bucuri sau nu funcționează adecvat în cele mai multe situații sociale

4 = Afectare extremă datorită simptomelor dizabilitante, rar mergi afară sau interacționezi cu alții, ai pierdut relații sociale din cauza tulburării de panică

Foaie de scor pentru Scala de severitate a tulburării de panică

Item	Scorul								
	Sapt.1	Sapt.2	Sapt.3	Sapt.4	Sapt.5	Sapt.6	Sapt.7	Sapt.8	Sapt.9
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									



IV. CARE SUNT CAUZELE TULBURĂRII DE PANICĂ? CE CONDIȚII GENEREAZĂ ATACURILE DE PANICĂ?

Aproape că nu există persoana care să fie afectată de tulburări anxioase și mai ales de tulburarea de panică, care să nu se întrebe de ce face asemenea boala, ce a făcut-o să aibă asemenea simptome. Aceste persoane caută cu disperare cauzele tulburărilor lor ducându-se la doctori de diferite specialități, făcându-și analize care mai de care mai complicate, întrebând rudele despre existența unei astfel de tulburări în familie, etc. în nevoia lor de a răspunde la întrebarea: ce se întâmplă cu mine?

Înainte de a vorbi despre cauze, trebuie spus că în geneza acestor tulburări participă o multitudine de factori interni (factori ereditari, biologici, familiali, psihologici, etc.) și externi (factori de mediu, factori stressanți, administrarea de substanțe, etc.) și că identificarea și eliminarea acestor factori nu conduce în mod automat la vindecarea afecțiunii în cauză. Într-un mod rațional, se poate spune astăzi că tulburările anxioase sunt generate de o combinație de factori care interacționează unul cu altul într-un fel încă necunoscut, factori care pot fi împărțiți în factori ereditari, factori biologici, factori psihologici, factori familiali cu rasnet asupra dezvoltării individuale și factori circumstanțiali, cu influență temporală. În funcție de influența acestora pe lanțul cauzal al tulburărilor anxioase, aceștia se pot împărți în factori cauzali, factori predispozanți, factori declanșanți și factori favorizanți. Recunoașterea influenței acestor factori a generat diferite strategii terapeutice precum cele biologice, comportamentale, cognitive și chiar spirituale, dar că de fiecare dată în cazul tulburărilor psihice, nici o metodă terapeutică nu s-a dovedit infailibilă și rezultatele cele mai bune se obțin doar atunci când sunt coroborate unele cu altele când și sunt conduse de un specialist. Cartea de față prezintă toate aceste date și diferite metode terapeutice pentru a furniza informații și pentru a crește capacitatea celui care o folosește de a lupta cu atacul de panică în cunoașterea cauzei. Cartea nu înlocuiește rolul unui profesionist în tratarea tulburării de panică.

1. Factori predispozanți cu acțiune îndelungată

1.1. Ereditatea: Studiile familiale au arătat că incidența tulburărilor anxioase, precum agorafobia, este mai frecventă în unele familii decât în populația generală. A avea un părinte cu agorafobie crește probabilitatea de până la 5 ori ca descendenții să aibă și ei agorafobie. Lucrurile sunt și mai evidente în cazul gemenilor: când unul din gemeni are o

tulburare anxioasă, probabilitatea ca celălalt să aibă o astfel de tulburare se apropie de 1. Un alt lucru este genetica comună a tulburărilor anxioase cu tulburările depresive și astfel se evidențiază o predispoziție familială încrucișată pentru aceste tulburări. Se pune atunci întrebarea: ce se transmite genetic? Dacă se ia în considerare că ce se transmite genetic este ceva care este încriptat biologic, se poate accepta că transmiterea genetică presupune că o anumită structură biologică caracteristică pentru acest tip de tulburări se transmite de la o generație la alta, fără să se poată spune până în acest moment despre ce fel de modificări neurobiologice este vorba. Pe de altă parte, studii epidemiologice au arătat că predispoziția genetică are nevoie de a se întâlni cu alți factori, mai ales de tip ambiental, pentru ca să se poată releva. Acești factori sunt denumiți “epigenetici”, factori care fac ca mecanismele genetice să fie pus în poziția “pornit” sau “oprit” în funcție de interacțiunea cu diferiți factori de mediu.

1.2. Factori de dezvoltare sunt factorii care au acționat pe parcursul dezvoltării individuale, mai ales în copilărie, în timp ce subiectul s-a aflat în interacțiune cu persoane semnificative precum părinții, alți membrii ai familiei de origine sau alte persoane importante din viața lui. S-a pus din totdeauna întrebarea dacă mediul în care a crescut o persoană a influențat în vreun fel vulnerabilitatea ei pentru anxietate. S-a ridicat această întrebare din cauza constatării că tulburările anxioase apar mult mai frecvent în familii cu anumite particularități. Astfel, mai multe studii au evidențiat că oamenii care experimentează la vârsta adultă atacuri de panică, cu sau fără agorafobie, au avut frecvent în copilărie anxietate de separare, adică frica de a fi parasiți de părinți sau alți adulți de care depindea siguranța lor. Astfel de anxietate de separare se manifestă de timpuriu, când copilul refuză să se despartă de mama lui, precum atunci când este dus prima oară la creșă, grădiniță sau la școală. Mai târziu, astfel de persoane se simt mai în siguranță când sunt alături de alți decât când rămân singure.

Dintre factorii de dezvoltare care se presupune că acționează în favoarea vulnerabilității la anxietate se menționează existența părinților supraprotectori, care au exprimat grija exagerată față de siguranța copilului, cautând să anticipeze pericole imaginare și întinzând tot felul de metode de protecție și prevenție. De exemplu, existența unei mame supraprotective creează la copil o dependență emoțională exprimată de frica de a fi rejețat, frica de a nu fi acceptat, teama excesivă de emoții negative. Crescând în

această atmosferă, copilul este îndepărtat de la explorarea situațiilor de risc, vede mediul înconjurător ca amenințator, nu își dezvoltă capacitate de apărare și depășire a situațiilor neașteptate, îi este frica de incertitudine și dezvoltă o stare de îngrijorare nejustificată. Un alt factor de dezvoltare care aparține familiei de origine este faptul că subiectul a crescut într-o atmosferă familială rigidă în care critica și cerințele perfecționiste față de ceilalți erau pe primul loc, iar pedeapsa reală sau imaginată era o alternativă la orice eră gresit. Dezvoltându-se într-o astfel de atmosferă, copilul nu a capatat deprinderi de încredere în sine, stima sa de sine se lega de aprobarea celorlalți și ulterior copilul a internalizat valorile părinților devenind el însuși un individ excesiv de auto-critic, perfecționist și nesigur pe el. O astfel de atmosferă familială este de natură să suprimă expresia liberă a emoțiilor copilului, generând tendința de a și le controla și trece printr-un filtru, astfel încât să fie pe placul părinților sau a altor figuri cu autoritate. Printre caracteristicile pe care un copil crescut în astfel de familii se enumără: (i) frica de a fi controlat; (ii) tendința de a evita expresia liberă a ceea ce simte sau crede; (iii) dificultatea de a se încrede în alții; (iv) supra-responsabilitatea și perfecționismul; (v) frica de a fi respins sau neacceptat; (vi) dorința de a face pe placul celorlalți; (vii) gândire totuși sau nimic, în alb și negru; (viii) frica de necunoscut, incapacitatea de a-și asuma riscuri, (ix) catastrofarea unor evenimente anodine prin interpretări eronate.

Nu se poate afirma că astfel de factori de dezvoltare conduc neapărat la apariția ulterioară a atacurilor de panică, dar se poate spune cu certitudine că ei contribuie în mod semnificativ la formarea unei sensibilități anxioase care reprezintă premiza pe care se pot așeza diferite tulburări anxioase de mai târziu.

1.3. Cumularea de-a lungul timpului a factorilor stresanți. Constatarea comună este că atunci când factorii stresanți sunt prezenți de-a lungul timpului, ei tind să se acumuleze. Această acumulare se datorează lipsei de rezolvare punctuală a dificultăților existente și astfel sentimentele negative, insecuritatea, tensiune psihică, frustrarea, se adună și poate depăși un prag dincolo de care problemele de anxietate devin evidente și problematice. Această acumulare devine problematică pentru individ atât din cauze psihologice cât și din cauze organice. Evenimentele stresante de viață afectează sistemul neuroendocrin, în special axa diencefalo-hipotalamo-hipofizo-suprarenală care este principalul sistem prin care individul răspunde la stress, sistem care influențează

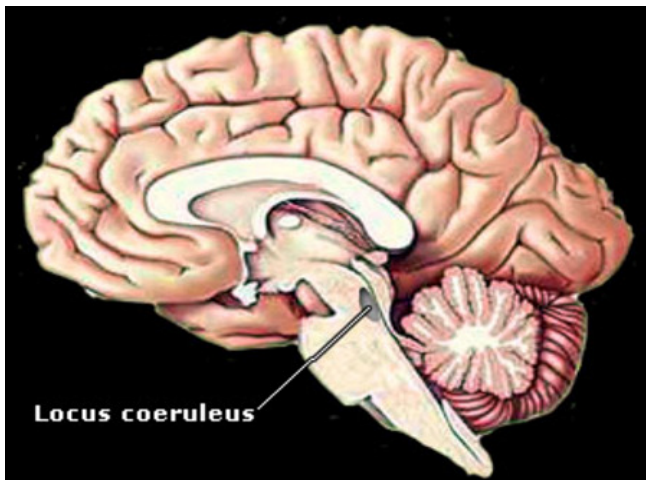
semnificativ viața organelor interne și viața psihică a individului. Tulburări depresive și anxioase, oboseala cronică, tulburări psiho-somatice precum colonul iritabil, migrenele, tensiunea arterială labilă, mai mult sau mai puțin persistente, își au originea în astfel de dereglări legate de efectele cumulative ale evenimentelor negative de viață. Atunci când dereglările neuroendocrine datorită acumulării factorilor stressanți se întâlnesc cu alți factori vulnerabili, sunt întrunite condițiile pentru apariția unei tulburări anxioase bine conturată clinic.

2. Modele cauzale

2. 1. Modelul biologic

Factorii biologici ai genezei atacurilor de panică au fost evocați de faptul că există medicamente care influențează semnificativ aceste episoade anxioase, ceea ce înseamnă că există un suport biologic, organic, al acestei tulburări.

2.1.1. Ipoteza noradrenergică: Cercetări diverse au arătat că la baza tulburărilor anxioase stau modificări biologice specifice. Astfel, ceea ce susține o tulburare de panică din punct de vedere biologic, este diferit de ceea ce se întâmplă la un individ cu tulburare anxioasă generalizată. Cu toate acestea, factorii biologici nu trebuie luați ca determinanți, ci doar ca factori care cumulați cu alți factori de care vom discuta mai jos creează condițiile apariției unei tulburări de panică. Teoria dominantă astăzi referitor la cauzele biologice ale atacului de panică are în centrul ei o disfuncție a unei zone a creierului care se numește “locus ceruleus”. Această formațiune cerebrală participă la secreția norepinefrinei sau noradrenalinei, unul din principalii neuromediatorii ai sistemului nervos.



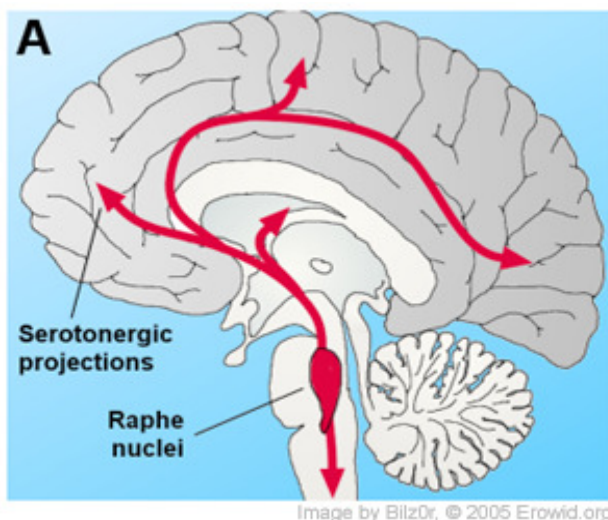
Locus ceruleus este legat de sistemul limbic, principalul sistem care participă la generarea emoțiilor, de hipotalamus, formațiune care este implicată în controlul glandelor endocrine și a reglării metabolismului și de glanda hipofiză, loc de unde se comandă secreția de adrenalină de către glanda

suprarenala si astfel se regleaza adaptarea organismului la factorii stressanti. Cand locul ceruleus este stimulat electric in creierul animalelor de experienta, atunci apar aceleasi reactii similare cu atacul de panica de la oameni. La fel, stimularea acestei formatiuni prin substante chimice la oameni cauzeaza panica iar inhibitia activitatii acestui centru blocheaza atacurile de panica.

Noradrenalina sau norepinefrina este principalul neuromediator al sistemului de alarma a organismului prin care subiectul identifica si reactioneaza la stimuli amenintatori. Ea este si principalul neuromediator al sistemului nervos simpatic, care impreuna cu sistemul nervos parasimpatic, alcatuiesc sistemul nervos vegetativ, numit si sistemul nervos autonom, sistem care coordoneaza functiile organelor interne in relatie cu cerintele interne si externe ale organismului. Astfel, sistemul nervos simpatic participa la adaptarea organismului in timpul reactiilor emotionale sau a reactiilor de stress, provocand modificari adecvate ale respiratiei, ritmului cardiac, sau ale digestiei. In conditiile unei emotii puternice, sistemul nervos simpatic face ca glanda suprarenala sa elibereze adrenalina si in cateva secunde apar reactiile caracteristice acestor emotii puternice precum palpitatii, transpiratii, tremuraturi, respiratie gafaita sau fiori reci pe piele. Aceste simptome se remit rapid in functie de metabolizarea adrenalinei in ficat si rinichi si in functie de contrabalansarea facuta de sistemul parasimpatic care produce inhibitie si liniste in organele interne. La fel se intampla si in cazul atacului de panica. Datorita unor cauze care ne scapa, probabil datorita hipersensibilitatii neuronilor din locus ceruleus sau a unui deficit de inhibitie a acestor neuroni, se produce o activare in lant a sistemului simpatic, noradrenergic, care duce la inundarea sistemului sanghin cu adrenalina si aparitia simptomelor de panica. Restabilirea echilibrului se face in mod natural prin sistemul de inhibitie a activitatii acestui centru, inhibitie mediata de alt neuromediator numit serotonina. Aparitia neasteptata a acestor simptome antreneaza credinta individului ca ceva amenintator se petrece, lucru care face ca activitatea noradrenergica sa se accentueze pe cale psihogena. Orice senzatie de lipsa de aer, o simpla ameteala, fac ca individual sa se sperie si astfel sa declanseze cascada noradrenergica de simptome de panica care fac parte din sistemul de alarma. Senzatie de sufocare este cea mai frecventa cauza a declansarii acestei secvente de alarma si de panica. Pe de alta parte, existenta simptomelor organice, traite corporal, da autenticitate

credinței subiectului în teama lui de a face un atac de inimă sau cerebral, în frica de moarte sau frica de a-și pierde controlul. Acest lucru explică de ce acești pacienți acceptă așa de greu ideea că atacul de panică este expresia unei tulburări psihice și că nu are suport organic. Această teorie biologică explicativă a atacului de panică se numește teoria noradrenergică și ea este susținută de eficacitatea medicamentelor blocante ale receptorilor adrenergici și a medicamentelor care îmbogățesc cantitatea de serotonină la sinapsele neuronale cerebrale, precum medicamentele antidepresive moderne. Teoria noradrenergică a atacului de panică explică de ce factorii stressanți sau frica de a avea un atac de panică pot iniția astfel de stări emotionale, pentru că fiecare din aceste condiții generează hiperactivitatea nucleului locus ceruleus. Deși existența mecanismului noradrenergic de la baza atacului de panică nu poate fi contestat, el nu poate explica pe de-a-ntregul de ce un subiect face atac de panică și altul nu, de ce hiperactivitatea adrenergică nu este însoțită totdeauna de atacuri de panică și de ce reacția de stress care duce la hiperactivarea locus ceruleus nu este însoțită de atacuri de panică decât în unele cazuri.

2.1.2. Ipoteza serotoninergică. Faptul că medicamentele antidepresive, care produc creșterea cantității de serotonină la nivelul sinapselor neuronale (locul în care un neuron se întâlnește cu un alt neuron, transmitând astfel informația) și liniștesc atacul de panică, a ridicat problema rolului serotoninei în geneza acestei tulburări. Astfel atenția s-a concentrat asupra unor nuclee de la baza creierului, nucleul rafeului, care se consideră ca

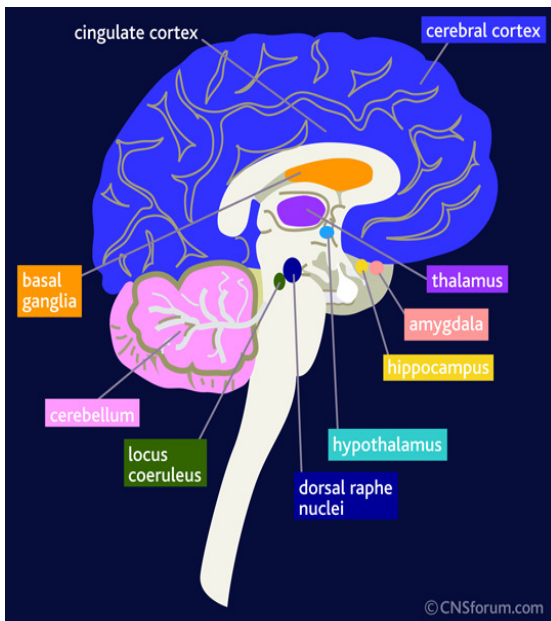


fiind locul care influențează transmiterea nervoasă care are loc pe baza serotoninei. Rolul serotoninei în cazul atacului de panică este să moduleze activitatea noradrenergică care este exagerată în această situație și să regleze frecvența respirației și sensibilitatea individului la bioxidul de carbon care se acumulează atunci

când eficiența respirației este scăzută, precum în timpul atacului de panică. S-a constatat

ca cresterea activitatii neuronilor serotoninergici conduce la normalizarea modului aberant al respiratiei subiectilor cu atacuri de panica si a sensibilitatii la acumularea de bioxid de carbon consecutiva cresterii frecventei respiratiei, lucru care reduce in mod esential frica acestora de a muri din cauza unui atac de inima. Aceste actiuni stau la baza eficacitatii medicamentelor antidepresive moderne care actioneaza prin cresterea continutului de serotonina la sinapsa. Ipoteza serotoninergica este complementara ipotezei neoradrenergice si amandoua explica atat tratamentul farmacologic al atacurilor de panica cat si diferite practici psihoterapice de care se va vorbi in aceasta carte.

2.1.3. Ipoteza GABAergica se bazeaza pe eficacitatea medicamentelor tranchilizante, numite si benzodiazepinde (precum Diazepamul, Oxazepamul,



Lorazepamul, etc.) in cuparea atacului de panica. Pe membrana neuronului exista o formatiune care se numeste receptorul GABA care lasa sa treaca sau nu diferite substante in interiorul neuronului. Benzodiazepinele fac ca acest receptor sa faca membrana neuronala permiable la ionul de clor, lucru care conduce la un efect inhibitor. In afara nucleilor locus ceruleus si ai rafeului, de care am vorbit mai sus, in timpul atacului de

panica exista si o hiperexcitabilitate a regiuni orbito-frontale si insulare a scoartei cerebrale. Aceasta excitabilitate este puternic redusa de efectul inhibitor al benzodiazepinelor asupra neuronilor ce compun aceste formatiuni prin efectul acestora asupra receptorului GABA.

Fiecare din aceste ipoteze are justificarile ei care nu exclud rolul celorlalte ipoteze. De fapt ele sunt complementare si impreuna alcatuiesc tabloul relatiilor neurobiologice dintre diferite structuri si sisteme cerebrale care participa in masura diferita in fiecare caz in parte la geneza atacurilor de panica.

2.2. Modelul cognitiv. Pentru că teoria biologică explicativă a atacurilor de panică nu a putut justifica apariția lor la toți subiecții și în toate situațiile, există și teoria că la baza tulburării de panică stă o anumită structură cognitivă, adică un anumit model al felului cu care percepem, memorăm, interpretăm și credem ceea ce se întâmplă cu noi și în jurul nostru. Se presupune că există o structură cognitivă aparte a acestor indivizi cu atacuri de panică, structura care face ca să existe o interpretare catastrofică a senzațiilor corporale sau a stimulilor externi cu potențial daunător pentru individ. Din cauza acestei interpretări distorsionate, indivizii consideră că se află într-un pericol iminent care conduce la anxietate și simptome de panică. De exemplu, dacă un astfel de individ prezintă o amețea imediat o interpretează ca o iminență de a face un atac cerebral, dacă are o senzație de lipsă de aer o interpretează ca iminența a unui atac de inimă. Conform teoriei cognitive a atacului de panică, pericolul perceput de subiect în timpul atacului de panică poate fi de trei feluri: (i) pericol de a muri, (ii) pericol de a înnebuni sau (iii) pericol de a fi umilit.

O altă interpretare a influenței factorilor cognitivi în geneza atacurilor de panică este legată de modul cum individual interpretează informațiile date de sistemul de alarmă de care am vorbit mai sus. În general sistemul de alarmă, care este mediat de noradrenalină, este sistemul prin care organismul ia nota de existența unui pericol amenințator de viață. Există două feluri de alarme: alarme adevărate, când există realmente un pericol și alarme false când individual interpretează greșit situația. În cazul indivizilor cu atacuri de panică, interpretarea greșită a senzațiilor corporale sau a situațiilor externe ca amenințatoare este regula și aceasta generează reacții de alarmă cu eliberarea de noradrenalină și cu cascada de simptome de panică.

Alături de schemele cognitive care sunt modalități cognitive destul de stabile în timp, pe baza cărora se filtrează și interpretează realitatea, există și așa zisele gânduri automate care sunt niște afirmații care apar rapid în câmpul conștiinței odată ce o situație care a contribui la formarea în trecut lor a apărut. Ele apar rapid, de cele mai multe ori nu sunt prinse de subiect, dar în mod automat influențează emoțiile care sunt subiacente. Astfel, apariția unei situații declanșatoare, precum o aglomerație, va resuscita un gând automat precum “nu o să pot respira aici”, “nu este destul oxigen aici”, “o să leșin și o să mă fac de ras”, etc. gânduri care imediat declanșează o cascada emoțională. Alte exemple

de ganduri automate: “o sa mor de un atac de inima, o sa mor sufocat, o sa am un atac cerebral, mi-e frica ca o sa lesin, o sa inebunesc, o sa-mi pierd controlul, o sa fiu in imposibilitatea sa scap, voi fi umilit si rusinat”. Acesti ganduri automate sunt negative si face ca subiectul sa aibe emotii in consecinta.

Rolul factorilor cognitivi in geneza atacurilor de panica este sustinuta de eficacitatea metodelor psihoterapice care se adreseaza corectarii acestor distorsiuni cognitive. Ca si in cazul factorilor biologici, factorii cognitivi nu pot acoperi pe de-antregul geneza tulburarii de panica si o teorie integrativa, care pune impreuna atat factorii cognitivi cat si cei biologici si cei favorizanti si declansatori este cea care pare mult mai valabila.

2.3. Modelul psihanalitic. Conform acestui model este vorba de rolul traumelor din copilarie, al parintilor intruzivi, care se amestecau si controlau viata copilului si care au facut individul incapabil sa formeze legaturi de atasament si sa-si constuiasca propria siguranta. Acesti indivizi au cautat siguranta la altii, lucru care i-a facut dependenti, dat aceasta dependenta a devenit o rana narcisiaca pentru ca dependenta de altii provoaca frustrare si manie. In aceste conditii subiectul dezvolta un fel de ambivalenta in care nevoia de atasament si protectie se intalneste cu frica de a forma astfel de legaturi care ar provoca frustrare si manie. Factorii stresanti sunt vazuti ca o situatie in care subiectul realizeaza nevoia atasamentului si protectiei lucru care accentueaza sentimentele de abandon, anxietate, frica, vinovatie, manie, furie si ciuda ce induc o stare de esec si panica. In centrul atacului de panica s-ar afla lipsa sentimentului de siguranta din cauza ca nu are legaturi de atasament protective iar acesta conduce la manie indreptata asupra subiectului insusi si asupra celorlalti.

2.4. Modelul mentalizarii. Prin mentalizare se intelege capacitatea unui individ de a percepe si interpreta comportamentul propriu si a altora ca derivand dintr-o stare mentala intentionala. Indivizii cu atacuri de panica ar avea o problema de mentalizare pentru ca au o capacitate scazuta de a identifica cu acuratete propria anxietate si simptomele corporale de acompaniament ca fiind produsul propriei lor activitati mentale. In schimb acestia incearca sa echivaleze simptomele subiective cu pericole reale, refuzand sa ia in considerare ca aceste simptome pot fi produsul mintii lor. Ca expresie a acestei probleme de mentalizare, acesti indivizi au o deficianta in “citirea” mintii lor si a

celorlalti, de a intui ce altii gandesc intr-un context de intalnire reala sau imaginara. In acest context, atacul de panica este vazut ca un pericol mortal in care subiectul nu poate fi imediat inteles sau ajutat de ceilalti. Datorita acestui defect de mentalizare se poate explica incapatanarea initiala a acestor subiecti de a accepta ca atacurile lor de panica nu au un suport organic.

3. Factori declansatori sunt de cele mai multe ori conditiile care initiaza declansarea unui atac de panica.

3.1. Factorii stresanti legati de o pierdere semnificativa sunt de cele mai multe ori factorii initiatori ai unui atac de panica. Astfel, pierderea sau separarea de o persoana draga, divortul, plecarea copilului de acasa, pierderea locului de munca, pierderi financiare, pierderea conditiei de sanatate sunt dintre conditiile cele mai des pomenite ca declansatoare ale unui de panica. Ulterior atacurile de panica se pot declansa si prin factori imaginari sau de frica de a nu face un astfel de atac.

3.2. Schimbari semnificative precum schimbri la locul de munca, schimbri in structura familiei, schimbri ale rezidentei, schimbri in ritualurile zilnice domestice sunt factori de natura sa initieze un atac de panica la un individ vulnerabil.

3.3. Consumul exagerat de alcool sau droguri stimulante precum amfetamine, ecstasi, marijuana, genereaza atacuri de panica. Se intampla ca primul atac de panica sa survina dupa o petrecere in care s-a consumat mult alcool si s-a pierdut multa energie dansand mult.

3.4. Tulburari psihice preexistente, precum fobiile simple, anxietatea sociala, tulburarea post-traumatica de stress sunt de natura sa genereze un atac de panica in conditiile in care starea lor se modifica brusc, perturband echimbrul emotional al subiectului.

4. Factori care contribuie la permanentizare atacurilor de panica sunt factorii care fac ca atacurile de panica odata aparute sa se perpetueze in timp. Acesti factori sunt de natura diferita dar care conduc la acelasi rezultat.

4.1. Comportamentul de evitare este ceva obisnuit la indivizii cu atacuri de panica. Ei au tendinta de a evita acele situatii sau conditii care au generat atacuri anterioare de panica. Acest comportament de evitare este de natura sa permanentizeze atacurile de panica prin faptul ca el mentine ideea ca exista locuri sau situatii care

genereaza atacuri de panica ca si frica de a avea un atac de panica, frica care de fapt cheama alte atacuri de panica si contribuie la automatizarea lantului generator al atacului de panica prin conditionare la anumite situatii. Toate acestea impiedeca subiectul de a constata ca el poate de fapt sa se confrunte cu situatia anxiogena, ca nu face atac de panica de fiecare data cand este in aces situatie si astfel sa se deconditioneze de factorii care in opinia lui sunt legati de aparitia atacurilor de panica.

4.2. Credintele distorionate cu privire la siguranta personala, pierderea controlului si frica de moarte. Astfel de credinte sunt de fapt niste scheme cognitive dupa care individual interpreteaza ceea ce se intampla in jurul lui si cu el insusi. Exemplul cel mai tipic este credinta indivizilor cu atacuri de panica in incapacitatea persoana de a se ajuta, frica de a nu avea acces la ajutor in situatiile fobice, credinta ca nu poate sa scape de o situatie amenintatoare de moarte, frica de a nu se face de ras in public prin conditia de sanatate pe care ar avea-o, de a nu parea slab sau dizabilitat, etc. La aceasta se mai adauga interpretarea gresita a simptomelor corporale precum a ametelea, slabiciunea musculara, lipsa de aer. Aceste simptome sunt interpretate ca amenintatoare de moarte, simptome care anunta o situatie grava de sanatate care necesita atentie medicala imediata. Subiectul nu poate rezista simptomului si amana ajutorul. Este vorba de o gandire catastrofica si de magnificarea importantei simptomelor corporale. La toate acestea se adauga o anticipare a pericolelor, de cele mai multe ori lipsita de justificare, care amplifica starea de asteptare anxioasa si de frica de conditiile pe care in imaginar subiectul nu le poate controla.

4.3. Negarea sentimentelor anxioase in fata altora si a lui insusi. Nu rar se poate constata ca acesti subiecti, in perioadele dintre atacurile de panica, nu recunosc starea lor de anxietate. Ei sunt in stare sa se contrazica cu persoanele apropiate lor sau cu profesionisti care incearca sa le ofere tratament adecvat, ei spun ca de fapt nu sunt anxiosi si ca se intampla cu ei este un lucru de la sine inteles pentru cineva care are o suferinta sau un simptom corporal. Alaturi de negarea anxietatii, acest subiecti neaga si emotiile de frustrare, de manie, sau alte emotii negative, pe care cauta sa le mascheze sau se le lege de alte conditii decat de anxietate sau panica. De fapt subiectii cu atacuri de panica vor sa se rescrie sub alte cuvinte si conditii dintr-un sentiment de disimulare si jena sociala. Aceasta inabilitate de a decoperta emotii interne nu face altceva decat sa ofere conditii ca

anxietatea sa se permanentizeze, sa se automatizeze. Subiectul nu se vede parte a problemei sau a solutiei, el cauta justificari externe care sa-l exonereze de o vinovatie pe care de fapt nu ar trebuie sa o aibe. A invata sa exprime emotii, sa verbalizeze frica si panica, sa identifica elementele atacului de panica cu bravura sunt conditiile prealabile oricarui progres terapeutic.

4.4. Gandurile anxioase si dialogul interior. Dialogul interior este dat de conversatile pe care le facem cu noi insine pe baza careora ne construim cuvintele care sustin selful si identitatea. In cazul persoanelor cu tulburare de panica, multe din afirmatiile pe care le facem despre noi insine in interiorul nostru sunt cele care initiaza, sustin si permanentizeaza aceasta tulburare. Frica de a avea un atac de panica, frica de a avea frica, de a pierde controlul, de a nu inebuni sunt de fapt constructii interioare care dirijeaza comportamentul si reactiile noastre in diferite situatii. Ele se bazeaza atat pe scheme cognitive si credinte distorsionate formate cu multi ani inainte, dar sunt si interpretari eronate ale trairilor corporale sau a evenimentelor exterioare care sunt filtrate prin acest dialog interior. Identificarea constructiilor cognitive care sustin acest dialog interior inautentic reprezinta unul din pasii esentiali pentru a stapani tulburare anxioasa prin propriile puteri.

4.5. Incredere scazuta in capacitatea de a depasi problemele care exprima de fapt o lipsa de incredere in fortele proprii, in sansa, in oportunitari, finalmente in soarta favorabila a fiecaruia. Viziunea negativista, dependenta de altii, un fel de nihilism indreptat impotriva propriei persoane este o caracterstica a multor persoane cu atacuri de panica. Sensul de siguranta si confidenta este aleatoriu si hranit de aporturi exterioare. Sentimentul de insecuritate personala este trezit de contexte anodine, experienta pozitiva obtinuta din evenimente trecute este minimalizata mereu in schimbul pericolelor hiperbolizate ce sunt extrase aberant din cotidian. Persoana se simte de multe ori lipsita de abilitati de a-si asigura securitatea si o alta careia sa-i plaseze aceste responsabilitati este mereu cautata.

4.6. Tensiunea musculara crescuta si incapacitatea de a se relaxa. Persoanele cu tendinta de a dezvolta atacuri de panica sunt de cele mai multe ori caracterizate de o stare de tensiune interioara, de tensiune musculara, care se exprima prin senzatia ca corpul este contractat, uneori cu tresariri musculare sau chiar dureri musculare. Aceasta

rigiditate se exprima si psihic, individual avand greutati sa se relaxeze, sa-si gaseasca calmul, adoarme greu, se misca mereu in pat, doarme superficial si se trezeste la zgomote mici. Alteori, acesti indivizii se plang de a fi mereu sub presiunea timpului, a sarcinilor si ingrijorarilor de tot felul si isi gasesc mai usor calmul atunci cand au activitati fizice.

4.7. Expunerea la conditi panicogene. Exista constatarea indubitabila ca consumul de cafea conduce la cresterea riscului de atacuri de panica sau chiar poate sa declanseze astfel de atacuri de panica. Alaturi de cafea, consumul de substante stimulante precum amfetamina si derivati (ecstasi) sau marijuana pot favoriza aparita atacurilor de panica.

Indivizii cu aceasta conditie medicala trebuie sa mai stie ca cresterea concentratiei de bioxid de carbon in sange poate favoriza aparitia atacurilor de panica. Cresterea concentratiei de bioxid de carbon conduce la o senzatie de sufocare care rapid genereaza activarea sistemului de alarma, nuclul ceruleus, sistemul noradrenergic si cascada simptomelor de panica, este ceea ce se numeste modelul sufocarii in geneza atacului de panica. De aceea se recomanda ca acesti subiecti sa evite locuri prost ventilate, locuri aglomerate in care exista riscul acumularii de bioxid de carbon. In mod normal respiratia este reglata de centrul respirator din creier care dirijeaza frecventa respiratiei in functie de concentratia de bioxid de carbon in sange. In plus, organismul mai are un sistem de supraveghere a respiratiei pe baza careia regleaza in mod constient respiratia si pe baza careia respiratia este in consens cu anumite trairi subiective. Astfel individual poate ofta, isi poate tine respiratia sau poate gafai cu ocazia diferitelor emotii si poate cauta conditiile cele mai favorabile pentru a respira. Conform teoriei “falsei sufocari”, indivizii cu vulnerabilitate la atacuri de panica prezinta o grija exagerata fata de situatiile in care organismul ar putea avea probleme de respiratie. La acestia, sistemul de monitorizare a respiratiei ar trimite alarme false despre pericolul sufocarii, alarme care ar declansa atacul de panica.

O alta substanta care acumulata in sange conduce la atacuri de panica este lactatul de sodiu, substanta care are tendinta sa se acumuleze in sange atunci cand un individ respira foarte frecvent. Controlul respiratiei si cresterea eficientei ciclului respirator sunt de natura sa previna acumularea lactatului in sange si sa previna atacul de panica.

Această acțiune panicogenă o are și concentrația crescută de bicarbonat de sodiu, lucru care atrage atenția la consumul acestei substanțe de către persoanele care au hiperaciditate gastrică și care suferă de atacuri de panică.

Derivatele de efedrină reprezintă o altă clasă de substanțe panicogene, substanțe care sunt folosite des pentru decongestia nazală și împotriva sforăitului. Folosirea de astfel de picături pentru nas, precum Bixtonim sau sub alte denumiri, crește semnificativ probabilitatea unui atac de panică peste noapte.

5. Condiții medicale care pot cauza panică

Este bine de știut că există și situația în care atacurile de panică sunt provocate de o boală organică, medicală. Hipertiroidismul (hiperfuncția glandei tiroide) și hipoglicemia (cantitatea redusă de glucoză în sânge) sunt exemplele cele mai tipice. Aceste tulburări organice acționează ori prin generarea unor simptome asemănătoare atacului de panică, ca de exemplu cele care generează respirație rapidă sau care generează amețeli (vertij) și astfel se inițiază un atac de panică pe baza fricii subiectului despre un astfel de atac.

Alte condiții medicale influențează direct lanțul causal neurobiologic și face ca subiectul să fie posibil să facă astfel de atacuri de panică. Printre aceste suferințe organice care favorizează sau predispun la atacuri de panică menționăm în afara hipoglicemiei din diabetul zaharat și hipertiroidismul, prolapsul valvei mitrale, sindromul premenstrual, vertijul Meniere, alte tulburări ale glandei tiroide sau paratiroide, tulburări pulmonare sau cardiace care conduc la lipsa de oxigen și hiperventilație precum emfizemul, bronșita cronică obstructivă, astmul bronșic, stenoza mitrală, aritmii cardiace, etc.

Este rolul medicului de a îndepărta cauzele organice atunci când pune diagnosticul de tulburări de panică și pacientul trebuie să urmeze îndrumările medicului fără să interfere cu acestea de natură să maximizeze ori componenta organică, ori cea psihologică.

6. Teoriile integrative ale genezei atacurilor de panică.

În general modelele integrative care caută să explice tulburările mentale iau în considerare relațiile dintre factorii corporali, cerebrali și cei subiecțivi, cu alte cuvinte interacțiunea dintre corp, creier și minte. Cazul tulburării de panică se potrivește foarte bine cu acest tip de interpretare.

6.1. Modelul integrativ clinic. Din punct de vedere clinic se descriu doua feluri de atacuri de panica. Un tip in care declansarea atacului de panica are la baza senzatia de sufocare care poate fi reala, pe baza acumularii de bioxid de carbon in sange sau falsa, cand o hiperventilatie, o gafaiala pasagera, este luata ca un semnal de lipsa de aer. Aceste lucruri genereaza activarea sistemului de alarma si imediat a activitatii nucleului locus ceruleus cu aparitia noradrenalinei si a tuturor simptomelor de acum stiute. Acest fel de atac de panica se numeste atacul de panica nonfobic, pentru ca nu este legat in mod evident de frica subiectului. Al doilea tip de atac de panica este mult mai frecvent si este generat de frica subiectului. Lantul evenimentelor este declansat in acest caz de frecventa crescuta a inimii, de asa zisele palpitatii. Frica si cresterea frecventei cardiace care apar simultan genereaza starea de alerta si excitabilitatea sistemului nervos simpatic cu transpiratii si tremuraturi care apoi, rapid antreneaza hiperactivitatea locus-ului ceruleus si a axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale si revarsarea in sange a unei cantitati mari de adrenalina. Acest lant patologic scapa constiintei subiectului, ceea ce ramane este doar memoria acestui atac pe baza careia se instaleaza frica de a avea un nou atac, respectiv frica de a avea frica pentru ca in mod inconstient stie ca aceasta genereaza alte atacuri de panica. Este important de a distinge intre cele doua feluri de atacuri de panica, fobic si non-fobic, pentru ca tratamentul acestora difera si de individualizarea lui depinde succesul pe termen lung.

6.2. Modelul integrativ neurobiologic sugereaza ca factorii biologici, psihologici si ambientali interactioneaza intr-un mod specific in declansarea, consolidarea si permanentizarea atacurilor de panica. La aceasta interactiune participa sistemele corporale, creierul, mintea, respective aspectele subiective si factorii de mediu. La indivizii cu vulnerabilitate la atacurile de panica se intalnesc factorii genetici, factorii de dezvoltare, in special lipsa legaturi de atasament protective, hiperexcitabilitatea sistemului de alarma la senzatia de sufocare, interpretarea imaginara a simptomelor corporale si emotiile de manie si frustrare referitoare la propria sanatate si modalitatile disponibile de ajutor. Experienta de anxietate sub forma de panica se stocheaza in memoria afectiva si in centrul amigdalian din creier, locul in care se initiaza si modeleaza emotiile, si de cate ori un stimul anxiogen apare, el este interpretat ca o sugestie pentru reamintirea inconstienta a reactiei de panica care este stocata in amigdala si regiunea

orbito-frontala. Finalmente acești indivizi învață aceste reacții și se condiționează la acești stimuli anxiogeni iar pragul de declanșare a atacurilor de panică se setează mai jos. Cele mai frecvente sugestii pentru atacul de panică ar fi separarea de condițiile sau persoanele de siguranță, simptomele care în mod imaginar creează amenințarea de moarte precum amețea, senzația de lipsă de aer, palpitațiile și însăși frica sau așteptarea anxioasă a pericolului. Indivizii aceștia ar prezenta și o reactivitate neurobiologică exagerată la evenimente negative sau stressante pe care le interpretează ca amenințatoare și care astfel inițiază false alarme asociate cu simptome generate de hiperactivitatea noradrenergică. Această sensibilitate exagerată este dată de interpretarea eronată a acestor evenimente declanșatoare, interpretare care are la bază distorsiuni cognitive și gânduri automate negative.

Veronica: A fost foarte important pentru mine ce m-a învățat Dr. R.V. despre atacurile de panică. Toate aceste informații pe care le capeti înainte de terapie și care de fapt reprezintă primul pas al terapiei se numesc “psihoeducție”. Psihoeducția reprezintă o explicație clară, completă și pe înțelesul pacientului despre tulburarea care se presupune că o are, despre această tulburare în general, despre modul cum se monitorizează și despre felul cum se tratează. Aceasta este mai mult decât o prezentare didactică, este o conversație care răspunde la întrebările pacientului în măsura să-l convingă de validitatea acestor informații și de justetea diagnosticului pe care-l are. În final este vorba de o conceptualizare a cazului pacientului care înseamnă a trece de la generalitățile despre tulburările de panică la situația particulară a cazului, a pune factorii cauzali în legătură cu factorii de vulnerabilitate și cei declanșatori, în contextual vieții curente a subiectului

În cazul meu, prin psihoeducție am aflat că factorii biologici se împletesc cu factorii psihologici și cu condiții punctuale în geneza atacurilor de panică și asta m-a făcut să înțeleg răspunderea mea în această boală și în tratarea ei. Nu toate lucrurile s-au potrivit la situația mea în schimb toate lucrurile m-au convins că problema este în creierul și mintea mea; m-a făcut să înțeleg care este rolul medicamentelor și care este rolul psihoterapiei și că una fără alta nu se poate. Mai apoi am discutat despre opțiunile

terapeutice, valoare și deznodământul lor, astfel încât să pot participa în cunoștința de cauză la luarea deciziei terapeutice, să știu care sunt așteptările și responsabilitățile mele în această privință. De mare importanță aici a fost discuția despre rolul medicamentelor, efectele lor secundare, interferența cu alte medicamente și cu viața mea curentă. Apoi am vorbit despre terapiile nemedicamentoase, eficiența lor, suportul teoretic, durata lor, și despre motivația mea pentru acest fel de terapie, ce credințe am despre acest fel de terapie. În final am discutat despre obligațiile reciproce dintre noi, numărul de sedințe, evaluarea rezultatului între sedințe, lecțiile pentru acasă, tratarea absențelor de la terapie, abandonul terapiei, costul terapiei. Psihoeducația nu s-a terminat într-o sedință, ea a continuat pe parcursul întregii terapii și a constatat atât în expuneri și conversații cât și în furnizarea de materiale bibliografice pe care le-am primit și le-am parcurs singură ca mai apoi să le discut cu medicul/terapistul meu în sedințele următoare. Am înțeles care este rolul meu în procesul de terapie și de consolidare a rezultatelor și că nimeni nu poate face ceva pentru mine fără ca eu să fac parte și să particip activ. Și că odată aflate și înțelese aceste lucruri, eu voi merge singură mai departe în cunoștința de cauză. Nimeni nu mă poate ajuta mai bine decât mine...

Apoi Dr. R.V. a discutat cu mine despre caracteristicile formei clinice pe care o am pentru ca să personalizeze terapia. Mi-a vorbit de optinunile terapeutice ale acestei forme, de avantaje și dezavantaje și mi-a propus să particip în mod activ și în cunoștința de cauză la decizia terapeutică.



V. TRATAMENTUL TULBURĂRI DE PANICĂ

Tratamentul tulburării de panică poate fi împărțit în două: medicamentos și nemedicamentos. Cele două forme de terapie nu se exclud una pe alta, ci din contra se completează reciproc. Studii riguroase au arătat că nici una nu este superioară celeilalte dar că amândouă sunt superioare față de situația în care subiectul nu ia nici un tratament. Asocierea celor două dă rezultatele cele mai bune. În plus, s-a constatat că întreruperea medicației conduce la reapariția atacurilor de panică, pe când terapia nemedicamentoasă conduce la rezultatele mult mai bune pe termen lung.

Terapia medicamentoasă este expresia “în oglindă” a proceselor neurobiologice care stau la baza tulburării de panică, tot așa cum și terapia nemedicamentoasă se bazează pe rolul factorilor cognitivi, comportamentali sau ambientali în geneza acestei tulburări. Astfel, terapia medicamentoasă se bazează pe următoarele clase de medicamente: (i) medicamente beta-blocante, medicamente care blochează locul unde adrenalina interacționează cu celulele organismului și face ca ea să producă simptomele cunoscute; exemplu de astfel de medicament este Propranololul; (ii) medicamente care cresc concentrația de serotonină la nivelul sinapselor neuronale, precum antidepresivele de ultimă generație (fluoxetina, paroxetina, venlafaxina, etc.) sau chiar cele de primă generație (ipramina), serotonină care contrabalansează acțiunea norepinefrinei și (iii) medicamente care reduc excitabilitatea neuronului, așa numitele tranchilizante sau benzodiazepine (diazepam, oxazepam, lorazepam, etc.).

Înainte de a lua o decizie terapeutică medicamentoasă, este esențial de a se identifica alte tulburări psihiatrice concomitente, așa zisa comorbiditate, iar tratarea acestora în mod concomitant este o problemă esențială. Astfel, tinta terapeutică trebuie să cuprindă depresia, alte forme de anxietate sau consumul de substanțe atunci când acestea sunt concomitente cu tulburarea de panică.

Apoi trebuie exclusă influența altor afecțiuni organice pe care subiectul le poate avea și care pot genera atacuri de panică, ca în cazul hipertiroidismului sau altor afecțiuni corporale, așa cum am discutat mai sus. Existența a astfel de boli organice îndreaptă tratamentul principal asupra lor. La fel, trebuie exclusă o tulburare de abuz de substanțe, precum abuzul de alcool, consumul de droguri ca cele stimulante (amfetaminele), marijuana, etnobotanicele, excesul de cafea.

Medicamentele antidepresive sunt medicamentele de prima alegere in tratamentul atacutului de panica. Ele actioneaza dupa o perioada de latenta de aproximativ 2 saptamani si se administreaza timp indelungat, ajungand la peste un an pentru a consolida rezultatele. Problema administrarii lor tine de efectele lor secundare si de contraindicatiile pe care anumite persoane le au in luarea acestui tip de medicatie.

Benzodiazepinele actioneaza imediat in cazul atacului de panica ducand la linistirea rapida a simptomelor, in functie de calea de administrare (oral, intramuscular sau intravenous) insa ele au inconvenientul ca dau obisnuinta si de aceea administrarea lor nu se recomanda a fi mai lunga de 2-3 saptamani, timp in care subiectul poate face psihoterapie si sa invete modalitati eficiente de lupta cu atacul de panica. In mod obisnuit, ele se asociaza tratamentului cu antideprevele in primele 2-3 saptamani de tratament pentru ca mai apoi antidepresivul sa ramana singur.

Este deosebit de important de stiut ca tratamentul medicamentos, care are ca scop combaterea fricii si usurarea simptomelor noradrenergice, este de natura sa mascheze procesele psihopatologice care le sustin, sa permanentizeze credinta subiectului intr-o boala a carei remediu este medicamentos, sa-l exonereze de o pozitie activa, participativa, in combaterea tulburarii lui, in favoarea pastrarii acestor medicamente in buzunar, ca si mod de a combate, la indemana, a atacul de panica. Pe scurt, tratamentul medicamentos a atacului de panica este in mare masura doar un tratament simptomatic care mentine subiectul intr-o pozitie de dependenta fata de el.

Tratamentul medicamentos al tulburarii de panica este in sarcina medicului psihiatru si numai el este autorizat sa initieze astfel de tratament, sa aleaga medicamentele adecvate, sa monitorizeze in timp acest tratament, sa urmareasca efectele secundare, sa schimbe un medicament cu altul, etc. Orice interferenta din partea altui tip de profesionist este daunatoare si pacientul trebuie sa fie constient ca tratamentul medicamentos este doar o parte importanta a tratamentului si el este o chestiune medicala si nimic mai mult. Daca medicul psihiatru considera oportun, se poate ca unele sarcini de monitorizare a tratamentului sa fie transferate medicului de familie. Decizia tratamentul medicamentos este o decizie medicala care se bazeaza atat pe diagnostic cat si pe particularitatile psiho-fiziologice ale pacientului. Aceasta decizie duce la individualizarea tratamentului, adica la alegerea acelor medicamente, doze, timp si mod de administrate,

mod de monitorizare, etc. care sunt adaptate caracteristicilor pacientului. La acest proces de individualizare a tratamentului se ia in considerare si incarcatura genetica a pacientului, motivatia lui pentru tratament si, in special, existenta concomitenta a unui tratament psihologic.

Tratamentul psihologic, nemedicamentos, al tulburarii de panica este cel care asigura un deznodamant pozitiv pe termen lung. Tratamentul psihologic este cel care inarmeaza pacientul cu deprinderi de a identifica si neutraliza atacul de panica din primele momente, de a se deconditiona de stimuli si situatiile panicogene, de a-si schimba schemele cognitive si gandurile negative automate care contribuie la permanentizarea atacurilor de panica. In plus, subiectul identifica factorii favorizanti, factorii declansanti si isi construiește un alt mod de relatie cu lumea si un alt program de viata si recreere care sa evite acesti factori. Acest tratament psihologic, care se poate numi si program psihoterapeutic, este in competenta unui psiholog sau medic psihiatru cu astfel de experienta profesionala. Este de la sine inteles ca ideal ar fi ca tratamentul medicamentos si cel psihoterapeutic sa fie condus de o singura persoana, respective de medicul psihiatru, mai ales ca indicatia este ca cele doua tratamente sa inceapa si sa continue impreuna pentru mult timp. Lucru acesta se intampla destul de rar din cauza ca medicii psihiatrii lucreaza sub presiunea timpului, a salarii de asteptare si terapia psihologica ia mult timp si resurse. In cazul cel mai frecvent, terapia psihologica este facuta de un psiholog. In acest caz, colaborarea dintre medic si psiholog este esentiala, colaborare care trebuie sa se bazeze pe respect, comunicare, impartasire de responsabilitate, toate subjugate consideratiei fata de pacient si fata de etica profesionala. Aceasta colaborare implinca contacte periodice intre cei doi, contacte la care prezenta pacientului este mai mult decat binevenita.

Terapia psihologica cuprinde mai multe module, fiecare din acestea fiind dedicata unei tinte de pe lantul psihopatologic care initiaza si sustin atacurile de panica. Astfel, cele mai importante si eficiente module sunt: (i) modul care cuprinde tehnicile de expunere la stimuli si situatiile panicogene cu scopul deconditionarii subiectului, (ii) modulul care cuprinde restructurarea cognitiva a subiectului; (iii) controlul respiratiei si stapanirea senzatiei de sufocare; (iv) metode de relaxare musculara progresiva; (v) vizualizarea si imageria creativa; (vi) tehnici de reglare emotionala, de sporire a atentiei

și de acceptare radicală mindfulness; (vii) tehnici de rezolvare a problemelor; (viii) metode de relaționare interpersonală; (ix) metode care se adresează spiritualității subiectului.

Terapia psihologică trebuie să fie personalizată în funcție de caracteristicile subiectului, de temperamentul, atitudinile și credințele lui, de modelul imaginar în care acesta își formulează cazul și așteptările terapeutice. Terapia se livrează într-un pachet care presupune că a fost setată o țintă și un rezultat și care se desfășoară conform unui program cu mai multe sesiuni dedicate specific unor tehnici și probleme. Programul terapeutic psihologic este de fapt un algoritm terapeutic care urmărește creșterea abilității pacientului de a înțelege mecanismelor psihologice de producere a atacului de panică și înzestrarea lui cu abilități de combatere sau neutralizare a acestora. Transferul cunoștințelor de la terapeut la pacient se face prin metode psihoeducative, metode grafice, metode experimentale, de joc de rol și biblioterapie. Pe parcursul terapiei, se setează diferite momente în care se evaluează progresul și se fac ajustările necesare. Participarea pacientului este esențială și ea este sporită prin tehnici motivationale și prin teme pentru acasă pe care pacientul le va face în mod obligatoriu. Relația dintre terapeut și pacient va sta în focusul fiecărei sesiuni de terapie și se va trata cu luciditate și profesionalism toate asperitățile sau incongruențele care pot să apară.

Multe din metodele și tehnicile care sunt apanajul programului terapeutic pot fi însușite de subiect singur, fără asistența unui profesionist. Acest model se poate numi “ajuta-te singur” și este cel promovat de cartea de față. Acest model sporește capacitatea unui individ de a lupta cu atacurile de panică și chiar de a avea un deznodământ pozitiv, dar cartea nu înlocuiește nici pe departe rolul unui terapeut. Din contra, ea poate reprezenta un ingredient al terapiei făcute cu un profesionist.



1. RESTRUCTURAREA COGNITIVA

Veronica: Mai intai trebuie sa sti cate ceva despre restructurarea cognitiva, in ce consta, care este suportul ei teoretic si experimental pentru ca sa crezi in ea si sa o aplici in cunostiinta de cauza, nu ca ti-a spus cineva sau sa imiti ceva in mod mecanic, fara ca tu sa participi cu adevarat. Important este ca aceste informatii sa demonteze ideile pe care tu ti le-ai format de-a lungul multiplelor vizite pe la diferiti medici de diferite specialitati, in inteptarea noianului de analize pe care ti le-ai facut, in discutiile cu prietenii, cunoscutii sau chiar vecinii, cautand sa gasesti o cauza organica credintei tale ca o sa mori de inima, de atac cerebral sau cate altele. Si astfel am aflat ca...

Restructurarea cognitiva este o componenta a terapiei cognitiv-comportamentale si se bazeaza pe constatarea ca atacurile de panica survin cand subiectul percepe senzatii corporale pe care le considera imediat amenintatoare pentru viata lui sau cand se afla in situatii cand aceste atacuri de panica s-a petrecut in trecut sau cand crede ca in acele situatii nu exista posibilitatea sa fie ajutat sau sa scape. Aceste interpretari sunt legate de obicei de prezenta unui simptom fizic care face sa se declanseze gandurile automate precum: “o sa fac un atac de inima” (in caz de palpitatii). “ma sufoc” (in caz de senzatie de lipsa de aer), “o sa fac un atac cerebral” (in caz de ameteala), etc. ganduri automate care cresc sensatia de frica la cote insuportabile si conduc la reactia de alarma a organismului cu cascada de simptome legate de activitatea sistemului noradrenergic. Individul este convins de justetea interpretarii lui ca aceste simptome sunt amenintatoare de viata si ca trebuie sa evite cu orice pret situatiile sau conditiile in care aceste atacuri apar. Mai mult, in el se cuibareste o senzatie de frica ca nu cumva sa mai apara astfel de atacuri terifiante. Insa frica aceasta este cea care de cele mai multe ori cheama alte atacuri sau, oricum, contribuie esential la mentinerea lor in mintea subiectului. Prin aceasta psihoeducatie tu trebuie sa fi convins ca problema atacurilor de panica este data de distorsiuni temporare localizate in felul cum gandesti, traiesti si reactionezi la simptome corporale pe care alti oameni nu le iau in seama.

Restructurarea cognitiva porneste de la idea ca gandurile, atitudinile si credintele distorsionate ale tale sunt asociate cu anxietatea si comportamentul de evitare. Acesta reconstructie cognitiva presupune mai multi pasi absoluti necesari de parcurs. Aceasta

înseamnă nu numai înțelegerea suportului teoretic dar și efectuarea unor teme care înseamnă ținerea unor jurnale zilnice, completarea unor tabele, etc. care te fac să realizezi diferența dintre gânduri și emoții, rolul distorsiunilor cognitive în atacurile de panică, felul cum tu poți accesa gândurile automate și cum toate aceste structuri cognitive pot fi restructurate. Fără efectuarea acestor “teme pentru acasă”, programul de restructurare cognitivă esuează.

Veronica: Dr. R.V. mi-a spus foarte ferm că eu trebuie să înțeleg că accesul meu la aceste structuri cognitive nu se poate face “în gând”, se poate face doar atunci când vorbesc cu glas tare sau atunci când scriu pe hârtie ceea ce gândesc sau simt. Orice altă “tehnică” nu face altceva decât să mă înșele, să-mi lase impresia că pot prinde ceea ce gândesc și cred cu adevărat, când de fapt nu este decât o iluzie. Iată de ce este imperativ să verbalizez singura ceea ce gândesc sau simt și să fiu sarguincioasă, să-mi fac temele pentru acasă la termen și cu acuratețe. De aceasta ține reușita mea...

1.1. Analiza situațională

Primul pas în restructurarea cognitivă începe cu așa numita analiză situațională, adică o identificare a factorilor declanșatori ai atacului de panică, a prezentei comportamentului de evitare și a sugestiilor specifice, exterioare sau interioare, care cheamă un atac de panică. Te rog să te gândești la toate atacurile de panică pe care le-ai avut și să încerci să găsești care fapte, situații sau sugestii din exteriorul sau interiorul tău le-a generat. Se poate întâmpla ca acești factori declanșatori să fie mereu aceiași sau să fie diferiți. Un exemplu de factor extern este când un atac de panică s-a declanșat când erai într-o încăpere aglomerată și ai avut o senzație de lipsă de aer și frică că nu vei putea scăpa de acolo. Un exemplu de simptome fizice declanșatoare de atacuri de panică poate fi atunci când ai mers mai repede și inima a început să bată repede și te-ai speriat sau când ai avut un moment de amețală, de dezechilibru și acesta a declanșat un atac de panică gândindu-te că vei face un atac cerebral. O sugestie, este atunci când te-ai amintit de un atac de panică și imediat l-ai și făcut sau când te duci undeva unde ai avut un atac de panică și l-ai făcut doar că ai văzut locul.

De foarte multe ori un individ care suferă de atacuri de panică nu pune accentul pe factorii declanșatori pentru că pentru el ceea ce contează este credința lui că are o tulburare amenințătoare de moarte care trebuie să capete atenție medicală. Cu toate acestea, mulți oameni reușesc să facă în mod spontan o legătură între factorii declanșatori și atacul de panică, mai ales atunci când secvența se repetă. Astfel, există indivizi care știu că atunci când simt senzația de sufocare sau de palpitație vor avea imediat și un atac de panică sau când sunt într-un anumit loc unde au avut mereu atacuri de panică, precum într-un autobuz sau când stau la o coadă într-un magazin sau chiar atunci când se gândesc sau au frică de un atac de panică. Pentru ca restructurarea cognitivă să aibă succes, este neapărat necesar ca tu să reușești să identifici acești factori declanșatori și apoi să-i pui în trei categorii: (i) situații externe, (ii) simptome fizice pe care le-ai simți înainte de atacul de panică și te-au speriat și (iii) gânduri pe care le-ai avut înainte și care au inițiat/chemat atacul de panică. Foarte important este să te oprești la gândurile sau imaginile mentale care cheamă, amintesc sau declanșează atacurile de panică. Aceste gânduri sunt scurte, automate și legătura lor cu atacurile de panică este așa de strânsă că sunt greu de deosebit de gândurile pe care le ai în timpul atacului propriu-zis. La fel, aceste gânduri și imagini trebuie deosebite de cele care generează comportamentul de evitare a unei situații care în credința ta poate duce la un atac de panică.

Tema pentru acasă: Ai aici Tabelul Nr. 1 și te rog ca acasă să te gândești la toate cele ce ți-am spus și să-l completezi cu fapte, simptome și gânduri/imagini care au făcut să ai atacuri de panică și apoi o să-l discutăm împreună.

Veronica: Am făcut tabelul deși am avut unele greutăți pentru că am cam încurcat factorii declanșatori cu simptomele atacului de panică, dar tot încercând să completez tabelul am reușit să mă „prind” de diferența dintre aceștia și ce se întâmplă când atacul de panică este deja declanșat. Apoi am reușit să fac diferența dintre factorii declanșatori și situațiile pe care le evit cu grijă, altfel, dacă intru în aceste situații, probabilitatea de a face atac de panică este foarte mare, de exemplu să mă duc la mall neînsoțită. Apoi am discutat acest tabel și toate aceste probleme împreună cu Dr. R.V.

Tabelul Nr. 1: Tabelul situațiilor exterioare, simptomelor fizice și gândurilor care mi-au declanșat atacuri de panică

Factori declanșatori	Exemplu	Detalii despre acestea
Situații exterioare	<i>În mașina pe un pod</i>	<i>Sunt în mașina blocată în trafic pe un pod</i>
Simptome fizice	<i>Senzatie de sufocare</i>	<i>Lipsa de aer, senzație de strânsoare în jurul gâtului</i>
Gânduri	<i>nu am unde să scap</i>	<i>imaginați-vă mentală că nu am unde să obțin ajutor medical calificat și o să mor</i>

1.2. Diferența dintre gând și emoție

Primul pas în restructurarea cognitivă înseamnă să poți deosebi gândurile de emoții. Oamenii care au atacuri de panică au dificultăți în a recunoaște că emoțiile lor nu sunt același lucru cu gândurile lor și cu realitatea în care acestea au apărut. În această fază este esențial pentru tine de a “lua o distanță” față de emoțiile și gândurile tale cu scopul de a le putea evalua pe ele însele și relațiile dintre ele. Pentru aceasta, metoda experimentală este cea mai indicată și astfel imaginează-ți situația când intri într-o casă întunecată și îți este frică de ce s-ar putea ascunde acolo și te grabesti să aprinzi lumina și nu ști unde este poziționat exact întrerupătorul sau gândești-te că mergi pe o stradă pustie și puțin luminată și auzi în spatele tău pași și îți este frică că cineva ar putea să te atace, etc.

Dacă te gândești și îți imaginezi aceste scene dar le privești cu detașare, o să înțelegi că mai întâi există o situație reală, camera întunecată sau strada pustie, apoi există un gând despre pericolul care ar putea fi în camera aceea sau în spatele tău și apoi o emoție de frică care este comună în ambele situații. Deci secvența este situația > gând > emoție. Este important să vezi diferența dintre gând și emoție, deși la prima vedere se pare că există doar situația și emoția. Dar emoția nu există dacă nu ar exista gândul care interpretează situația. Dacă tu nu te-ai gândit că în camera întunecată ar putea fi cineva sau că pașii din spate ar putea fi cineva care te-ar putea ataca, atunci nu ai fi avut nici emoțiile pe care le-ai trăit. Chiar dacă acel gând a fost foarte scurt și a trecut repede prin minte, el a lăsat așa o emoție puternică care te-a copleșit, deci el a existat și tu trebuie să-l prinzi ca să înțelegi că nu există o emoție fără să fie și un gând. Problema este dacă gândul care l-ai avut este adevărat sau nu, dacă este el susținut de ceva evidente care să-l facă credibil. Care ar fi ele? Faptul sau situația și gândul nu sunt unul și aceeași lucruri. De exemplu, s-a întâmplat la serviciu ceva rău cu computerul la care lucrai și în care erau stocate tot felul de evidente și în minte ți-a răsarit gândul că ai esuat, că nu ai fost destul de bună și că șeful tău ar putea să afle și să te pedepsească, chiar să te dea afară și o emoție te-a cuprins, o frică că îți vei pierde serviciul și tot ce este legat de el, bani, prestigiu, încredere în viitor. Dar ceea ce ai făcut este într-adevăr o gresală, este gresala ta sau o întâmplare care s-a petrecut în afara voinței tale? Poti demonstra șefului că tu nu ești de vină? Și în minte îți apar o serie de argumente care să arate că nu a fost vină ta, începi să culegi fapte care să susțină că nu tu ești de vină și gândindu-te din ce în ce mai mult la aceste argumente și la logica lor, vezi că starea ta emoțională se îmbunătățește treptat și că te simți din ce în ce mai relaxată până în punctul în care gândești că cel mai bine este să te duci la șef și îi spui ce s-a întâmplat și să-i vorbești de condițiile tehnice și celelalte argumente care arată că echipamentul a fost de vină. Și astfel ai găsit o rezoluție la această situație care la început a semănat cu o catastrofă. Această rezoluție s-a petrecut datorită faptului că primul gând pe care l-ai avut, cel că ai gresit, nu a fost adevărat și ai găsit argumente pentru aceasta. Situația și gândul pe care l-a generat nu au fost același lucru, au avut o relație cauzală doar pe baza interpretării tale, care ulterior, la o analiză rece, s-a dovedit eronată. Dacă nu puteai schimba gândul, emoția rămânea aceeași tot

timpul. Există și situații în care gândul este congruent cu aceasta, de exemplu un hoț ți-a furat portofelul din poșetă și ți-ai făcut reproșuri că nu ești atentă, că totdeauna ți se întâmplă ceva rău din cauza acestei neatenții și un sentiment de eșec și tristețe te-a cuprins. Aici nu există evidente împotriva acestui gând și a emoției care a generat-o. Situația, gândul și emoția sunt în consens. Ceea ce este important este să constăți că acest gând, care este cel care generează emoțiile, este de fapt interpretarea pe care o dai situației sau faptului inițial și că aceasta interpretare ține de capacitatea ta de a găsi sau nu argumente în favoarea sau împotriva veridicității lor.

Poți să-mi dai și tu exemple din viața ta? Povesteste cu glas tare ca să te auzi...

Veronica: am încercat și eu să povestesc întâmplări în care o situație mi-a generat un gând și apoi o emoție. La început m-am cam încurcat și am confundat emoția cu gândul, dar mai apoi am înțeles și am deosebit gândul, care este o afirmație ce apare în câmpul conștiinței, și emoția, care este mai mult trăită corporal, ca o stare de tensiune în piept, lipsa de aer, batai de inimă, agitație etc. la care se adaugă frica, confuzia, neliniștea interioară. Apoi Dr. R.V. mi-a făcut sugestia să vorbesc de atacurile de panică pe care le-am avut, să iau unul din ele și să discut cu glas tare legătura dintre situația sau faptul care l-a generat, gândul și emoțiile ulterioare. În final mi-a dat o temă pentru acasă pe care trebuie să o fac până la sesiunea următoare în care trebuie să țin un tabel cu situația, gândul și emoțiile și să le apreciez cât de mult am crezut în ele.

Tema pentru acasă: Rolul acestei teme pentru acasă este de a te face să deosebești cu ușurință gândurile de emoții, apoi să cauți dacă există evidente în favoarea faptului că gândul care l-ai avut este adevărat și în ultimul rând să deosebești între situație sau faptul real și gând și dacă aceste două lucruri sunt într-o relație adevărată sau doar în interpretarea ta. Pentru aceasta, să notezi în fiecare zi pe tabelul Nr. 2 o situație sau un fapt pe care l-ai trăit și apoi să notezi în dreptul lui gândul care ți l-a generat și pe o scală de la 1 la 10 să spui cât de mult crezi că acest gând a fost adevărat, apoi pe o coloană separată să notezi emoția care ai avut-o și cât de mult crezi că această emoție a fost justificată de situație sau faptul respectiv. Dacă ai avut un atac de panică, te rog să notezi situația sau faptul care l-a generat, gândul pe care le-ai avut imediat și emoțiile sau

simptomele pe care le-ai trăit și să notezi dacă gândul pe care l-ai avut este justificat față de situația sau faptul care s-a petrecut, la fel dacă emoțiile și simptomele sunt justificate față de gândul care l-ai avut sau dacă ai mai fi avut astfel de emoții, dacă ai fi avut alt gând/interpretare față de situația sau faptul inițial.

Veronica: când m-am întâlnit din nou cu Dr. R.V. mi-a cerut caietul cu lecții pentru acasă și am vorbit de tabelele Nr. 1 și Nr. 2. M-a contrazis la fiecare rând încercând să vadă dacă am argumente să susțin ceea ce am scris. La început m-am cam îndoit de fiecare situație și am crezut că tot ce am făcut este greșit. El m-a liniștit spunându-mi că tocmai am realizat că tot ce gândește și simte un individ într-o situație este rezultatul felului cum interpretează, filtrează, cele petrecute și că nimeni nu-i poate spune cui să nu fie așa, pentru că fiecare individ interpretează diferit în funcție de schemele cognitive proprii formate cu mult timp înainte, în condiții similare sau altele și care s-au stocat în memoria fiecăruia. Apoi am vorbit despre cum gândesc eu în cazul atacului de panică și dacă am realizat legătura dintre situație, gând și simptom. Aici ne-am cam contrazis pentru că eu cred că este ușor pentru cineva din afară să vorbească. Eu sunt cea care a simțit cum îmi bate inima de repede și cum nu am aer și cum cred cu adevărat că o să mor. Atunci nu am timp și nici dispoziție să fac considerații despre cum e gândul sau emoția, de fapt nimeni nu îmi ridicase o astfel de problemă. Dr. R.V. m-a lăsat să vorbesc, a zis că am dreptate, dar a subliniat că a lupta cu atacul de panică înseamnă și a identifica această legătura dintre situația sau faptul declansator, gândul pe care-l generează și emoțiile trăite și a judeca dacă gândul acesta este adevărat și dacă emoțiile sunt justificate față de factorii declansatori. Această analiză ar trebui să devină un automatism. Așa că am vorbit calm și pe îndelete despre ultimul atac de panică și mi-am amintit ce mi-a declansat atacul (palpitațiile) și situația pe care am trăit-o (când am văzut aglomeratia) și emoțiile pe care le-am avut (frica că o să fac un atac de inimă și o să mor) și gândul care era în mintea mea (bătăile rapide de inimă mă anunță că ceva nu este în regulă cu inima mea și astfel a apărut frica de moarte și incapacitatea mea de a mă ajuta).

Tabelul Nr. 2. Jurnalul gândurilor și emoțiilor

SITUATIA SAU FAPTUL (Describe ce s-a petrecut, în ce context, etc.)	GANDUL		EMOTIA	
	Ce ai gândit imediat după aceea	Cât de mult crezi că e așa (1-10)	Identifica emoțiile sau sentimentele tale	Cât de mult crezi că sunt justificate (1-10)
<i>Sotul a strigat la mine</i>	<i>Ce am făcut rău?</i>	4	<i>M-am speriat</i>	8
<i>Eram la coada și am simțit că mă sufoc</i>	<i>O să leșin și o să mă fac de ras</i>	9	<i>Frica, neliniște, lipsa de aer, nod în gât, tremurături</i>	6

1.3. Schemele cognitive și distorsiunile lor.

Tot ce am făcut până acum a fost să realizezi diferența care există între: (i) situația sau faptul declanșator (aglomeratie, încăpăre prea îngustă sau prea largă, ventilație proastă, etc.), (ii) emoția care a generat-o, emoție pe care ai trăit-o corporal (palpitație, sufocare, amețea) și mental (frica că o să patesti ceva, frica că o să ai un atac de panică) și (iii) gândul (o să mor, nu am cum să scap, nu are cine să mă ajute, o să mă simt umilită și înjosită), secvența care în capatul ei este (iv) atacul de panică cu simptomele bine știute de tine. Deseori emoțiile trăite corporal (bătăile rapide de inimă, senzația de sufocare, etc) pot reprezenta ele însele factorii declanșatori ai atacului de panică ca și amintirea unui atac care le-ai avut într-o situație similară sau frica de a nu avea un atac de panică. Cred că astfel îți dai seama că de fapt tot ce se întâmplă într-un atac de panică se învârtă în jurul felului cum gândești și interpretezi ambianța, senzațiile corporale, emoțiile. Și atunci se pune întrebarea: de ce mă așteaptă aceste gânduri? De ce nu au și alți oameni aceste gânduri sau interpretări în situații sau condiții similare? Ce ne deosebește?

Din punctual de vedere al teoriei cognitive, ceea ce determină vulnerabilitatea oamenilor care fac atac de panică sunt așa numitele “scheme cognitive”. De fapt schemele cognitive determină vulnerabilitatea pentru diferite tulburări psihologice, unele mai mult, altele mai puțin. O schemă cognitivă este o modalitate fixă și durabilă de a prelucra și interpreta informațiile. Este ceea ce face ca doi oameni să povestească în mod diferit aceeași întâmplare sau să se contrazică referitor la același eveniment. Aceste scheme cognitive sunt un mod de organizare și interpretare a informațiilor pe baza cărora un om categorizează informația respectivă, o memorează, stabilește relații cu alte informații mai vechi și generează raționamente, atitudini și decizii pe această bază. Ele sunt fixe și durabile, rezistente la contra-argumente și s-au creat în istoria individului, în contact cu diferite evenimente și oameni semnificativi pentru el. Schemele cognitive sunt exemplu cel mai concludent cum factorii de dezvoltare a unui individ îl vor influența toată viața. Schemele se activează atunci când un eveniment care a contribuit la formarea lor cu ani în urmă apare din nou. Aceste scheme s-ar putea numi și idei preconcepute, credințe esențiale sau stereotipuri de gândire care-l fac pe un individ să fie convins de justetea unui anumit lucru fără să mai caute evidente pro și contra.

Fiecare individ are diferite scheme cognitive care-l caracterizeaza si care-l fac ca anumite informatii din jurul lui sa-i capteze atentia si interesul iar pe altele sa le ignore, sa selecteze informatiile pe care sa le retina si pe care nu si, in fond, datorita acestor scheme cognitive un individ intelege si interpreteaza lumea din jur in felul lui propriu care-l face sa se orienteze, sa se dirijeze, sa se organizeze si sa se simta in siguranta in felul lui propriu. Ceea ce nu este conform acestor scheme este rejeat ca impropriu, neadevarat, daunator, gresit, fals, etc. Pe baza acestor scheme cognitive un individ accepta realitatea sau nu, o vede sau nu, o mistifica sau o reinterpreteaza in asa fel incat sa fie conforma cu credintele lui cognitive. Nu se pune problema daca schemele cognitive ale unui individ sunt bune sau rele, ele caracterizeaza un individ in aceea masura in care si culoarea ochilor lui o face. Ele devin discutabile doar atunci cand activarea lor conduce la distorsiuni ce perturba adaptarea individului la conditiile mediului intern si extern. De aceea unii profesioniști le denumesc “capcane ale mintii”, pentru ca foarte usor poti cadea in ele si sa ramai prizonierul lor. Realitatea este totdeauna aceeași, doar perceperea si interpretarea ei difera de la un individ la altul.

Schema cognitiva nu este propriu-zis un gand, este un model mental, o credinta, un stereotip, dupa care se genereaza un gand, o idee. Atunci cand o schema cognitiva se activeaza in contact cu un eveniment, apare un gand automat ca expresie a perceperii si prelucrării rapide a informatiei conform particularitatilor schemei cognitive preformate. Despre aceste ganduri automate voi vorbi in paragraful urmator.

Acum o sa-ti descriu cateva din schemele cognitive cele mai frecvente intalnite:

1. **Gandirea “totul sau nimic”** cand un individ vede lucrurile doar in alb si negru, sau cand are doar raspunsuri de da sau nu, fara sa poate vedea si existenta unor eventualitati intermediare. De ex. un individ crede ca a face o gresala este ca si cum nu ar fi bun de nimic, nu exista alternative, ori sunt bun, ori sunt rau, ori reusesc ori esuează.

2. **Suprageneralizarea**, cand un singur eveniment sau un eveniment neinsemnat este luat ca si concluzie intr-o situatie oarecare. De ex. o simpla discutie in contradictoriu intre doi indragostiti este luata de unul din ei ca certitudine ca nu este iubit.

3. **Catastrofizarea** cand un individ are mereu imaginea unei catastrofe, a unui dezastru pe baza careia interpreteaza fapte anodine ca indicii ale acestor pericole majore.

Astfel de indivizi încep propoziții cu “dar dacă”. De exemplu, un individ spune după ce se urcă într-un vehicul și acesta se pune în mișcare: “dar dacă o să avem un accident”.

4. Sarirea la concluzie este atunci când un individ trage o concluzie pe baza unui singur element sau pe baza unor elemente neesențiale, în special când e vorba de concluzii negative. De exemplu, un începător la școală de șoferi face o gresală și trage concluzia că niciodată nu o să ia carnetul de conducere.

5. Etichetarea este o formă de schemă cognitivă în care există tendința de a atășa o etichetă negativă la propria persoană deși nu există argumente pentru a face aceasta. Poate exista și tendința de a atășa etichete negative unor situații care nu presupun un deznodământ negativ. De ex. Dacă șeful mi-a făcut o mică observație consider că nu sunt bun de nimic sau dacă ceva negativ s-a întâmplat într-un loc atunci locul acela este un loc unde totdeauna mi se vor întâmpla lucruri negative. După cum vezi, etichetarea este o formă a gândirii “totul-sau-nimic”.

6. Personalizarea se petrece când o persoană se consideră responsabilă pentru un eveniment pe care nu îl are sub control sau acuză o persoană de un eveniment care de fapt nu-l avea sub control. Personalizarea presupune că persoana prezintă ori sentimente de vinovăție, de rușine sau de inadecvare, ori tendințe de a blama pe alții, de a avea resentimente și reproșuri față de alții. De exemplu, o soție se consideră vinovată că sotul o înșală sau cineva produce un accident și îi reproșează celui altul că nu a fost atent.

7. Filtrarea se petrece atunci când cineva extrage doar un eveniment sau un fapt și încearcă să trage o concluzie doar pe baza acestuia, ca și cum ar dori neapărat această concluzie și din această cauză filtrează doar motivele care îi pot susține această concluzie. Aceasta se întâmplă cel mai des cu evenimentele negative, de exemplu în cazul cuiva care primește o observație despre un lucru pe care-l face și imediat trage concluzia că ceea ce face nu e bine bine, ignorând celelalte comentarii pozitive.

8. Gândirea “ar trebui, s-ar cuveni” tradează stilul critic al unui individ față de ceea ce face sau față de ce se întâmplă. De fapt, în spatele acestui mod de gândire există o neîncredere în propria persoană și sentimente de frustrare sau vinovăție. El spune: “nu ar fi trebuit să fac asta, lucrurile nu ar trebui să se întâmple în felul acesta, s-ar fi cuvenit ca să mi se spună o vorbă bună, etc.” Realitatea este mereu comparată cu un “ideal” ce

exista doar in mintea acestei persoane care crede ca stie mai bine cum alti trebuie sa gandeasca sau sa se comporte si cum lucrurile trebuie sa arate.

9. Descalificarea lucrurilor positive este o schema cognitiva prin care subiectul nu pune pret de sugestiile, opiniile, evidentele pozitive referitoare la el, ca si cum le-a ignora, nu ar crede in ele sau chiar nu le-ar percepe. Un astfel de individ traieste ca si cum nu ar face nimica bine, ca si cum nu ar avea nici un merit, ca si cum nu ar reusi nimica pentru ca nu vede nimic pozitiv in urma lui.

10. Citirea mintii este o schema care se evidentiata atunci cand cineva are tendinta de a crede ca stie ce gandesc altii si mereu spune: “lasa ca stiu eu ce gandeste... sunt sigur ce crede despre mine, etc.”. El actioneaza conform acestei credinte precum ca este cert ceea ce altii gandesc, fara insa sa aibe evidente in acest sens.

11. Magnificarea se petrece atunci cand evenimentele sunt parca private printr-o lentila maritoare, atat importanta cat si consecintele lor. De fapt schema tradeaza nesiguranta subiectului de a face fata la evenimente negative care l-ar privi direct. Astfel, o usoare sugestie este privita ca o critica virulenta, un eveniment anodin ca un pericol sau dauna semnificativa, etc.

12. Tendinta de a face predictii nu este o schema cognitive rara. Astfel de indivizi cred ca stiu ce o sa se intample, cred ca au calitatea de a anticipa ceea ce se va petrece, mai ales cand este vorba de evenimente negative. Aceasta ii fac sa aiba o pozitionare negativa, defetista sau evitanta in fata cursului evenimentelor.

Acesta clasificare nu a incheiat lista schemelor cognitive disfunctionale prin care un individ percepe si interpreteaza realitatea in mod deformat.

Acum o sa te rog sa te uiti la tabelul Nr. 3 si sa incerci sa dai exemple care se potrivesc la aceste scheme cognitive. Dupa cum ti-ai dat seama, fiecare om are cate ceva din fiecare schema cognitiva, din unele mai mult din altele mai putin, poate ca din unele deloc. Acest profil il face pe acesta sa interpreteze, sa judece si sa reactioneze emotional, corporal, verbal, atitudinal, comportamental in mod particular.

Schema cognitiva	Ofera un exemplu
1. Gandirea “totul sau nimic”	
2. Suprageneralizarea	
3. Catastrofizarea	
4. Sarirea la concluzie	
5. Etichetarea	
6. Personalizarea	
7. Filtrarea	
8. Gandirea “ar trebui”	
9. Descalificarea lucrurilor pozitive	
10. Citirea mintii	
11. Magnificarea	
12. Tendinta de a face predictii	

Tabelul Nr. 3: Completeaza cu un exemplu fiecare tip de schema cognitiva

Tema pentru acasa: Apoi te rog sa iei acasa Tabelul Nr. 4 si sa-l completezi cu cat de mult se potrivesc aceste scheme felului tau de a gandi (pe o scala de la 1 la 100) si data viitoare sa-l prezinti si sa-l discutam impreuna.

Schema cognitiva	Cat de mult se potriveste felului tau de a gandi (1 la 100)	Da un exemplu concret
1. Gandirea “totul sau nimic”		
2. Suprageneralizarea		
3. Catastrofizarea		
4. Sarirea la concluzie		
5. Etichetarea		
6. Personalizarea		
7. Filtrarea		
8. Gandirea “ar trebui, s-ar cuveni”		
9. Descalificarea lucrurilor pozitive		
10. Citirea mintii		
11. Magnificarea		
12. Tendinta de a face predictii		

Tabelul Nr. 4: Cat de mult se aplica fiecare schema cognitiva felului tau de a gandi

Veronica: Completarea tabelului Nr. 4 mi-a luat cam o ora. După o perioadă m-am mai uitat la el și am făcut ceva mici corecturi, dar oricum, în mare am rămas același. Mi-a făcut plăcere să fac această temă și chiar m-a amuzat, mai ales gândindu-mă la alții pe care-i cunosc și pe care i-am înțeles mai bine prin prima acestor scheme cognitive. La mine a fost destul de clar. Când l-am adus înapoi în terapie, Dr. R.V. l-a citit cu atenție, a zâmbit și m-a felicitat. A spus că “profilul” schemelor mele cognitive este tipic, adică predomină schema cognitivă de catastrofizare, magnificare, descalificarea lucrurilor pozitive și suprageneralizarea. Catastrofizarea este schema de bază a unei persoane care suferă de atacuri de panică pentru că pe baza ei un simplu simptom, un simplu fapt este luat ca evidentă uriasă că ceva amenințător de viață se va întâmpla și sistemul de alarmă se declanșează cu tot cortegiul de simptome de panică. Eu nu am folosit niciodată acest termen, dar apoi mi-am dat seama că acoperă cel mai bine realitatea felului cum gândesc. Dar cel mai mult m-a felicitat pentru faptul că am “insight”, adică că am capacitatea de a mă vedea, de a recunoaște cu luciditate ceea ce se petrece cu mine, de a recunoaște natura internă a lucrurilor și de a le vedea în mod intuitiv, fără prea multă analiză. Mi-a mai spus că mulți oameni nu au această capacitate și din cauza aceasta au greutate în a distinge rolul lor în cauzalitatea acestei suferințe. Aceștia beneficiază foarte greu și târziu de efectele unei psihoterapii și capturează cu dificultate abilitățile pe baza cărora să depășească un atac de panică. Și alte scheme cognitive contribuie la geneza unui atac de panică pe baza interpretării eronate a simptomelor sau situațiilor declanșatoare. Astfel de scheme constituie “sensibilitatea anxioasă” care este fundamentul pe care se clădesc tot felul de alte stări anxioase. Astfel de oameni cu “sensibilitate anxioasă” au frica de incertitudine, de necunoscut, hipersensibilitate la evenimentele negative, au tendința de a fi îngrijorati și de a anticipa repercursiuni negative. Și aici m-am recunoscut în parte.

1.4. Gândurile automate negative din atacul de panică

Se pare că ai privit cu scepticism multe din lucrurile ce le-am vorbit până acum pentru că nu toate se potrivesc cu ceea ce simți și gândești înainte și când ai un atac de panică. Dar sunt sigur că multe se potrivesc după ce ai avut un atac de panică și îl privești

retrospectiv. Este foarte important sa realizezi legatura dintre situatia sau faptul declansator, emotiile pe care le ai si schema cognitiva de gandirea catastrofica. Desi toate par a fi unul si acelasi lucru, te rog sa faci efortul de a le deosebi pentru ca sunt conditii separate dar care se conditioneaza reciproc.

Sunt sigur ca iti pui intrebarea cum gandirea catastrofica poate influenta aparitia atacului de panica pentru ca timpul scurs de la stimulul care declanseaza atacul de panica si atacul propriu-zis, cu simptomele sale, este extreme de scurt si tu nu ai avut timpul realmente sa gandestii, sa interpretezi ceva. Nu cumva gandirea catastrofica este doar o interpretare retrospectiva sau una “de pe margine” a unui lucru care se scurge prea repede pentru a apare in campul constiintei unui individ. Da, atacul de panica se declanseaza prea rapid ca un gand sa se poate formula constient, adica sa apara in campul constiintei. Totusi un gand exista, el este un gand automat, extreme de scurt, de cateva sute de milisecunde si pe baza caruia emotia poate “merge” mai departe ca sa declanseze sistemul de alerta a organismului.

Gandurile automate se formeaza la inceput prin trecerea evenimentului prin schema cognitiva ca mai apoi sa devina automate prin memorarea lor in regiunea orbito-frontala a creierului. Ele se stocheaza in memoria afectiva sub forma de frica nestructurata, in sensul ca subiectul ii este frica fara sa se gandesca vreun moment la adevarul acestei frici. La creerea acestui automatism, care presupune legatura dintre gand si emotie, participa alaturi de regiunea orbito-frontala si nucleul amigdalian din creier.

Existenta fricii arata cum stimulul panicogen influenteaza mecanismele neurobiologice ale panicii fara sa mai antreneze functiile cognitive superioare, precum ratiunea, individul nu isi pune problema ca in atacurile de panica anterioare nu a murit, nu s-a intamplat esentialmente nimic grav pentru sanatatea lui corporala, dar totusi ramane cu ideea ca are ceva si acel ceva poate sa-i provoace moartea, in ciuda evidentelor care l-ar putea contrazice. Este vorba de o credinta pentru care acest subiect se duce la diferiti medici care ii spun ca nu are nimic, isi face variate analize care nu descopera nimic anormal si totusi el nu crede in adevarul acestora. Se poate spune ca atacul de panica este o emotie viscerală, in care stimulul este trait visceral pentru ca un gand automat este luat ca evidenta pentru un pericol vital.

Faptul că aceste gânduri sunt automate și negative, că nu apar în câmpul conștiinței și că sunt legate de cascada simptomelor de panică prea strans că să fie deosebite, se datorează condiționării subiectului prin repetarea lor la fiecare atac de panică. Fiecare atac de panică face ca următorul atac să apară mai ușor. Tu poți să-ți reamintești că primul atac de panică nu a avut o desfășurare dintr-o bucată ca cele ulterioare. Atunci gândul că o să patesti ceva, analiza simptomelor corporale, a luat ceva timp iar atacul de panică a avut o evoluție ascendentă de câteva minute, pe măsura că frica de a nu se întâmpla ceva dezastruos cu viața ta și incapacitatea de a te ajuta s-a amplificat. Este important să înțelegi că aceste gânduri sunt automate pentru că tu te-ai condiționat, ai făcut un reflex condiționat care înseamnă că este suficient ca aceste gânduri să apară ca tu nu mai trebuie să le “citești”, ele sunt ca o alarmă sau ca un bec roșu a cărei semnificație tu o recunoști instantaneu.

Accele gânduri automate negative, ca oricare alt gând, au o structură lingvistică și se deosebesc mai multe feluri de astfel de gânduri pe care un individ cu atacuri de panică le-ar putea avea. Din punct de vedere semantic un gând automat este o afirmație panicogenă. În tabelul Nr. 5 îți prezint o listă cu aceste gânduri automate care fac ca un atac de panică să poată exista.

Tipuri de gânduri automate din fața unui atac de panică:	Cât de mult se potrivesc la mine (scala de la 1 la 100)
O să mor de un atac de inimă	
O să mor sufocat	
O să fac un atac cerebral	
O o să leșin	
O să fac o criză de nervi sau o să inebunesc	
O să-mi pierd controlul	
Sunt așa slabită că nu mai pot merge și o să cad	
O să se întâmple ceva jenant și umilitor pentru mine	

Tema pentru acasă: Te rog să refaci pe caietul tău tabelul Nr.5 și să pui în dreptul fiecărui gând automat cât de mult se potrivește cu ceea ce ai tu pe scala de la 1 la 100 astfel încât cele cu scor mare să fie și cele care le ai cel mai frecvent.

Trebuie sa mai stii ca acele schemele cognitive distorsionate, de care am vorbit mai sus, nu genereaza numai ganduri automate negative referitoare la atacurile de panica, ci exista si ganduri automate negative despre oricare alte actiuni pe care un individ le are in vedere sau este in curs a le face. In tabelul Nr. 6 este prezentata o lista cu astfel de ganduri automate pe care oameni le au in masura mai mare sau mai mica datorita distorsiunilor lor cognitive.

Nr.	Gandul automat negativ	Cat de mult se potriveste la mine (1 – 100)
1	Nu sunt cum ar trebui sa fiu	
2	Nu sunt bun	
3	Niciodata nu reusesc	
4	Nimeni nu ma intelege	
5	Am deceptionat pe altii	
6	Nu cred ca pot merge mai departe	
7	As dori sa fiu mai bun	
8	Sunt slab	
9	Viata nu merge cum as vrea	
10	Sunt deceptionat de mine	
11	Nu mai simt nimic placut	
12	Nu mai pot suporta asta	
13	Nu pot sa incep	
14	Nu stiu ce e cu mine	
15	As dori sa fiu in alta parte	
16	Nu pot pune lucrurile impreuna	
17	Ma urasc	
18	Sunt un nimeni	
19	As dori sa dispar	
20	Ce se intampla cu mine	
21	Sunt un infrant	
22	Viata mea e o mizerie	
23	O sa esuez	
24	Nicidata nu o s-o fac	
25	Ma simt neputincios	
26	Ceva trebuie sa se schimbe	
27	Ceva rau trebuie sa fie cu mine	
28	Viitorul e sumbru	
29	Nu merit nimic	
30	Nu pot termina nimic	

Tabelul Nr. 6: Exemple de ganduri automate negative

Tema pentru acasă: Te rog să copiezi tabloul acesta în caietul tău de teme și să-l completezi cu acuratețe. Gândește-te la diferite activități pe care intenționezi să le faci în viitorul apropiat sau pe care le-ai făcut recent și vezi ce ti-au “soptesc” aceste gânduri privitor la capacitatea ta de a le realiza și la satisfacția care ti-o dă. Unele gânduri se potrivesc bine la modul tău de a gândi, altele nu, important este să vezi dacă există o legătură între ce gânduri automate în general ai și schemele cognitive care sunt implicate. Încearcă de mai multe ori până crezi că ai prins schemele cognitive care sunt active și definitorii pentru modul tău de a interpreta realitatea în general.

Veronica: m-am prins foarte rapid de chesita cu gândurile automate din atacul de panică, le am aproape pe toate, dar mai ales cele cu sufocarea, cu atacul de inimă și cu frica de a nu mă face de ras. Apoi am fost de la început de acord că rolul schemei cognitive în declanșarea unui atac de panică, rol pe care l-am văzut că ceva prin care se filtrează stimulul declanșator ca mai apoi să capete o semnificație amenințătoare. Problema care am avut-o a fost să înțeleg cum gândurile automate devin “conditionate”. Dr. R.V. mi-a povestit experiența lui Pavlov, un fiziolog rus laureat la premiul Nobel, care a format un reflex condiționat unui câine caruia i se arăta mâncarea odată cu sunetul unei sonerii și câinele începea să saliveze. Câinele a fost supus la această situație mai multe zile la rând. După o perioadă a fost suficient ca acestui câine să i se aplice doar sunetul soneriei pentru ca să înceapă să saliveze. Acest proces se numește condiționare. Așa și în cazul atacului de panică, apariția stimulului declanșator, senzația de sufocare, palpitațiile, o încălcare aglomerată, etc se leagă de un gând automat precum “o să mor”, “o să mor sufocată”, etc. pentru că după o repetare destul de lungă apariția stimulului să fie suficientă pentru ca să sara peste acest gând și să declanșeze un atac de panică. Deși nu se percepe, gândul există, dar el este de acum înconștient, este în fundal. Dacă el nu ar fi acolo, dacă el ar dispărea, intensitatea atacurilor de panică ar scădea treptat până la stergerea lor într-o perioadă scurtă de timp, proces care se numește decondiționare. Când privești gândurile automate negative generale, eu am multe din ele, mai ales cele care privesc încrederea în mine și cred că sunt legate de alte scheme cognitive dominante din mintea mea, precum gândirea totul sau nimic, sărirea la concluzie și descalificarea lucrurilor pozitive: “nu sunt bună, niciodată nu reușesc, ceva rău este cu mine, o să esuez, sunt slabă...” Apoi am

vorbit despre un lucru foarte important pentru mine. Dr. R.V. mi-a demonstrat cum comportamentul meu de evitare a situațiilor panicogene sau comportamentul meu de siguranță nu fac altceva decât să îmi reintărească mecanismele cognitive care susțin panică. Astfel, cautând mereu să evit aglomerațiile, spațiile proste ventilate, supraîncalzite de respirația oamenilor, spațiile cu uși puțin deschise, magazinele cu holuri mari precum mall-ul, etc. eu am sentimentul fals că astfel am să evit atacuri noi de panică. De fapt, prin aceasta eu refuz să mă confrunt cu situațiile de panică, mă predau lor, rămân condiționată, continui să cred înconștient că senzația de sufocare, palpitațiile, gafaielele, ametelele, transpirația și mai ales frica de a nu face un atac de panică sunt semnele amenințătoare de moarte ale unei boli care este dedesubt și care mă va omorâ. Pe scurt, eu refuz să mă confrunt cu schema mea de catastrofizare a evenimentelor și astfel ea crește sau cel puțin rămâne intactă. La fel se întâmplă și cu comportamentul meu de siguranță care cuprinde ținerea de benzodiazepine în poșetă, telefonul celular la îndemână sau compania unei persoane în care am încredere. Menținerea acestui comportament nu face decât să permanentizeze schemele mele cognitive panicogene, lanțul meu de credințe și interpretări false, fără să mă lase o secundă să mă îndoiesc de ele, să vadă că de fapt nu s-a întâmplat nimic rău după atâtea atacuri de panică. În loc ca după un atac de panică să învăț că de fapt nu este nimic amenințător de moarte, eu mă gândesc cum să-mi blîndez mai bine comportamentul meu de siguranță sau comportamentul meu de evitare. Toate aceste discuții au avut un rol important pentru că mi-au pus la îndoială ideea ce am avut-o la început, aceea că atacurile de panică sunt o boală organică, undeva în corpul meu, deasupra capacității mele de intervenție mentală.

Dacă ar fi să conchidem ceea ce am aflat până acum, am putea să construim lanțul declanșator al unui atac de panică care ar arăta ca în schema din Figura Nr. 1.

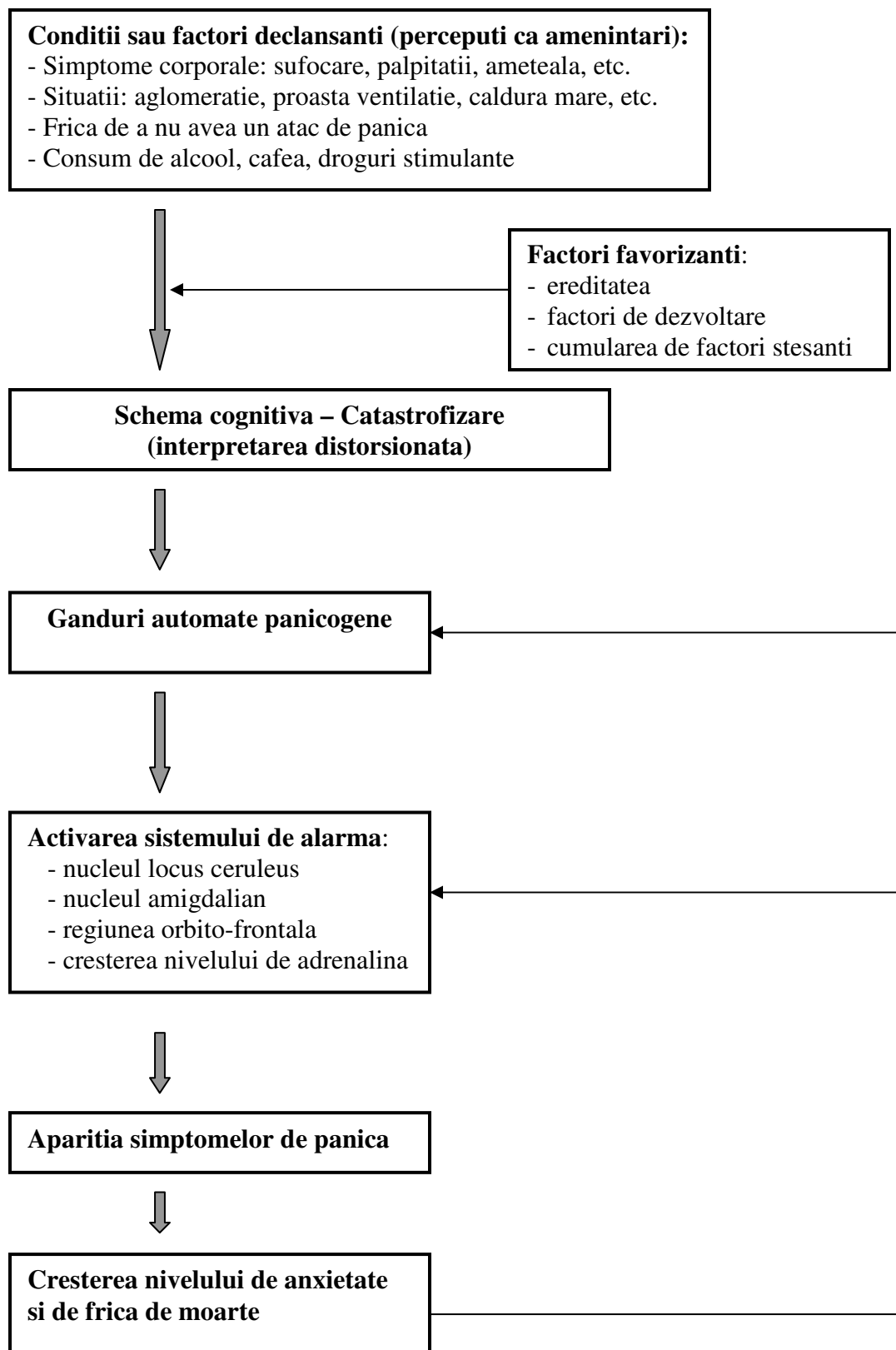


Figura Nr. 1: Modelul atacului de panică

1.5. Metode practice de restructurare cognitivă

Îmi place să cred că ai citit cu atenție tot acest capitol și ai înțeles rostul factorilor cognitivi în geneza atacului de panică. Dacă sunt părți care nu le-ai găsit sensul, te rog întoarce-te și citește încă odată cu glas tare. La fel, sunt sigur că ai făcut cu acuratețe temele pentru acasă și în ele ai vorbit despre tine și nu despre ceva imaginar. Toate acestea sunt lucruri esențiale pentru a trece mai departe la învățarea unor metode practice care să conducă la corectarea distorsiunilor cognitive care susțin atacurile de panică.

1.5.1. Examinarea evidentelor

Acum închide ochii și pune în cuvinte cu glas tare schema ta de gândire catastrofică prin care crezi că situații sau fapte/simptome panicogene te vor conduce la un atac de panică prin faptul că le interpretezi ca evidente că ceva extreme de rău s-a întâmplat cu tine. Și mai spune cu glas tare cum această schema îți trezește rapid un gând automat negativ și spune cu glas tare care sunt gândurile automate pe care le-ai cotate cel mai mult pe tabelul Nr. 5. Și acum gândește-te dacă ai ceva evidente că aceste gânduri, interpretări, afirmații, credințe sunt adevărate. O să reproduc un dialog imaginar cu tine:

Dr. R.V.: “Sunt adevărate gândurile sau credințele tale când ai un atac de panică?”

Veronica: “Da, cum să nu, imediat ce acestea „se aprind” fac un atac de panică”.

Dr. R.V.: “Dar nu s-a întâmplat în final nimic din ce ai anticipat că o să se întâmple la început? Este adevărat?”

Veronica: “Ba da, de multe ori am ajuns la urgență”

Dr. R.V.: “Asta înseamnă că ai avut ceva grav? Te-a reținut vre-o dată la spital pentru aceste probleme?”

Veronica: “Nu, dar mi s-au prescris medicamente, mi s-au administrat medicamente...”

Dr. R.V.: “A fost suficient să crezi că ai o boală? Ai vre-un diagnostic care să susțină ideea ta din timpul atacului de panică că o să faci un atac de inimă, că o să faci vre-un atac cerebral, că o să-ți pierzi mințile, etc.?”

Veronica: “Am o tulburare de panică, așa mi-au spus doctorii”

Dr. R.V.: “Este această tulburare o condiție medicală amenințătoare de viață? Ai vreo evidență în acest sens?”

Prin această metodă, vei confrunta gândurile tale automate cu evidente în favoarea și împotriva lor, respectiv cu fapte care să arate dacă sunt adevărate sau false. Apoi vei încerca ca pe baza acestor argumente pro și contra să faci ceea ce se numește un gând balansat, adică să formulezi într-o singură frază o rezoluție, o afirmație, care să unească atât evidentele în favoare cât și cele în defavoarea gândului tau automat. Gândul balansat obținut astfel are pretenția de a corecta distorsiunile gândului automat care a fost formulat pe baza unei scheme disfuncționale de catastrofizare a unei realități. Prin acest gând balansat vei ataca gândul negativ automat și mai departe însuși schema cognitivă, gândul balansat va parcurge drumul în sens invers, de la gândul automat la schema cognitivă.

În tabelul Nr. 7 îți prezint două exemple și felul cum am formulat un gând balansat care a unit argumentele pro și contra într-o singură frază.

Tema pentru acasă: Pe caietul tau de lucru fă un tabel precum tabelul Nr. 8 și pune o situație panicogenă și gândurile automate pe care le-ai notat cu scoruri mari în tabelul Nr. 5. Ca mai apoi să scrii evidente pro și contra fiecărui gând în parte. La urmă, pe baza acestor evidente contrarii, să formulezi un gând balansat adevărat, adică unul în care să crezi.

1.5.2. A gândi în procente. Așa cum am spus, gândurile negative automate sunt scurte și foarte rapide, greu de prins, pentru că imediat ce apar sunt inundate de emoții și simptomele de panică. De aceea aceste gânduri rămân ne-examinate de tine. Chiar și atunci când cineva cu atacuri de panică le prinde, el crede în ele pentru că sunt plasate între da și nu, între a avea de ce să-ți fie frică și de ce să nu-ți fie frică. Este expresia schemei de gândire în “alb și negru” sau “totul sau nimic” și alege să-ți fie frică, 100% frică de a pati ceva grav. Frica aceasta apare înainte de a se declanșa atacul de panică în toată amplitudinea lui. Se pune întrebarea, ce s-ar întâmpla dacă pe baza evidentelor contrarii, a experiențelor trecute, a rezultatelor examenelor medicale repetate, etc. ar seta această frică mai jos, să zicem la 95% sau chiar la 85%, atacul de panică ar mai fi așa de puternic? Răspunsul categoric este nu.

Situatia	Gandul automat	Emotia	Evidente in favoarea lui	Evidente in defavoarea lui	Gand balansat
Sunt la mall si e mare aglomeratie	o sa fac un atac de inima	frica, panica	inima imi bate tare, am un cerc in jurul gatului, nu am aer, ma tine in piept, transpire, am fiori reci pe piele, nu am echilibru, imi vine sa cad	am fost dusa la urgenta si mi s-a spus ca nu am nimic la inima; mi-am facut analize si probe complexe care au aratat ca am o inima sanatoasa	Desi uneori am frica ca o sa fac un atac de inima si o sa ma pierd, stiu ca nu am nimic la inima si ca este doar o problema psihologica
sunt blocata la volan in trafic intr-un tunel	o sa mor sufocata	frica, panica	nu am aer, ceva ma strange de gat, gafai, am nevoie imperioasa de aer, transpir, tremor, agitatie, trebuie sa scap, simt ca ma pierd	tunelul e ventilat, de cate ori am avut senzatia de sufocare si am consultat un medic nu mi-a gasit nimica, daca am o masca cu oxigen la mine situatia nu se indreapta	Desi am o starea de sufocare si mare dorinta de scapare acestea nu se confirma de date medicale si nu se remediaza cu oxigen sau ventilatie, deci este vorba doar inchipuirea, frica sau interpretarea mea

Tabelul Nr. 7: Exemple de evidente pro si contra si formularea unui gand balansat

Situatia	Gandul automat	Emotia	Evidente in favoarea lui	Evidente in defavoarea lui	Gand balansat

Tabelul Nr. 8: Tema pentru acasa: completeaza tabelul cu situatii reale si formuleaza un gand balansat

Asa ca si tu te poti gandi cata dreptate ai sa-ti fie frica de rezultatul unui atac de panica cand in loc sa crezi ca rezultatul lui va fi 100% prost, sa pui un alt procent conform unei predictii mai judicioase si nu conform unei frici anticipatorii incorecte. Ai sa vezi ca rezultatul se schimba in mod semnificativ. Si daca faci mereu lucrul acesta, o sa vezi ca de la un atac la altul, amplitutinea lui scade, cu conditia sa setezi in mintea ta un procent mai jos, conform cu realitatea si chiar cu dorinta ta.

Aceasta metoda de a gandi in procente este valabila si in alte imprejurari cand avem tendinta de a avea doar doua raspunsuri pentru o situatie ce se afla in fata noastra: da si nu, negru sau alb. Ti-as spune ca de fapt pentru noi nu exista aproape nici o situatie de viata care sa aibe doar raspunsuri de da si nu, de 100% si 0%. Daca te gandesti la problemele care le-ai avut in viata ta, o sa-ti aduci aminte ca rezultatul nu a fost niciodata de 100% da sau 100% nu si parca ar fi fost mai bine ca de la inceput sa mizezi pe un rezultat nuanatat, in procente, decat sa te repezi si sa crezi in 100%. Poate te simteai mai bine, poate realizai mai mult, este ca si cu indemnul de a nu inchide niciodata o usa definitiv, nu se stie niciodata, asa ca las-o intredeschisa. Asa dar, invata sa inlocuiesti tendinta ta cognitiva de “totul-sau-nimic” cu o gandire nuanzata in procente, care sa anticipeze sau evalueze lucrurile asa cum sunt, nu cum mintea noastra intuitiva si ingrijorata vrea sa le aseze la repezeala. Problema este sa nu iei de-a gata ce-ti spune mintea ta in primul moment. Incearca sa o contrazici, sa o provoci, sa sa-i spui: “nu e chiar asa”. O sa vezi ca imediat apare posibilitatea de altfel de evaluari si raspunsuri. Nu trebuie sa faci din aceasta o dezbatere lunga, ci doar sa automatizezi un raspuns: atunci cand frica se cuibareste si-ti prediceaza un deznodamant 100% rau, tu sa-i spui imediat ca nu e asa si ca de fapt va fi rau doar intr-o proportie de 70%, de exemplu, proportie in care crezi in mod judicious.

Tema pentru acasa: Incearca sa faci mai multe exercitii cu gals tare, imagineaza-ti o situatie panicogena si frica de a face un atac si spune cu glas tare: nu e adevarat, nu o sa se intample asa ceva rau, eu stiu, va fi mult mai putin si mai usor, oricum mult mai usor decat data trecuta, cam 60%.

1.5.3. Metoda experimentală presupune sa experimentezi, sa testezi, adevarul unora din credintele tale, altfel nu o sa stii niciodata daca este asa sau doar o presupozitie. Ce ai zice ca atunci cand ai un atac de panica sau firca de a avea un atac de panica cu simptomele

declanșatoare precum palpitații, sufocare, amețea, sau credința că o să te prabusești, că vei face ceva grav, că nu poți să te controlezi, să faci exact pe dos. În loc să stai terifiată, ieși din casă sau din locul unde te afli și începe să alergi sau să mergi repede, urcă niște scări cât de repede poți și o să te miri că de fapt poți și că nu se întâmplă nimic rău, ci din contra, multe din simptomele tale se ameliorează și funcțiile vitale se stabilizează. Problema este să ai curajul să faci asta, să experimentezi aceasta și castigul este imens, o să vezi care este adevărul. O să-ți spun o mică poveste despre curaj și adevăr. Cred că ai auzit de cateterismul cardiac, adică introducerea pe o venă a unei sonde până ajunge în cavitatea cardiacă, metoda esențială astăzi în chirurgia non-invazivă a inimii. Primul om de știință care a inventat această metodă și-a experimentat-o pe propriul organism, adică și-a introdus singur sonda și apoi a urcat un etaj, acolo unde se afla aparatul de raze Roentgen, ca să vadă dacă sonda a ajuns unde trebuie, fără frică, fără panică, asumându-și riscurile pe care și le-a dimensionat bine, probabil în procente, etc. Gândește-te la acest om, este un om la fel ca tine, dar cu alte scheme cognitive. Îndreaptă-le pe ale tale și o să ai un sentiment de mandrie.

1.5.4. Metoda semantică (defineste termenii și schimbă cuvintele). Când ai un atac de panică sau te gândești la el, tu de fapt pui o etichetă pe simptomele tale, pe starea ta. Pe eticheta aceasta scrie pe scurt cum numești tu ceea ce ai sau crezi că ești pe care să ai, să trăiești. Înainte, pe eticheta aceasta scria atac de inimă, atac cerebral, sufocare, pierderea minții, etc. Acum, după ce ai fost la atatia medici, pe eticheta scrie atac de panică, iar uneori mai pui în paranteză și vechile denumiri, dar le scrii cu litere mici. Acum predomină mai mult frica de a nu te umili în public, de a nu se întâmpla ceva jenant pentru tine, de a nu te arăta slab sau cu un handicap mental. Limbajul pe care-l folosești acum este sărac în cuvinte, este emoțional și îmbibat în termeni care te tin ostatecă. Ce ar fi să schimbi cuvintele? Ce-ar fi ca în loc de atac de panică să spui “furtuna vegetativă” sau “criza vegetativă”. Aceasta nu ar stirbi cu nimic adevărul lucrurilor care se întâmplă cu tine, din contra, ar exprima mai bine reacția de alertă și hipersecretiei de adrenalină. În schimb, o să vezi că multe din lucrurile pe care le gândești despre problemele tale or să apară în altă lumină, unele chiar vor dispărea. Așa că atunci când este pe cale să se petreacă așa ceva, atunci când vorbești cu familia ta despre asta și mai ales când vorbești cu tine însuți despre asta, nu mai folosești expresia atac de panică ci de criza vegetativă sau furtuna vegetativă. Nu mai folosești cuvântul panică, înlocuiește-l cu un sinonim.

La fel, încearcă să înlocuiești cuvintele care în mod imaginar și subconstient te sperie precum “sufocare”, “atac” (atac de inimă, atac cerebral), “lesin”, etc. Pune în locul lor alte cuvinte sau pur și simplu descrieri: “am o senzație ca și cum nu am aer, am senzația ca și cum aș face ceva la inimă”, etc. Cuvintele “ca și cum” sunt esențiale pentru că astfel îți spui că aceste senzații imită un simptom real care de fapt nu îl ai, ele sunt false senzații bazate pe false interpretări. Repeta astfel de cuvinte cu glas tare, acasă, când ești singură.

Să-ți mai spun ceva pe care te rog să repeti mereu: omul este produsul a ceea ce spune, nu folosi cuvinte care descriu situația, folosește cuvintele care descriu unde vrei să ajungi, cu cât vei spune mai des aceste cuvinte cu atât mai repede vei ajunge acolo... atata timp cât le vei spune, lucrurile se vor îndrepta în acea direcție... viața ta se va îndrepta în direcția sensului cuvintelor pe care le vei folosi, cuvintele creează puterea de a schimba și schimbând cuvintele schimbi și cursul viații tale...

Tema pentru acasă: Dedică o pagină din caietul tău tehnicii semantice. Imparte pagina cu o linie la mijloc și pune pe coloana din stânga cuvintele și etichetele pe care le folosești cel mai des vorbind cu tine sau cu alții despre atacurile tale de panică. Pune pe coloana din dreapta, în dreptul fiecărui cuvânt din stânga un sinonim, dacă nu găsești, caută în DEX pentru fiecare cuvânt un sinonim sau mai multe sau chiar o definiție. Apoi citește pagina și fă corecturile necesare, încearcă să pui sinonime din cuvintele sau definițiile cu înțeles neutru, în felul acesta mai contribuie cu încă ceva la restructurarea schemei cognitive de catastrofizare.

1.5.5. Re-atribuirea. În mod constant omul caută să atribuie cuiva sau la ceva ceea ce se petrece cu el sau în jurul lui. Aceste atribuții sunt formulate în funcție de credințele lui, de schemele cognitive care stau la baza raționamentului, la baza înțeleșurilor cu care el colorează și dă sens lumii și existenței personale. Și indivizii cu atacuri de panică au atribuțiile lor pentru ceea ce se întâmplă cu ei, atribuind diferitelor simptome, diferitelor emoții, sentimente, și întregii suferințe unei cauze sau la mai multe. De fapt, fiecare om suferind are mental imaginea cauzală a suferinței personale pe baza căreia îi dă un înțeles. Închipuie-ți un astfel de individ și cum pe baza vocabularului și cunoștințele lui, el construiește naratiunea, povestea suferinței lui pe care o poate împărtăși altora. Pe măsura ce cunoștințele acestui individ sporesc, el adaugă acestei naratiuni alte cuvinte, alte explicații cauzale și dorința lui este ca această naratiune să

fie cat mai aproape de credintele lui esentiale. Astfel, vor exista indivizi care atribuie suferinta personala unor cauze lezate de credinta lor religioase (“am facut boala aceasta pentru ca m-a pedepsit Dumnezeu pentru pacatele mele”), altii includ credinta lor in vraji si alte lucruri oculte, iar cei mai multi doresc sa se apropie de modelul stiintific. Acestia din urma cauta, in masura priceperii lor, informatii si profesionisti care sa le dea argumente pentru un model cauzal pe baza carora sa faca atributit pentru suferinta lor. Dar si aceste informatii stiintifice vor fi pana la urma filtrate de cognitiile de baza ale acestui individ, in sensul ca va crede sau nu, va crede doar pe jumatate, va interbrepta in felul lui, etc. De acesta va depinde in final aderenta subiectului fata de un tratament propus de un profesionist, indiferent ca acest tratament este medicamentos sau ne-medicamentos. Daca va crede in modelul propus de profesionist atunci aceasta persoana va fi de acord cu tratamentul prescris si i-l va urma.

Pe scurt, exista doua modele explicative, cu atributiile cauzale respective, cel al persoanei care sufera, model pe care l-am putea denumi modelul laic, si cel al profesionistului care-l ia in sarcina, modelul stiintific. Cele doua modele prezinta discrepante care le distanteaza dar care pot fi apropiate treptat pe masura ce subiectul respectiv internalizeaza atributiile furnizate de profesionist si crede in ele. In cazul tau, atributiile pe care le-ai avut cu privire la semnificatia simptomelor au fost de la inceput de origine organica, conform credintei cele mai raspandite precum ca unui simptom ii corespunde totdeauna suferinta unui organ. Palpitatia este atribuita categoric unei suferinte cardiate, sufocarea este atribuita uneia pulmonare, ameteala este expresia unei suferinte cerebrale, etc. Aceste atributii sunt asa de inradacinate in cultura populara ca este foarte greu chiar unui profesionist sa le re-atribuie unor alte mecanisme si cauze. Lucru care s-a intamplat si cu tine. Adu-ti aminte la cati medici si cate analize ti-ai facut pana sa ajungi sa crezi ca suferinta ta este de origine psihologica, si cate explicatii si cautari pe internet a trebuie sa faci pana sa crezi acest lucru si sa accepti terapia psihologica. Sunt convins ca inca exista in tine ganduri care te fac sa te mai indoiesti. In ce procent? Te rog spune imediat procentul in care mai crezi ca explicatia psihologica nu acopera pe de-antregul cauza atacurilor de panica.

Prin efortul de re-atribuire a cauzelor atacului de panica, prin capturarea informatiilor necesare pentru a demonta modelul vechi si a face unul nou in care factorii declansatori, factorii cauzali, factori favorizanti, rolul ereditatii, rolul cognitiilor, rolul structurii particulare

neurobiologice să fie pus în valoare și în interrelație unui cu altul, individul face un pas urias în re-interpretarea simptomelor, a trăirilor subiective, a situațiilor și faptelor declansatoare și astfel mai face un pas important în restructurarea cognitivă.

Tema pentru acasă: Te rog să faci un efort de memorie și să scrii credințele care le-ai avut la început sau poate pe care le mai ai în legătură cu suferința ta. Să identifici câte un simptom sau un gând autonom și să scrii în dreptul lui cui lucrul îi l-ai atribuit. După ce faci această listă în tihnă, mai lasă câteva minute sau o oră să treacă și apoi deschide caietul la pagina respectivă și pune la fiecare simptom sau gând care l-ai avut ce atribuție îi dai acum, dacă atribuția respectivă a rămas aceeași sau s-a schimbat. Apoi scrie în dreptul ei datorită cui s-a schimbat, cine era persoana, ce profesia avea și ce autoritate avea, era o persoană care avea autoritate profesională în care credeai? Fa toate acestea conform tabelului Nr. 9.

1.5.6. Metoda dublu-standard. De multe ori constatăm la noi înșine sau la alții că ceea ce e bun pentru unii nu este bun și pentru alții, că nu aplicăm aceeași măsură când e vorba de noi și de alții. Nu este vorba aici de ipocrizei ci de un model care s-a explicat prin zicală precum cămașa e mai aproape de corp decât haina. Deci ceea ce mi se aplică mie nu este ceea ce îmi se aplică altuia sau invers, este vorba de un standard dublu, unul pentru mine și altul pentru altcineva. Prin această schemă cognitivă individul caută să ascundă sau să distorsioneze anumite adevăruri pe care nu este totdeauna dispus să le privească în față. Iată de ce metoda este recomandată și persoanelor cu atacuri de panică: ce ar spune ele unor buni prieteni, unor rude apropiate și dragi care ar avea atacuri de panică dacă ar trebui să dea un sfat? Ar spune aceleași lucruri pe care le spun și lor însele. Prin efortul de a spune ceva altora, o persoană află mai bine ceea ce și-ar spune ei înșiși, ar auzi adevăruri care stau de multe ori în umbră.

Tema pentru acasă. Deschide caietul “fermecat” cu teme pentru acasă și începe să scrii o scrisoare unui prieten imaginar, unei rude dragi de care ai aflat de curând că are atacuri de panică și care nu știe ce să facă. Scrie-i o scrisoare și dă-i sfaturile pe care crezi de cuvântă. Scrie o scrisoare adevărată, imaginează-ți o persoană reală și cu ea în minte scrie această scrisoare.

Simptom, credinta	Atributii vechi		Re-atributii		Persoana datorita careia se face re-atribuirea (Felul de autoritate ¹)	Cat de mult crezi in aceasta autoritate (%)
	Ce se intampla	Datorita carui fapt	Ce se intampla	Datorita carui fapt		
<i>sufocarea</i>						
<i>palpitațiile</i>						
<i>ameteala</i>						
<i>o sa fac un atac de inima</i>						
<i>o sa-mi pierd mintile</i>						
<i>o sa mor</i>						
<i>nu pot sa scap</i>						
<i>etc.</i>						

Tabelul Nr. 9: Atributiile si schimbarea lor

¹ Felul de autoritate: stiintifica, religioasa, familie, prieteni, cunostinte, suferind ca si mine

În finalul acestui capitol aș vrea să-ți spun că dacă aceste metode nu pot influența direct dispariția atacurilor de panică, ele sunt de natură să crească insight-ul tău și să creeze premisele de a înțelege că tu ești parte a problemei și parte a soluției și astfel să devii un agent activ al propriei tale însănătoșiri. Rezultatele țin de o anumită tenacitate de a aplica aceste metode în viața de fiecare zi, în diferite alte situații decât atacurile de panică și de a le interpreta, îmbogăți, și automatiza, astfel încât ele să devină a doua ta natură.

Veronica: a fost destul de greu să urmăresc toate aceste tehnici. Am fost de acord cu fiecare din ele, m-am prins de ce sta în spatele lor și în final am înțeles că de fapt toate nu doresc altceva decât să-mi schimbe felul meu de a percepe și mai ales de a prelucra informația, adică ceea ce văd și simt, felul cum iau realitatea. Am mai înțeles că de fapt este vorba de un proces, nu se poate să te schimbi peste noapte, nu se poate să le aplici peste noapte. Trebuie să meditezi, trebuie să trăiești și trăind să-ți aduci aminte de ele, să vezi dacă poți să le aplici, când și unde, și treptat să le faci să facă parte din tine. Asta ia timp și mai ales înseamnă să trăiești lucid, să fi înțelept și chiar un pic filozof....



2. EXPUNEREA LA CE NE PROVOACA PANICA (DECONDITIONAREA)

In capitolul trecut am vorbit despre metodele cognitive care pot contribui la restructurarea schemelor generatoare de ganduri catastrofice si de gandurile automate panicogene. Acum a venit randul sa vorbim de metodele comportamentale care pot atenua sau neutraliza frica generata de situatiile sau factorii panicogeni, fie ei interni, precum simptome corporale, fie externi, precum diferite situatii sau fapte. Impreuna, metodele cognitive si cele comportamentale alcatuiesc ceea ce se numeste terapia cognitiv-comportamentala a atacurilor de panica. De fapt, a existat si inca exista o competitie intre cele doua metode terapeutice, cognitiva si comportamentala. Fiecare din ele incearca sa restuctureze “mintea” pacientului mergand pe un drum invers, prima mergand de la cuvinte spre mintea omului si a doua mergand de la comportament spre mintea omului si fiecare din ele afirma ca ea este cea mai buna. In cazul tulburarii de panica, conform studiilor clinice comparative efectuate de mai multi cercetatori, metodele comportamentale se dovedesc a fi mai eficace ca celelalte.

Expunerea este una din cel mai obisnuite metode de terapie comportamentala. Ea presupune expunerea subiectului la situatii sau senzatii panicogene cu scopul de a-l deconditiona si aceasta este metoda care se dovedeste de mare eficacitate in atenuarea si chiar disparitia atacurilor de panica. Pe termen lung, ea este chiar mai eficace decat terapia medicamentoasa. Subiectii care au urmat un astfel de program terapeutic au avut si dupa ani de zile rezultate pozitive, pe cand subiectii care iau numai medicamente, revin la vechiul model de atacuri de panica odata ce medicatia este oprita.

Fiecare din voi, care ati avut sau inca aveti atacuri de panica, stiti ca sunt doua caracteristicile definitorii ale comportamentului unui astfel de om: (i) tendinta de a-si monitoriza senzatiile care izvorasc din corp si care sunt similare cu cele care sunt parte a atacului de panica (de ex. senzatia de sufocare, palpitatiile, ameteala, etc) si senzitivitatea si frica excesiva fata de ele si (ii) dorinta de a evita anumite situatii sau senzatii care din experienta trecuta au condus la atacuri de panica. Aceste caracteristici sunt sustinute de ideea adanc inradacinata ca aceste senzatii de panica sunt foarte daunatoare pentru sanatatea individului, credinta sustinuta de distorsiunile cognitive de care am vorbit in

capitolul anterior. Cu alte cuvinte, am putea clasifica factorii declansatori panicogeni in interni, adica senzatiile corporale care sunt similare simptomele atacului de panica si care declanseaza frica si reactia de alarma si factori externi, care sunt situatii sau fapte exterioare care cheama sau evoca atacul de panica in mintea subiectului.

Sa ne reamintim impreuna secventa de declansare a unui atac de panica urmare a unor senzatii corporale. Sa ne inchipuim ca tu ai simtit niste batai rapide de inima si conform tendintei tale de a monitoriza cu atentie ce se petrece cu corpul tau, imediat te-ai gandit: “oh, ceva nu e bine cu inima mea” si te-ai speriat, au aparut gandurile automate negative si frica si imediat s-a declansat sistemul de alerta si hipersecretia de adrenalina cu simptomele de panica bine cunoscute. Aceasta este situatia cand senzatiile vin din interiorul corpului, care se mai numesc si “interoceptive” pentru ca sunt percepute ca venind din interior. In cazul in care esti intr-o situatie care te infricoaseaza, precum intr-un tunel sau intr-o aglomeratie din holul imens al unui magazin, frica se declanseaza automat gandindu-te ca daca se intampla ceva cu tine nu ai cum sa scapi si secventa generatoare de panica se declanseaza pornind de la factori externi, care se mai numesc si “exteroceptivi”, adica perceputi ca venind din afara.

Realitatea este ca fiecare din voi a supravietuit cu succes atacurilor de panica si ca nimeni nu a avut vreo consecinta nefasta pe termen lung, in afara de starile penibile pe care le traiesti temporar si la care pot fi martori si altii. Nimic nu se schimba in starea de sanatate de la un atac de panica al altul si voi ramaneti cu aceeasi frica si aceeasi nefericita asteptare. De ce? De ce nu invatati din experienta trecuta? Raspunsul ar fi ca voi sunteti conditionati la aceste senzatii si, odata aparute, declansati alerta si atacul de panica propriu-zis. Cu alte cuvinte, dupa fiecare atac de panica, voi nu extrageti destule evidente ca sa destructureze credinta gresita precum ca aceste simptome sunt anuntatoare ale unei catastrofe organice. Corolarul acestei afirmatii ar fi ca, daca am putea expunea in mod experimental un subiect destul de des la unul din acei factori interni sau externi, de care am vorbit mai sus, i-am demonstra acestuia cu fiecare experiment ca nu s-a intamplat nimic din ceea ce anticipa si atunci frica lui ar scadea treptat pana la disparitia ei. Concluzia ar fi ca subiectul se poate deconditiona de factorii declansatori ai atacului de panica. Conditia ar fi ca acest proces de deconditionare sa fie destul de lung pentru a fi credibil pentru individ si pentru a automatiza altfel de reactii si ganduri automate, altfel,

dupa o perioada mai scurta sau mai lunga, ar exista pericolul ca el sa revina la vechiul model.

Pe aceste considerente expuse pe scurt mai sus, s-a construit o metoda terapeutica comportamentala prin care un subiect care sufera de atacuri de panica este expus la stimuli care ii imita pe cei la a caror actiune subiectul devine panicat. Este vorba de o simulare care se face dupa o anumita tehnica care conduce la deconditionarea subiectului de factorii panicogeni specifici lui. Tehnica aceasta se numeste “expunerea repetata la stimuli panicogeni” si presupune cel putin doua tipuri de expunere: (i) expunerea la factorii caracteristici interni, precum simptome sau senzatii corporale, tehnica care se mai numeste expunere la stimuli interoceptivi si (ii) expunerea la factorii externi precum situatii sau factori pe care subiectul ii evita, care se numeste expunere situationala sau la factori exteroceptivi. Prima metoda se recomanda atacurilor de panica propriu-zise, iar a doua se recomanda atacurilor de panica insotite de agorafobie.

Prin expunerea la acesti factori se incearca sa se sparga cercul vicios in care este prins subiectul. Prin expunerea repetata la stimuli interni se incerca a-i demonstra subiectului urmatoarele: (i) gandurile proprii care eticheteaza senzatiiile lui corporale, fiziologice, ca fiind catastrofice, nu sunt exacte, (ii) senzatiiile corporale pe care le simte sunt senzatii normale, fiziologice, aparute in diverse conditii fiziologice si nu sunt urmate de cascada de simptome de panica decat daca subiectul nu evoca prin frica si gandurile sale catastrofice faptul ca ele fac parte din anuntul unei stari aducatoare de moarte, de pierdere a controlului sau de rusine extrema, si (iii) evitarea acestor senzatii sau situatii nu este posibila dar ca expunerea la acestea il fac sa se simta mai confortabil cu ele pana in momentul in care nu mai au vreo valoare pentru el. Deconditionarea nu inseamna ca senzatiiile care initiau un atac de panica (ameteala, palpitiile, senzatia de sufocare, etc) nu le vei mai avea in continuare, dar nu le vei mai atribui aceeasi semnificatie. Cand le vei simti va fi acelasi lucru ca atunci cand un om simte o senzatie neplacuta in corp, precum o usoara greata, balonare in burta, durere musculara si cate alte simptome pe care un om le poate avea in mod pasager. Aceste senzatii neplacute nu semnifica de loc ca tu esti in pericol de moarte, asa cum credeai in mod eronat.

Aceasi “filozofie” se aplica si in cazul expunerii la stimuli externi. Dupa identificarea lor de catre tine, se initiaza un program de expunere a ta la aceste situatii sau

fapte externe cu scopul de a te face sa realizezi ca ele nu reprezinta un pericol asa cum ti-ai imaginat, sa nu le mai atribui aceeasi semnificatie catastrofica si sa te desprinzi mental de acestea, respectiv sa nu iti mai aminteasti sau generezi acele senzatii si ganduri de frica extrema corporala sau psihologica si treptat sa ajungi pana in punctul in care sa nu le mai acorzi nici o atentie.

2.1. Expunerea la stimuli interoceptivi:

Metoda consta in parcurgerea unui program de expunere la senzatii interoceptive care sunt produse prin diferite manevre sau tehnici. Metoda mai poate fi descrisa si ca fiind un program de exercitii de inducere de simptome similare cu cele care initiaza un atac de panica. Scopul ei este de a te invata sa te confrunti cu ele, sa sesizezi care sunt aceste senzatii corporale, interoceptive, sa afli ca exista o legatura cauzala intre aparitia lor si declansarea atacului de panica, sa vezi ca de fapt tu este extrem de sensibil la aparitia de simptome corporale, ca mereu scanezi corpul tau in “cautarea” de astfel de simptome si cea mai mica modificare in perceptia respiratiei, a inimii, a echilibrului, etc, te duce la o interpretare catastrofica a acestora. Vei mai invata cum frica de aceste simptome chema de fapt, prin mecanisme psihologice, insasi aceste simptome.

Confruntandu-te cu aceste senzatii, de data aceasta produse experimental, vei afla ca de fapt ele nu sunt daunatoare, nu-ti provoaca ceea ce anticipai tu, moartea, pierderea controlului sau rusinea sociala. Daca pana acum, prin tehnicile cognitive, ai invatat ca simptomele corporale panicogene sunt rezultatul interpretarilor gresite, a filtrarii senzatiilor corporale prin schemele cognitive distorsionate pe care le ai, acum, prin tehnicile comportamentale de expunere la aceste simptome, vei invata ca acestea sunt si in legatura cu sensibilitatea excesiva a corpului tau la astfel de senzatii si la conditionarea fata de acestea. In viata de toate zilele tu ti-ai construit o serie de tehnici si strategii de evitare sau minimalizare a consecintelor acestei hipersensibilitati, precum evitarea situatiilor declansatoare, metode de distragere a atentiei, cautarea unei persoane de ajutor, cautarea unui loc sigur, etc. dar toate aceste strategii nu au facut decat sa nu te lase sa invati mare lucru din aparitia lor, pentru ca de fapt tu nu ai avut niciodata taria sa te confruncti cu ele. Acum, prin acesta metoda te vei confrunta cu ele si vei afla alte intelesuri despre tine si lumea din jur cu privire la sanatatea corporala si siguranta personala.

Deci, cand vei face aceste exercitii vei avea senzatii care sunt aproape similare cu cele pe care le ai cand debuteaza un atac de panica. Apoi aceste senzatii le vei evalua in ceea ce priveste intensitatea, similaritatea cu cele de la inceputul unui atac de panica si frica/anxietate pe care ti-a provocat-o. Cum ti-am spus mai inainte, ratiunea acestei tehnici este ca tu sa te confrunti cu senzatii similare cu cele pe care le traiesti atunci cand te sperii, le interpretezi catastrofic si astfel chemi un atac de panica. Expunendu-te frecvent la astfel de senzatii, tu te obisnuiesti cu ele, afli ca ele nu-ti produc nici o problema sau dauna sanatatii tale si astfel, treptat, de desprinzi de puterea lor evocatoare de panica, cu alte cuvinte nu-ti mai pasa de ele, ele si-au pierdut puterea magica.

Mai intai tu trebuie sa citesti tot acest paragraf cu atentie si sa vezi daca esti de acord cu tehnica si cu tot ce se presupune ca se va intampla cu tine, eventual sa-l mai citesti odata pana intelegi toate detaliile. Iti recomand sa discuti problema aceasta cu un prieten apropiat pe care s-ar putea sa-l rogi ulterior sa reprezinte pentru tine un “alter ego”, un inger pazitor. . Oricum, tehnica nu are nici un risc de sanatate pentru tine, singurul risc ar fi sa nu o faci si astfel sa te condamni inca mult timp la atacuri de panica, pana iti vei lua inima in dinti si vei accepta-o asa cum iti recomand acum.

O sa ma intrebi de ce nu este mai bine te duci la un specialist. Da, tu poti sa te duci la un specialist cu expertiza in aceasta tehnica comportamentala, dar eu iti sugerez sa accepti sa faci aceasta tehnica singura, acasa, pentru ca asa prinde mai bine. Cand o faci cu un profesionist, in mod inconstient te simti in siguranta si atunci mintea ta nu mai ia lucrurile tot asa de in serios aceasta expunere la care te supui. Sa sti ca mintea omului poate fi cel mai bun prieten, dar si cel mai mare dusman, pentru ca iti intinde capcane sau iti spune „povesti“. Tu nu esti acelasi lucru cu mintea ta, tu esti stapanul! Astfel, cand parcurgi singura aceasta tehnica esti pe mâna ta, esti ca si cum ai fi intr-o situatie reala, si scopul tau este sa fi capabila sa mergi singura, nu tinuta de mâna de terapeutul tau. Problema aici este ca tu sa reusesti, nu terapeutul tau, uneori terapeutul vrea sa “reuseasca” el...

Procedura de inducere a unei simptom	Durata procedurii	Detalii suplimentare
1. Misca capul dintr-o parte in alta cu ochii deschisi, in pozitia in picioare	30 secunde	Cand te opresti priveste drept inainte; te vei simti ametita, eventual cu greata si cu probleme de echilibru, poti sa stai apoi jos ca sa te linistesti
2. Tine capul plecat pana la genunchi timp de 30 secunda si apoi ridica-l repede	30 secunde	Stai pe un scaun cand faci aceasta: usoara confuzie, ameteala,
3. Alearga pe loc	1 minut	Incearca sa menti acelasi ritm chiar daca ai senzatii de gafaiala sau transpiratie, iti va produce tahicardie si respiratie gafaia
4. Tine-ti respiratia	30 secunde	Trage aer in piept si tine-ti respiratia; obti senzatia de lipsa de aer, de nevoie de aer dupa o senzatie de sufocare
5. Invarte-te pe un scaun rotativ sau invarte-te stand in picioare intr-o singura directie	1 minut	Incearca sa mentii aceeasi viteza de invartire; te vei simti ametita, eventual cu greata si cu probleme de echilibru, poti sa stai apoi jos ca sa te linistesti
6. Respira frecvent si repede, cu forta	1 minut	Respira tare ca sa auzi zgomotul respiratiei si astfel sa poti tine cadenta; vei simti ameteala, senzatie de lipsa de aer, presiune in cap, fiori in corp
7. Respira printr-o teavulica subtire	1 minut	De ex. printr-un pai de la un pahar de coca-cola, respira numai prin el; vei obtine senzatia de lipsa de aer
8. Incordeaza toti muschii	1 minut	Stai pe un scaun si incordeaza-ti toti muschii si tine-i asa un minut apoi relaxeaza-i brusc si ramai pe scaun; vei obtine o senzatie de tensiune musculara, slabiciune, tremurat in corp
9. Uita-te fix la un bec aprins nu mai mare de 40 watti si apoi incearca sa citesti ceva	1 minut	Stai pe un scaun cu cartea pregatita pe genunchi; vei obtine o senzatie de confuzie, de pierdere a controlului, usoara confuzie
10. Uita-te fix la un punct pe un perete alb sau la un punct pe imaginea ta in oglinda fara sa misti	1,5 minute	Incearca sa nu clipesti si sa nu te misti; se obtine senzatia de confuzie, probleme de contact cu realitatea

Tabelul Nr. 10: Procedurile standard de expunere la stimuli interoceptivi

Acum o sa-ti descriu tehnicile pe care trebuie sa le faci pentru a-ti genera singura semnele fiziologice care iti provocau frica si reactia de alarma. In tabelul Nr. 10 sunt descrise aceste metode asa cum sunt recomandate de cei mai reputati practicieni internationali si te rog sa le citesti atent ca sa le intelegi.

Citeste fiecare procedura cu atentie, incearc-o pentru cateva secunde si vezi daca poti sa o executi intocmai, vezi ce probleme sunt, daca ai toate conditiile pentru a o executa intocmai. Nu se admite nici o derogare de la tehnica recomandata.

Inainte de a te angaja in aceasta practica terapeutica te rog sa fi sigura ca nu ai boli cardiace, pulmonare sau neurologice cronice care sa te faca sa nu poti executa astfel de probe. Medicul de familie te poate ajuta in aceasta privinta, respectiv sa-ti faca un examen medical general si sa-ti spuna daca toate sunt in regula. De fapt tu ai fost de nenumarate ori la medic si de fiecare data te-a asigurat ca nu exista boli fizice care sa sustina atacurile de panica, lucru care este suficient pentru a considera ca esti apta pentru aceasta tehnica. Este interzis categoric sa faci astfel de exercitii daca ai consumat alcool sau droguri. La fel, nu trebuie sa le faci imediat dupa ce ai mancat, adica sa ai stomacul plin sau cand ai ciclu menstrual. Dar principalul lucru care trebuie sa-l faci este sa opresti orice medicament recomandat de vre-un psihiatru, precum medicamente tranchilizante, antidepresive, anxiolitice, sedative sau hipnotice sau medicamente homeopatice sau din vegetale care au acelasi scop.

Cu aceasta ocazie iti spun inca odata sa nu te speri, metoda nu prezinta nici un risc, ceea ce se poate intampla este ca trecand prin aceste proceduri sa ai simptome foarte asemanatoare cu cele din atacul de panica, lucru care tocmai este de dorit. Daca ele sunt de nesuportat si te opresti din procedura, ele cedeaza imediat. Te rog ca toate acestea sa nu te faca se renunti la procedura de la primele semne ca astfel de senzatii sau simptome tind sa apara. Te rog sa ai rabdare si sa duci procedura pana la capat, adica sa o derulezi atata timp cat este prescris. Rolul prietenului tau, de care am vorbit mai inainte si cu care impartasesti problemele suferintei tale, are rolul tocmai de a te face sa nu te opresti, sa-ti mentina motivatia de a trece prin aceasta metoda pana la capat pentru ca pariul tau este foarte important: sa ramai conditionata la aceste simptome si sa faci atacuri de panica pe mai departe, sau sa te deconditionezi si sa scapi de acestea odata pentru totdeauna.

Se poate intampla foarte des ca in perioada de testare, la unele exercitii, sa obtii aceste simptome chiar din primele secunde, pe cand la altele aproape de loc. Atunci le vei alege pe cele la care esti sensibil si vei renunta la celelalte. Se poate intampla ca facand unele exercitii sa constati ca un exercitiu sau doua nu produc simptomele asteptate. De exemplu, daca te invari pe un scaun nu iti provoaca ameteala. In cazuri de acest fel se recomanda sa prelungești perioada de executare a exercitiului, respectiv sa mai adaugi 30 de secunde. Daca te-ai oprit dintr-un exercitiu prea devreme, pentru ca ai capatat o senzatie sau simptom dezagreabil, de exemplu te-ai oprit dupa cateva secunde pentru ca ai ametit, se recomanda sa incepi din nou procedura si sa cauti sa o duci cat mai aproape de timpul prevazut.

Acum sa vorbim despre cum sa procedezi. Dupa ce ti-ai luat angajamentul fata de tine insati sa treci prin aceasta si ai facut cu grija o balanta cost-beneficiu, adica esti gata sa suporti neplacerile date de fiecare procedura pentru a obtine beneficiul de a scapa de panica, incepi sa faci fiecare proba in parte. Astepti sa ai motivatia de a incepe si in fiecare zi iei doua proceduri la rand si respecti tehnica si timpul alocat lor, apoi completezi rubricile din tabelul Nr. 11. Intre proceduri poate sa treaca ceva timp, sa zicem o ora, timp in care sa te recuperezi, sa te relaxezi si iti strangi motivatia sa mergi mai departe. In cateva zile le-ai facut pe toate si ai completat tot tabelul Nr. 11.

Senzatiile si simptomele generate de fiecare procedura in parte sunt destul de penibile si o sa te intrebi cum o sa rezisti. Iti fac sugestia sa fi calma, sa ai curiozitatea de a vedea cum apar simptomele, cum cuprind corpul si mintea ta, sa te confrunti cu ele, sa le dedramatizazi cu tehnici din metoda de restructurare cognitiva pe care le-ai invatat in capitolul anterior, oricum sa nu abdicii. Daca ti-a fost greu si vrei cu tot dinadinsul sa te opresti, opreste-te, lasa-ti ceva ragaz si fa-o din nou.

Dupa ce ai completat in cateva zile tot tabelul Nr. 11, alegi primele 4-5 proceduri care au scorul cel mai mare la intensitate, similitudine, anxietate si acestea vor fi cele ce le vei executa de acum inainte. Este si normal sa fie asa, pentru ca ele imita cel mai bine atacurile tale de panica si fata de ele trebuie sa te deconditionezi. De ex. daca aleregand pe loc iti provoci palpitiile care seamana cu cel mai mult cu cele din panica si iti dau anxietatea cea mai mare, atunci procedura aceasta de expunere trebuie pastrata pe mai departe, sau daca invaritul pe scaun iti provoaca ameteala care seamana cel mai mult

Procedura	Timpul	Cat de mare este:			Senzatia fizica	Gandul generat de procedura
		Intensitatea 0-100	Similitudinea 0-100	Anxietatea 0-100		
1. Misca capul dintr-o parte in alta cu ochii deschisi	30 secunde				de ex. <i>ameteala</i>	
2. Tine capul plecat pana la genunchi timp de 30 secundasi apoi ridica-l repede	30 secunde				<i>ameteala</i>	
3. Alearga pe loc	1 minut				<i>palpitatii</i>	
4. Tine-ti respiratia	30 secunde					
5. Invar-te pe un scaun rotativ	1 minut					
6. Respira frecvent si repede	1 minut				<i>sufocare</i>	
7. Respira printr-o teava subtire	1 minut					
8. Incordeaza toti muschii	1 minut					
9. Uita-te fix la un bec aprins nu mai mare de 40 watti si apoi incearca sa citesti ceva	1 minut					
10. Uita-te fix la un punct pe un perete alb sau la un punct pe imaginea ta in oglinda fara sa misti	1,5 minute					

Tabelul Nr. 11: Inregistrarea senzatiilor interne date de expunerea la stimuli interoceptivi prin proceduri standard.

cu ceea ce simteai cand aparea un atac de panica, atunci o pastrezi si pe aceasta. Mai alegi si alte proceduri care au dat scoruri mari pana la suma totala de 4-5 proceduri. Pe cele care nu au un efect asteptat le elimini.

Pentru fiecare din aceste proceduri alese vei completa un tabel dupa modelul din Tabelul Nr. 12. pe care vei inregistra evolutia scorurilor din zilele cand executi aceste expuneri la stimuli introceptivi. Ele vor reprezenta tema ta pentru acasa.

Procedura Nr...	Cat de mare este:			Senzatia fizica
	Intensitatea 0-100	Similitudinea 0-100	Anxietatea 0-100	
Inregistreaza data:				

Tabelul Nr. 12: Tabelul de inregistrare a evolutiei senzatiei interoceptive pentru o anume procedura

Astfel vei avea pentru fiecare procedura pastrata cate un tabel si de fiecare data cand executi procedura respectiva inregistrezi scorurile pentru intensitate, similitudine si anxietate si senzatia fizica care ti-a produs-o, de ex. ameteala, palpitatie, sufocare, greata, transpiratie, etc. Daca ai pastrat 4 proceduri vei avea 4 tabele si vei completa atatea randuri cate zile ai executat procedura si in final vei avea un tabloul al evolutiei scorurilor de-a lungul perioadei in care ai facut deconditionarea.

Acum hai sa pornim la drum:

1. Vorbeste cu medicul de familie si exclude posibilitatea de a avea suferinta somatice;

2. Vorbeste cu un prieten bun si povesteste-i de ce vrei sa faci si fa un targ cu el rugandu-l sa te intrebe regulat cum merge cu aceasta tehnica de expunere si daca vede ca vrei sa te lasi sa nu te lase, sa-ti vorbeasca de beneficiile pe care le vei avea pana la urma; sa faca orice ca sa-ti creasca motivatia;
3. Alege o zi in care vei incepe si fa cate 2 proceduri pe zi pana la termini pe toate zece. Nu uita ca dupa fiecare procedura sa completezi rubrica respectiva din tabelul Nr. 11.
4. Incearca sa faci toate aceste proceduri conform tehnici prescrise si sa nu te opresti la primele semne ca ai anxietate sau ca apare un simptom de alarma, de ex. senzatia de lipsa de aer; este tocmai ce trebuie sa se intample, asa ca rezista;
5. Ia nota de aparitia acestui simptom si de evolutia lui in corpul si mintea ta si incearca sa nu abdicii de la metoda pentru timpul prevazut pentru exercitiu; daca ti-e greu altfel, scrie pe o bucata de carton: “nu o sa se intample nimica rau” si cand ti-e mai greu uita-te pe aceasta bucata de carton; poti sa te opresti o perioada scurta si sa incerci sa o faci din nou;
6. Alege 4-5 din procedurile care au dat scorurile cele mai mari la intensitate, similitudine si anxietate; acestea vor fi procedurile pe care le vei executa de-a lungul perioadei de deconditionare;
7. Perioada de deconditionare este variabila de la om la om, ea tine pana obtii scoruri de sub 30 in doua zile la rand, chiar daca ai marit intensitatea probei sau timpul alocat ei;
8. Executa in fiecare zi in care esti disponibil, da nu lasa mai mult de doua zile intre ele, cele 4-5 proceduri, incepe cu cea mai usoara si termina cu cea mai grea din tehnicile alese; fa-o in modul cel mai corect cu putinta si inregistreaza scorurile pe un tabel conform modelului din tabelul Nr. 12; nu uita, trebuie sa faci in asa fel procedura incat sa-ti produca simptomul similar si anxietatea consecutiva;
9. Cand simptomul de alerta a aparut (de ex. sufocarea) si anxietatea creste si gandurile automate panicogene iti ocupa mintea, este recomandat sa le suporti

si sa cauti sa le confrunti cu una din metodele invatate la restructurarea cognitiva;

10. Continua sa faci exercitiul si dupa ce apare simptomul, continua mai departe si nu te opri, in felul acesta iti oferi sansa de a afla ca simptomul si anxietatea insotitoare nu sunt daunatoare pentru organismul tau, ci doar neplacute si ca poti sa le rezisti;
11. Produce simptomul la cea mai mare intensitate pe care o poti suporta, metoda nu da rezultate daca o faci cu simptome de intensitate medie sau cu ezitari de tot felul;
12. Continua sa executi procedurile alese, daca se poate zilnic, si inregistreaza scorurile cu exactitate; nu abdica de la metoda si timpul alocat ei; exista tendinta de a le face de intensitate din ce in ce mai slaba sau intr-un timp din ce in ce mai scurt;
13. In timpul executarii procedurii fi atent la senzatiile tale, nu lasa mintea sa se duca in alta parte;
14. Dupa ce ai terminat o procedura, numara pana la 10 si respira adunc si rar, de mai multe ori si spune-ti ca ai rezistat si ca nimic rau nu s-a intamplat; spune-ti ca esti capabila sa depasesti astfel de simptome si chiar mai intense decat acesta; gandeste-te ca maine, cand repeti din nou sa duci intensitatea simptomului mai sus;
15. Continua sa repeti procedurile si daca la una din ele ai ajuns la scorul de 30 la anxietate, creste timpul alocat executarii ei cu inca 30 secunde astfel incat scorul la intensitate si anxietate sa ramana la cote mari si continua sa faci procedura;
16. Continua sa le executi cu regularitate pana cand scorurile, chiar si in conditiile mariri timpului de expunere, au ajuns sub 30 doua zile la rand;
17. In timpul acestui program schimba locul in care faci aceste exercitii, locuri unde un ajutor este greu de obtinut; exista tendinta ca sa te familiarizezi cu ambianta in care le faci si astfel sa-ti fie mai usor. Exerciitiile de expunere trebuie sa fie tot timpul grele, diverse, sa te tina vigilența, sa nu-ti lase mintea

sa alunece spre alt subiect, numai asa reusesti sa spargi lantul declansator al atacului de panica;

18. Dupa o perioada, daca rezultatele nu sunt cele dorite, se poate repeta procedura de la inceput, pornind din nou de la cele 10 tehnici si alegand cele 4-5 proceduri cu scorurile cele mai inalte si apoi cu expunerea treptata la acestea pana se obtine scaderea scorului la anxietate si intensitate sub 30.

19. Rezultatele cele mai bune se obtine daca aceasta expunere la stimuli interoceptivi este urmata de o procedura de expunere la stimuli exteroceptivi.

Incheie procedura generala de expunere la stimuli interoceptivi cu concluzia logica care decurge din tot ce s-a petrecut cu tine pe parcursul acestei perioade:

- simptomele fizice si anxietatea generata de acestea nu sunt daunatoare pentru organismul meu si deci nu trebuie sa me mai sper;
- ma pot confrunta cu aceste senzatii sau simptome corporale si cu anxietatea si le pot depasi cu seninatate.

Veronica: aceasta metoda mi-a solicitat toate resursele fizice si mentale. Mi-a trebuit un pic mai mult sa inteleg ce trebuie sa fac si de ce. Am realizat ca problema mea este ca ma sperii de orice simt in corpul meu, este ca si cum ar suna o sunerie care ma anunta ori ca voi muri, ori ca o sa-mi pierd controlul si o sa se intample ceva cu mine de care apoi imi va fi rusine. Este ca si cum eu nu am voie sa am nici o senzatie in corpul meu, nu o accept pentru ca asta inseamna ca ceva ingrozitor se va intampla. Nu stiu cum eu am legat aceste simptome, obisnuite pentru multi, cu frica de a muri. Poate asa sunt eu...Apoi am invatat metoda si ce vrea ea sa faca. Pentru mine, in multe privinte, a fost asemanator cu felul de a dresa un animal de casa sa nu mai faci pipi in casa si sa se ceara afara. Trebuie timp, rabdare si sa ti focusul, adica sa nu modifici metoda de la o zi la alta. Problema cea mai mare am avut-o la inceput sa invat cum se face fiecare metoda, sa o repet inainte de a o executa, cum sa stau cu corpul, ce sa fac cu el, etc. Apoi am inceput sa fac ceea ce era necesar sa fac. M-am speriat imediat ce am inceput, am trebuit sa ma opresc si iarasi sa o iau de la capat, mi-a trebuit multe zile pana am invatat si automatizat fiecare tehnica ca s-o pot face fluent si sa astept sa apara senzatie respectiva, sa vad daca este asemsnatoare cu ceea ce simteam eu si daca imi provoaca frica. Astfel, am gasit

cateva tehnici care imi generau astfel de senzatii, mai ales cele cu ameteala si cu dificultati de respiratie. Cea cu alergatul pe loc nu mi-a dat nici palpitatii si nici senzatie de frica.

Am ales 4 proceduri care mi s-au parut ca ma duc cel mai aproape de atacul de panica si le-a facut apoi aproape in fiecare zi timp de patru saptamani. Au fost zile mai proaste si zile mai bune, in sensul ca in unele zile am rezistat mai bine si am fost mai concentrata, in altele am fost la pamant din primele secunde. Dar am mers mai departe si dupa vre-o saptamana am automatizat tehnica si am inceput sa stiu ce sa fac ca sa suport mai usor senzatiile si frica de a le avea. Scorurile nu au mers imediat in jos, au fost zile in care chiar au mers in sus, mai ales la inceput. Am urmat tehnica recomandata inca 4 saptamani si am ajuns la scorurile de sub 30. Da, atunci m-am simtit mai bine, am invatat la ce sa ma gandesc cand am simptomele acestea, sa ma confrunt cu ele, sa nu le mai acord semnificatia anterioara, sa le urmaresc cu detasare, si sa cred in sanatatea mea. Pe acest parcurs l-am chemat de mai multe ori pe Dr. R.V. la telefon sa ma ajute dar a refuzat de fiecare data politicos. Mi-a spus ca poate sa-mi mai explice inca odata tehnica exercitiilor dar numai atat, daca el ar interveni magia acestei tehnici s-ar evapora. Pentru restul eu trebuie sa fie singura si sa ma descurc, intre mine si simptomele care cheama gandurile gandurile nu trebuie sa fie nimeni, nu pot impart cu nimeni treaba asta, ori stau in fata lor singura, cu bravura, ca intr-un duel intre pistolarii dintr-un film western, ori deloc. De fapt nu am avut nevoie de nimeni, am strans din dinti si m-am descurcat. Sunt mandra ca am ajuns la sfarsit. Cand i-am spus Dr. R.V. ca am ajuns la sfarsit, m-a felicitat si mi-a spus ca dupa vreo 3-4 luni sa o repet dar acum trebuie sa continui cu tehnica de expunere la situatiile si faptele pe care le evit. Mi-a parut bine ca nu a vrut sa impartaseasca succesul cu mine...in fond a fost al meu pe de-antregul.

2.2. Expunerea la stimuli exteroceptivi

(va continua pe masura redactarii si editatii)